

Le suivi des indicateurs du Plan régional de santé publique **2006 - 2010** en Ile-de-France Edition actualisée et complétée

Document du Programme
d'Etudes et de Statistiques du PRSP

Décembre 2009

Ce document a été élaboré sous la conduite du groupe projet en charge
du Programme d'Etudes et de Statistiques du PRSP d'Ile-de-France,
dont le docteur Maxime Pouvelle est le chef de projet.

Elaboration du cahier des charges et suivi de l'ouvrage

L'ensemble des membres du groupe projet du Programme d'études et de statistiques (PES) du PRSP, présents en 2007-2008 : Maxime Pouvelle (chef de projet, Drass), Lionel Benoit (Cram), Sylvie Druelle (Drass), Aude Eyrioux (Cram), Julien Galli (Urcam), Nathalie Goyaux (Conseil régional), Isabelle Grémy (ORS), Hubert Isnard (Cire), Emeline Leporc (Cram), Florence de Maria (ORS), Pierre Ouahnnon (Urcam)

Coordination de l'ouvrage, des compléments et des mises à jour

Le groupe PES du GRSP a confié la coordination de l'ouvrage à l'un de ses membres, l'ORS d'Ile-de-France, représenté par Florence de Maria et Isabelle Grémy.

Participation à la rédaction et à la relecture de l'ensemble de l'ouvrage

En 2007-2008 : Leïla Dekhli (ORS) et Marie-Claire L'Helgoualc'h (Drass), ainsi que les membres du groupe PES présents en 2007-2008 : Maxime Pouvelle (chef de projet, Drass), Lionel Benoit (Cram), Sylvie Druelle (Drass), Julien Galli (Urcam), Nathalie Goyaux (Conseil régional), Isabelle Grémy (ORS), Emeline Leporc (Cram), Florence de Maria (ORS)

Conception et réalisation graphique

La maquette et la mise en page ont été réalisées par Myriam Dalbarade et Véronique Cazaux (ORS).

Crédits photographiques : I.A.U. île-de-France

Citation recommandée :

Le suivi des indicateurs du Plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France Edition actualisée et complétée. Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2009, 236p.

L'ORS est un organisme subventionné par l'Etat
(Préfecture de région Ile-de-France et Direction régionale des affaires sanitaires et sociales)
et par le Conseil régional d'Ile-de-France

Avant-propos



La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a confié au niveau régional la mission de mutualiser et fédérer les différents acteurs et dispositifs de santé publique autour d'orientations communes, visant au renforcement de la prévention dans le système de santé, au travers du Plan Régional de Santé Publique (PRSP).

Le PRSP d'Ile-de-France 2006-2010, élaboré sur la base d'un diagnostic régional partagé, est structuré autour de cinq axes :

- lutter contre le cancer,
 - accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'événements de santé fragilisants,
 - promouvoir les comportements favorables à la santé,
 - promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale,
 - réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux,
- déclinés en trente objectifs spécifiques.

Ainsi, depuis près de trois ans, le PRSP est le cadre fédérateur de l'action publique sur la région en matière de santé publique et de prévention pour les acteurs de santé, les décideurs, dont le Groupement régional de santé publique, et les associations.

Après un premier document qui dressait l'état des lieux initial des grandes caractéristiques de l'état de santé des Franciliens et réunissait des données spécifiques, objectif par objectif, au début de la mise en œuvre du Plan régional de santé publique, ce document propose une actualisation des données précédentes et de nouvelles informations venant éclairer certaines thématiques telles que la périnatalité.

Cette publication collective vise à disposer de données utiles à mesurer les évolutions de l'état de santé des habitants de la région Ile-de-France dans le cadre de la mise en œuvre du PRSP conforme à ses deux priorités majeures :

- réduire les inégalités de santé sociales et territoriales,
- et diminuer la mortalité prématurée.

Au moment de la mise en œuvre, en 2010, des Agences régionales de santé et de l'élaboration du projet régional de santé, ces données viendront aider à la définition d'orientations communes qui devront traverser l'ensemble des champs de la santé publique, de la prévention à la prise en charge sanitaire et médico-sociale.

Danièle Senez
Directeur du Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France

Remerciements



La mission confiée par le Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France à l'Observatoire régional de santé pour la coordination de cette publication n'aurait pu être menée à bien sans le concours actif des représentants des institutions sanitaires et sociales qui ont accepté d'apporter leur expertise à ce travail, fourni des exploitations régionales spécifiques d'enquêtes ou procédé à des extractions de systèmes d'information.

Il s'agit plus particulièrement* :

- > pour l'académie de Créteil, de Brigitte Tastet ;
- > pour l'académie de Versailles, de Christine Cordoliani et Claudette Martin-Jourden ;
- > pour la délégation régionale de l'ANECAMSP, de Geneviève Laurent Terillon ;
- > pour l'AP-HP Périnat Arhif, d'Elodie Lebreton, Catherine Crenn Hebert, Claudie Menguy et Gilles Echardour ;
- > pour l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant, de Jean-Louis Dhondt ;
- > pour le CDTnet, d'Anne-Laurence Le Faou ;
- > pour le centre de référence des troubles du langage de l'hôpital Raymond-Poincaré, d'Emilie Schlumberger ;
- > pour le centre de référence des troubles du langage de l'hôpital Bicêtre, de Catherine Billard ;
- > pour les services de protection maternelle et infantile des Conseils généraux franciliens, de : Marie-Claude Bonnefoi et Marcelle Delour (75), Evelyne Caprioli (77), Amélie Marier (78), Marie Moron (91), Simone Dragos (92), Lucile Rivera (93), Joëlle Marie et Yvette Perriot (94), Yves-Marie Février (95) ;
- > pour la CNSA, de Christine Roux ;
- > pour la Cpm de la Seine-Saint-Denis, de Pierre Albertini ;
- > pour la Dases - service de santé scolaire, de Geneviève Richard ;
- > pour la DDTEFP-Sepes, de Christelle Stépien ;
- > pour la Direction Générale de la Santé, de Brigitte Lefeuvre ;
- > pour la Drass, d'Alice Kopel, Sophie Malo et Marie-Pierre Ménager ;
- > pour la DRE, de Jean-Luc Flora ;

*Dans cette publication, les acronymes débutent par une majuscule, à la différence des sigles dont toutes les lettres sont épelées et qui apparaissent ainsi tout en majuscules. Un glossaire des acronymes et des sigles figure en annexe.

- > pour la Drees, de Nathalie Guignon ;
- > pour l'Inpes, d'Arnaud Gautier et Philippe Guilbert ;
- > pour l'Insee Ile-de-France, du Service études et diffusion ;
- > pour l'Inserm CépiDC, de Martine Bovet ;
- > pour l'Inserm Unité 780, de Marie-Aline Charles et Ibrahima Diouf ;
- > pour l'Inserm Unité 822, de Josiane Warszawski ;
- > pour l'Inserm Unité 953, de Jennifer Zeitlin ;
- > pour l'InVS Unité VIH-IST-VHC, de Caroline Semaille et son équipe :
Françoise Cazein, Anne Galay, Marie Jauffret-Roustide, Stéphane Le Vu, Annie Velter ;
- > pour la MSA, de Marc Wurmser ;
- > pour le ministère de la Santé, d'Annick Vilain ;
- > pour l'OFDT, d'Ivana Obradovic et Christophe Palle ;
- > pour le Registre des malformations congénitales de Paris, de Babak Khoshnood ;
- > pour le Réseau pédiatrique du Sud et de l'Ouest francilien, de Michèle Granier, Ingrid Renaux, Laurence Leloup et des autres membres du réseau ;
- > pour la caisse RSI des professions libérales, de Serge Lornois ;
- > pour les caisses RSI Ile-de-France, de Jean-François Daudet ;
- > pour l'association Safe, de Catherine Duplessy ;
- > pour le Service communal d'hygiène et de santé d'Aubervilliers, de Luc Ginot ;
- > pour le Smamif, de Guy Legal ;
- > pour l'Urcam, de Célestine Badiane ;

ainsi que l'ensemble du personnel des Conseils généraux franciliens et des Ddass d'Ile-de-France .

Que tous ces partenaires soient ici vivement remerciés.



Sommaire



Auteurs, relecteurs et autres collaborateurs

8



Présentation, méthode, guide de lecture

13



Indicateurs transversaux

19



Axe prioritaire 1

49

Lutter contre le cancer

- > **Objectif 1** Promouvoir le dépistage des cancers féminins (cancer du sein et du col de l'utérus), en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables) 50
 - 1.1 Promouvoir le dépistage du cancer du sein 50
 - 1.2 Promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus 56
- > **Objectif 2** Promouvoir le dépistage du cancer colorectal, en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables) 60
- > **Objectif 3** Renforcer la lutte contre les cancers professionnels 64
- > **Objectif 4** Développer la prévention du mélanome 70
- > **Objectif 5** Mettre en place une recherche action afin d'étudier la faisabilité du dépistage des cancers des voies aéro-digestives (VADS) chez les sujets à haut risque 75
- > **Objectif 6** Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer 77



Axe prioritaire 2

79

Accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'événements de santé fragilisants

- > **Objectif 7** Repérer et accompagner les femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale vers les dispositifs de suivi de grossesse adaptés, en particulier favoriser leur accès à l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse 80
- > **Objectif 8** Renforcer le repérage précoce du handicap et l'aide aux parents concernés 86
- > **Objectif 9** Renforcer le dépistage précoce des troubles de l'apprentissage du langage écrit et oral 92
- > **Objectif 10** Garantir le maintien d'une couverture vaccinale chez les adolescents et les jeunes adultes ainsi que dans les groupes à risques 100
- > **Objectif 11** Renforcer les actions d'éducation à la sexualité, intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, contraception, chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté 104
- > **Objectif 12** Mieux prendre en compte la souffrance psychique 108
- > **Objectif 13** Promouvoir la santé mentale pour les publics jeunes 113
- > **Objectif 14** Développer l'évaluation globale du vieillissement (en y intégrant une dimension de prévention primaire et secondaire), et l'étendre aux populations vulnérables vieillissantes 116
- > **Objectif 15** Développer les bilans médico-psycho-sociaux pour les personnes atteintes de polyopathologies chroniques avec un retentissement fonctionnel (en particulier les personnes atteintes de détérioration intellectuelle et les personnes du grand âge) et s'assurer de leur suivi 120
- > **Objectif 16** Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, notamment celles atteintes de cancer, maladie d'Alzheimer, maladies rares et affections apparentées 122
- > **Objectif 17** Améliorer et valoriser l'action des aidants naturels et développer des dispositifs de soutien qui leur soient spécifiques 124



Axe prioritaire 3

127

Promouvoir les comportements favorables à la santé

- > **Objectif 18** Développer le repérage et la prise en charge précoce des usages à risque dans le domaine des addictions. Il s'agit notamment des consommations les plus répandues : alcool, tabac, cannabis et médicaments psychotropes 128
- > **Objectif 19** Assurer un programme spécifiquement orienté vers le tabagisme féminin : réduire la prévalence du tabagisme féminin 134
- > **Objectif 20** Renforcer la réduction des risques (RDR) chez les usagers de drogues afin de diminuer notamment les contaminations virales 138
- > **Objectif 21** Diminuer les nouvelles contaminations par le VIH et les IST chez les populations prioritaires : les migrants et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ainsi que les détenus, les prostitués et les hétérosexuels multipartenaires 142
- > **Objectif 22** Chez les personnes séropositives, améliorer la qualité de vie, induire une observance accrue des traitements et une réduction des prises de risque 148
- > **Objectif 23** Prévenir l'obésité infantile (0-11 ans), notamment par l'éducation critique à la consommation, et dépister précocement le surpoids chez l'enfant 154
- > **Objectif 24** Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée 158
- > **Objectif 25** Développer la prévention et le dépistage de la dénutrition et de la déshydratation chez les personnes âgées 163



Axe prioritaire 4

165

Promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale

- > **Objectif 26** Garantir les conditions de promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale 168
- > **Objectif 27** Développer une approche santé adaptée en direction de publics prioritaires 170
- > **Objectif 28** Contribuer à la diminution de l'incidence et la gravité de certaines pathologies touchant particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité sociale, notamment la tuberculose 177
 - 28.1 Renforcer la surveillance et évaluer les pratiques relatives à la lutte antituberculeuse 178
 - 28.2 Adapter les stratégies de prise en charge et les organisations en prenant en compte les évaluations et les évolutions réglementaires
 - 28.3 Favoriser le recours et la continuité du traitement
 - 28.4 Développer une promotion adaptée de la santé bucco-dentaire auprès de publics cibles 180
 - 28.5 Favoriser l'éducation à la santé bucco-dentaire des jeunes enfants, des parents et des futurs parents 184



Axe prioritaire 5


189

Réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux

- > **Objectif 29** Protéger la santé des populations vivant en habitat indigne 190
 - 29.1 Lutter contre l'insalubrité 194
 - 29.2 Améliorer la prévention du saturnisme chez l'enfant et la femme enceinte, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués 196
 - 29.3 Prévenir les intoxications au monoxyde de carbone et les allergies 199
- > **Objectif 30** Améliorer la qualité de l'environnement 200
 - 30.1 Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle 200
 - 30.2 Limiter les pollutions des eaux dues aux pesticides et à certaines substances potentiellement dangereuses 202
 - 30.3 Protéger les captages d'eau potable 205
 - 30.4 Réduire les nuisances sonores 206
 - 30.5 Réduire l'incidence de la légionellose, en renforçant la sécurité des installations sensibles 210



Constats et perspectives

213

Annexes :

- tableaux récapitulatifs des indicateurs, 228
- principales sources, 231
- liste des acronymes et des sigles

217

Auteurs



Présentation, méthode, guide de lecture

- > Florence de Maria (ORS)



Indicateurs transversaux

- > Philippe Pépin, Aurélie Cazenave (ORS)



Axe prioritaire 1

Lutter contre le cancer

- > **Objectif 1** Philippe Pépin, Aurélie Cazenave (ORS)
- > **Objectif 2** Philippe Pépin, Aurélie Cazenave (ORS)
- > **Objectif 3** Philippe Pépin, Aurélie Cazenave (ORS)
- > **Objectif 4** Philippe Pépin, Aurélie Cazenave (ORS)
- > **Objectif 5** Florence de Maria (ORS)
- > **Objectif 6** Florence de Maria (ORS)



Axe prioritaire 2

Accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'événements de santé fragilisants

- > **Objectif 7** Catherine Vincelet (ORS)
- > **Objectif 8** Catherine Embersin (ORS)
- > **Objectif 9** Johan Verstraeten, Florence de Maria (ORS)
- > **Objectif 10** Catherine Vincelet (ORS)
- > **Objectif 11** Nathalie Beltzer, Aurélie Cazenave (ORS)
- > **Objectif 12** Catherine Embersin (ORS)
- > **Objectif 13** Maxime Pouvelle (Drass)
- > **Objectif 14** Florence de Maria, Aurélie Cazenave (ORS)
- > **Objectif 15** Florence de Maria, Aurélie Cazenave (ORS)
- > **Objectif 16** Pierre Ouahnnon (Urcam)
- > **Objectif 17** Florence de Maria (ORS)



Axe prioritaire 3

Promouvoir les comportements favorables à la santé

- > **Objectif 18** Corinne Praznoczy-Pépin (Crips-Cirdd), Isabelle Grémy (ORS)
- > **Objectif 19** Corinne Praznoczy-Pépin (Crips-Cirdd), Isabelle Grémy, Aurélie Cazenave (ORS)
- > **Objectif 20** Corinne Praznoczy-Pépin (Crips-Cirdd), Isabelle Grémy (ORS)
- > **Objectif 21** Sandrine Halfen (ORS)
- > **Objectif 22** Sandrine Halfen (ORS)
- > **Objectif 23** Catherine Vincelet (ORS)
- > **Objectif 24** Catherine Vincelet (ORS)
- > **Objectif 25** Florence de Maria (ORS)



Axe prioritaire 4

Promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale

- Introduction :** Johan Verstraeten (ORS), Edith Wirbel (Drass)
- > **Objectif 26** Sylvie Druelle (Drass)
 - > **Objectif 27** Johan Verstraeten (ORS)
 - > **Objectif 28**
 - > **Objectif 28.1-2-3** Sylvie Druelle (Drass), Florence de Maria (ORS)
 - > **Objectif 28.4** Evelyne Baillon-Javon (DRSM), Marie-Christine Pirlet (Cpam 95)
 - > **Objectif 28.5** Evelyne Baillon-Javon (DRSM), Marie-Christine Pirlet (Cpam 95)



Axe prioritaire 5

Réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux

- > **Objectif 29**
 - Chapitre introductif : Florence de Maria (ORS)
 - > **Objectif 29.1** Dorothee Grange (ORS)
 - > **Objectif 29.2** Dorothee Grange (ORS)
 - > **Objectif 29.3** Dorothee Grange (ORS)
- > **Objectif 30**
 - > **Objectif 30.1** Florence de Maria (ORS)
 - > **Objectif 30.2** Jean-Philippe Camard (ORS)
 - > **Objectif 30.3** Dorothee Grange (ORS)
 - > **Objectif 30.4** Jean-Philippe Camard, Aurélie Cazenave (ORS)
 - > **Objectif 30.5** Jean-Philippe Camard (ORS)



Constats et perspectives

- > Florence de Maria (ORS)



Annexes : tableaux récapitulatifs des indicateurs, principales sources, liste des acronymes et des sigles

- > Véronique Cazaux, Myriam Dalbarade, Florence de Maria, Philippe Pépin (ORS), Maxime Pouvelle (Drass)

Relecteurs



- > Marie-France d'Acremont, Drass (objectifs 1, 2, 3, 4, 5, 6)
- > Yannick Aujard, centre hospitalier Robert-Debré (objectifs 7, 8)
- > Gilles Balloy, Drass (objectifs 30.2, 30.3)
- > Christine Barbier, Drass (objectifs 7, 8, 21, 22)
- > Lionel Benoit, Cram (objectifs 23, 24, 25)
- > Thierry Bérenger, réseau Périnatal 92 Nord (objectifs 7, 8)
- > Christophe Bernard, Drass (objectifs 26, 28.1)
- > Jean-Paul Blanc, AFPA (objectif 9)
- > Corinne Bois, Conseil général des Hauts-de-Seine (objectif 9)
- > Delphine Caamano, Drass (objectifs 29.3, 30.5)
- > Edwige Conte, PMI 77 (objectifs 7, 8)
- > Christine Cordoliani, académie de Versailles (objectif 9)
- > Catherine Crenn Hebert, AP-HP Périnat-Arhif (objectifs 7, 8)
- > Sylvie Druelle, Drass (indicateurs transversaux, introduction axe 4, objectif 27)
- > Jocelyne Extra, Drass (objectifs 14, 15, 17)
- > Julien Galli, Urcam (indicateurs transversaux, objectifs 6, 28.4, 28.5)
- > Dominique Girardon, URML Ile-de-France/Mod 4 5 6 (objectif 9)
- > Pascale Giry, Drass (objectifs 29, 29.1, 29.2, 29.3)
- > Albert Godal, Ddass 78 (objectif 30.4)
- > Dorothée Grange, ORS (objectifs 29, 30.1, 30.4)
- > Michèle Granier, Réseau pédiatrique du Sud et de l'Ouest francilien (objectif 8)
- > Isabelle Grémy, ORS (indicateurs transversaux, objectifs 11, 21, 22)
- > Sabine Hautreux, Drass (objectifs 30.2, 30.3)
- > Albert Herszkowicz, Drass (objectifs 18, 19, 20)
- > Sabine Host, ORS (objectif 30.1)
- > Hubert Isnard, Cire (objectif 10)
- > Nathalie Joannard, Drass (objectif 10)
- > Elodie Lebreton, AP-HP Périnat-Arhif (objectifs 7, 8)
- > Laurence Leloup, Réseau pédiatrique du Sud et de l'Ouest francilien (objectif 8)
- > Emeline Leporc, Cram (objectifs 18, 19, 20)
- > Florence de Maria, ORS (indicateurs transversaux, objectif 27)
- > Claudette Martin-Jourden, académie de Versailles (objectif 9)
- > Marie-Pierre Ménager, Drass (objectifs 7, 8)
- > Anne Pillon, Dire (objectif 30.1)
- > Marie-Claude Ponssard, Drass (objectifs 12, 13)
- > Maxime Pouvelle, Drass (indicateurs transversaux, objectifs 7, 8, 12, 28.4, 28.5)
- > Ingrid Renaux, Réseau pédiatrique du Sud et de l'Ouest francilien (objectif 8)
- > Les membres du Réseau pédiatrique du Sud et de l'Ouest francilien (objectif 8)
- > Geneviève Richard, Dases - service de santé scolaire (objectif 9)
- > Monique Jacquier Roux, académie de Loire (objectif 9)

- > Nicolas Sandret, DRTEFP (objectif 3)
- > Yolande Sobeki, Drass (objectifs 14, 15, 17)
- > Brigitte Tastet, académie de Créteil (objectif 9)
- > Patrick Téreygeol, Urcam (objectifs 6, 14, 15, 16, 17)
- > Delphine Vilain, Drass (objectifs 18, 19, 20)
- > Catherine Vincelet, ORS (objectif 8)
- > Edith Wirbel, Drass (objectif 27)
- > Jennifer Zeitlin, Inserm U953 (objectifs 7, 8)

Cartographie, exploitations spécifiques et systèmes d'information



- > Les cartes du Parc privé potentiellement indigne (objectif 29) ont été fournies par Jean-Luc Flora (DRE).
- > Les cartes des objectifs 9 et 27 ont été réalisées par Adrien Saunal (ORS).
- > Les cartes des objectifs 17 et 29.2 ont été réalisées par Capucine Mitton (ORS).
- > Les exploitations spécifiques des enquêtes Baromètre Gay 2005 et Presse Gay 1997, 2002, 2004 (objectifs 21, 22) ont été fournies par Annie Velter (InVS).
- > Les exploitations spécifiques du Baromètre santé 2005 de l'Inpes (objectifs 1, 2, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 24) ont été réalisées par Catherine Embersin, Edouard Chatignoux et Benoît Chardon (ORS).
- > Les exploitations spécifiques du Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire 1999-2000, 2003-2004, 2004-2005 de la Drees (objectifs 23, 24) ont été réalisées par Nathalie Guignon (ministère de la Santé-Drees).
- > Les exploitations spécifiques de l'enquête Coquelicot 2004 de l'InVS-ANRS (objectif 20) ont été réalisées par Marie Jauffret-Roustide (InVS).
- > Les exploitations spécifiques de l'Enquête décennale de santé 2002-2003 de l'Insee (indicateurs transversaux, objectifs 15, 16, 23, 24, 28.4) ont été réalisées par Catherine Vincelet et Florence de Maria (ORS).
- > Les données issues de l'Enquête périnatale française (objectif 7) ont été fournies par Josiane Warszawski (Inserm U822).
- > Les exploitations spécifiques des enquêtes KABP (objectif 11) ont été réalisées par Nathalie Beltzer (ORS).
- > Les données issues de l'enquête auprès des Laboratoires VIH (objectif 21) ont été fournies par Françoise Cazein (InVS).
- > Les exploitations spécifiques de l'enquête ObEpi 2006 de l'Inserm/Institut Roche (objectif 24) ont été réalisées par Ibrahima Diouf (Inserm Unité 780).
- > Les exploitations spécifiques de l'Enquête Sumer 2002-2003 du ministère du Travail-Dares (objectif 3) ont été réalisées par Christelle Stépien (DDTEFP-SEPES).
- > Les données d'affections de longue durée (indicateurs transversaux, objectifs 1, 2, 4, 14, 15, 17, 19) et de maladies professionnelles (objectif 3) ont été fournies par Julien Galli (Urcam).
- > Les données sur les CDAG hors prison et sur les antennes des CDAG en prison (objectif 21) ont été fournies par Stéphane Le Vu (InVS).
- > Les exploitations spécifiques des certificats de santé (objectif 23) ont été réalisées par Annick Vilain (ministère de la Santé).
- > Les données des CS8 et du PMSI (objectifs 7 et 8) ont été fournies par Elodie Lebreton (AP-HP Périnat-Arhif) et Jennifer Zeitlin (Inserm U953).
- > Les données sur les consultations tabacologiques (objectifs 18, 19) ont été fournies par Anne-Laurence Le Faou (CDTnet).

- > Les données franciliennes de l'enquête quantitative menée auprès des Camsp (objectif 8) ont été fournies par Christine Roux (CNSA).
- > Les données relatives à l'activité du centre de référence de l'hôpital Raymond-Poincaré (objectif 9) ont été fournies par Emilie Schlumberger (centre de référence de l'hôpital Raymond-Poincaré).
- > Les données démographiques ont été fournies par Carlos Portas (Insee Ile-de-France).
- > Les fichiers des déclarations obligatoires des découvertes de séropositivité et des cas de sida (objectifs 21, 22) ont été fournis par Françoise Cazein (InVS).
- > Les exploitations spécifiques des fichiers des déclarations obligatoires de tuberculose fournis par l'InVS (objectifs 28.1-2-3) ont été réalisées par Edouard Chatignoux (ORS).
- > Les données relatives au dépistage des troubles spécifiques du langage pour les enfants de 3-4 ans (objectif 9) ont été fournies par les Conseils généraux franciliens, en particulier : Emmanuelle Cremona (78), Simone Dragos (92), Yves-Marie Février (95), Véronique Hollebecque (77), Marie-Claude Leroux (94), Marie Moron (91), Lucile Rivera (93), et pour Paris, par Geneviève Richard (Mairie de Paris - Dases - service de santé scolaire).
- > Les données relatives au dépistage des troubles spécifiques du langage pour les enfants de 6 ans (objectif 9) ont été fournies par Christine Cordoliani (académie de Versailles), Brigitte Tastet (académie de Créteil) et Geneviève Richard (Mairie de Paris - Dases - service de santé scolaire).
- > Les données relatives aux foyers de travailleurs migrants (objectifs 28.1-2-3) ont été fournies par Edith Wirbel (Drass).
- > Les données sur les IST (autres que le VIH) (objectif 21) ont été fournies par Anne Galay (InVS).
- > Les incidences des maladies rares (objectif 8) ont été fournies par Jean-Louis Dhondt (Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant).
- > Les données relatives à l'accueil des personnes âgées en établissements (objectif 17) ont été fournies par Myriam Dalbarade (ORS).
- > Les exploitations spécifiques de l'outil de gestion de l'appel à projets du GRSP (objectif 13) ont été réalisées par Maxime Pouvelle (Drass).
- > Les extractions du PMSI (objectif 14) ont été réalisées par Sophie Malo (Drass).
- > Les informations relatives au Réseau pédiatrique du Sud et de l'Ouest Francilien et à son évaluation (objectif 8) ont été fournies par Michèle Granier, Ingrid Renaux et Laurence Leloup (Réseau pédiatrique du Sud et de l'Ouest francilien).
- > Les données sur les réseaux périnataux d'Ile-de-France (objectifs 7 et 8) ont été fournies par Joëlle Marie (PMI 94).
- > Les données de suivi post-professionnel (objectif 3) ont été fournies par Jacqueline Giry et Richard Vieau (Cpam 93).
- > Les données de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone (objectif 29.3) ont été fournies par Nicolas Carré (Cire).

Compléments, mises à jour

En 2009, la plupart des indicateurs figurant dans la première version de l'ouvrage ont été entièrement revus - voire recalculés - d'une part à partir des données du recensement de population de l'Insee, dans sa forme renouvelée qui permet d'obtenir des informations à l'année 2006, et d'autre part des données de mortalité 2005-2007 du CépiDC de l'Inserm.

D'autres informations, de date de production plus proche de 2006 que celle figurant dans la première version, ont également été mises à jour, comme les estimations du réseau Francim des registres de cancer pour l'année 2005 (lors de la première version, seule l'année 2003 était disponible).

Des éléments d'enquêtes en population générale de date de production égale ou proche de 2006 ont également été inclus au niveau des objectifs ad hoc. Il s'agit des exploitations régionales de l'enquête Contexte de la sexualité en France (Inserm-Ined, 2006) au niveau de l'objectif 11 et du Baromètre santé-environnement (Inpes, 2007) pour l'objectif 30.4.

Ces mises à jour et compléments ont tous été réalisés par Aurélie Cazenave (ORS).

Par ailleurs, de nouvelles fiches synthétiques ont été créées pour les objectifs non présents dans la première version, permettant de disposer d'une situation initiale pour l'ensemble des objectifs du PRSP. Les nouvelles fiches concernent les objectifs 7, 8, 9, 10, 27 (toutes réalisées par l'ORS) et 28 (pour la partie santé bucco-dentaire, réalisée par les chefs de projet régionaux).

Enfin, la partie relative aux indicateurs transversaux s'est étoffée en 2009 d'une analyse de la mortalité pour chaque département francilien (une page par département), réalisée par Philippe Pépin et Aurélie Cazenave (ORS).

Présentation



La loi n°2004-806 du 9 août 2004 définit la politique de santé publique et confie à l'échelon régional sa déclinaison partagée dans le cadre de Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP), élaborés en lien avec les Conférences Régionales de Santé (CRS) et mis en œuvre par les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP).

Les PRSP déterminent les grandes orientations de la politique régionale de santé publique. Leur finalité est l'organisation cohérente de la santé publique en région, en fédérant les différents acteurs de santé publique - financeurs, opérateurs, observateurs... - autour d'orientations régionales partagées. En ce sens, les PRSP constituent des cadres de planification des politiques régionales de santé publique.

Selon les termes de la loi et des textes réglementaires qui en découlent, «le PRSP ainsi que les programmes définis par la région font l'objet d'une évaluation», et cette évaluation relève des compétences du GRSP et de la CRS, sous la responsabilité de l'Etat.

Elaboré de façon concertée entre 2004 et 2006, le plan régional de santé publique d'Ile-de-France comporte cinq axes prioritaires pour les années 2006-2010, déclinés en trente objectifs régionaux. Son suivi et son évaluation s'appuient sur deux démarches complémentaires, issues de textes réglementaires :

- un «Programme d'Etudes et de Statistiques» (PES) à l'initiative du GRSP ;
- une «Formation Spécialisée pour le Suivi et l'Evaluation» du PRSP (FSSE) mise en place par la CRS en 2006.

Le présent ouvrage s'inscrit dans la démarche de suivi et d'évaluation telle que définie par le programme d'études et de statistiques.



Le programme d'études et de statistiques du PRSP Ile-de-France

Le programme d'études et de statistiques, inscrit dans la circulaire PRSP de septembre 2004 (cf. encadré ci-dessous), doit permettre «d'identifier les aspects jugés à la fois importants et mal connus de l'état de santé dans la région, d'accompagner les actions engagées dans le cadre du PRSP et, contribuer à l'évaluation de leurs impacts».

En Ile-de-France, son élaboration et sa mise en œuvre s'appuient, depuis 2005, sur une équipe diversifiée et complémentaire, à la fois en termes de compétences et d'appartenance institutionnelle (Cire, Conseil régional, Cram, Drass, Insee, ORS, Urcam) - l'Etat assurant la coordination de ce comité technique régional, dit «groupe PES».

Extrait de la circulaire DGS/SD1 n° 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique

«Le Plan régional de santé publique doit comprendre un programme d'études et de statistiques. Ce programme devra notamment prendre en compte les travaux statistiques et d'études réalisés au niveau régional dans le cadre des dynamiques partagées d'observation déjà mises en place, et notamment des «plates-formes communes d'observation sanitaire et sociale» qui ont pour objet de recenser les informations statistiques et les études détenues par l'ensemble des partenaires impliqués dans ces politiques et qui sont susceptibles de contribuer à l'éclairage des déterminants de la situation régionale en matière de santé.

Il est élaboré pour identifier les aspects jugés à la fois importants et mal connus de l'état de santé dans la région, ainsi que pour accompagner les actions engagées dans le cadre du PRSP et contribuer à l'évaluation de leurs impacts.

Il est important que ce programme s'inscrive dans le PRSP dès son démarrage, pour que les aspects liés à l'observation et à l'évaluation soient d'emblée intégrés à la réalisation. La première version du PRSP devra comprendre les éléments suivants :

- un inventaire des études existantes dans le champ du PRSP ;
- un inventaire des compétences disponibles dans la région pour la réalisation des études et travaux d'observation de la santé.

Les modalités de réalisation des études et travaux d'observation projetés devront être précisément envisagées et, notamment, les partenaires intéressés, le mode d'élaboration des cahiers des charges et de choix des opérateurs, les délais envisagés et les modalités de suivi de chaque opération.»



Production du groupe PES en 2006 : un rapport technique

Les travaux menés par le groupe PES entre 2005 et 2006 ont notamment permis d'aboutir à un rapport technique de présentation d'éléments opérationnels pour le suivi et l'évaluation du Plan régional de santé publique, avec des propositions d'indicateurs globaux, des propositions d'indicateurs spécifiques par objectif, et des propositions d'études ou d'enquêtes qui pourraient être développées pour améliorer les connaissances et permettre le suivi des objectifs pour lesquels l'information est manquante ou trop imprécise.

Ces travaux ont été réalisés en partenariat avec les chefs de projet régionaux en santé publique, pilotes, chacun dans leur domaine d'attribution (addictions, santé mentale...), de la déclinaison des objectifs du PRSP en actions de prévention.

Au final, ce document programme offre un cadre assez précis pour l'observation sanitaire en Ile-de-France pendant cinq ans (les PRSP étant des plans quinquennaux).



Production du groupe PES entre 2007 et 2009 : situation initiale au démarrage du PRSP

Entre 2007 et 2009, les travaux du groupe PES, menés à nouveau en concertation avec les chefs de projet régionaux, ont notamment porté sur l'approfondissement des éléments proposés dans le rapport technique, afin d'établir la situation initiale de l'état de santé des Franciliens au démarrage du PRSP.

La démarche retenue dans ce cadre vise à faire un état des lieux des informations disponibles pour une année donnée, en faisant apparaître les particularités régionales et départementales (lorsque c'est possible). Le PRSP Ile-de-France portant sur les années 2006-2010, la valeur 2006 des données a été privilégiée (sous réserve de leur disponibilité) comme référence pour cette situation initiale.

Cette démarche a permis de repérer les indicateurs les plus pertinents au niveau régional, de collecter et d'analyser ces informations, enfin d'engager de nouvelles études ou enquêtes pour obtenir les données manquantes.

Pilotés par le groupe PES et coordonnés par l'un de ses membres, l'Observatoire régional de santé, ces travaux ont abouti au présent ouvrage.

Sa réalisation repose sur les données issues de systèmes d'information pérennes (base de données démographiques de l'Insee, causes de décès pour l'Inserm CépiDC, fichier des admissions en affection de longue durée pour l'Assurance maladie, système de déclarations obligatoires pour l'InVS, certificats de santé pour la Drees, PMSI, registres, réseaux...) et sur les résultats régionaux d'enquêtes répétées en population (Baromètre santé de l'Inpes, enquête Sumer de la Dares, enquête Escapad de l'OFDT, enquêtes KABP de l'ORS...).

Au final, l'ouvrage comporte deux parties :

- une partie générale présentant des indicateurs de cadrage pour la politique régionale de santé, dits indicateurs «transversaux», qui visent à fournir des éléments de compréhension des problèmes de santé publique et, notamment, des inégalités sociales de santé, en abordant les questions de démographie, de contexte socio-économique, de qualité de vie et de besoins de soins parallèlement à la mortalité et à la morbidité ;

- une partie de restitution des éléments spécifiques à chaque objectif, sous forme de fiches synthétiques individuelles, précisant soit la valeur des indicateurs en 2006 (ou proche de 2006), soit, en l'absence d'indicateurs disponibles, les études engagées pour obtenir les indicateurs manquants.

Méthode



Le groupe projet PES présente l'avantage de rassembler, autour d'un chef de projet de la Drass et d'un représentant du Conseil régional, des acteurs représentant deux versants complémentaires de l'observation en santé au niveau régional, avec à la fois des producteurs de données sanitaires (Cram, Urcam) et des organismes en capacité de produire de l'expertise et de l'analyse statistique (Cire, ORS, statisticien Insee placé auprès de la Drass). Il tient compte également de l'avis territorial en soumettant l'ensemble de ses travaux à un représentant de commune.

Les objectifs du PRSP ont été répartis entre les membres du PES, dénommés « correspondants PES » (par exemple l'Urcam est le correspondant PES pour l'évaluation de l'objectif 16), qui travaillent avec les chefs de projet régionaux sur l'évaluation des objectifs dont ils ont la charge. La composition du groupe PES figure ci-dessous :

Composition du groupe «Programme d'Etudes et de Statistiques» du PRSP

Chef de projet : Maxime Pouvelle (Misp-Drass)

Institutions membres du groupe PES	Correspondants PES* (déc 2007)	Objectifs du PRSP	Chefs de projets régionaux en charge des objectifs du PRSP, ayant participé à l'ouvrage
Caisse régionale d'assurance maladie (Cram)	Lionel Benoit	Nutrition (23-25)	Lionel Benoit (Cram)
	Aude Eyrioux Emeline Leporc	Addictions (18-20)	Albert Herszkowicz (Drass)
Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire)	Hubert Isnard	Vaccination, tuberculose (10, 28)	Paule Deutsch (Drass) Nathalie Joannard (Drass)
Conseil régional	Nathalie Goyaux		
Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass)	Sylvie Druelle	Vulnérabilité sociale (26, 28) Publics prioritaires (27)	Christophe Bernard (Drass) Edith Wirbel (Drass)
	Maxime Pouvelle	Santé mentale (12-13)	Marie-Claude Ponsard (Drass) Monique Habib-Rapopport (Drass)
Service médical de l'assurance maladie (Smamif)	Vincent Mettauer	Bucco-dentaire (28)	Evelyne Baillon-Javon (DRSM) Marie-Christine Pirlet (Cpam 95)
	Agnès Lefranc Jean Philippe Camard	Environnement (29-30)	Pascale Giry (Drass)
Observatoire régional de santé (ORS)	Isabelle Grémy	Education à la sexualité (11) VIH-Sida-IST-hépatites (21-22)	Christine Barbier (Drass)
	Florence de Maria	Personnes âgées (14-15, 17)	Yolande Sobbecki (Drass) Patrick Téreygeol (Urcam)
	Philippe Pépin	Cancer (1-5)	Marie-France d'Acremont (Drass)
Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam)	Pierre Ouahnnon Julien Galli	Maladies chroniques (6, 16)	Marie-France d'Acremont (Drass) Patrick Téreygeol (Urcam)
		Périnatalité (7-8)	Marie-Pierre Ménager (Drass)
		Troubles de l'apprentissage du langage (9)	

*En charge du suivi et de l'évaluation des objectifs du PRSP.

Lecture : En 2007, la Cram, représentée par Lionel Benoit et Emeline Leporc (en remplacement d'Aude Eyrioux), est membre du groupe projet PES. Emeline Leporc est le correspondant PES pour les objectifs addictions du PRSP. Les travaux qu'elle mène dans le cadre du PES sont réalisés en collaboration avec le chef de projet régional «addictions», le docteur Albert Herszkowicz (Misp/Mira-Drass).

Dans ce cadre, la méthode mise en œuvre pour établir la situation initiale au démarrage du PRSP s'est fortement appuyée sur les ressources disponibles au sein même du groupe PES.

Deux démarches ont ainsi été entreprises au cours des années 2007-2009 :

- l'organisation des modalités de recueil des données nécessaires à l'ouvrage ;
- le processus de réalisation de l'ouvrage.



L'organisation des modalités de recueil des données

Sous l'impulsion du chef de projet du groupe PES, la collecte des données a été réalisée en deux étapes successives :

1^{ère} étape : le regroupement des données par fournisseur

2^{ème} étape : l'organisation du recueil des données à travers :

> la mise à disposition « directe » pour celles détenues par les institutions membres du PES, qu'il s'agisse de données disponibles en routine (données de mortalité...) ou d'exploitations spécifiques de systèmes d'information (outil de gestion de l'appel à projets...) ou d'enquêtes en population générale (Baromètre santé 2005, Enquête décennale de santé 2002-2003, enquête Logement 2002...);

> la sollicitation officielle des autres institutions (envoi de lettres de mandat du Directeur du GRSP), en s'appuyant sur les membres du groupe PES comme interlocuteur intermédiaire (par exemple, mobilisation de l'Urcam pour l'obtention des données d'admissions en affection de longue durée des trois principaux régimes d'assurance maladie : le service médical du régime général, le RSI et la MSA) ;

> la mutualisation des démarches reposant sur les mêmes données (par exemple, une seule demande auprès de l'InVS pour les indicateurs utilisés dans le bulletin de santé VIH/sida 2007 de l'ORS et ceux inscrits dans les objectifs 21 et 22 du PES) ;

> l'articulation avec les autres instances régionales engagées dans des démarches similaires d'évaluation (par exemple, obtention des indicateurs environnementaux du PRSP via le comité technique du Plan Régional Santé Environnement).



Le processus de réalisation de l'ouvrage

Le groupe PES a confié à l'ORS la coordination de la réalisation de l'ouvrage (avec validation en séance plénière des principales orientations et ajustements concernant notamment le champ, la rédaction et la forme de celui-ci).

Champ : l'ouvrage s'intéresse aux indicateurs transversaux du PRSP et à l'ensemble des objectifs du PRSP.

De 26 objectifs renseignés début 2008, l'ouvrage s'est enrichi au fur et à mesure des compléments et mises à jour avec les fiches vaccination et santé bucco-dentaire fin 2008, les fiches périnatalité, enfance et publics prioritaires courant 2009, pour aboutir à une restitution complète pour les trente objectifs du PRSP fin 2009.

Au niveau des indicateurs transversaux, la partie relative à la mortalité a été déclinée pour chaque département francilien (une page par département) en 2009.

Rédaction : un ouvrage collectif

La rédaction a mobilisé dix-sept auteurs : sept correspondants PES (deux de la Drass, quatre de l'ORS, un de l'Urcam) et dix autres collaborateurs (un du Crips-Cirdd, un de la DRSM, un de la Cpam 95 et sept de l'ORS) -, la plupart d'entre eux ayant déjà été sollicités dans le cadre des procédures de mutualisation et d'articulation développées pour la phase de recueil des données.

Elle a été réalisée en étroite collaboration avec les chefs de projet régionaux et les autres membres du groupe PES.

Une relecture et une harmonisation de l'ensemble des fiches ont été réalisées par l'ORS.

Forme : des fiches synthétiques

La réalisation graphique de l'ouvrage a nécessité le recrutement par l'ORS d'une infographiste pour 3,5 mois. Une maquette sous forme de fiche synthétique a ainsi pu être proposée aux différents auteurs afin de disposer d'un cadre commun et homogène pour la restitution des contributions.

Cette maquette a évolué lors du processus de réalisation de l'ouvrage afin que les objectifs disposant d'indicateurs puissent être clairement différenciés de ceux qui n'en disposent pas (objectifs 5, 6, 13 et 25).

Au final, une centaine de partenaires ont collaboré à la réalisation de l'ouvrage, qui se décompose entre un chapitre relatif aux indicateurs transversaux du PRSP et quarante fiches synthétiques se rapportant aux trente objectifs du PRSP.

Ce décalage entre nombre de fiches et d'objectifs reflète la spécificité suivante : la déclinaison des éléments de suivi de quatre objectifs en plusieurs fiches, du fait d'un intitulé assez large (cas des objectifs 1, 28, 29 et 30, à l'origine respectivement de deux, trois, quatre et cinq fiches).

Comment lire les fiches



Le numéro associé à chaque fiche est celui de l'objectif correspondant au sein du Plan régional de santé publique d'Ile-de-France.

Chaque objectif est envisagé selon un plan bien précis :

- > un texte introductif présente le contexte national, restitue les enjeux principaux de chaque objectif en terme de santé publique et donne les informations utiles à la compréhension de la fiche ;
- > un encadré présente ensuite les faits marquants pour l'Ile-de-France ;
- > suivent les indicateurs commentés et illustrés par des tableaux, des graphiques ou des cartes ;
 - ils ont été, le plus systématiquement possible, mis en regard des données relatives au niveau national (ou aux autres régions françaises) ;
 - lorsque cela était possible, des décompositions par sexe et tranches d'âge ont été produites ;
 - de même, la question des disparités départementales a été prise en compte, en fonction de la disponibilité des données, sous forme d'un commentaire des écarts observés ;
 - les évolutions temporelles sont précisées lorsqu'elles sont pertinentes (et disponibles) ;
 - les taux sont présentés sous forme brute et/ou standardisée (sur l'âge et le sexe) pour tenir compte des effets de structure de la population ;
- > enfin, un encadré recense les références bibliographiques citées dans le texte, complétées éventuellement par quelques repères bibliographiques et définitions.

Les objectifs pour lesquels il n'existe pas de données régionales produites en routine comportent, outre un texte introductif, la présentation de l'état d'avancement des études engagées pour améliorer les connaissances et obtenir les indicateurs manquants, complétée éventuellement par quelques éléments d'aide à la décision (engagement des actions financées par le GRSP...).

Dans cette publication, les acronymes débutent par une majuscule, à la différence des sigles dont toutes les lettres sont épelées et qui apparaissent ainsi tout en majuscules. Un glossaire des acronymes et des sigles figure en annexe ainsi que des tableaux récapitulant la liste des indicateurs retenus pour chaque objectif et une brève présentation des principales sources de données.

Indicateurs transversaux



11,5 millions d'habitants en Ile-de-France

Forte natalité en Ile-de-France

La population francilienne vieillit, mais l'Ile-de-France reste la plus jeune région de France métropolitaine

La première région économique de France

Des revenus élevés mais très inégalement répartis en Ile-de-France

Un taux de chômage très variable au sein de la région

L'Ile-de-France fait partie des régions où l'on vit le plus longtemps

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

Baisse régulière de la mortalité prématurée...

... mais de fortes disparités départementales

Mortalité infantile relativement élevée en Ile-de-France...

... particulièrement en Seine-Saint-Denis

La mortalité augmente de façon exponentielle avec l'âge

Cinq causes de décès à l'origine de trois décès sur quatre

Surmortalité par cancer du sein et par cancer du poumon chez les Franciliennes

Niveau de mortalité et causes de décès : des situations variables dans les huit départements d'Ile-de-France

Environ 200 000 Franciliens admis en affection de longue durée en 2006

Qualité de vie liée à la santé : les femmes expriment plus tôt des limitations physiques

Des besoins de soins moindres en Ile-de-France, du fait notamment d'une population plus jeune



11,5 millions d'habitants en Ile-de-France

Composée de huit départements et de 1 281 communes, la région Ile-de-France accueille un peu plus de 11,5 millions d'habitants en 2006 (tab.1), soit 18,8% de la population de France métropolitaine.

Après avoir longtemps progressé, le poids relatif de la population de l'Ile-de-France dans la population française est aujourd'hui stabilisé : entre 1990 et 2006, la population francilienne a progressé au même rythme (+0,50% par an) que la population nationale (+0,51%).

La croissance francilienne est, depuis le milieu des années 1970, uniquement le fait d'un fort excédent des naissances sur les décès (qui s'explique par une forte proportion de jeunes adultes, une fécondité 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'est accentué entre les recensements de 1990 et de 1999. Pour la première fois, même les départements de grande couronne ont été déficitaires dans leurs échanges avec la province. Le déficit migratoire de l'Ile-de-France s'est toutefois légèrement réduit entre 1999 et 2006.

Selon les projections de l'Insee, la croissance devrait

se poursuivre à l'horizon 2030, mais à un rythme un peu moins soutenu dans la région (+0,31% par an) qu'en France (+0,38%).

Cette croissance démographique modérée devrait toujours s'accompagner de fortes disparités internes :

> A Paris, la diminution de la population pendant plusieurs décennies a laissé place à une très légère augmentation depuis 1990, mais la capitale pourrait à nouveau perdre des habitants d'ici 2030 (-0,20% par an).

> La proche couronne devrait conserver un taux de croissance relativement soutenu d'ici 2030 (+0,37 % par an), mais avec des disparités assez importantes entre les trois départements qui la composent.

> La grande couronne devrait demeurer la partie la plus dynamique de la région avec un taux annuel de croissance de +0,46% par an, très en deçà cependant des taux observés pendant plusieurs décennies sur ce territoire. Le département des Yvelines, notamment, devrait connaître une faible croissance d'ici 2030, tandis que la population de Seine-et-Marne, dont le taux de croissance annuel atteignait 2,5% entre 1982 et 1990, devrait augmenter au rythme annuel de +0,86% d'ici 2030.

tab.1 La population de l'Ile-de-France en 1990, 2006 et projections 2030

	Population			Evolution taux annuel moyen (en %)	
	1990*	2006*	2030**	1990-2006	2005-2030
Paris	2 150 147	2 181 371	2 079 103	+0,09	-0,20
Hauts-de-Seine	1 389 416	1 536 100	1 750 639	+0,63	+0,55
Seine-Saint-Denis	1 378 576	1 491 970	1 605 341	+0,50	+0,31
Val-de-Marne	1 213 446	1 298 340	1 367 187	+0,42	+0,22
<i>Proche couronne</i>	3 981 438	4 326 410	4 723 167	+0,52	+0,37
Seine-et-Marne	1 077 206	1 273 488	1 563 967	+1,05	+0,86
Yvelines	1 305 076	1 395 804	1 454 701	+0,42	+0,17
Essonne	1 083 245	1 198 273	1 309 478	+0,63	+0,37
Val-d'Oise	1 047 553	1 157 052	1 278 659	+0,62	+0,42
<i>Grande couronne</i>	4 513 080	5 024 617	5 606 805	+0,67	+0,46
Ile-de-France	10 644 665	11 532 398	12 409 075	+0,50	+0,31
France métropolitaine	56 577 000	61 399 541	67 200 000	+0,51	+0,38

*Recensements de la population.

**Projections départementales de population (mise à jour 2007).

Source : Insee.

Forte natalité en Ile-de-France

Jusqu'au milieu des années 1970, l'Ile-de-France était l'une des régions les moins fécondes de France. Aujourd'hui, elle fait partie des régions où les femmes ont le plus d'enfants. Les autres régions à forte fécondité sont toutes situées dans le nord du pays.

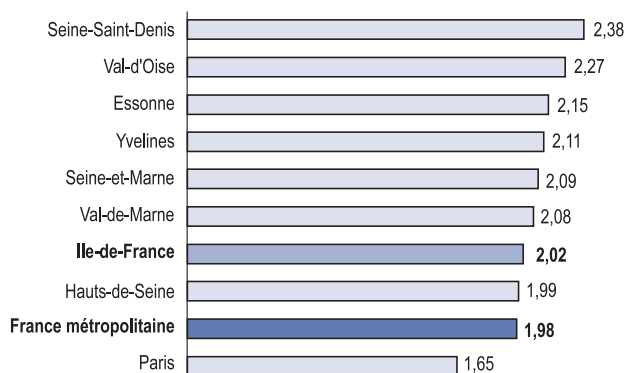
En 2006, l'indice conjoncturel de fécondité est de 2,02 enfants par femme en Ile-de-France (fig.1), soit sensiblement plus élevé que le taux national (1,98).

Ce taux varie au sein de la région, de 1,65 à Paris (le seul département francilien où cet indicateur est inférieur à la moyenne nationale) jusqu'à 2,38 enfants par femme en Seine-Saint-Denis.

Cet indicateur élevé conjugué à une importante population en âge de procréer explique que le taux de natalité (nombre de naissances pour 1 000 habitants) soit particulièrement élevé dans la région (15,8 naissances pour 1 000 habitants en 2006 contre 13,0 en moyenne nationale).

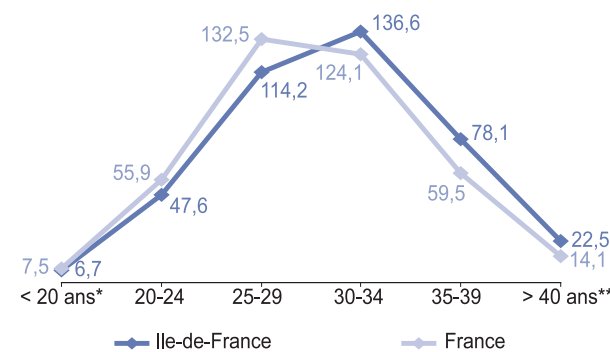
La fécondité des femmes varie avec l'âge. La tendance depuis plusieurs décennies est à une augmentation régulière de l'âge à la maternité. C'est particulièrement vrai en Ile-de-France, région où les taux de fécondité des femmes sont inférieurs à la moyenne nationale avant 30 ans mais supérieurs à la moyenne nationale après 30 ans (fig.2). En conséquence, les mères d'âge «relativement élevé» sont nombreuses en Ile-de-France. Parmi les 182 758 enfants nés en 2006 d'une mère francilienne, près de 25% avaient une mère âgée de 35 ans ou plus. Cette proportion est de 19% en moyenne dans les autres régions.

fig.1 Indicateur conjoncturel de fécondité en 2006



Source : Insee.

fig.2 Taux de fécondité par âge en 2006 (nombre de naissances vivantes pour 1 000 femmes)



* Naissances dont la mère est âgée de moins de 20 ans rapportées à la population des femmes de 15-19 ans.

** Naissances dont la mère est âgée de 40 ans ou plus rapportées à la population des femmes de 40-44 ans.

Source : Insee.

La population francilienne vieillit, mais l'Ile-de-France reste la plus jeune région de France métropolitaine.

La population de l'Ile-de-France vieillit mais à un rythme moindre que celle des autres régions. Ce vieillissement est principalement dû à l'avancée en âge des générations du baby-boom mais il est freiné par les échanges migratoires que la région entretient avec la province (arrivées de jeunes et départs de ménages plus âgés et de retraités), ainsi que par une forte fécondité.

En 2006, les personnes âgées de moins de 20 ans représentent 25,9% de la population francilienne contre seulement 24,8% au niveau national mais surtout, les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 16,6% de la population francilienne alors que cette proportion atteint 21,4% en France (fig.3).

Si l'Ile-de-France est une région globalement jeune, les disparités internes sont importantes :

> A Paris, département le plus âgé de la région, la part des 60 ans ou plus (18,7%) se rapproche de la moyenne nationale et celle des moins de 20 ans (19,5%) est très inférieure.

> 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 légèrement supérieure à 17%, soit environ quatre points de moins qu'au niveau national.

> La Seine-Saint-Denis et deux départements de grande couronne, le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne, ont une proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus inférieure ou égale à 15%, soit plus de six points de moins qu'au niveau national et une très forte proportion de moins de 20 ans (environ 29%).

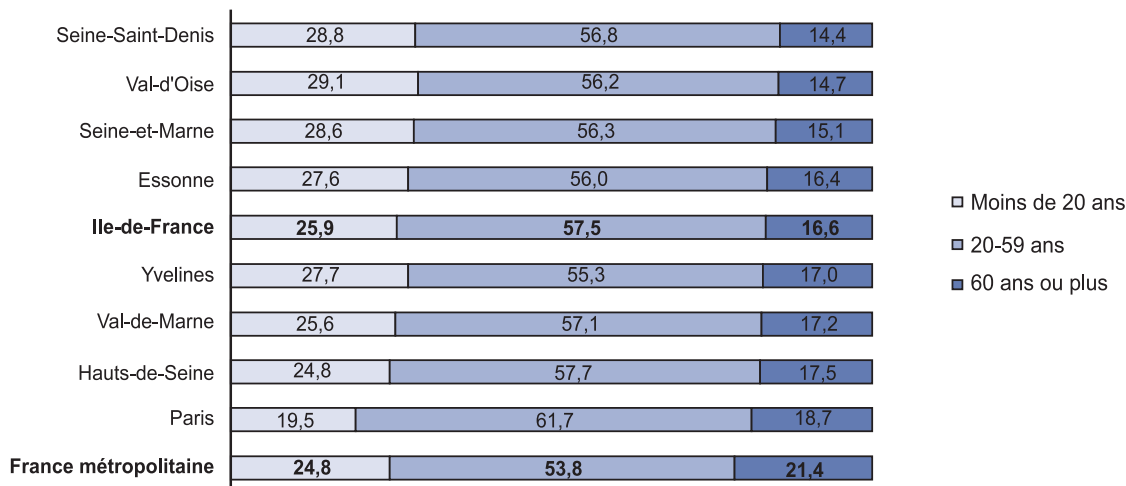
> Enfin, les départements de l'Essonne et des Yvelines ont une proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus proche de la moyenne régionale mais une part relativement élevée (près de 28%) de moins de 20 ans.

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 importants entre les villes nouvelles, où la part des personnes âgées de 60 ans ou plus est très faible (quoique en forte progression), et certaines communes rurales situées aux franges de la région où elle est souvent importante.

fig.3 Structure par âge de la population en 2006* (en %)



*Les départements sont classés selon la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus dans leur population.

Source : Insee - RP 2006. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

La première région économique de France

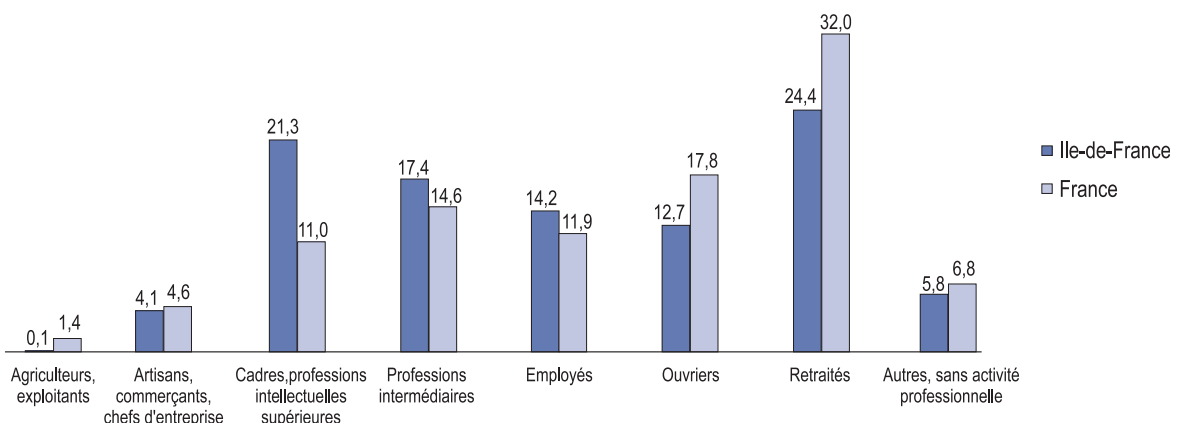
En 2006, l'Ile-de-France a produit près de 29% de la richesse nationale alors que sa population représente moins de 19% de la population française.

Le produit intérieur brut par habitant (44 372 euros en 2006) est le plus élevé de toutes les régions de France et dépasse de plus de 50% celui de la France métropolitaine (28 963 euros).

Avec plus de 800 000 entreprises proposant 5 500 000 emplois (Insee 2006), l'Ile-de-France constitue le

premier bassin d'emplois européen. Les particularités économiques de l'Ile-de-France (secteur tertiaire fortement développé, concentration des sièges sociaux) conduisent à une surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures dans la région (fig.4) : dans 21,3% des ménages franciliens la personne de référence appartient à cette catégorie socio-professionnelle. La proportion n'est que de 11% en France. La région accueille ainsi 35% des ménages de France dont la personne de référence est «cadre».

fig.4 Répartition des ménages selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence en 2006 (%)



Source : Insee - Recensement de la population 2006.

Des revenus élevés mais très inégalement répartis en Ile-de-France

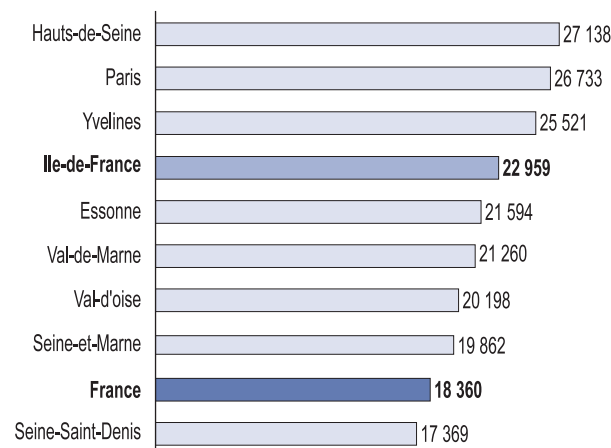
Les statistiques fiscales montrent des différences entre les régions françaises en termes de revenu salarial. L'Ile-de-France se distingue par un revenu moyen nettement supérieur au reste de la France. Au sein des départements franciliens, les disparités sont également fortes. Le revenu moyen est particulièrement élevé dans les Hauts-de-Seine, à Paris et dans les Yvelines alors que la Seine-Saint-Denis se situe en dessous de la moyenne nationale (fig.5).

On peut mesurer l'amplitude de ces inégalités en rapportant le 9^{ème} décile (revenu au-dessus duquel se situent 10% des revenus les plus élevés) au 1^{er} décile (revenu en dessous duquel se situent 10% des revenus les plus faibles). Ce rapport entre déciles extrêmes est d'autant plus élevé que les écarts entre les plus riches et les plus pauvres sont marqués dans une population. En Ile-de-France, ce rapport atteint 7,2 alors qu'il n'est «que» de 5,4 en France. Ce rapport est particulièrement élevé à Paris (11,2), qui conjugue 9^{ème} décile très élevé et 1^{er} décile particulièrement bas (fig.6).

Dans la région, seuls les départements de la Seine-et-

Marne, de l'Essonne et des Yvelines ont un rapport entre le 9^{ème} et le 1^{er} décile inférieur à celui de la France, grâce à une valeur élevée de leur 1^{er} décile.

fig.5 Revenu salarial annuel moyen net de prélèvement* en 2006 (en euros)

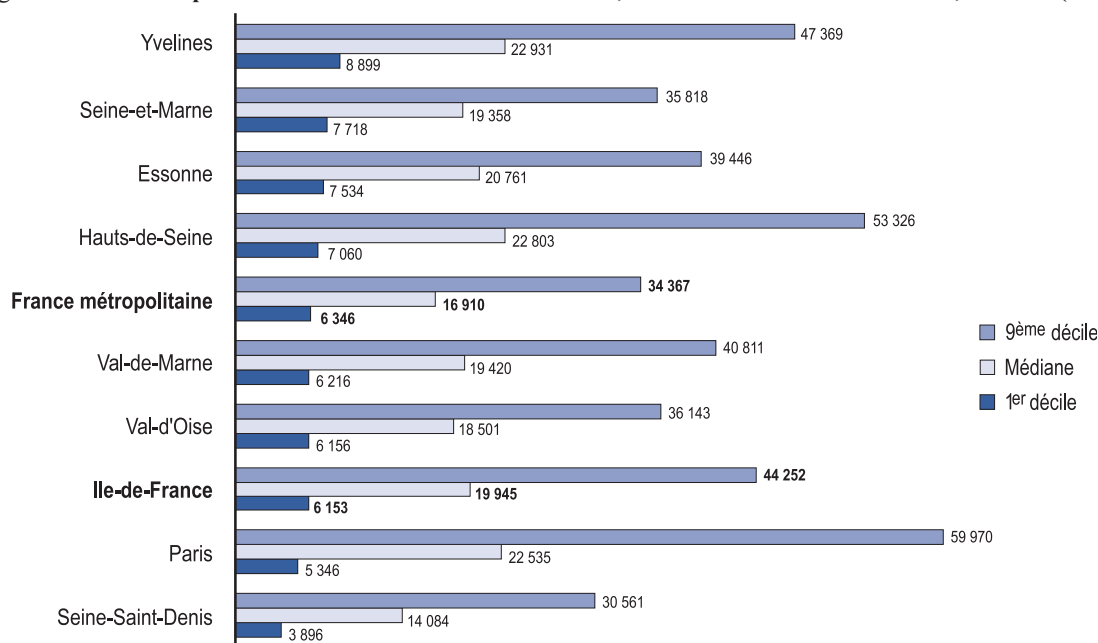


*Montant total des rémunérations nettes versées après déduction des cotisations sociales rapporté au nombre total de salariés.

Effectifs et revenus sont évalués au lieu de résidence.

Sources : Insee, DADS.

fig.6 Revenu fiscal par unité de consommation : 1^{er} décile*, revenu médian et 9^{ème} décile**, en 2006 (en euros)



*1^{er} décile : revenu en dessous duquel se situent 10% des revenus les plus faibles.

**9^{ème} décile : revenu au-dessus duquel se situent 10% des revenus les plus élevés.

Les départements sont classés par ordre croissant de leur 1^{er} décile.

Source : Insee.

Unité de consommation (source : Insee)

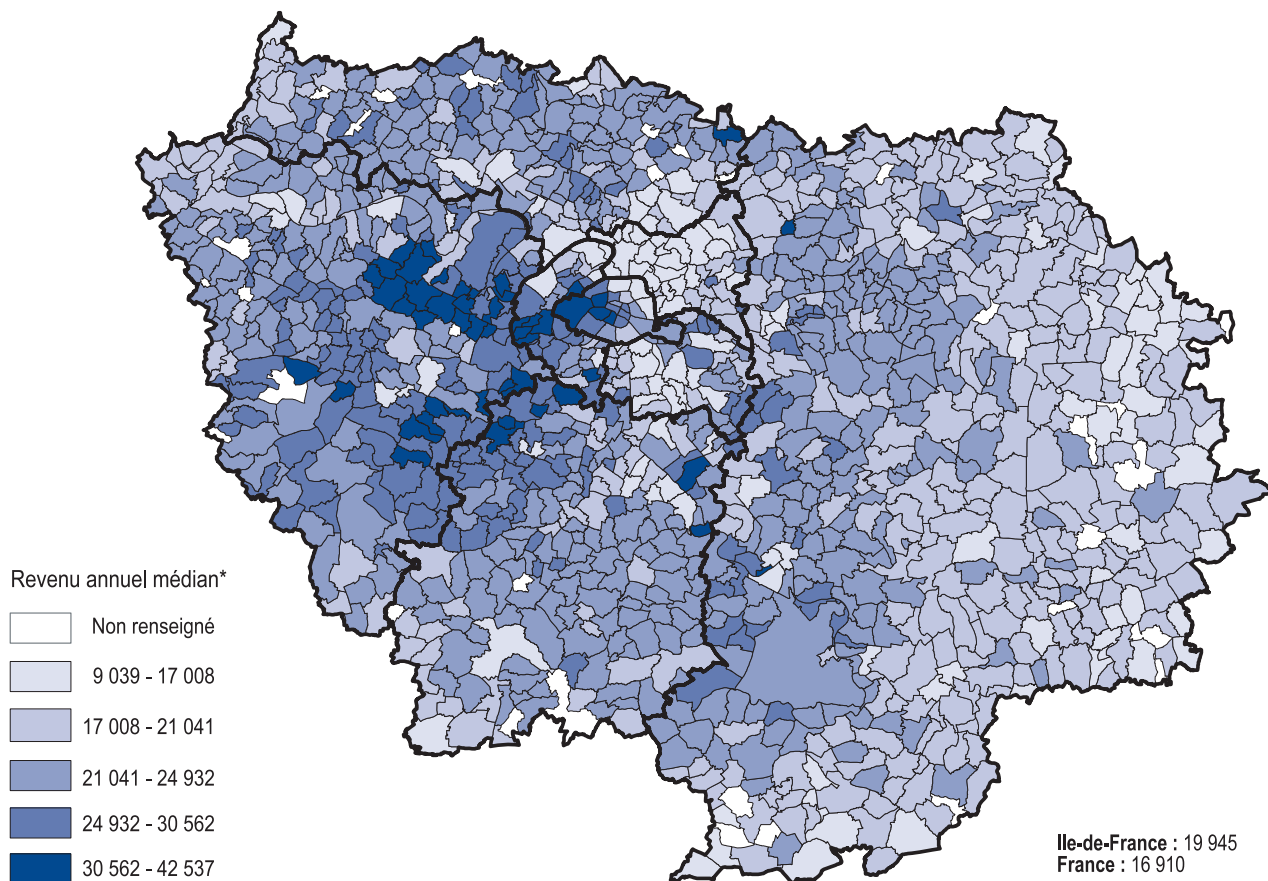
Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie.

Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par UC à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

carte 1 Revenu médian par unité de consommation dans les communes d'Ile-de-France en 2006



*Revenu annuel médian des ménages par unité de consommation (en euros). Non renseigné pour les communes de moins de 50 ménages.
Lecture de la carte : En 2006, la moitié des ménages franciliens ont perçu plus de 19 945 euros par unité de consommation (UC).
Sources : Insee, DGI, 2006.

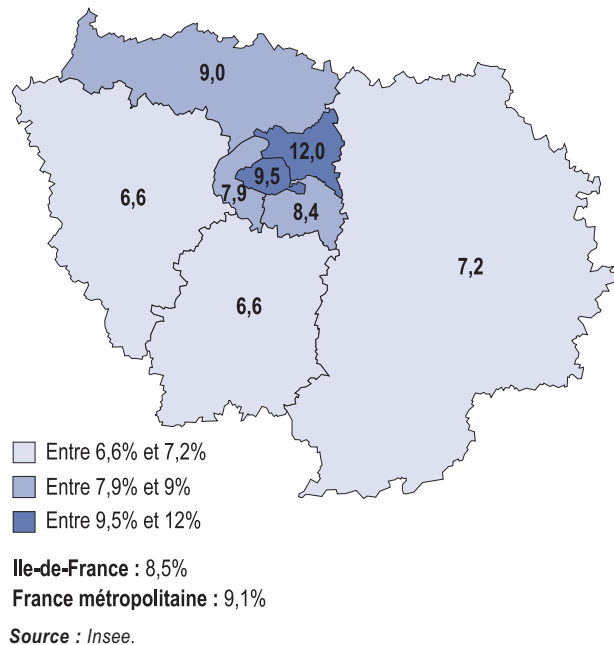
Un taux de chômage très variable au sein de la région

En 2006, le taux de chômage annuel moyen est de 8,5% en Ile-de-France (selon la définition du Bureau International du Travail), soit très légèrement inférieur à la moyenne nationale (9,1%).

Au cours des vingt dernières années, le niveau de chômage a connu les mêmes évolutions en Ile-de-France et en France mais il a toujours été légèrement plus bas dans la région qu'au niveau national. Ce n'est qu'au début des années 2000 que l'écart s'est considérablement réduit, pour finalement disparaître en 2004. Depuis 2005, l'évolution des taux de chômage apparaît à nouveau légèrement plus favorable dans la région (fig.7).

Le taux de chômage francilien recouvre de fortes disparités départementales (carte 2). Trois départements de grande couronne, les Yvelines, l'Essonne et la Seine-et-Marne se distinguent par des taux particulièrement bas (de l'ordre de 7%), tandis que Paris (9,5%) mais surtout la Seine-Saint-Denis (12,0%) présentent des taux de chômage très élevés.

carte 2 Taux de chômage annuel moyen en Ile-de-France en 2006 (en %) (au sens du B.I.T)



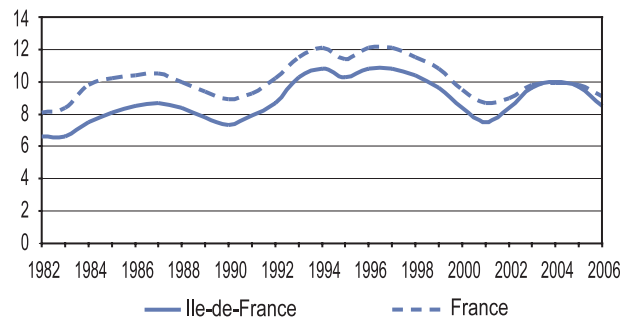
Le chômage selon le Bureau international du travail (BIT)

Selon la définition internationale adoptée en 1982 par le Bureau international du travail (BIT), un chômeur est une personne en âge de travailler (15 ans ou plus) qui répond simultanément à trois conditions :

- être sans emploi, c'est-à-dire ne pas avoir travaillé, ne serait-ce qu'une heure, durant une semaine de référence ;
- être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours ;
- chercher activement un emploi ou en avoir trouvé un qui commence ultérieurement.

Le taux de chômage est calculé en rapportant cette population à l'ensemble des actifs (population active occupée + chômeurs).

fig.7 Evolution du taux de chômage annuel moyen entre 1982 et 2006 (au sens du B.I.T)



Source : Insee. Exploitation Eco-Santé 2007.

L'Ile-de-France fait partie des régions où l'on vit le plus longtemps

En France, au sortir de la seconde guerre mondiale, l'espérance de vie à la naissance était de 60 ans pour les hommes et de 65 ans pour les femmes. En 2006, elle atteint 77,3 ans pour les hommes et 84,1 ans pour les femmes (fig.8).

Jusqu'aux années 1960, les progrès de l'espérance de vie s'expliquaient principalement par la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis le début des années 1980, l'essentiel des gains est obtenu aux grands âges, notamment du fait de la réduction de la mortalité liée aux affections cardio-vasculaires.

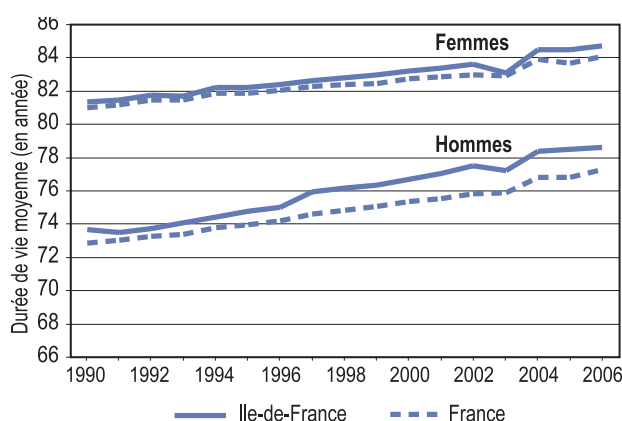
La France se caractérise par d'importantes inégalités de mortalité entre les hommes et les femmes : l'espérance de vie des femmes est de près de sept ans supérieure à celle des hommes en 2006, ce qui situe l'espérance de vie actuelle des hommes au niveau de celle des femmes au début des années 1970. Une moindre résistance biologique, mais aussi une plus grande exposition aux facteurs de risques chez les hommes expliquent cet écart. Les différences de comportements à risques ont toutefois tendance à se réduire, les femmes adoptant certains de ceux autrefois réservés aux hommes tandis que ceux-ci commencent à les réduire (le tabagisme par exemple). D'où un début de réduction de l'écart d'espérance de vie entre sexes, qui dépassait huit ans au début des années 1990, et qui pourrait progressivement se rapprocher des cinq ans observés dans la plupart des pays occidentaux.

La France se caractérise également par d'importantes inégalités sociales devant la mort. Les études de l'Insee montrent, en effet, que les hommes cadres ou exerçant une profession libérale ont une espérance de vie à 35 ans supérieure de 6,5 ans à celle des ouvriers et de 4,5 ans supérieure à celle des employés. Chez les femmes, les inégalités vont dans le même sens mais sont plus réduites. Les inégalités sociales de mortalité ont légèrement progressé au cours des trente dernières années, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

La France se caractérise enfin par d'importantes dis-

parités géographiques de mortalité qui se traduisent par une espérance de vie globalement plus élevée dans les régions situées au sud de la Loire. L'Ile-de-France, bien que située dans la partie nord du pays, bénéficie d'une espérance de vie supérieure à la moyenne nationale et cette situation tend à se confirmer depuis le milieu des années 1990. Ainsi en 2006, l'espérance de vie des hommes d'Ile-de-France (78,6 ans) est la plus élevée de toutes les régions de France et celle des femmes place l'Ile-de-France (84,7 ans) en 2^{ème} position avec la région Pays de la Loire, après la région Rhône-Alpes.

fig.8 Evolution de l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes de 1990 à 2006



Source : Insee.

L'effet canicule de 2003

Les courbes ci-dessus montrent une forte baisse de l'espérance de vie en 2003. Celle-ci s'explique par la mortalité anormalement élevée pendant la canicule du mois d'août de cette année-là. La baisse est particulièrement marquée en Ile-de-France, région qui a le plus souffert de la canicule.

Une situation sanitaire 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 cette situation sanitaire globalement favorable est très inégalement partagée dans la région. La sous-mortalité francilienne recouvre, en effet, de fortes disparités départementales qui partagent la région entre une partie sud-ouest incluant Paris, largement favorisée, et une partie nord-est qui l'est beaucoup moins en termes de mortalité.

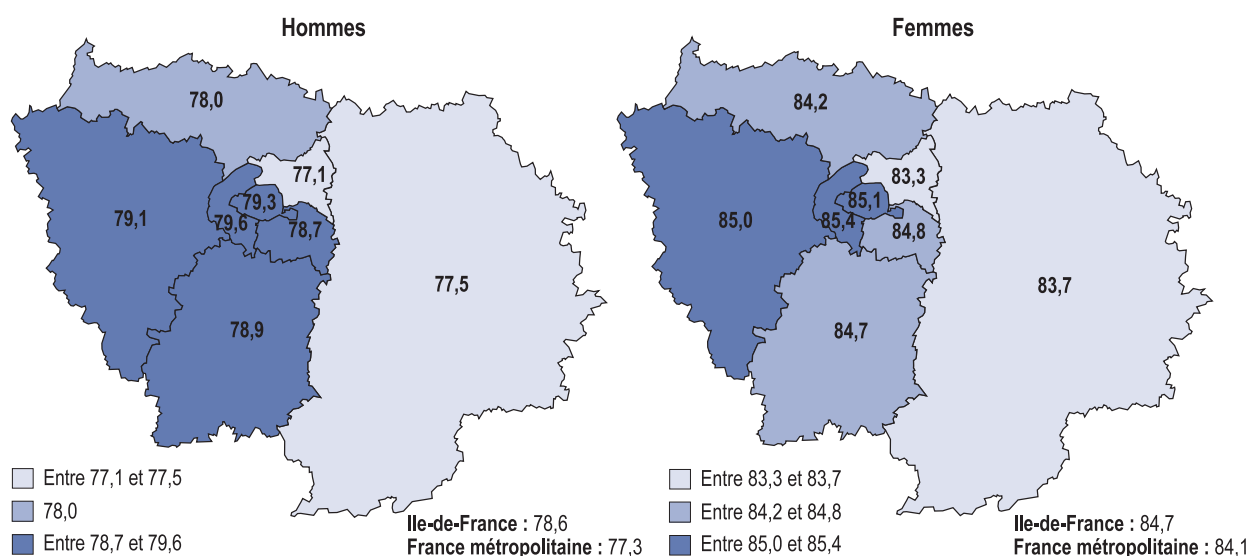
Pour les hommes comme pour les femmes, les espérances de vie les plus élevées sont observées dans les Hauts-de-Seine, à Paris et dans les Yvelines, tandis que les moins élevées sont observées dans le Val-d'Oise, en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis.

En 2006, le département de Seine-Saint-Denis est le seul département francilien où l'espérance de vie est inférieure à la moyenne nationale aussi bien chez les hommes

que chez les femmes. Dans ce département, l'espérance de vie des hommes est inférieure de 2,5 ans à celle des hommes des Hauts-de-Seine et l'espérance de vie des femmes est inférieure de 2,1 ans à celle des femmes des Hauts-de-Seine (cartes 3 et 4). Ces écarts observés dans des départements limitrophes sont considérables.

Les niveaux de mortalité dans les départements franciliens sont liés principalement aux conditions économiques et sociales de ceux-ci : les départements qui abritent les plus fortes proportions de populations défavorisées sont aussi ceux qui affichent les plus mauvais résultats en termes de mortalité. Dans le contexte général d'accroissement des disparités socio-économiques au sein de la région, il est à craindre que les inégalités d'espérance de vie perdurent.

cartes 3 et 4 Espérance de vie à la naissance en Ile-de-France en 2006 (en années)



Source : Insee.

Baisse régulière de la mortalité prématurée...

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. Aujourd'hui, plus d'un tiers des personnes qui décèdent en France métropolitaine sont âgées de 85 ans ou plus. 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, en France comme dans la plupart des pays de développement comparable, à la mortalité prématurée définie généralement comme la mortalité survenant avant 65 ans. En France, où l'espérance de vie à la naissance dépasse

77 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes, les décès qui se produisent avant 65 ans peuvent en effet être considérés comme prématurés.

Chaque année, plus de 110 000 personnes âgées de moins de 65 ans décèdent en France, représentant 20% de l'ensemble des décès. Cette proportion est très différente selon le sexe. Les décès prématurés sont proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes (27%) que chez les femmes (13%). Chez les hommes, le cancer du poumon est la cause de mortalité prématurée la plus fréquente, suivie, à parts égales, des suicides, de l'alcoolisme (psychose et cirrhose alcoolique), des cancers des voies aéro-diges-

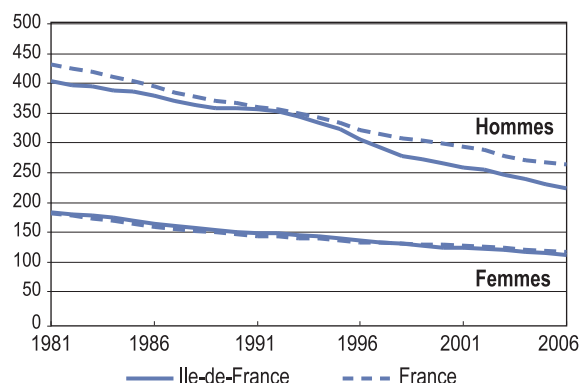
tives supérieures, des infarctus et des accidents de la circulation. Chez les femmes, les principales causes de décès avant 65 ans sont le cancer du sein, devant nettement les suicides, l'alcoolisme, le cancer du poumon et les accidents de la circulation. Néanmoins, si l'on prend en compte l'âge de survenue du décès, les accidents et les suicides ont un poids plus important dans la mortalité prématurée, en particulier chez les hommes : ils constituent les premières causes d'années potentielles de vie perdue.

Depuis vingt ans, la mortalité prématurée a connu une diminution d'environ 30% en France, mais demeure plus élevée que dans la plupart des pays européens. La situation française est paradoxale. Les hommes ont une espérance de vie à la naissance équivalente à la moyenne européenne (Europe des quinze), mais un risque de mortalité prématurée bien plus élevé que la plupart des pays voisins. Chez les femmes, l'espérance de vie à la naissance est une des plus élevées d'Europe, tandis que le taux de mortalité prématurée est équivalent à la moyenne européenne.

En Ile-de-France, le taux comparatif de mortalité prématurée des hommes est inférieur de 15% à la moyenne

nationale (223 pour 100 000 en 2005-2007)), tandis que celui des femmes (112,1) est inférieur de 5% à la moyenne nationale (fig.9).

fig.9 Evolution du taux comparatif de mortalité prématurée de 1981 à 2006*



*Taux lissés sur trois ans exprimés en nombre annuel de décès pour 100 000 personnes (le taux 2006 correspond aux années 2005-2007).

La population de référence est la population de France métropolitaine (2 sexes) au recensement de la population de 1990.

Sources : Insee, Inserm CépiDC. Exploitations Fnors et ORS Ile-de-France.

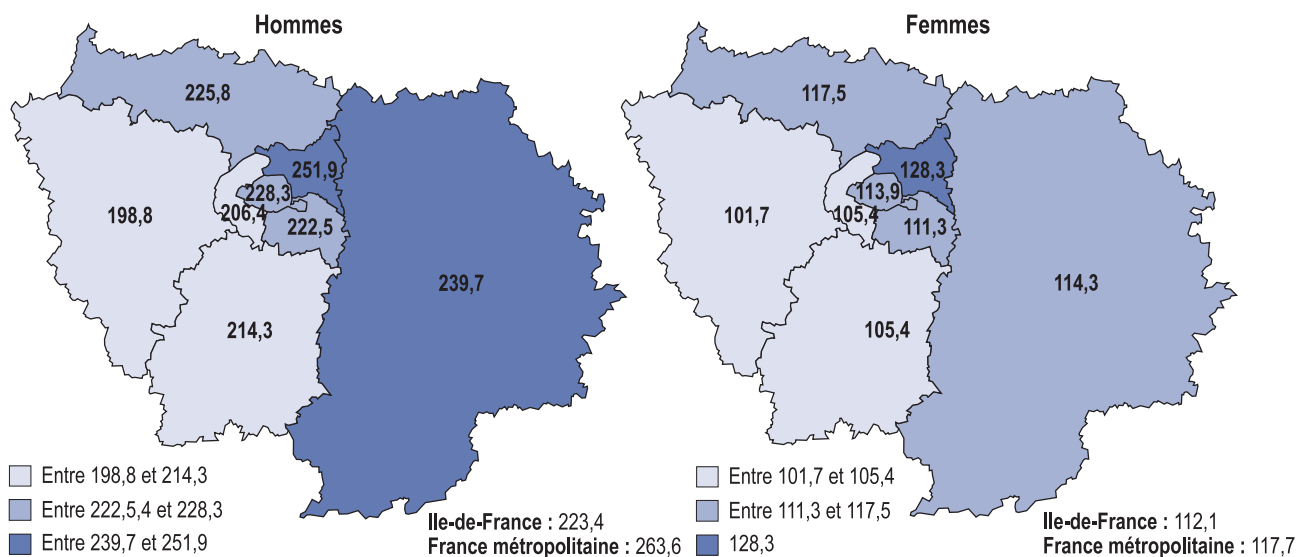


... mais de fortes disparités départementales

Le niveau de la mortalité prématurée varie fortement dans les départements d'Ile-de-France (cartes 5 et 6). Chez les hommes, le taux comparatif varie de 198,8 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans dans les Yvelines à 251,9 en Seine-Saint-Denis. Les départements de l'Essonne et des Hauts-de-Seine présentent également un faible niveau de mortalité prématurée. Il est à noter que dans tous les départements franciliens, y compris en Seine-Saint-Denis, le niveau de mortalité prématurée des hommes est inférieur à la moyenne française.

Chez les femmes, le taux comparatif varie de 101,7 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans dans les Yvelines à 128,3 en Seine-Saint-Denis. Comme chez les hommes, les départements de l'Essonne et des Hauts-de-Seine présentent également une faible mortalité prématurée féminine. Le taux de mortalité prématurée des femmes du Val-d'Oise est du même niveau que celui des femmes françaises. Celui des femmes de Seine-Saint-Denis est supérieur à la moyenne nationale.

cartes 5 et 6 Taux comparatif de mortalité prématurée en Ile-de-France en 2005-2007*



*Taux standardisés sur la population française du RP de 1990.
Sources : Insee, Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Une partie de la mortalité prématurée s'avère « évitable » : en effet, 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. Le poids de la mortalité évitable dans la mortalité prématurée est comparable pour les hommes et les femmes. Parmi les décès prématurés évitables, il est possible de distinguer deux catégories selon le type d'action qui serait le plus efficace pour les prévenir : la première porte sur la modification de certains comportements individuels, en particulier l'alcoolisme, le tabagisme et 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 biais du dépistage. Selon le sexe, la lutte contre la mortalité évitable passe davantage par l'une de ces modalités d'action 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.

Le niveau de la mortalité prématurée est très variable dans les cantons franciliens. Chez les hommes comme chez les femmes, le niveau de la mortalité prématurée varie en effet dans une fourchette comprise entre -40% et +40% autour de la moyenne régionale. Les caractères urbain/rural ou central/périphérique ne semblent pas déterminants 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 prématurée trouvent plus vraisemblablement leur origine dans les importantes disparités socio-économiques qui caractérisent la région.

Pour les deux sexes, la mortalité prématurée apparaît particulièrement basse dans une zone centrale couvrant les arrondissements de l'ouest parisien, le sud des Hauts-de-Seine, le nord de l'Essonne et la partie orientale des Yvelines (cartes 7 et 8). Ce secteur urbanisé se caractérise par une situation socio-économique très favorable avec, en particulier, une forte proportion de cadres.

Une zone de surmortalité prématurée couvre le centre de la région : elle est formée de la quasi-totalité de la

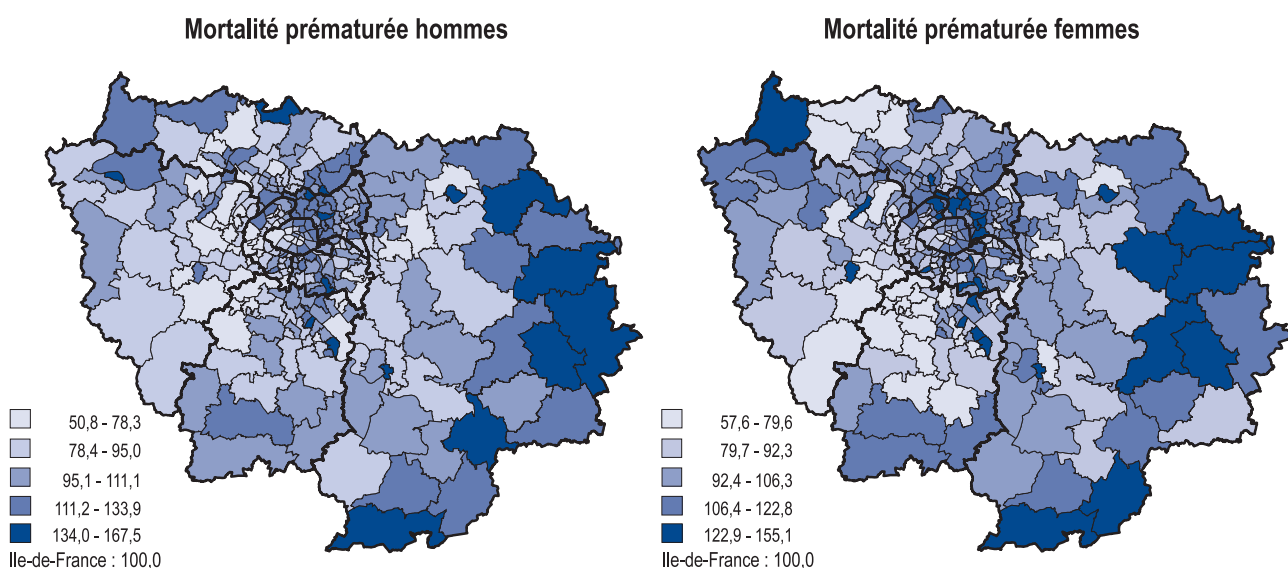
Seine-Saint-Denis, du nord des Hauts-de-Seine, des arrondissements du nord-est de Paris et d'une partie centrale du Val-de-Marne.

Ce secteur également très urbanisé connaît des difficultés économiques avec un taux de chômage supérieur à la moyenne, une forte population ouvrière, une population étrangère nombreuse, une forte proportion de logements sociaux, etc.

En grande couronne, les principales zones de surmortalité prématurée sont situées en périphérie de la Seine-et-Marne, dans le sud de l'Essonne et le nord du Val-d'Oise (incluant à l'ouest quelques cantons des Yvelines).

Cette analyse de la mortalité prématurée à un niveau géographique fin ne distingue pas les causes des décès prématurés. Pourtant la répartition par grandes causes peut se révéler assez différente entre, par exemple, les cantons de Seine-Saint-Denis (sur-représentation de certains cancers) et ceux situés en périphérie de la Seine-et-Marne où mortalité cardiovasculaire, accidents de la circulation et suicides sont surreprésentés.

cartes 7 et 8 **La mortalité prématurée dans les cantons d'Ile-de-France**
Indices comparatifs de mortalité prématurée toutes causes (période 2004-2007)



Sources : Insee, Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.



Mortalité infantile relativement élevée en Ile-de-France...

La première année de vie constitue une période de grande vulnérabilité vis-à-vis de la maladie et de la mort. C'est la raison pour laquelle la mortalité des enfants âgés de moins d'un an, ou mortalité infantile, est traditionnellement considérée comme un bon indicateur du niveau de développement sanitaire et social d'une population.

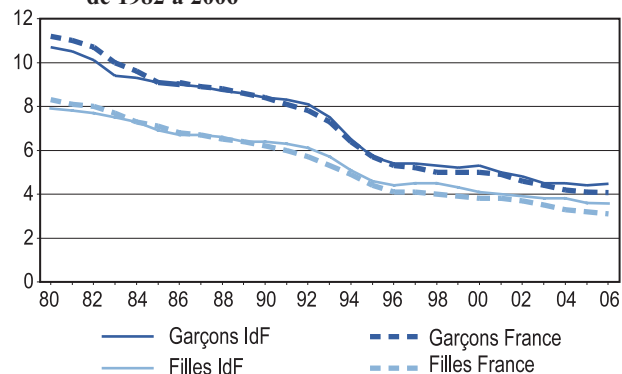
En 2006, en France métropolitaine, 2 906 enfants âgés de moins d'un an sont décédés. Le taux de mortalité infantile, obtenu en rapportant ces décès aux 797 000 naissances de l'année, s'élève à 3,6 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infantile a beaucoup baissé en France : il était encore de l'ordre de 10 pour 1 000 (soit un décès pour 100 naissances) au début des années 1980 (fig.10).

Les causes de mortalité infantile les plus fréquentes sont les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (prématurité, hypotrophie...), qui représentent près de la moitié des décès, les anomalies congénitales (cardiopathies notamment) qui représentent 20% des décès et le syndrome de mort subite du nourrisson (près de 10% des décès). Un peu plus de 40% de ces décès surviennent lors de la première semaine de vie et 65% durant le premier mois. Cette répartition des décès pendant la première année a évolué dans le temps, en fonction des progrès médicaux et sociaux réalisés : les deux dernières décennies se caractérisent par une baisse sensible de la mortalité post-néonatale (mortalité après le premier mois de vie), qui s'explique en grande partie par la baisse des décès par mort subite du nourrisson. L'évolution récente de la mortalité néonatale, considérée comme un indicateur de la qualité des soins pendant les premiers jours de vie, est moins favorable mais l'augmentation du nombre

d'accouchements «à risque» (mères âgées, grossesses multiples), nombreux en Ile-de-France, rend plus difficiles de nouveaux progrès en la matière.

Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France, est aujourd'hui légèrement supérieur à la moyenne nationale. En 2006, la région a enregistré 182 758 naissances vivantes et 721 décès d'enfants âgés de moins d'un an. Le taux de mortalité infantile francilien atteint ainsi 3,9 décès pour 1 000 naissances vivantes, sensiblement supérieur au 3,6 observé en France métropolitaine cette année là. La surmortalité masculine s'observe dès la première année de la vie : le taux de mortalité infantile des garçons est de 4,5 décès pour 1 000 naissances en Ile-de-France (4,1 en France métropolitaine), celui des filles de 3,6 (3,1 en France).

fig.10 Evolution du taux de mortalité infantile de 1982 à 2006*



*Taux lissés sur trois ans exprimés en nombre annuel de décès pour 1 000 naissances vivantes (le taux 2006 correspond aux années 2005-2007).
Source : Insee. Exploitations Fnors et ORS Ile-de-France.



... particulièrement en Seine-Saint-Denis

Les analyses départementales de la mortalité infantile portent sur trois années d'observation afin de réduire les aléas statistiques possibles sur de faibles effectifs. Sur la période 2005-2007, le taux de mortalité infantile est de 3,5 décès pour 1 000 naissances vivantes en France et de 3,9 en Ile-de-France.

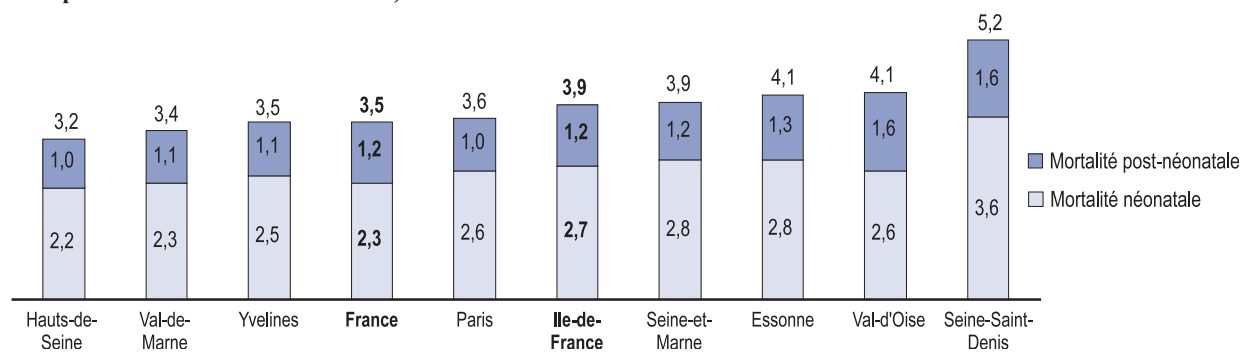
Le taux francilien est supérieur à la moyenne nationale et recouvre des situations très variables dans les départements de la région (fig.11).

Deux départements de proche couronne, le Val-de-Marne (3,4 décès pour 1 000 naissances vivantes) et les Hauts-de-Seine (3,2), se situent au-dessous de la moyenne nationale. Deux départements, les Yvelines (3,5) et Paris (3,6) se situent au niveau de la moyenne nationale. Quatre départements franciliens, la Seine-et-Marne (3,9), le Val-d'Oise et l'Essonne (4,1) et surtout la Seine-Saint-Denis (5,2) se situent au-dessus de cette moyenne.

Le niveau relativement élevé de la mortalité infantile en Ile-de-France s'explique par une mortalité néonatale (mortalité du premier mois de la vie) élevée. Le taux de mortalité néonatale est de 2,7 décès pour 1 000 naissances vivantes en Ile-de-France, contre 2,3 en France. La mortalité post-néonatale, mortalité survenant au cours des onze mois suivants, est en revanche du même niveau dans la région qu'en France (1,2 décès pour 1 000).

Comme pour la mortalité infantile, c'est le département de Seine-Saint-Denis qui présente le niveau de mortalité néonatale le plus élevé (3,6 décès pour 1 000 naissances vivantes). Dans ce département, la mortalité des 28 premiers jours est plus importante que la mortalité sur l'ensemble de la première année en France.

fig.11 Les principales composantes de la mortalité infantile en 2005-2007*
(taux de mortalité néonatale, de mortalité post-néonatale et de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes)



*Les départements sont classés selon le niveau croissant de mortalité infantile.

Source : Insee. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

La mortalité augmente de façon exponentielle avec l'âge.

Augmentation de la mortalité avec l'âge et surmortalité masculine à tous les âges

69 500 Franciliens sont décédés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. Les effectifs de décès masculins et féminins sont peu différents mais leur distribution par âge varie, puisque 33% des décès masculins contre 17% des décès féminins sont survenus chez des personnes âgées de moins de 65 ans. A l'inverse, près de 45% des décès féminins, contre seulement 20% des décès masculins sont survenus chez des personnes âgées de 85 ans ou plus. Pour les deux sexes, la mortalité est relativement élevée pendant la première année de la vie (mortalité infantile), puis diminue pour atteindre un minimum entre 1 et 15 ans. Dans cette

tranche d'âge, les taux de mortalité sont de l'ordre de 0,11 décès par an pour 1 000 filles et de 0,13 décès par an pour 1 000 garçons. Les taux augmentent en fin d'adolescence et suivent une progression exponentielle après 20 ans. Le risque de décéder est ainsi multiplié par un facteur mille entre 10 ans et 85 ans.

La surmortalité masculine se vérifie à tous les âges mais tout particulièrement chez les jeunes adultes : entre 15 et 65 ans, les taux masculins sont 2,5 fois supérieurs aux taux féminins en Ile-de-France et près de 3 fois supérieurs en France. Entre 30 et 75 ans, les taux masculins sont pratiquement le double des taux féminins.

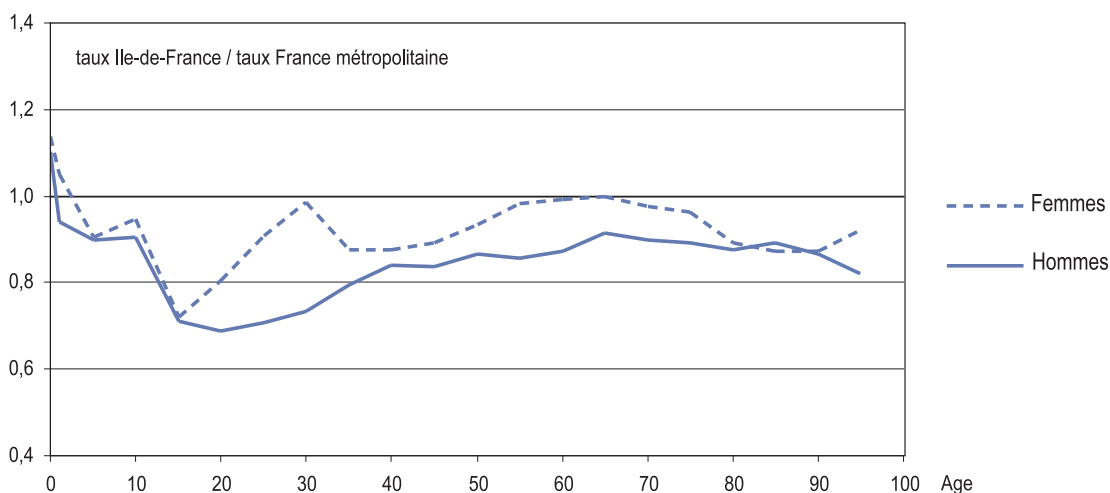
tab.2 Mortalité générale par sexe et par groupe d'âges en 2005-2007

	Décès annuels Ile-de-France		Taux Ile-de-France*		Taux France*	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0 an	394	304	4,5	3,6	4,1	3,1
1-14 ans	143	114	0,1	0,1	0,1	0,1
15-34 ans	982	465	0,6	0,3	0,8	0,3
35-64 ans	9 937	5 105	4,5	2,2	5,5	2,4
65-84 ans	16 291	13 437	31,1	18,4	35,8	20,0
85 ans ou plus	7 136	15 218	147,9	119,4	165,9	133,0
Tous âges	34 883	34 644	6,3	5,8	9,0	8,0

*Nombre annuel de décès pour 1 000 personnes.

Sources : Insee, Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

fig.12 Comparaison de la mortalité en Ile-de-France et en France métropolitaine selon le sexe et l'âge en 2005-2007



Lecture du graphique :

Ce graphique permet de comparer le niveau de mortalité en Ile-de-France à celui de la France, par âge et par sexe. Pour un sexe et un âge donné, le rapport «taux Ile-de-France sur taux France» est égal à 1 si les deux taux sont identiques. La droite d'ordonnée 1 représente donc la limite entre la sous-mortalité francilienne (points des courbes situés en dessous) et la surmortalité francilienne (points des courbes situés au-dessus).

Exemple de lecture : chez les hommes âgés de 20 à 24 ans, le rapport «taux de mortalité Ile-de-France» sur «taux de mortalité France» est égal à 0,69, traduisant une sous-mortalité d'environ 30% pour les hommes de cette tranche d'âge dans la région. Chez les femmes âgées de 65 à 69 ans le rapport «taux de mortalité Ile-de-France» sur «taux de mortalité France» est égal à 1,0, traduisant un niveau de mortalité tout à fait comparable pour les femmes de cette tranche d'âges dans la région et en France.

Sources : Insee, Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

La comparaison des taux de mortalité par sexe et âge en Ile-de-France et en France fait apparaître une situation globalement favorable pour les Franciliens : à chaque âge, sauf chez les très jeunes enfants, le taux de mortalité des Franciliens est inférieur à celui des Français et le taux de mortalité des Franciliennes est inférieur ou égal à celui des Françaises (fig.12). La situation est particulièrement favorable pour les Franciliens âgés de 15 à 40 ans, qui ont un niveau de mortalité de 20 à 30% plus bas que celui des Français

du même âge. La différence est encore de 10 à 15% en faveur des Franciliens après 40 ans. La situation est un peu moins favorable pour les Franciliennes, qui ont un niveau de mortalité très proche de celui des Françaises à 30 ans puis entre 50 et 75 ans et légèrement inférieur (de l'ordre de 10%) aux autres âges.

Ces résultats sont synthétisés par des indices comparatifs de mortalité générale et prématurée particulièrement favorables pour les Franciliens, un peu moins favorables pour les Franciliennes (fig.13).



Cinq causes de décès à l'origine de trois décès sur quatre

Les décès qui surviennent en Ile-de-France ont des causes extrêmement variées (la Classification internationale des maladies en distingue plusieurs milliers) mais cinq groupes de causes de décès sont à l'origine des trois quarts des décès dans la région.

Ainsi, parmi les 69 527 décès survenus en moyenne chaque année entre 2005 et 2007, deux groupes se démarquent nettement par leur importance : les tumeurs, responsables de 22 369 décès et les maladies de l'appareil circulatoire, à l'origine de 17 076 décès. Viennent ensuite les morts violentes et accidentelles (dont les accidents de la circulation et les suicides), responsables de 4 163 décès par an, et les maladies de l'appareil respiratoire (4 191 décès), puis les maladies de l'appareil digestif (incluant les cirrhoses) responsables de 2 936 décès.

On peut noter aussi que pour 6 493 décès (9% des décès survenant en Ile-de-France), la cause exacte reste inconnue. Dans cette rubrique sont classés les morts subites du nourrisson et les décès de personnes

âgées dont la cause initiale du décès est indéterminée, mais aussi des «morts violentes» ayant fait l'objet d'une enquête auprès des services de médecine légale, lesquels ne retournent pas toujours leurs conclusions au service de l'Inserm en charge du codage des décès. C'est notamment le cas de l'Institut médico-légal de Paris, avec, en conséquence, une sous-estimation des morts violentes (suicides notamment) dans la région. Le poids des causes de décès varie selon le sexe et l'âge (tab.3). De façon simplifiée, les morts violentes et accidentelles constituent la première cause de décès chez les moins de 35 ans, notamment chez les hommes. Les cancers, relativement rares avant 40 ans, progressent ensuite très fortement avec l'âge et constituent la première cause de décès devant les maladies de l'appareil circulatoire dans la tranche d'âge 35-84 ans des deux sexes. Chez les personnes âgées de 85 ans ou plus, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès, notamment chez les femmes.

tab.3 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 en Ile-de-France

HOMMES								
Nombre annuel de décès par :	Moins de 15 ans	15 à 34 ans	35 à 64 ans	65 à 84 ans	85 ans ou plus	Tous âges	Part dans total tous âges	Part de décès avant 65 ans
Maladies infectieuses	16	20	366	347	164	913	2,6%	44,0%
Dont sida	-	11	178	16	1	206	0,6%	91,6%
Tumeurs	34	136	4 243	6 680	1 506	12 600	36,1%	35,0%
Dont cancer côlon rectum	-	6	296	663	152	1 118	3,2%	27,1%
Dont cancer poumon	-	5	1 322	1 597	194	3 118	8,9%	42,6%
Dont cancer prostate	-	0	102	692	347	1 141	3,3%	8,9%
Maladies de l'appareil circulatoire	14	52	1 500	4 002	2 338	7 905	22,7%	19,8%
Dont cardiopathies ischémiques	0	9	635	1 437	697	2 778	8,0%	23,2%
Dont maladies cérébrovasculaires	3	10	274	837	463	1 588	4,6%	18,1%
Maladies de l'appareil respiratoire	7	13	260	1 072	703	2 056	5,9%	13,6%
Maladies de l'appareil digestif	4	14	617	624	253	1 513	4,3%	42,0%
Symptômes / états morbides mal définis	78	234	1 185	1 024	597	3 118	8,9%	48,0%
Causes externes	51	415	878	628	331	2 302	6,6%	58,3%
Dont accidents transports	12	161	130	51	8	362	1,0%	83,7%
Dont suicides	4	136	359	116	22	637	1,8%	78,3%
Autres causes	332	99	888	1 914	1 243	4 475	12,8%	29,5%
Toutes causes	537	982	9 937	16 291	7 136	34 883	100,0%	32,8%

FEMMES								
Nombre annuel de décès par :	Moins 15 ans	15 à 34 ans	35 à 64 ans	65 à 84 ans	85 ans ou plus	Tous âges	Part dans total tous âges	Part de décès avant 65 ans
Maladies infectieuses	11	22	135	300	323	790	2,3%	21,1%
Dont sida	1	14	54	6	2	76	0,2%	90,3%
Tumeurs	25	106	2 756	4 856	2 025	9 769	28,2%	29,6%
Dont cancer côlon rectum	-	5	195	557	316	1 074	3,1%	18,7%
Dont cancer poumon	-	2	465	586	129	1 182	3,4%	39,5%
Dont cancer sein	-	23	751	827	281	1 882	5,4%	41,1%
Maladies de l'appareil circulatoire	13	33	500	3 305	5 319	9 171	26,5%	6,0%
Dont cardiopathies ischémiques	0	4	100	782	1 225	2 112	6,1%	5,0%
Dont maladies cérébrovasculaires	1	6	162	871	1 111	2 151	6,2%	7,9%
Maladies de l'appareil respiratoire	10	9	106	757	1 254	2 135	6,2%	5,8%
Maladies de l'appareil digestif	4	10	260	571	578	1 423	4,1%	19,3%
Symptômes / états morbides mal définis	48	93	480	990	1 765	3 375	9,7%	18,4%
Causes externes	34	123	397	555	752	1 861	5,4%	29,8%
Dont accidents transports	10	34	39	30	6	119	0,3%	69,7%
Dont suicides	1	51	181	63	17	312	0,9%	74,5%
Autres causes	273	70	472	2 104	3 202	6 121	17,7%	13,3%
Toutes causes	418	465	5 105	13 437	15 218	34 644	100,0%	17,3%

Sources : Insee, Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Surmortalité par cancer du sein et par cancer du poumon chez les Franciliennes en 2005-2007

Les indices comparatifs de mortalité présentés ci-contre permettent de comparer les niveaux de mortalité en Ile-de-France et en France métropolitaine pour la mortalité «toutes causes» et pour une sélection de causes de décès (voir définition et guide de lecture ci-contre).

La situation apparaît particulièrement favorable pour les hommes d'Ile-de-France, dont les indices comparatifs de mortalité prématurée et générale (respectivement de 0,85 et de 0,87) traduisent une sous-mortalité d'environ 15% par rapport à celle des Français.

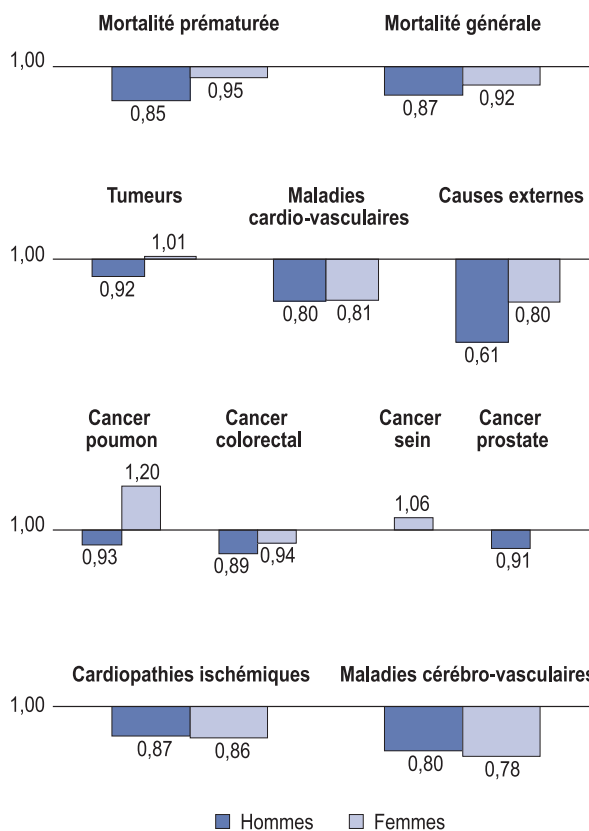
La situation est un peu moins favorable pour les Franciliennes dont les indices comparatifs de mortalité prématurée et générale (respectivement de 0,95 et de 0,92) traduisent une sous-mortalité d'un peu plus de 5% «seulement» par rapport aux femmes françaises.

Les ICM calculés pour trois grandes causes de décès montrent que les Franciliens sont en sous-mortalité pour les tumeurs (-8%) et pour les maladies cardio-vasculaires (-20%). La faible mortalité cardio-vasculaire concerne les cardiopathies ischémiques (-13%) et plus encore les maladies cérébro-vasculaires (-20%). La sous-mortalité atteint 40% pour les «causes externes» mais ce chiffre est un peu surestimé car cette rubrique fait l'objet d'un sous-enregistrement dans la région, certaines morts violentes étant classées dans la rubrique «causes mal définies».

Chez les Franciliennes, la situation apparaît également favorable pour les maladies cardio-vasculaires et pour les causes externes de décès (sous-mortalité de 20% par rapport aux femmes françaises pour ces deux causes de décès). Elle l'est moins pour les cancers, avec un ICM de 1,01 traduisant un niveau de mortalité cancéreuse chez les Franciliennes très légèrement supérieur à celui des femmes françaises (+1%).

Deux localisations cancéreuses sont particulièrement surreprésentées chez les femmes d'Ile-de-France : le sein, premier cancer féminin, dont le niveau de mortalité est supérieur de 6% à celui des femmes françaises et le poumon, dont le niveau de mortalité dépasse de 20% celui des femmes françaises. Ces deux localisations expliquent à elles seules la situation «moyenne» des Franciliennes en termes de mortalité par tumeurs et de mortalité prématurée toutes causes.

fig.13 Indices comparatifs de mortalité toutes causes et pour une sélection de causes de décès



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport du nombre de décès observé dans la population étudiée (ici l'Ile-de-France) au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient ceux d'une population de référence (ici la France métropolitaine).

L'interprétation de l'ICM est particulièrement simple : un ICM supérieur à 1 traduit une surmortalité dans la population étudiée, un ICM inférieur à 1 traduit une sous-mortalité dans la population étudiée.

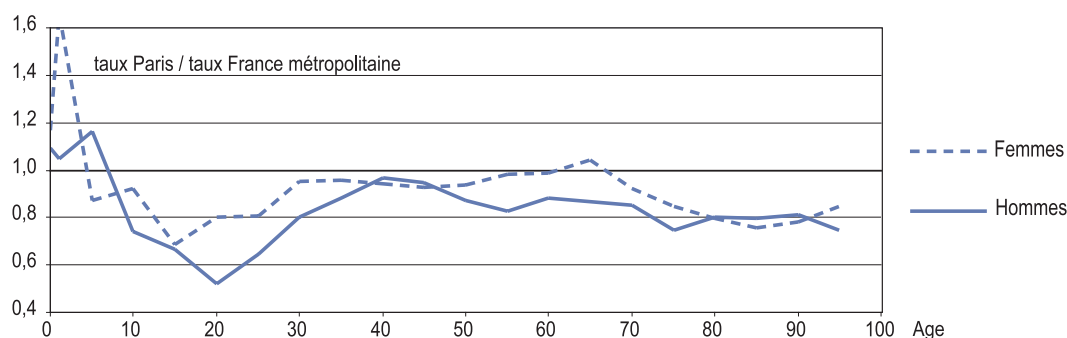
Mais attention : les ICM hommes et femmes (ou les ICM calculés pour des causes de décès différentes) ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

Exemple de lecture :

L'indice comparatif de mortalité par cancer du poumon chez les hommes est de 0,93. Cela signifie que le nombre de décès de Franciliens par cancer du poumon est inférieur de 7% à ce qu'il serait si à chaque âge, ceux-ci avaient le même niveau de mortalité que les hommes français. L'indice comparatif de mortalité par cancer du poumon chez les femmes est de 1,20, signifie que le nombre de décès de Franciliennes par cancer du poumon est supérieur de 20% à ce qu'il serait si à chaque âge, celles-ci avaient le même niveau de mortalité que les femmes françaises.

On observe donc une sous-mortalité par cancer du poumon chez les Franciliens et au contraire une surmortalité par cancer du poumon chez les Franciliennes. Il n'empêche qu'à chaque âge, le taux de mortalité par cancer du poumon est plus élevé chez l'homme que chez la femme et que les Franciliens sont beaucoup plus nombreux que les Franciliennes à décéder de ce cancer.

fig.14 Comparaison de la mortalité à Paris et en France métropolitaine selon le sexe et l'âge en 2005-2007*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Faible mortalité à Paris

La comparaison des taux de mortalité parisiens et français fait apparaître une situation globalement favorable pour les Parisiens des deux sexes puisqu'à chaque âge, sauf chez les très jeunes enfants et chez les femmes âgées de 65-69 ans, leur taux de mortalité est inférieur au taux national (d'âge et de sexe identique). La sous-mortalité parisienne est particulièrement marquée chez les jeunes adultes et chez les personnes âgées (75 ans ou plus).

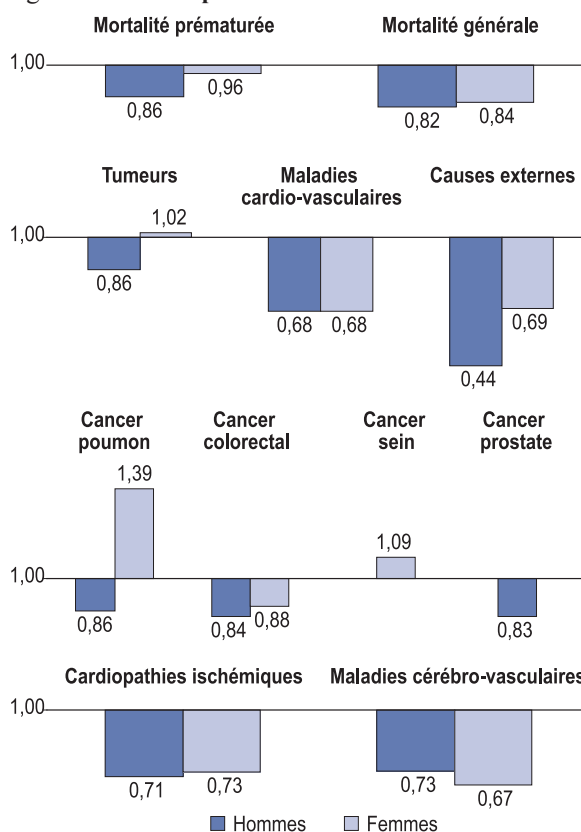
De fait, les indices comparatifs de mortalité (0,82 pour les hommes et 0,84 pour les femmes) traduisent une sous-mortalité sensible à Paris. Cependant, la sous-mortalité est moindre chez les femmes de moins de 65 ans (ICM de 0,96 traduisant une mortalité proche de celle des femmes françaises de même âge).

Les indices comparatifs de mortalité calculés pour les grandes causes de décès confirment la situation favorable pour les Parisiens, en particulier pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires et par causes externes.

Chez les Parisiennes, on observe une mortalité par cancer supérieure de 2% à celle des femmes françaises mais cette surmortalité atteint 9% pour le cancer du sein (premier cancer féminin) et 39% pour le cancer du poumon.

Pour ce cancer, il est à noter la situation relativement favorable des Parisiens (en sous-mortalité de 14% par rapport aux Français) contrastant avec la situation défavorable des Parisiennes.

fig.15 Indices comparatifs de mortalité*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

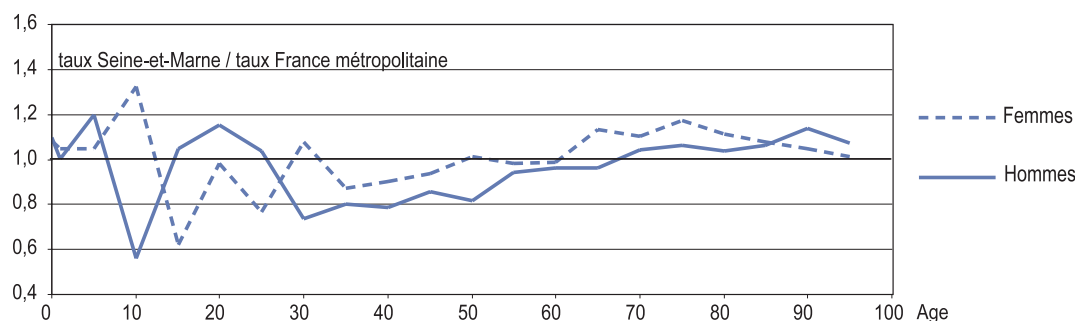
tab.4 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 à Paris

	Hommes		Femmes	
	tous âges	< 65 ans	tous âges	< 65 ans
Ensemble des tumeurs	2 384	784	2 185	582
dont cancer du poumon	566	224	291	102
cancer colorectal	217	59	230	37
cancer du sein			421	158
cancer de la prostate	231	17		
Maladies cardio-vasculaires	1 457	246	1 857	85
dont cardiopathies ischémiques	482	89	430	15
maladies cérébro-vasculaires	317	56	444	31
Causes externes, trauma et empoisonnement	338	166	363	70
Toutes causes	6 880	2 183	7 393	1 192

Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

*Définitions et guides de lecture des graphiques : cf. chapitre Ile-de-France.

fig.16 Comparaison de la mortalité en Seine-et-Marne et en France métropolitaine selon le sexe et l'âge en 2005-2007*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

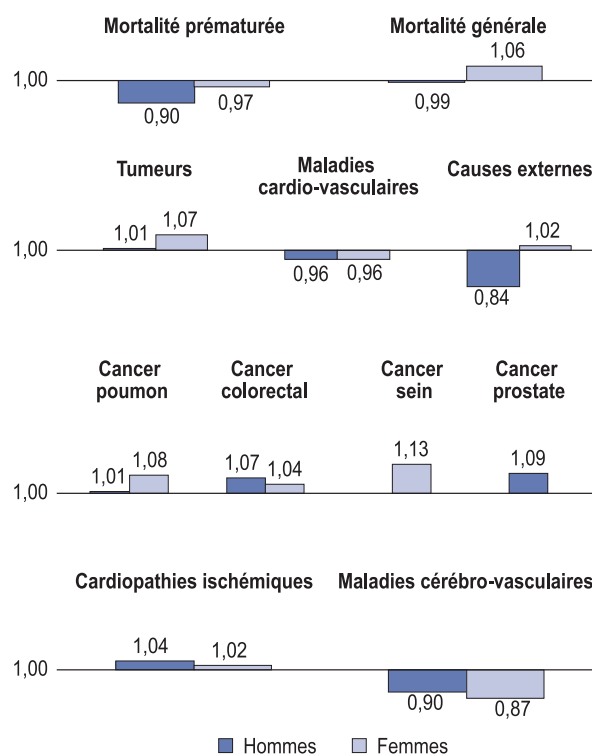
Mortalité proche de la moyenne nationale en Seine-et-Marne

La comparaison des taux de mortalité en Seine-et-Marne et en France fait apparaître une situation globalement proche de la moyenne nationale dans ce département. Les variations observées chez les moins de 30 ans concernent de faibles effectifs et doivent être considérées avec prudence. Entre 30 et 65 ans, les habitants de Seine-et-Marne présentent une mortalité inférieure à la moyenne nationale avec une situation relativement plus favorable pour les hommes. Passé 65 ans, en revanche, les Seine-et-Marnais des deux sexes présentent une mortalité supérieure à la moyenne nationale. De fait, l'indice comparatif de mortalité prématurée témoigne d'une sous-mortalité de 10% chez les hommes de moins de 65 ans par rapport à leurs homologues français et de 3% chez les femmes (par rapport aux femmes françaises) tandis que l'ICM tous âges est moins favorable pour les deux sexes : 0,99 pour les hommes, soit une situation tout à fait comparable à la moyenne nationale, et 1,06 pour les femmes.

Le niveau de mortalité par cancer des hommes de Seine-et-Marne est comparable à celui des Français (mais supérieur pour le cancer de la prostate) tandis que les Seine-et-Marnaises ont une mortalité cancéreuse supérieure à celle des femmes françaises pour les principales localisations cancéreuses, notamment le sein (+13%).

En ce qui concerne l'ensemble des maladies cardio-vasculaires, la situation est proche de la moyenne nationale pour les deux sexes.

fig.17 Indices comparatifs de mortalité*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

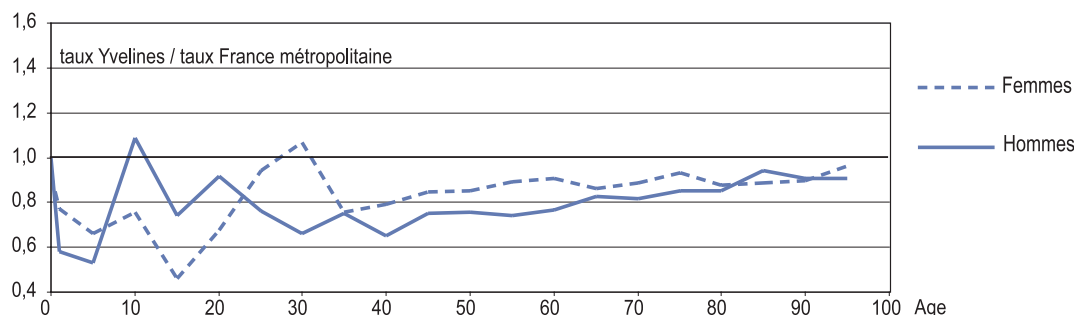
tab.5 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 en Seine-et-Marne

	Hommes		Femmes	
	tous âges	< 65 ans	tous âges	< 65 ans
Ensemble des tumeurs	1 462	543	1 041	322
dont cancer du poumon	364	167	110	51
cancer colorectal	138	40	118	20
cancer du sein			206	86
cancer de la prostate	135	13		
Maladies cardio-vasculaires	952	198	1 059	60
dont cardiopathies ischémiques	338	85	243	12
maladies cérébro-vasculaires	178	35	233	19
Causes externes, trauma et empoisonnement	340	227	240	85
Toutes causes	4 103	2 183	3 968	670

Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

*Définitions et guides de lecture des graphiques : cf. chapitre Ile-de-France.

fig.18 Comparaison de la mortalité dans les Yvelines et en France métropolitaine selon le sexe et l'âge en 2005-2007*

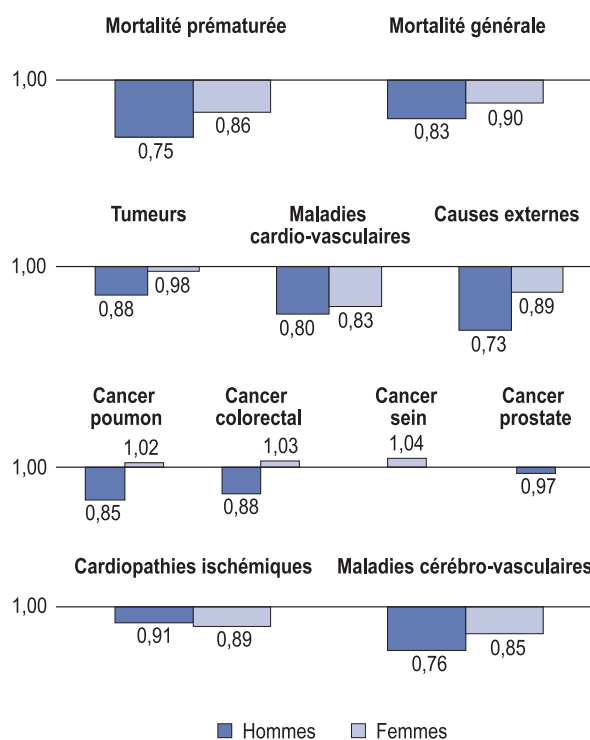


Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Sous-mortalité dans les Yvelines

La comparaison des taux de mortalité dans les Yvelines et en France fait apparaître une situation globalement très favorable dans ce département. A partir de 35 ans, les taux de mortalité sont, pour les deux sexes, inférieurs aux taux nationaux. La sous-mortalité est de l'ordre de 30% pour les hommes et de 20% pour les femmes entre 35 et 65 ans. Passé 65 ans, les taux se rapprochent progressivement des moyennes nationales mais demeurent au-dessous de celles-ci. Les variations des courbes avant 30 ans ne sont pas interprétables car elles portent sur des petits effectifs de décès. Les indices comparatifs de mortalité résument la situation de sous-mortalité dans les Yvelines : la mortalité des hommes de moins de 65 ans est inférieure de 25% au niveau national et la mortalité tous âges de 17%. Les différences entre les niveaux de mortalité des femmes des Yvelines et des femmes françaises sont un peu moins prononcées (-14% pour la mortalité prématurée et -10% pour la mortalité tous âges). Les indices comparatifs de mortalité calculés pour les grandes causes de décès confirment la situation particulièrement favorable pour les hommes des Yvelines. Pour les Yvelinoises, on observe une mortalité par tumeurs proche de la moyenne (-2% par rapport aux femmes françaises) et une légère surmortalité pour les principales localisations cancéreuses : +2% pour le cancer du poumon, +3% pour le cancer colorectal et +4% pour le cancer du sein. En ce qui concerne la mortalité par maladies cardio-vasculaires, la situation apparaît particulièrement favorable dans les Yvelines, pour les deux sexes.

fig.19 Indices comparatifs de mortalité*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

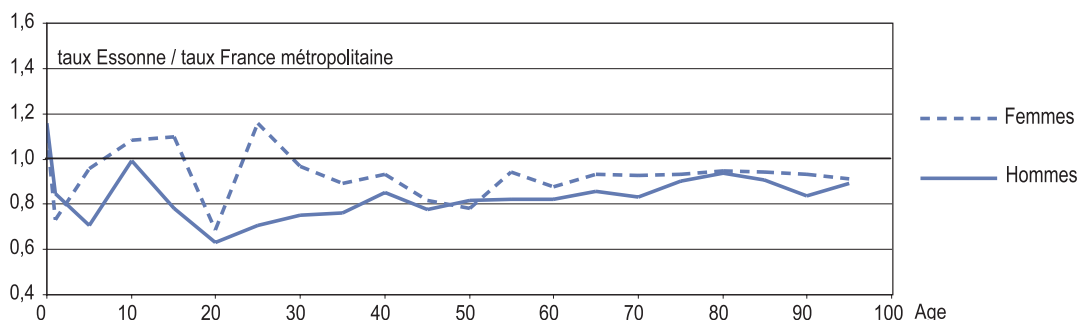
tab.6 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 dans les Yvelines

	Hommes		Femmes	
	tous âges	< 65 ans	tous âges	< 65 ans
Ensemble des tumeurs	1 528	528	1 122	341
dont cancer du poumon	367	153	122	55
cancer colorectal	139	35	138	29
cancer du sein			223	92
cancer de la prostate	149	12		
Maladies cardio-vasculaires	966	194	1 093	70
dont cardiopathies ischémiques	359	88	251	15
maladies cérébro-vasculaires	184	34	269	23
Causes externes, trauma et empoisonnement	332	205	244	89
Toutes causes	4 086	1 277	3 951	676

Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

*Définitions et guides de lecture des graphiques : cf. chapitre Ile-de-France.

fig.20 Comparaison de la mortalité dans l'Essonne et en France métropolitaine selon le sexe et l'âge en 2005-2007*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

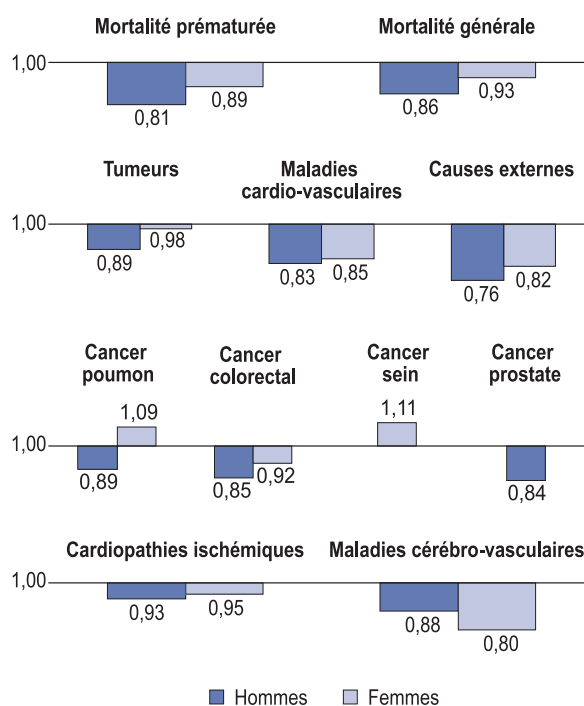
Sous-mortalité en Essonne

La comparaison des taux de mortalité en Essonne et en France fait apparaître une situation globalement favorable dans ce département. Les taux de mortalité infantile sont légèrement supérieurs à ceux observés en France pour les deux sexes mais les taux de mortalité sont ensuite systématiquement inférieurs aux valeurs nationales, exception faite des taux féminins chez les 10-14 ans et chez les 25-29 ans mais ceux-ci concernent de faibles effectifs en Essonne et ne sont donc pas significatifs. A partir de 35 ans, la sous-mortalité est de l'ordre de 15% pour les hommes (par rapport à la mortalité masculine en France) et de 10% pour les femmes (par rapport à la mortalité féminine en France).

Les indices comparatifs de mortalité résument la situation de sous-mortalité en Essonne : la mortalité des hommes de moins de 65 ans est inférieure de 19% à ce qu'elle est au niveau national et la mortalité tous âges confondus de 14%. Les différences entre les niveaux de mortalité des femmes de l'Essonne et des femmes françaises sont légèrement moins prononcées (respectivement -11% et -7%). Les indices comparatifs de mortalité calculés pour les grandes causes de décès confirment la situation particulièrement favorable pour les Essonniens. Pour les Essonniennes, on observe une légère sous-mortalité par tumeurs (-2% par rapport aux femmes françaises) mais une surmortalité par cancer du poumon (+9%) et par cancer du sein (+11%).

En ce qui concerne la mortalité par maladies cardio-vasculaires, la situation apparaît favorable en Essonne pour les deux sexes, notamment pour les maladies cérébro-vasculaires.

fig.21 Indices comparatifs de mortalité*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

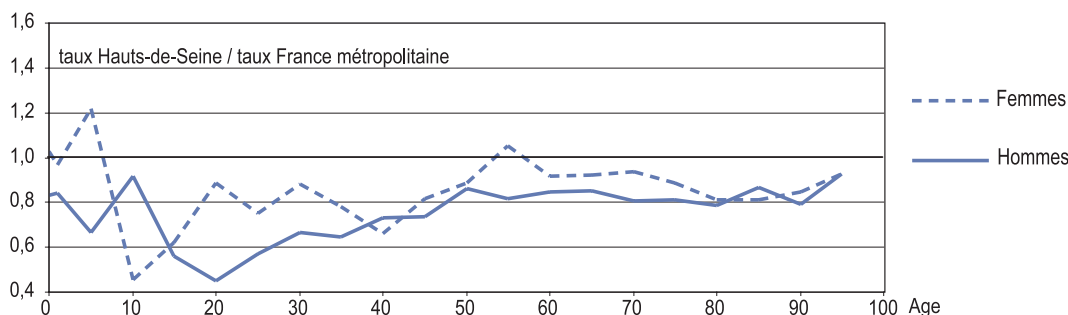
tab.7 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 en Essonne

	Hommes		Femmes	
	tous âges	< 65 ans	tous âges	< 65 ans
Ensemble des tumeurs	1 263	447	937	391
dont cancer du poumon	315	137	109	43
cancer colorectal	110	28	102	20
cancer du sein			199	85
cancer de la prostate	105	8		
Maladies cardio-vasculaires	817	168	910	55
dont cardiopathies ischémiques	301	72	220	7
maladies cérébro-vasculaires	174	31	207	19
Causes externes, trauma et empoisonnement	295	185	186	67
Toutes causes	3 508	1 162	3 370	584

Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

*Définitions et guides de lecture des graphiques : cf. chapitre Ile-de-France.

fig.22 Comparaison de la mortalité dans les Hauts-de-Seine et en France métropolitaine selon le sexe et l'âge en 2005-2007*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Sous-mortalité dans les Hauts-de-Seine

La comparaison des taux de mortalité dans les Hauts-de-Seine et en France fait apparaître une situation globalement favorable dans ce département. Les taux de mortalité des hommes des Hauts-de-Seine sont à chaque âge inférieurs à ceux des Français.

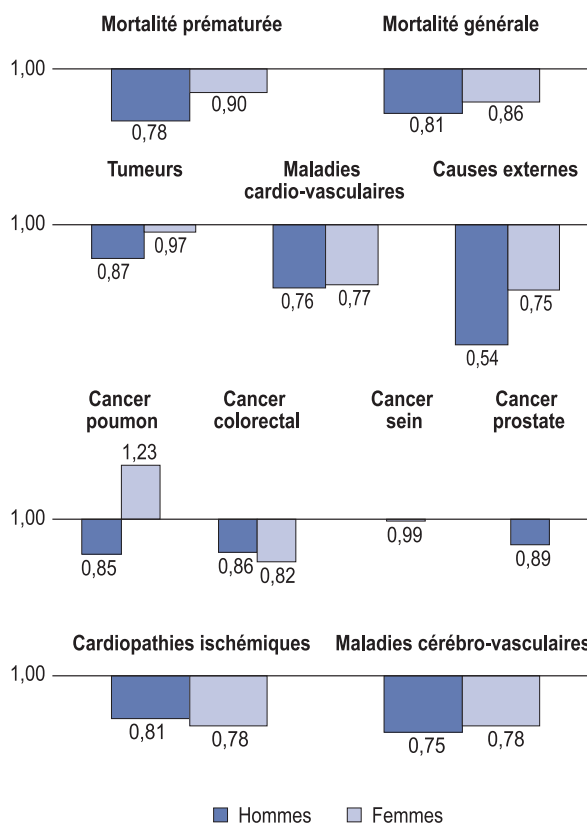
De même, les taux de mortalité des Alto-Séquanaises sont inférieurs à ceux des Françaises à tous les âges, sauf chez les 5-9 ans (non significatif car ce taux porte sur de très faibles effectifs) et chez les 55-59 ans (+5%).

Les indices comparatifs de mortalité résument la situation de sous-mortalité dans les Hauts-de-Seine : la mortalité des hommes de moins de 65 ans est inférieure de 22% au niveau national et la mortalité tous âges confondus est inférieure de 19% à la moyenne. Les différences entre les niveaux de mortalité des femmes des Hauts-de-Seine et des femmes françaises sont légèrement moins prononcées mais restent en faveur des Alto-Séquanaises (respectivement -10% avant 65 ans et -14% tous âges confondus).

Les indices comparatifs de mortalité calculés pour les grandes causes de décès confirment la situation particulièrement favorable pour les hommes des Hauts-de-Seine. Pour les femmes on observe une légère sous-mortalité par tumeurs (-3% par rapport aux femmes françaises) mais une forte surmortalité par cancer du poumon (+23%).

La situation apparaît particulièrement favorable dans les Hauts-de-Seine pour les maladies cardio-vasculaires et pour les causes externes de décès, et ce pour les deux sexes.

fig.23 Indices comparatifs de mortalité*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

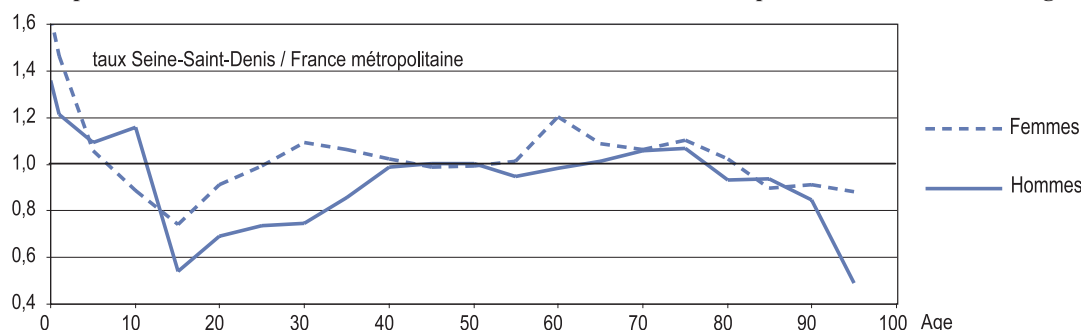
tab.7 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 dans les Hauts-de-Seine

	Hommes		Femmes	
	tous âges	< 65 ans	tous âges	< 65 ans
Ensemble des tumeurs	1 626	531	1 359	375
dont cancer du poumon	385	160	170	62
cancer colorectal	150	38	138	22
cancer du sein			251	104
cancer de la prostate	162	14		
Maladies cardio-vasculaires	1 070	193	1 355	65
dont cardiopathies ischémiques	367	77	291	13
maladies cérébro-vasculaires	212	33	328	16
Causes externes, trauma et empoisonnement	275	148	255	74
Toutes causes	4 514	1 348	4 882	751

Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

*Définitions et guides de lecture des graphiques : cf. chapitre Ile-de-France.

fig.24 Comparaison de la mortalité en Seine-Saint-Denis et en France métropolitaine selon le sexe et l'âge en 2005-2007*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

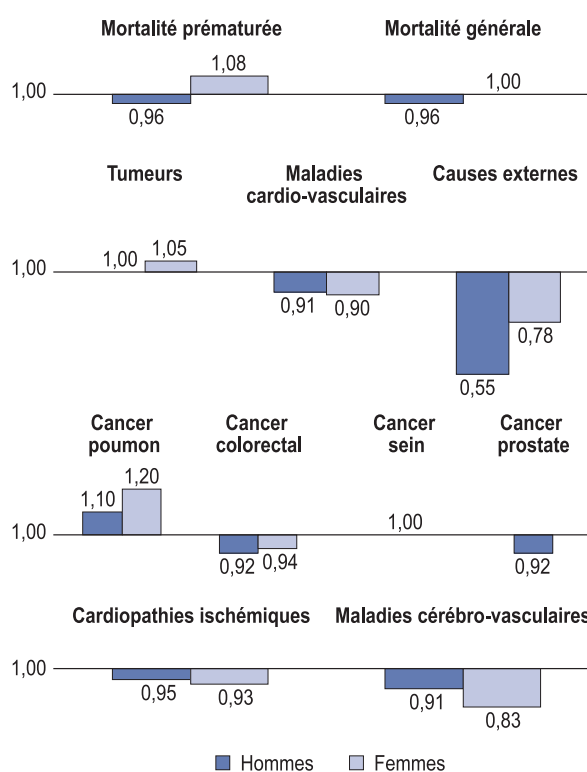
Mortalité proche de la moyenne nationale en Seine-Saint-Denis

La comparaison des taux de mortalité en Seine-Saint-Denis et en France fait ressortir la surmortalité infantile et juvénile dans ce département. Les jeunes adultes, de même que les personnes âgées de 80 ans ou plus des deux sexes, connaissent au contraire une légère sous-mortalité. Les Séquano-Dyonisiennes âgées de 30 à 40 ans et celles de 50 à 75 ans ont un niveau de mortalité supérieur aux femmes françaises de même âge.

Les indices comparatifs de mortalité résument la situation de légère sous-mortalité pour les hommes de Seine-Saint-Denis (ICM de 0,96 pour la mortalité prématurée et pour la mortalité générale), tandis que les femmes de Seine-Saint-Denis ont un niveau de mortalité tout à fait comparable à celui des femmes françaises (ICM = 1,00) mais une mortalité supérieure avant 65 ans (ICM = 1,08).

Les indices comparatifs de mortalité calculés pour les grandes causes de décès révèlent une surmortalité par tumeurs de 5% chez les femmes de Seine-Saint-Denis. La surmortalité atteint 20% pour le cancer du poumon. Les femmes de Seine-Saint-Denis ont un niveau de mortalité par cancer du sein tout à fait comparable à celui des femmes françaises, alors que les Séquano-Dyonisiennes ont longtemps été en surmortalité pour cette pathologie. Les habitants de Seine-Saint-Denis des deux sexes ont un niveau de mortalité par maladies cardio-vasculaires plus bas qu'en France (mais légèrement plus élevé toutefois qu'en Ile-de-France).

fig.25 Indices comparatifs de mortalité*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

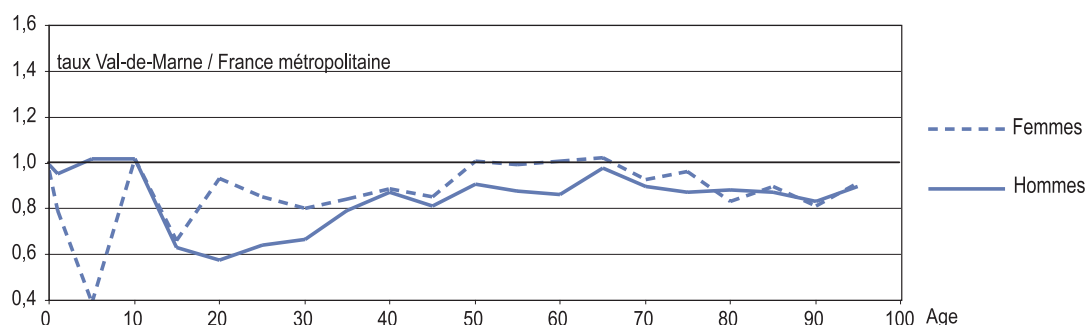
tab.8 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 en Seine-Saint-Denis

	Hommes		Femmes	
	tous âges	< 65 ans	tous âges	< 65 ans
Ensemble des tumeurs	1 596	605	1 104	356
dont cancer du poumon	440	191	134	52
cancer colorectal	132	42	114	26
cancer du sein			199	82
cancer de la prostate	125	14		
Maladies cardio-vasculaires	987	242	1 005	79
dont cardiopathies ischémiques	341	95	226	16
maladies cérébro-vasculaires	196	45	229	24
Causes externes, trauma et empoisonnement	255	151	197	58
Toutes causes	4 401	1660	3 878	830

Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

*Définitions et guides de lecture des graphiques : cf. chapitre Ile-de-France.

fig.26 Comparaison de la mortalité dans le Val-de-Marne et en France métropolitaine selon le sexe et l'âge en 2005-2007*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

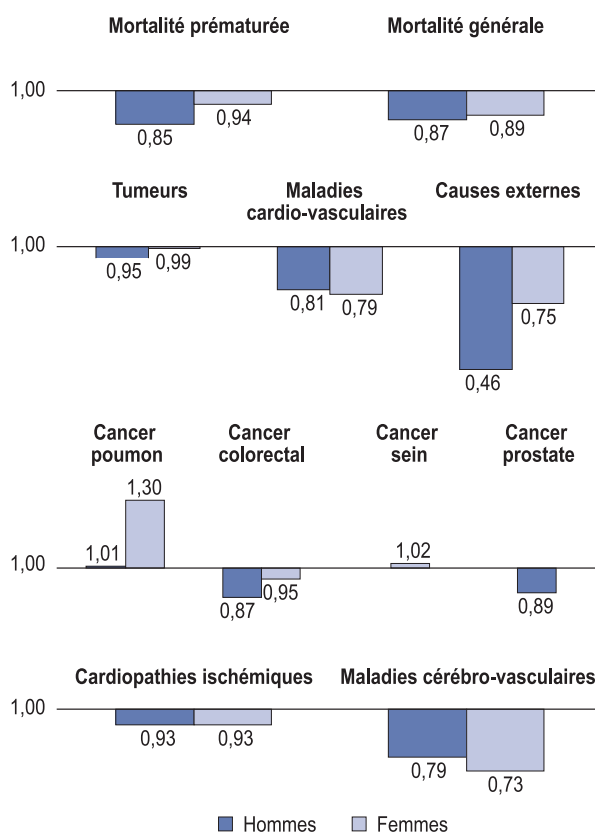
Sous-mortalité dans le Val-de-Marne

La comparaison des taux de mortalité dans le Val-de-Marne et en France fait apparaître une situation globalement favorable dans ce département. Les taux de mortalité des hommes et des femmes du Val-de-Marne sont à chaque âge inférieur à ceux des Français et des Françaises sauf chez les Val-de-Marnaises de 50-65 ans dont le taux est comparable à celui des Françaises de même âge.

Les indices comparatifs de mortalité résument la situation de sous-mortalité dans le Val-de-Marne : la mortalité des hommes de moins de 65 ans est inférieure de 15% à celle des Français et la mortalité tous âges de 13%. La mortalité tous âges des femmes est inférieure de 11% à celle des Françaises, tandis que les Val-de-Marnaises de moins de 65 ans ont une situation très proche du niveau national (-6%).

Les indices comparatifs de mortalité calculés pour les grandes causes confirment la situation favorable des hommes et des femmes du Val-de-Marne sauf pour la mortalité par tumeurs qui est proche du niveau national (-5% pour les hommes et -1% pour les femmes). On observe en particulier une forte surmortalité des Val-de-Marnaises par cancer du poumon (+30% par rapport aux Françaises). La situation apparaît particulièrement favorable dans le Val-de-Marne pour les maladies cérébro-vasculaires (-21% pour les hommes et -27% pour les femmes) ainsi que pour les causes externes de décès (respectivement -54% et -25%).

fig.27 Indices comparatifs de mortalité*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

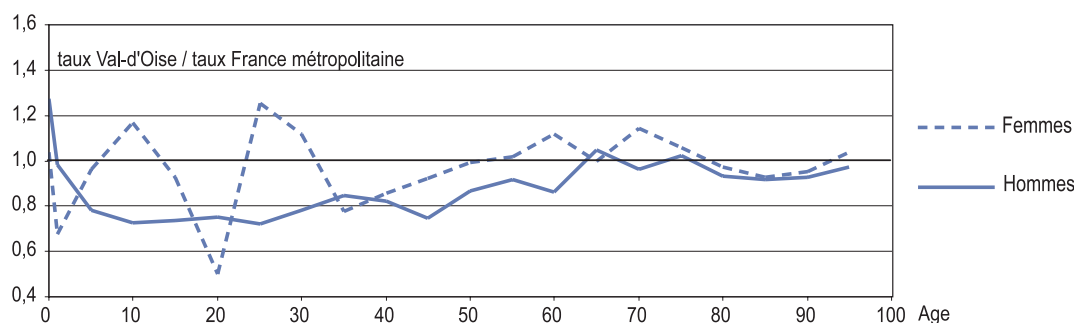
tab.9 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 dans le Val-de-Marne

	Hommes		Femmes	
	tous âges	< 65 ans	tous âges	< 65 ans
Ensemble des tumeurs	1 491	511	1 124	323
dont cancer du poumon	389	160	150	60
cancer colorectal	127	33	129	20
cancer du sein			212	86
cancer de la prostate	129	14		
Maladies cardio-vasculaires	928	171	1 062	63
dont cardiopathies ischémiques	344	75	271	15
maladies cérébro-vasculaires	182	30	240	17
Causes externes, trauma et empoisonnement	196	92	205	41
Toutes causes	4 019	1 278	3 992	669

Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

*Définitions et guides de lecture des graphiques : cf. chapitre Ile-de-France.

fig.28 Comparaison de la mortalité dans le Val-d'Oise et en France métropolitaine selon le sexe et l'âge en 2005-2007*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Sous-mortalité masculine et mortalité féminine proche de la moyenne nationale dans le Val-d'Oise

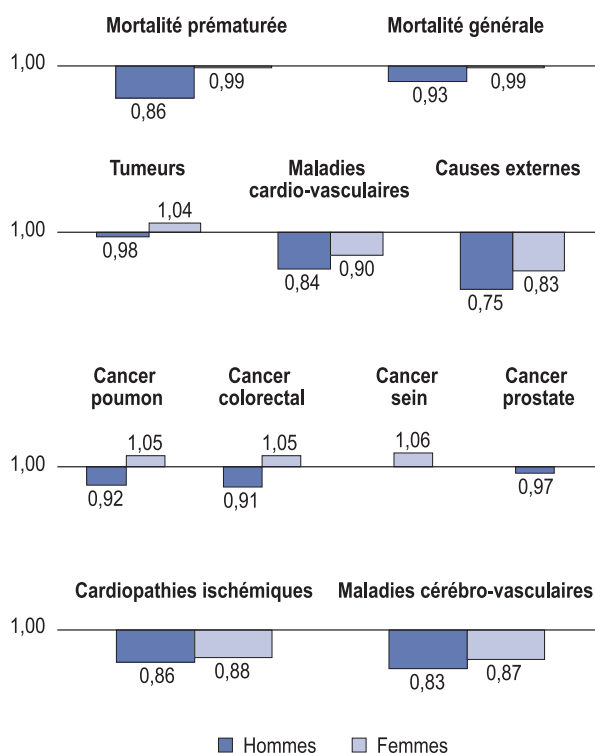
La comparaison des taux de mortalité dans le Val-d'Oise et en France fait apparaître une situation globalement favorable pour les hommes sauf pour la mortalité infantile (+27%) et pour les 65-74 ans dont le taux de mortalité est très proche du taux national. La situation est moins favorable pour les Valdoisiennes, avec en particulier une mortalité supérieure à celle des Françaises entre 25 à 34 ans et entre 55 et 79 ans.

Les indices comparatifs de mortalité résument la situation de légère sous-mortalité masculine (-7% par rapport aux Français) qui est plus accentuée avant 65 ans (-14%) et la situation «dans la moyenne» des Valdoisiennes (-1% pour la mortalité tous âges comme pour la mortalité avant 65 ans).

Les indices comparatifs de mortalité calculés pour les grandes causes de décès montrent une situation favorable pour les deux sexes en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires et les causes externes de décès.

La mortalité par tumeurs des Valdoisiens est très proche de celle des Français (-2%). On observe en revanche une légère surmortalité par tumeurs chez les Valdoisiennes (+4%). Cette surmortalité concerne les principales localisations : sein (+6%), poumon et côlon-rectum (+5%).

fig.29 Indices comparatifs de mortalité*



Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

tab.10 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 dans le Val-d'Oise

	Hommes		Femmes	
	tous âges	< 65 ans	tous âges	< 65 ans
Ensemble des tumeurs	1 250	465	897	298
dont cancer du poumon	293	136	96	42
cancer colorectal	140	28	104	25
cancer du sein			172	80
cancer de la prostate	105	10		
Maladies cardio-vasculaires	728	153	850	70
dont cardiopathies ischémiques	246	63	179	12
maladies cérébro-vasculaires	144	24	201	20
Causes externes, trauma et empoisonnement	270	169	171	69
Toutes causes	3 372	1 168	3 211	616

Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France.

*Définitions et guides de lecture des graphiques : cf. chapitre Ile-de-France 2009.



Environ 200 000 Franciliens admis en affection de longue durée en 2006

Les affections de longue durée (ALD) sont des maladies graves, nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux. Ces affections, dont la liste est définie par un décret, sont actuellement au nombre de trente. Les personnes qui en sont atteintes peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à cette affection. Le caractère médico-administratif des motifs d'admission en ALD limite leur utilisation directe dans un objectif épidémiologique. Mais en raison du peu d'information disponible sur l'état de santé en population générale, l'intérêt de ces données est de mieux en mieux perçu aujourd'hui.

Au plan régional, les statistiques disponibles concernant les ALD sont propres à chacun des régimes d'assurance maladie. Pour les trois principaux (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent plus de 95 % de la population francilienne, le nombre de nouveaux bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur pour ALD a atteint 196 273 en 2006. On peut donc estimer à environ 200 000 le nombre de Franciliens inscrits en ALD en 2006, tous régimes confondus.

Ce nombre a fortement progressé au cours des années récentes. Plusieurs raisons expliquent cette forte croissance. Tout d'abord, des facteurs démographiques, et notamment l'arrivée des générations du baby-boom dans les classes d'âges où la fréquence des problèmes de santé progresse fortement. Ensuite, des facteurs épidémiologiques se traduisant par l'augmentation du taux d'incidence de certaines ALD, par exemple les cancers. Enfin, des facteurs médico-administratifs tels que l'augmentation importante du coût de certains traitements, ou encore de nouvelles dispositions tarifaires incitant davantage les praticiens à demander le bénéfice de l'admission en ALD pour certains patients.

Parmi les trente motifs d'admission en ALD, trois affections ou groupes d'affections se distinguent par leur importance : les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et le diabète (type 1 et type 2), responsables de plus de 70% des inscriptions. Mais le poids relatif des différentes affections est très variable selon le sexe et l'âge (tab.5).

tab.11 Les admissions de Franciliens en ALD par sexe et par âge, en 2006*

Numéro et intitulé de l'affection de longue durée	Hommes				Femmes			
	0-19 ans	20-59 ans	60 ans +	Total	0-19 ans	20-59 ans	60 ans +	Total
1 Accident vasculaire cérébral invalidant	72	1 101	1 977	3 150	63	738	2 007	2 808
2 Aplasie médullaire	9	25	159	193	12	52	138	202
3 Artériopathie chronique	9	1 416	3 004	4 429	3	468	1 991	2 462
4 Bilharziose compliquée	1	3		4		1		1
5 Insuff. cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies	301	1 633	4 680	6 614	256	882	5 312	6 450
6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	36	2 115	566	2 717	30	982	591	1 603
7 Déficit immunitaire	311	1 464	75	1 850	298	893	38	1 229
8 Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant	240	8 554	8 130	16 924	235	6 003	6 473	12 711
9 Forme grave d'une affection neuro-musculaire - Myopathie	474	878	468	1 820	449	878	496	1 823
10 Hémoglobiopathies homozygotes	169	59	17	245	182	120	18	320
11 Hémophilie	58	124	61	243	37	187	85	309
12 Hypertension artérielle sévère	15	4 250	7 667	11 932	14	3 367	10 242	13 623
13 Maladie coronaire	8	3 995	5 653	9 656	4	760	3 326	4 090
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	920	1 126	2 046	4 092	572	1 191	1 829	3 592
15 Maladie d'Alzheimer et autres démences	1	54	1 937	1 992	1	50	4 896	4 947
16 Maladie de Parkinson		106	913	1 019	1	87	841	929
17 Maladie métab. héréditaire nécessitant un traitement spéc. prolongé	122	205	119	446	97	177	128	402
18 Mucoviscidose	29	3		32	22	6	3	31
19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif	117	464	629	1 210	65	303	614	982
20 Paraplégie	28	90	50	168	15	45	32	92
21 Périartérite noueuse, lupus éryth. aigu diss., sclérodermie gén. évol.	9	102	86	197	45	539	272	856
22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	17	301	272	590	59	964	686	1 709
23 Affections psychiatriques de longue durée	1 589	4 626	897	7 112	849	5 544	1 947	8 340
24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn	78	654	118	850	86	713	128	927
25 Sclérose en plaques	12	241	23	276	14	587	51	652
26 Scoliose structurale évolutive	97	14	3	114	383	46	29	458
27 Spondylarthrite ankylosante grave	12	389	72	473	6	325	59	390
28 Greffes d'organes	2	46	17	65	1	20	11	32
29 Tuberculose active, lèpre	198	691	182	1 071	176	439	133	748
30 Tumeur maligne, aff. maligne du tissu lymph. ou hématopoïétique	278	6 989	14 761	22 028	245	9 989	11 809	22 043
Total	5 212	41 718	54 582	101 512	4 220	36 356	54 185	94 761

*Pour 80 personnes, l'âge n'était pas précisé. Elles ont été affectées dans le groupe des 60 ans ou plus.

Sources : CnamTS, MSA, RSI. Exploitation Urcam Ile-de-France, 2007.

**ALD chez les moins de 20 ans :
troubles mentaux et problèmes respiratoires**

Près de 9 500 Franciliens âgés de moins de 20 ans ont été admis en affection de longue durée en 2006 (tab.6), dont une majorité d'hommes (55%). Les motifs les plus fréquents d'admission dans cette classe d'âges sont les troubles mentaux (30,5% chez les hommes et 20,1% chez les femmes), suivis des insuffisances respiratoires chroniques (17,7% des motifs d'admission chez les hommes et 13,6% chez les femmes). Les maladies du système ostéo-articulaire représentent le troisième motif d'admission en ALD des femmes de cette tranche d'âge (10,6% des admissions féminines contre 2,4% des admissions masculines).

**ALD chez les 20-59 ans :
maladies de l'appareil circulatoire, diabète et cancers**

Plus de 78 000 Franciliens âgés de 20 à 59 ans ont été admis en affection de longue durée en 2006 (tab.6), dont 53% d'hommes. Dans cette tranche d'âge, les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et le diabète constituent les principales causes d'admission en ALD pour les deux sexes, mais avec des parts variables. Ainsi, les cancers sont la troisième cause d'admission en ALD pour les hommes (16,8% du total), mais la première pour les femmes de cette tranche d'âge (27,5%). Le cancer du sein représente plus de la moitié des 9 989 admissions en ALD pour cancer en 2006, chez les femmes de cette tranche d'âge.

**ALD chez les 60 ans ou plus :
maladies de l'appareil circulatoire et cancers**

Près de 109 000 Franciliens âgés de 60 ans ou plus (autant d'hommes que de femmes) ont été admis en affection de longue durée en 2006 (tab.6). Plus d'une admission en ALD sur deux concerne donc une personne de 60 ans ou plus et pourtant, dans ce groupe d'âges plus encore que dans les autres, les polyopathologies peuvent être à l'origine d'une sous-estimation de l'incidence réelle des maladies (patient déjà exonéré du ticket modérateur au titre d'une autre ALD, pour lequel le médecin ne demandera donc pas une nouvelle admission en ALD). Comme chez les 20-59 ans, les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers et le diabète sont les trois premiers motifs d'admission en ALD des 60 ans ou plus, mais avec un poids croissant des maladies de l'appareil circulatoire. Celles-ci sont à l'origine de 42% des admissions des deux sexes. Les maladies d'Alzheimer et autres démences sont à l'origine de près de 7 000 admissions en ALD dans cette tranche d'âge (5 000 femmes et 2 000 hommes).

tab.12 Principaux motifs d'admission* en affection de longue durée en Ile-de-France en 2006

Chez les moins de 20 ans		
Hommes	Nombre	%
Affections psychiatriques de longue durée	1 589	30,5
Insuffisance respiratoire chronique grave	920	17,7
Maladies cardio-vasculaires	405	7,8
Cancers	278	5,3
Diabète type 1 ou type 2	240	4,6
Maladies du système ostéo-articulaire	126	2,4
Maladies de l'appareil digestif	114	2,2
Autres affections	1 540	29,5
Total	5 212	100,0
Femmes	Nombre	%
Affections psychiatriques de longue durée	849	20,1
Insuffisance respiratoire chronique grave	572	13,6
Maladies du système ostéo-articulaire	448	10,6
Maladies cardio-vasculaires	340	8,1
Cancers	245	5,8
Diabète type 1 ou type 2	235	5,6
Maladies de l'appareil digestif	116	2,7
Autres affections	1 415	33,5
Total	4 220	100,0
Chez les 20-59 ans		
Hommes	Nombre	%
Maladies cardio-vasculaires	12 395	29,7
Diabète type 1 ou type 2	8 554	20,5
Cancers	6 989	16,8
Affections psychiatriques de longue durée	4 626	11,1
Maladies de l'appareil digestif	2 769	6,6
Insuffisance respiratoire chronique grave	1 126	2,7
Maladies du système ostéo-articulaire	704	1,7
Autres affections	4 555	10,9
Total	41 718	100,0
Femmes	Nombre	%
Cancers	9 989	27,5
Maladies cardio-vasculaires	6 215	17,1
Diabète type 1 ou type 2	6 003	16,5
Affections psychiatriques de longue durée	5 544	15,2
Maladies de l'appareil digestif	1 695	4,7
Maladies du système ostéo-articulaire	1 335	3,7
Insuffisance respiratoire chronique grave	1 191	3,3
Autres affections	4 384	12,1
Total	36 356	100,0
Chez les 60 ans ou plus		
Hommes	Nombre	%
Maladies cardio-vasculaires	22 981	42,1
Cancers	14 761	27,0
Diabète type 1 ou type 2	8 130	14,9
Insuffisance respiratoire chronique grave	2 046	3,7
Maladie d'Alzheimer et autres démences	1 937	3,5
Affections psychiatriques de longue durée	897	1,6
Maladies de l'appareil digestif	684	1,3
Maladies du système ostéo-articulaire	347	0,6
Autres affections	2 799	5,2
Total	54 582	100,0
Femmes	Nombre	%
Maladies cardio-vasculaires	22 878	42,2
Cancers	11 809	21,8
Diabète type 1 ou type 2	6 473	11,9
Maladie d'Alzheimer et autres démences	4 896	9,0
Affections psychiatriques de longue durée	1 947	3,6
Insuffisance respiratoire chronique grave	1 829	3,4
Maladies du système ostéo-articulaire	774	1,4
Maladies de l'appareil digestif	719	1,3
Autres affections	2 860	5,3
Total	54 185	100,0

*Dans ces tableaux, les maladies cardio-vasculaires sont le regroupement des ALD 1, 3, 5, 12 et 13 ; les maladies de l'appareil digestif sont le regroupement des ALD 6 et 24 ; et les maladies du système ostéo-articulaire sont le regroupement des ALD 22, 26 et 27. Pour 80 personnes, l'âge n'était pas précisé. Elles ont été affectées dans le groupe des 60 ans ou plus.

Sources : CnamTS, MSA, Canam. Exploitation Urcam Ile-de-France, 2007.

Qualité de vie liée à la santé : les femmes expriment plus tôt des limitations physiques

La dernière édition de l'Enquête décennale de santé de l'Insee (2002-2003) permet d'apprécier pour la première fois en France comme en Ile-de-France la qualité de vie liée à la santé en population générale, à travers l'analyse d'un questionnaire spécifique : le SF-36.

Il ressort que tout au long de leur vie, le niveau de qualité de vie psychique des Franciliens reste stable malgré la diminution de leur qualité de vie physique (fig.14), et ce même aux âges élevés.

Cette diminution est ressentie plus tôt par les Franciliennes, dès 40 ans contre 60 ans pour les hommes. Ces ruptures sont particulièrement liées à des limitations pour effectuer des activités physiques comme marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets... Et ces limitations physiques affectent particulièrement les hommes dans leurs activités quotidiennes à partir de 75 ans.

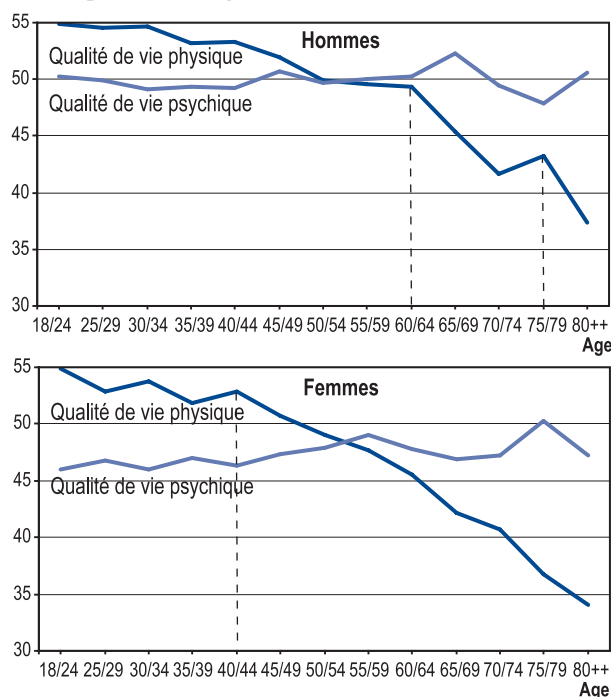
Les habitants de province partagent ces perceptions, mais de façon amplifiée. Outre des limitations physiques, les femmes âgées de 40 à 44 ans rapportent aussi d'importantes douleurs physiques, avec de lourdes conséquences dans la vie quotidienne et une mauvaise perception de leur état de santé en général. Les hommes âgés de 60 à 64 ans ressentent également un sentiment de fatigue ou d'épuisement permanent. Douleurs physiques, mauvaise perception de la santé, fatigue ou épuisement affectent aussi les hommes résidant en province à partir de 75 ans, qui déclarent également des limitations dans les activités quotidiennes en raison de leur état psychique.

Le constat d'une qualité de vie psychique stable dans un contexte de dégradation continue de la qualité de vie physique est confirmé en Ile-de-France comme en province par les trois items d'ordre général sur la santé (tab.7) qui composent le module minimal

européen sur la santé (MMES) :

- > en effet, peu de personnes ressentent leur état de santé général comme «mauvais» ou «très mauvais» - proportion qui reste relativement stable quel que soit l'âge ;
- > à l'inverse, la part de personnes atteintes de maladies chroniques augmente avec l'âge (six sur dix pour les Franciliens de 60 à 74 ans, sept sur dix pour ceux de 75 ans ou plus), tout comme celle de personnes déclarant des limitations continues d'activité (+72% entre les Franciliens âgés de 60 à 74 ans et ceux de 75 ans ou plus).

fig.30 Niveau moyen de qualité de vie liée à la santé des Franciliens selon deux dimensions, par sexe et âge, en 2002-2003



Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2006.

tab.13 Etat de santé des personnes de 60 ans ou plus à travers trois questions générales, par sexe et âge, en 2002-2003 (en%)

	Ile-de-France						Province					
	Hommes		Femmes		Ensemble		Hommes		Femmes		Ensemble	
	60-74 ans	75 ans ou plus	60-74 ans	75 ans ou plus	60-74 ans	75 ans ou plus	60-74 ans	75 ans ou plus	60-74 ans	75 ans ou plus	60-74 ans	75 ans ou plus
Déclarer un état de santé général mauvais ou très mauvais	5	5	7	14	6	11	7	12	9	12	8	12
Avoir actuellement une ou plusieurs maladies chroniques	55	68	67	74	62	72	62	69	67	73	65	71
Etre limité à cause d'un problème de santé dans les activités habituelles (depuis au moins six mois)	16	28	20	32	18	31	21	34	24	39	23	37

Lecture : Parmi les hommes franciliens âgés de 60 à 74 ans, 5% déclarent un état de santé général mauvais ou très mauvais.

Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2006.

Qualité de vie liée à la santé : définition, mesure dans l'Enquête décennale de santé 2002-2003 de l'Insee

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la qualité de vie est « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

Cette définition met en avant la notion de perception : le point de vue de la personne en est l'élément fondamental. C'est pourquoi les enquêtes de perception sont indiquées pour rendre compte de la qualité de vie, en s'appuyant sur des instruments de mesure validés tels que le SF-36* utilisé par l'Insee pour la première fois dans la dernière édition de l'Enquête décennale de santé (2002-2003).

Le SF-36 est un auto-questionnaire de 36 questions générales qui permettent de construire des échelles de qualité de vie liée à la santé, sous forme de scores compris entre 0 (faible qualité de vie) et 100 (qualité de vie élevée).

Regroupées, les réponses à ces questions permettent d'obtenir huit dimensions de la qualité de vie liée à la santé : limitations fonctionnelles physiques, gênes dues à l'état physique, douleurs physiques, santé psychique, gênes dues à l'état psychique, vie et relation avec les autres, vitalité, santé perçue.

Rassemblées, ces dimensions permettent d'obtenir une approche globale de la personne en terme de qualité de vie liée à la santé via deux scores : un score physique et un score psychique. Les valeurs obtenues pour chacun d'entre eux ne sont pas directement interprétables. Par contre, le calcul de leur moyenne permet des premières comparaisons entre populations (Franciliens versus habitants de la province par exemple).

*SF-36 est l'abréviation anglo-saxonne pour «medical outcome study Short Form 36 item health survey».



Des besoins de soins moindres en Ile-de-France, du fait notamment d'une population plus jeune

La réduction des inégalités de santé régionales et infra-régionales est une des priorités de santé publique, relevée notamment par les conférences nationales et régionales de santé. Les réduire demande notamment une meilleure adéquation entre les besoins de soins de la population et l'offre de soins.

Dans le cadre d'une analyse nationale, **aucun canton francilien ne figure parmi les 70 cantons de France métropolitaine ayant les plus forts besoins de soins.** La majorité des cantons franciliens (158 sur 286), regroupant 57,5% de la population régionale (tab.8), apparaissent comme ayant des besoins de soins modérés (par rapport à la moyenne nationale). La situation relativement favorable des cantons d'Ile-de-France dans cette analyse s'explique notamment par la structure par âge, particulièrement jeune, d'une grande partie du territoire francilien.

L'application de la méthode en Ile-de-France (avec la situation régionale comme référence) souligne plusieurs territoires où se concentrent des besoins relativement importants (carte 9) :

- > trois cantons en périphérie de la Seine-et-Marne cumulent à la fois un besoin de soins lié au vieillissement de la population et à son état sanitaire (standardisé sur l'âge) ;
- > plusieurs cantons de Seine-et-Marne, de l'ouest parisien, avec un prolongement vers les Hauts-de-

tab.14 **Dénombrement des cantons franciliens et pourcentage de la population par niveau de besoins de soins (référence nationale)**

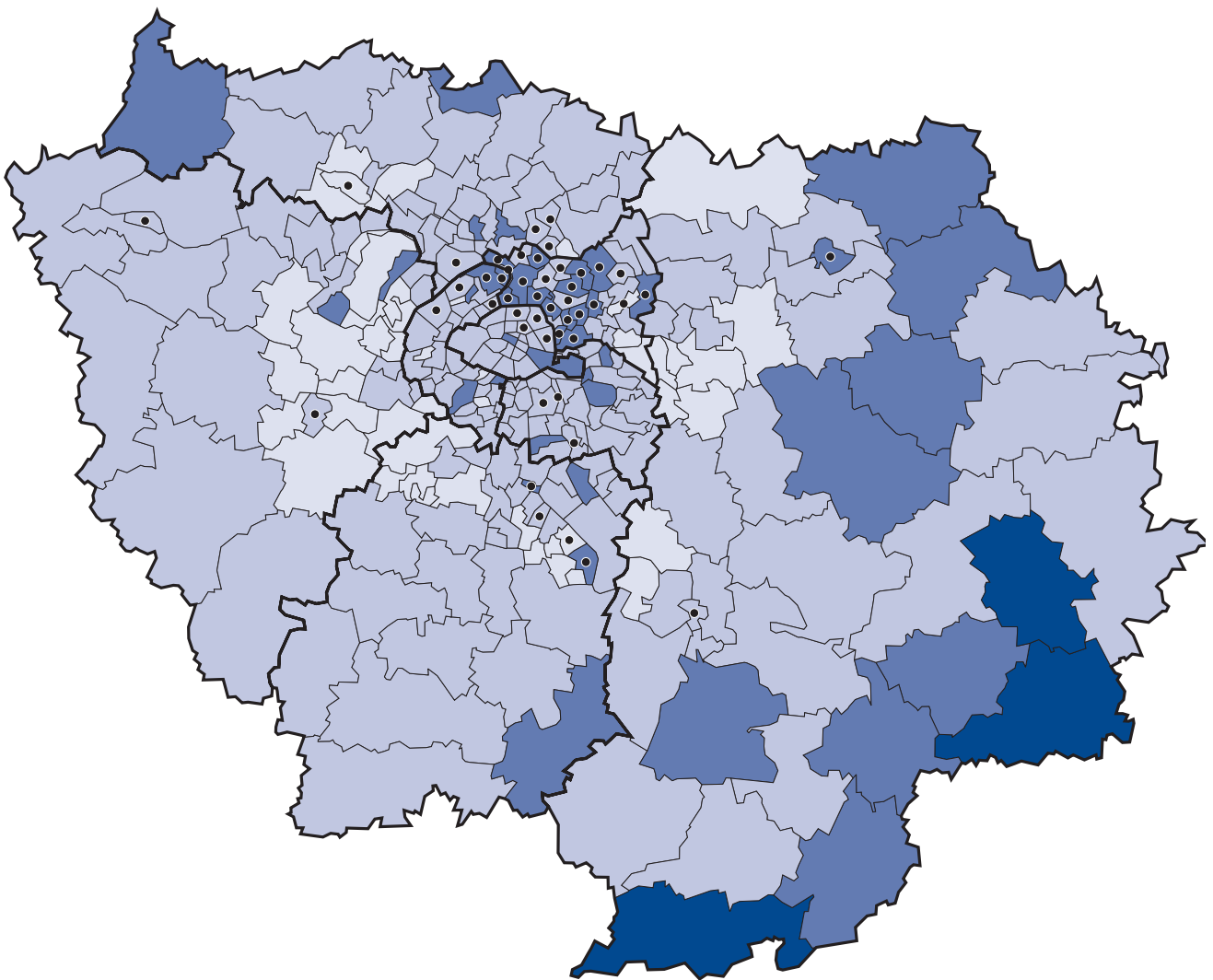
Besoins de soins	Ile-de-France		France	
	Nb cantons	% population	Nb cantons	% population
Très forts	0	0,0%	70	0,4%
Forts	11	2,0%	889	14,7%
Moyens	107	38,1%	1 935	52,1%
Modérés	158	57,5%	712	28,5%
Très modérés	10	2,4%	99	4,3%
Total	286	100,0%	3 705	100,0%

Source : Urcam Ile-de-France, 2005.

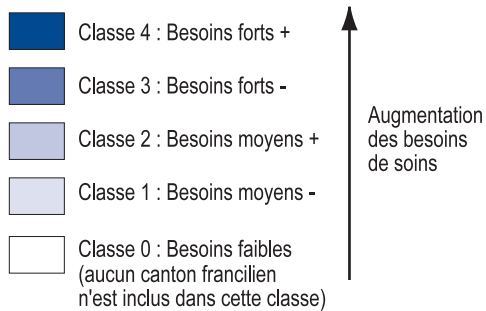
Seine et les Yvelines, mais également quelques portions de territoires du Val-d'Oise et du Val-de-Marne, présentent un besoin de soins plus spécifiquement lié à l'âge des populations ;

> une part importante des cantons de la Seine-Saint-Denis enregistre des besoins de soins directement en relation avec l'état sanitaire de la population. Par ailleurs, la situation locale est aggravée par des situations de forte précarité. Dans les autres départements de la région, certains cantons connaissent une situation semblable à celle décrite ci-dessus.

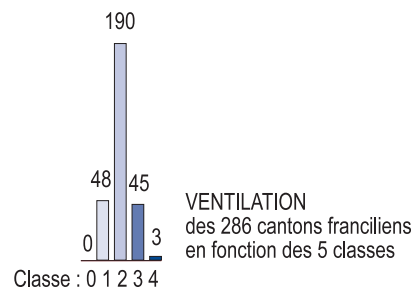
carte 9 Analyse cantonale des besoins de soins en Ile-de-France. Situation en 2004 (référence régionale)



ECHELLE DES BESOINS DE SOINS EN 5 CLASSES
Score établi en fonction de l'âge et de l'état de santé (mortalité et morbidité)



INDICE SOCIAL ELEVE
Effet aggravant de l'indice social (en fonction de la couverture maladie universelle)



Urcam Ile-de-France, 2005.

Données :

- mortalité : Inserm - exploitation Fnors pour les Urcam (1997-2001)
- morbidité/ALD : Assurance maladie inter-régimes (2004)
- démographie : Insee - RGP 1999 et ELP 2004

Comment se définit un besoin de soins ?

Les besoins de soins d'une population correspondent aux besoins de l'intervention d'un professionnel ou d'une structure de santé pour prendre soin d'elle et la soigner.

Le concept de «besoin de soins» d'une population ou d'un individu se caractérise par la nécessité d'une intervention d'un professionnel ou d'un établissement de santé pour la prise en charge d'une ou de plusieurs pathologies. Ce concept est différent de celui de «consommation de soins» qui est la résultante d'une rencontre d'une offre avec une demande et de celui de «besoins de santé» (notion beaucoup plus large au sens de l'OMS et qui ne relève pas du seul système de soins).

En l'absence de méthode consensuelle permettant d'évaluer les besoins de soins à une échelle géographique fine, plusieurs Urcam se sont associées pour développer une méthode basée sur la combinaison d'indicateurs socio-démographiques et de santé déclinés au niveau cantonal. Les indicateurs retenus sont l'âge, la morbidité via les affections de longue durée, la mortalité et la précarité à travers la couverture maladie universelle complémentaire.

Méthode

La méthode consiste à calculer un indice global de besoin de soins de la population à partir d'une combinaison d'indices portant sur l'âge (structure par âge de la population), l'état de santé (mortalité, morbidité) et la situation socio-économique.

Après concertation, l'échelle cantonale a été retenue pour le compromis qu'elle offre entre disponibilité des données et finesse géographique.

Les indicateurs retenus :

> l'âge : les besoins de soins évoluent en fonction de l'âge, ils sont notamment importants chez les nourrissons et les personnes âgées. Ce déterminant peut être estimé à partir de la structure par âge de la population, pondérée par des données de consommation de soins.

> l'état de santé : les maladies et accidents influent bien évidemment sur les besoins de soins. Ils peuvent être approchés de façon globale à partir des données de mortalité et à partir des données de morbidité disponibles (ALD).

> la condition sociale : la condition sociale est également un déterminant de santé et donc des besoins de soins. Elle est caractérisée ici par le nombre de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire.

Pour chaque indice, les cantons sont répartis en trois niveaux (faible, moyen, fort) selon leur position par rapport à la moyenne des indices des cantons.

A partir de cette répartition, les cantons sont positionnés sur une échelle des besoins à cinq classes obtenues par addition des valeurs des indices âge et état de santé. L'indice social vient aggraver ou atténuer la situation.

La méthode fournit des besoins relatifs et non des besoins absolus.

La méthode permet de déterminer le niveau de besoin de soins relatif de chaque canton par rapport à la moyenne des cantons et de construire une cartographie cantonale des besoins de soins.

La méthode peut être déclinée au niveau national (la moyenne est alors la situation nationale et les besoins sont définis relativement à celle-ci). Mais elle peut aussi être déclinée au sein d'une région et c'est alors la moyenne régionale qui sert de référence.

Sources :

Urcam Ile-de-France. Evaluation des besoins de soins en Ile-de-France. Description des résultats. Janvier 2006.

Urcam Rhône-Alpes et Urcam Nord-Pas-de-Calais. Les besoins de soins en France. Méthode et résultats. Janvier 2007.

Axe prioritaire

Lutter contre le cancer



Objectif

1

Promouvoir le dépistage des cancers féminins (cancer du sein et du col de l'utérus), en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables)

- 1.1 Promouvoir le dépistage du cancer du sein
- 1.2 Promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus

Objectif

2

Promouvoir le dépistage du cancer colorectal, en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables)

Objectif

3

Renforcer la lutte contre les cancers professionnels

Objectif

4

Développer la prévention du mélanome

Objectif

5

Mettre en place une recherche action afin d'étudier la faisabilité du dépistage des cancers des voies aéro-digestives (VADS) chez les sujets à haut risque

> *Un essai randomisé en cours au niveau national*

Objectif

6

Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer

> *Absence d'indicateurs de routine*

Promouvoir le dépistage des cancers féminins (cancer du sein et du col de l'utérus), en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables)

1.1 Promouvoir le dépistage du cancer du sein

Contexte

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le nombre de nouveaux cas annuels, estimé par le réseau français des registres de cancer (Francim), est de 49 814 pour l'année 2005 (dont 29 307 chez des femmes de moins de 65 ans), représentant 36,7% de l'ensemble des cancers chez la femme¹. En termes de mortalité, 11 441 femmes sont décédées d'un cancer du sein en 2006 (dont 4 127 femmes âgées de moins de 65 ans), ce qui représente 18% de la mortalité féminine par cancer. En France, l'incidence de ce cancer est en progression depuis plusieurs décennies, tandis que la mortalité par cancer du sein est quasiment stable. Les disparités régionales de la mortalité par cancer du sein sont importantes, avec une situation globalement plus favorable dans le sud du pays.

Le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie est, depuis 2004, étendu à l'ensemble du territoire français. En Ile-de-France, le département du Val-d'Oise a été le premier à mettre en place ce dépistage en 1991. Il a été suivi par les Yvelines en 1997, la Seine-Saint-Denis en 1999, l'Essonne en 2000, Paris et le Val-de-Marne en 2002, et les départements des Hauts-de-Seine et de Seine-et-Marne en 2003. Il cible les femmes de 50 à 74 ans auxquelles est proposée une mammographie gratuite tous les deux ans avec une double lecture en cas de cliché négatif. Il garantit ainsi un accès égal au dépistage sur l'ensemble du territoire. Des mammographies de dépistage peuvent être réalisées en dehors de ce dispositif. La «couverture mammographique» représente l'ensemble des femmes ayant bénéficié d'une mammographie, que ce soit dans le cadre du dépistage organisé ou en dehors de celui-ci. Des expériences menées à l'étranger ont montré que le dépistage chez la femme de plus de 50 ans pouvait entraîner une réduction de la mortalité par cancer du sein à condition que le taux de couverture soit supérieur à 70%. Dans ce cadre, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe un objectif de 80% pour le taux de couverture des femmes de 50 à 74 ans.

Les progrès de la prise en charge du cancer du sein avec, d'une part, un dépistage plus précoce et donc la découverte de tumeurs de petite taille et, d'autre part, des traitements plus efficaces, ont permis d'améliorer considérablement son pronostic au cours des dernières décennies. Selon l'étude Eurocare-3² le taux de survie relative à 5 ans des femmes atteintes d'un cancer du sein est de 76,1% (Europe, cancers diagnostiqués en 1990-1994, tous stades confondus).

Faits marquants en Ile-de-France

- > Chaque année, plus de 8 500 Franciliennes sont atteintes d'un cancer du sein et plus de 1 800 en décèdent.
- > Un taux de participation des femmes de 50-74 ans à la campagne de dépistage organisé du cancer du sein plus faible en Ile-de-France qu'en France, mais avec de fortes disparités entre départements.
- > Un taux comparatif de mortalité par cancer du sein plus élevé en Ile-de-France qu'en France, mais la baisse de la mortalité observée depuis le début des années 2000 est plus marquée dans la région.
- > 72% des Franciliennes âgées de 50 à 75 ans déclarent avoir effectué une mammographie au cours des deux dernières années.

Participation des femmes au programme de dépistage organisé

Un taux de participation des femmes relativement peu élevé en Ile-de-France

En 2006, un peu plus de 258 000 Franciliennes âgées de 50 à 74 ans ont bénéficié d'une mammographie dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein. Le taux de participation est de 37,6% dans la région, soit en dessous du taux national (49,3%). Les départements franciliens enregistrant les plus faibles taux de participation sont Paris, les Hauts-de-Seine et l'Essonne. Le département de Seine-et-Marne est le seul département francilien à dépasser la moyenne nationale (fig.1).

Précisons que le nombre de femmes dépistées au cours d'une année peut être influencé par les stratégies d'invitation (chaque femme de 50-74 ans devant être invitée tous les deux ans), en particulier dans les premières années de mise en place du programme.

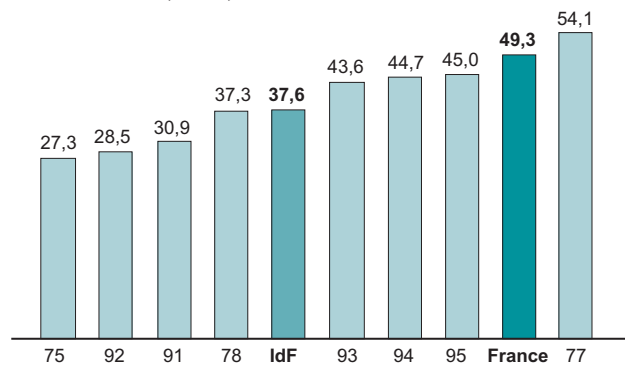
La part du dépistage individuel est importante en Ile-de-France.

En France, l'exercice individuel du dépistage cohabite avec un dépistage «organisé» au sein d'un programme. La «couverture mammographique» représente l'ensemble des femmes ayant bénéficié d'une mammographie dans l'année, que ce soit dans le cadre du dépistage organisé ou en dehors de celui-ci.

L'exploitation des données des différents régimes de l'Assurance maladie permet d'estimer à 230 000 le nombre de Franciliennes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie en dehors du programme en 2006, qui «s'ajoutent» aux 258 000 participantes à la campagne. Finalement, le taux global de couverture est de 71,1% en Ile-de-France, mais il varie de 65,4% en Essonne à 76,3% en Seine-et-Marne (fig.2). Aucun département francilien n'atteint l'objectif de 80% visé par la loi de santé publique de 2004.

La part du dépistage individuel est relativement

fig.1 Taux de participation* à la campagne de dépistage organisé dans les départements d'Ile-de-France, en 2006 (en %)



*Nombre de femmes ayant réalisé une mammographie dans le cadre du dépistage organisé rapporté à la moitié (car les femmes sont invitées tous les deux ans) de la population Insee des femmes de 50 à 74 ans (projections Omphale 2006). Sources : Drassif/Efect - Tableau de bord du dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France (exploitation 2006) ; InVS pour les données françaises.

importante dans la région (33,5%) alors qu'elle est évaluée à 15-20% au niveau national³. C'est particulièrement vrai à Paris et dans les Hauts-de-Seine, où elle dépasse la part du dépistage organisé.

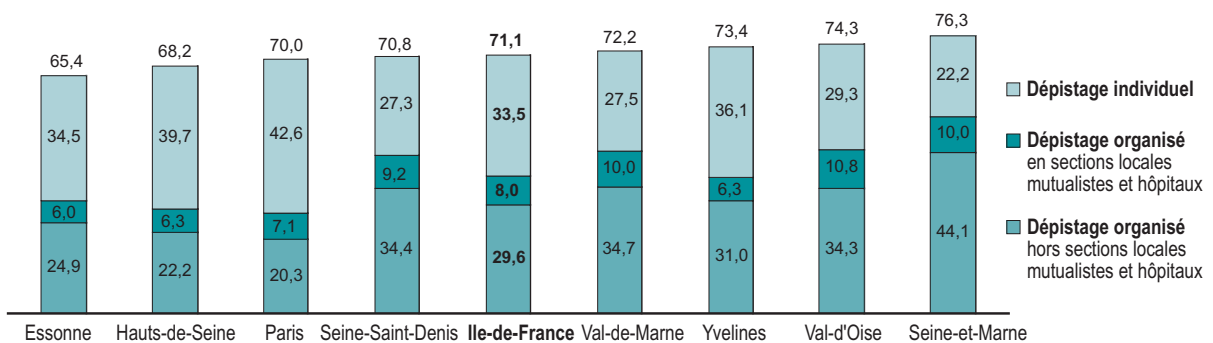
Le taux global de couverture mammographique permet d'apprécier la part des femmes totalement à l'écart du dépistage et qui nécessitent une approche spécifique. Celle-ci est proche de 30% chez les Franciliennes âgées de 50 à 74 ans.

- Taux de cancers détectés dans le cadre du dépistage organisé

En 2005, 237 608 Franciliennes ont participé à la campagne de dépistage. 1 459 cancers ont été diagnostiqués, soit un taux de 6,1 pour 1 000, légèrement inférieur au taux national (6,7 pour 1 000)⁴.

Dans les départements franciliens, ce taux varie de 2,7 dans le Val-d'Oise à 8,1 à Paris.

fig.2 Taux global de couverture* de la population cible dans les départements d'Ile-de-France, en 2006 (en %)



*Nombre de femmes ayant bénéficié d'une mammographie, quelle qu'en soit la modalité (dans ou hors dépistage organisé), rapporté à la population cible. Les données de l'assurance maladie ne permettent pas de prendre en compte l'activité mammographique hospitalière ni celle des sections locales mutualistes. Pour contourner la sous-estimation qui en résulte, le taux global de couverture est actuellement estimé selon deux sources : - les données de l'assurance maladie, inter-régime, pour estimer le taux de couverture mammographique hors dépistage organisé (DO) ; - le taux annuel de participation au DO issu des données des structures de gestion. Ce taux présente l'intérêt de prendre en compte la pratique mammographique dans son ensemble et de situer la part du DO pour chaque département et la région. Sources : Drassif/Efect - Tableau de bord du dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France (exploitation 2006).

Pratique de la mammographie en Ile-de-France

Près de 95% des Franciliennes âgées de 50 à 75 ans déclarent avoir déjà eu une mammographie au cours de leur vie.

La pratique de la mammographie est efficace dans la lutte contre le cancer du sein si elle est réalisée de façon régulière, tous les deux ans.

Parmi les Franciliennes qui déclarent «avoir déjà passé une mammographie», 64% d'entre elles ont réalisé la dernière «il y a moins de deux ans». Cette proportion s'élève à 72% pour celles ciblées par le dépistage organisé (50-74 ans).

A âge égal, la pratique de la mammographie est comparable en Ile-de-France et en France (fig.3) : elle est de 38,5% chez les Franciliennes de moins de 50 ans (40,1% en France) et de 94,2% chez les Franciliennes de 50-75 ans (93,5% en France).

Un médecin à l'origine de l'examen dans la majorité des cas

Parmi les femmes de 18-49 ans, le médecin est à l'origine de la dernière mammographie dans 74% des cas et la patiente dans 22% des cas (fig.4).

Dans la tranche d'âge ciblée par le dépistage organisé, le médecin reste à l'origine dans la moitié des cas et la patiente dans 15% des cas. L'invitation «à faire gratuitement cet examen» envoyée dans le cadre du dépistage organisé représente 28% des motifs.

Il est probable que la part du dépistage organisé dans les motifs de réalisation de la dernière mammographie soit supérieure aux 28% mentionnés car, outre l'invitation par courrier, l'entrée dans le dispositif de dépistage organisé peut avoir lieu également suite à la demande de la patiente ou à l'initiative du médecin.

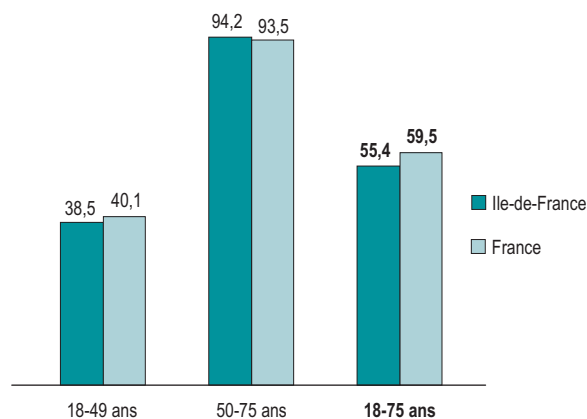
La pratique de la mammographie varie selon le niveau de diplôme.

Parmi les femmes âgées de 50-75 ans, la pratique de la mammographie (au cours de la vie) augmente avec le niveau de diplôme, passant de 82,9% chez les femmes n'ayant aucun diplôme à 95,2% chez celles ayant obtenu un diplôme de niveau supérieur au bac (fig.5).

Une relation inverse est observée chez les femmes de 18-49 ans, puisque la pratique de la mammographie est plus élevée chez celles n'ayant aucun diplôme (52,8%) que chez celles ayant obtenu un diplôme de niveau inférieur au bac (45,3%) ou celles qui ont obtenu un diplôme supérieur au bac (34,6%).

Ce constat - très surprenant - nécessiterait des investigations complémentaires.

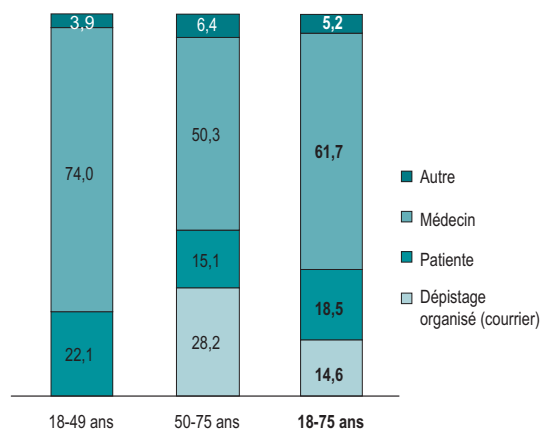
fig.3 Pratique déclarée de la mammographie au cours de la vie, selon l'âge, en 2005 (en %)



Lecture : Parmi les Franciliennes âgées de 18 à 49 ans, 38,5% déclarent «avoir déjà passé une mammographie (radiographie des seins)».

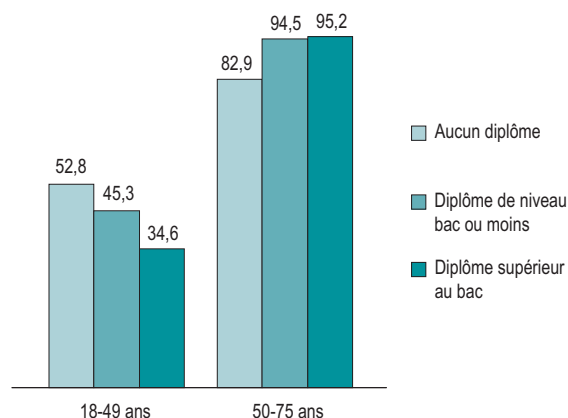
Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

fig.4 Motif déclaré de réalisation de la dernière mammographie, selon l'âge, en Ile-de-France, en 2005 (en%)



Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

fig.5 Pratique déclarée de la mammographie au cours de la vie, selon l'âge et le niveau de diplôme, en Ile-de-France, en 2005 (en %)



Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

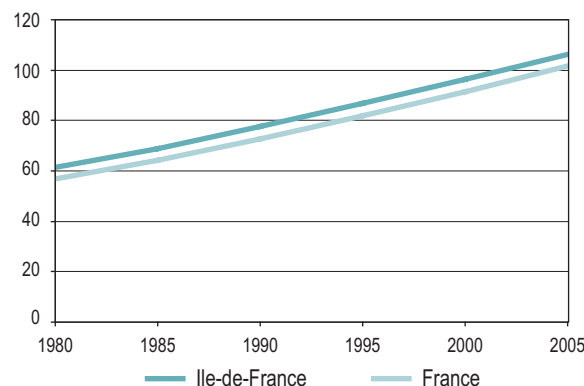
Incidence du cancer du sein en Ile-de-France

Une incidence estimée légèrement plus élevée en Ile-de-France qu'en France

Le réseau Francim des registres de cancer a estimé à 8 759 le nombre de nouveaux cas de cancers du sein «infiltrants» dans la région en 2005, dont 5 114 (58,4%) chez des femmes âgées de 50 à 74 ans (tab.1). Le taux standardisé (population mondiale) de l'incidence estimée du cancer du sein, en 2005, est de 106,1 cas pour 100 000 femmes en Ile-de-France, soit légèrement plus élevé que la moyenne nationale (101,5 cas pour 100 000).

En Ile-de-France comme en France, ces taux progressent de plus de 2% par an depuis le début des années 1980 (tab.2, fig.6).

fig.6 Evolution du taux standardisé d'incidence estimée du cancer du sein entre 1980 et 2005 (taux pour 100 000 femmes)



Source : Francim (standardisation sur la population mondiale).

tab.1 Nouveaux cas de cancer du sein estimés selon l'âge en Ile-de-France en 2005

Age des femmes	Nombre de cas	%
Moins de 50 ans	2 129	24,3
50-74 ans	5 114	58,4
75 ans ou plus	1 516	17,3
Tous âges	8 759	100,0

Source : Francim.

tab.2 Incidence estimée du cancer du sein en 1980, 1990, 2000 et 2005

	Taux standardisé*				Taux annuel d'évolution**	
	1980	1990	2000	2005	1990-2000	2000-2005
Ile-de-France	61,4	77,7	96,4	106,1	2,2%	1,9%
France	56,8	72,8	91,5	101,5	2,3%	2,1%

*Taux pour 100 000 femmes, standardisation sur la population mondiale.

**Taux annuel moyen d'évolution du taux standardisé.

Source : Francim.

Un taux d'incidence médico-sociale du cancer du sein comparable en Ile-de-France et en France

En 2006, les trois principaux régimes d'assurance maladie ont admis 9 653 Franciliennes en affection de longue durée pour cancer du sein. Parmi celles-ci, 5 666, soit 58,7%, étaient âgées de 50 à 74 ans (tab.3). Le taux d'incidence médico-sociale standardisé sur l'âge est de 178,2 nouveaux cas pour 100 000 femmes en Ile-de-France en 2006, proche du taux national (182 cas pour 100 000).

tab.3 Admissions en ALD pour cancer du sein selon l'âge en Ile-de-France en 2006

Age des femmes	Nombre d'ALD	%
Moins de 50 ans	2 482	25,7
50-74 ans	5 666	58,7
75 ans ou plus	1 504	15,6
Tous âges	9 653	100,0

Sources : Régime général, RSI, MSA. Exploitation Urcam Ile-de-France, 2007.

Comparaison des sources de données d'incidence

Le cancer est une pathologie grave, qui affecte un nombre important de personnes en France, mais pour laquelle il n'existe pas de système d'enregistrement homogène des cas sur l'ensemble du territoire.

Les estimations du réseau Francim et les admissions en ALD par les trois principaux régimes d'assurance maladie (voir les définitions et limites en annexe) fournissent une évaluation du poids des cancers du sein en Ile-de-France, mais pas le nombre exact de Franciliennes atteintes par cette maladie. Les estimations du réseau Francim portent sur les seuls cancers du sein «infiltrants», alors que les admissions en ALD concernent tous les cancers du sein «nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse». Les premières portent sur l'année 2005, tandis que les secondes portent sur l'année 2006.

Concernant les taux standardisés, les différences tiennent essentiellement à la structure des populations de référence, plus jeunes dans le cas des estimations Francim (population mondiale OMS) que dans le cas des inscriptions en ALD (population 2005 de France métropolitaine corrigée des régimes d'assurance maladie pour lesquels les informations sur les ALD ne sont pas disponibles).

Mortalité par cancer du sein en Ile-de-France

Surmortalité par cancer du sein chez les Franciliennes

En 2006, le nombre de Franciliennes décédées d'un cancer du sein est de 1 890. Parmi celles-ci, 250 (13%) étaient âgées de moins de 50 ans et 920 (49%) étaient âgées de 55 à 74 ans (tab.4).

Depuis vingt-cinq ans, le niveau de mortalité par cancer du sein a peu varié en France (le taux standardisé demeure compris entre 28 et 32 décès pour 100 000 femmes du début des années 1980 jusqu'à 2006). Pendant cette période, le taux francilien est constamment supérieur (de plus de 10% certaines années) au taux national.

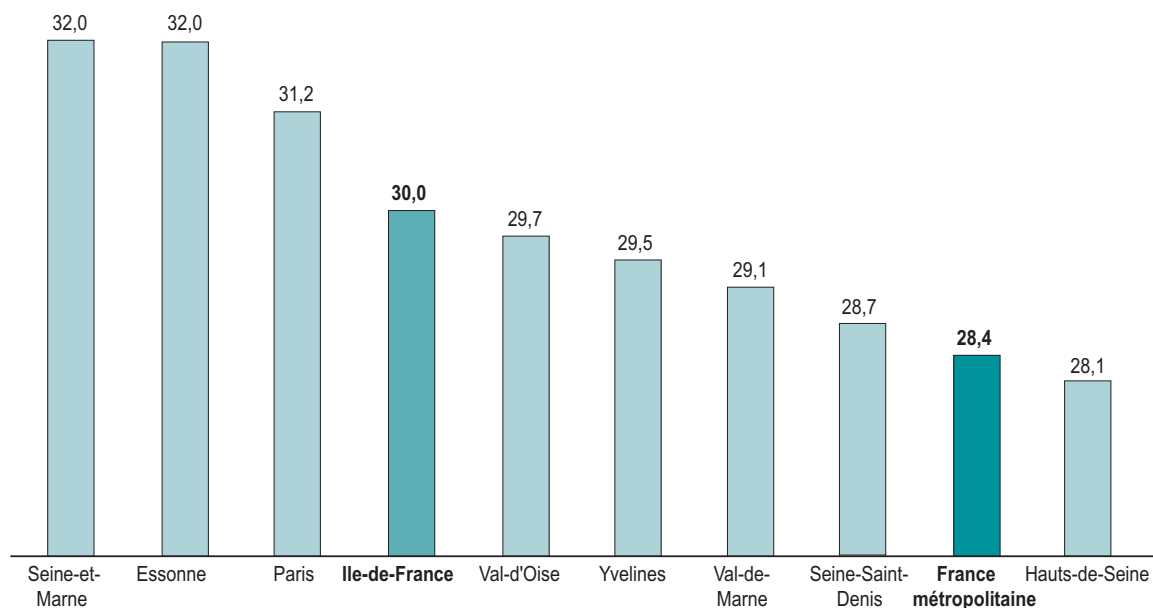
Mais la baisse observée au niveau national depuis le milieu des années 1990 est encore plus prononcée dans la région, si bien que l'écart de mortalité tend à se réduire (fig.7). En 2005-2007, le taux standardisé de mortalité par cancer du sein est de 30 décès pour 100 000 femmes en Ile-de-France contre 28,4 en France, soit une surmortalité de 5,6% chez les Franciliennes (tab.5).

De fortes disparités départementales au sein de la région

La surmortalité par cancer du sein des Franciliennes est inégalement répartie dans la région : en 2005-2007, les taux de mortalité les plus élevés sont observés en Seine-et-Marne, dans l'Essonne et à Paris. Les taux sont supérieurs à celui de la France dans l'ensemble des départements franciliens, sauf dans les Hauts-de-Seine (fig.8).

Il faut noter que la baisse sensible de la mortalité par cancer du sein depuis le début des années 2000 s'accompagne d'une modification de la géographie de ce cancer dans la région : les départements les plus urbanisés du centre de la région (sauf Paris) ne sont plus ceux où l'on observe les niveaux de mortalité les plus élevés.

fig.8 Taux standardisés de mortalité par cancer du sein dans les départements d'Ile-de-France en 2005-2007



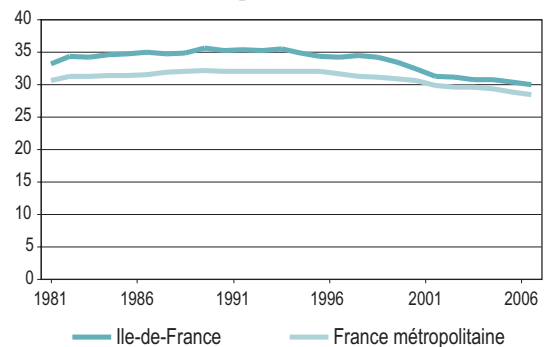
Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

tab.4 Décès féminins par cancer du sein en 2006, selon l'âge, en Ile-de-France

Age des femmes	Nombre de décès	%
Moins de 50 ans	250	13,2
50-74 ans	920	48,7
75 ans ou plus	720	38,1
Tous âges	1 890	100,0

Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

fig.7 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer du sein entre 1981 et 2006* (nombre de décès pour 100 000 femmes)



*Taux lissés sur trois ans (le taux 2006 correspond aux années 2005-2007) exprimés pour 100 000 femmes. Standardisation sur la population française (RP 1990). Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitations Fnors et ORS Ile-de-France.

tab.5 Mortalité par cancer du sein en 1981, 1992 et 2006

	Taux standardisé			Taux annuel d'évolution	
	1981	1992	2006	1981-1992	1992-2006
Ile-de-France	33,2	35,3	30,0	0,6%	-1,2%
France métropolitaine	30,6	32,0	28,4	0,4%	-0,8%

Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitations Fnors (taux lissés sur trois ans, standardisation sur la population française du RP 1990) et ORS.

Références citées

- ¹ BELOT A., VELTEN M., GROSCLAUDE J. et al. *Evolution nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005*. Institut de veille sanitaire, 2008.
- ² Cancer - Pronostics à long terme. *Expertise collective*, Inserm, 2005.
- ³ DUPORT N., ANCELLE-PARK R., BOUSSAC-ZAREBSKA M., UHRY Z., BLOCH J. *Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein*. Institut de veille sanitaire, 2007.
- ⁴ GORZA M., SALINES E., BLOCH J. *Dépistage organisé du cancer du sein - Evaluation épidémiologique - Données 2005*. Institut de veille sanitaire, 2009.

Repères bibliographiques

COLONNA M., REMONTET L., GROSCLAUDE P. *Estimation de l'incidence des cancers en Ile-de-France (1980-2003)*. Réseau Francim.

SANNINO N. *Tableau de bord du dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France*. Drassif/Efect, octobre 2007.

SANNINO N., ACREMONT M.-F. (d'), L'HELGOUALC'H M.-C., CHERASSE D., DESCHASEAUX C., ETIENNE L. Améliorer le pilotage du dépistage du cancer du sein, l'expérience de l'Ile-de-France. In *ADSP*, 2006, n°55.

1.2 Promouvoir le dépistage du cancer du col de l'utérus

Contexte

Les cancers de l'utérus regroupent deux localisations principales, le col et le corps, qui sont deux maladies bien distinctes. Le cancer du col de l'utérus est un cancer de la femme jeune : l'âge médian lors du diagnostic est de 51 ans en France. Il est prouvé qu'il est lié à une maladie infectieuse à évolution lente contractée par contact sexuel, souvent lors des premiers rapports. Les papillomavirus humains (HPV) constituent en effet le principal facteur de risque de ce cancer. Tous les cancers du col de l'utérus sont enregistrés par les registres de cancer, mais seuls les cancers «invasifs» sont comptabilisés pour le calcul de l'incidence. Le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du col de l'utérus estimé par le réseau français des registres de cancer (Francim) est de 3 068 en 2005 (dixième cancer chez la femme). Le taux d'incidence, standardisé sur la population mondiale, est en baisse sensible entre 1980 et 2005, passant de 14,9 à 7,1 cas pour 100 000 femmes¹. Les statistiques de mortalité ne permettent pas toujours de distinguer les deux localisations utérines (col et corps) en raison d'une proportion importante (environ 50%) de localisations non précisées. En procédant à une répartition de ceux-ci, le nombre de décès par cancer du col de l'utérus a pu être estimé à 1 067 en 2005 en France, soit un taux standardisé sur la population européenne de 2,6 décès pour 100 000 femmes. Celui-ci a été divisé par plus de deux en vingt ans¹.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin est un moyen efficace de réduire la morbidité due à ce cancer. En France, le Plan cancer prévoit de «favoriser le dépistage individuel du cancer du col utérin avec l'objectif que 80% des femmes entre 25 et 69 ans en bénéficient»² et préconise un frottis tous les trois ans après deux frottis négatifs réalisés à un an d'intervalle. En l'absence de dépistage organisé (seuls l'Alsace, le Doubs, l'Isère et la Martinique l'ont mis en place), le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus est une pratique bien développée en France : près de 5,4 millions de frottis ont été remboursés par l'Assurance maladie en 2005, correspondant à un taux d'activité de 81 actes pour 100 femmes de 20 à 69 ans si celles-ci ne faisaient qu'un frottis tous les trois ans. En réalité, certaines femmes réalisent cet acte avec un intervalle inférieur ou égal à deux ans et d'autres avec un intervalle de plus de trois ans. L'estimation du taux de couverture (nombre de femmes ayant réalisé un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années)³, réalisée à partir de l'échantillon permanent interrégime des bénéficiaires (Epib) de la CnamTS n'est que de 58,7% pour la période 2003-2005 chez les femmes de 25 à 65 ans.

Des vaccins sont aujourd'hui disponibles, mais ils ne sont efficaces que contre 70% des virus responsables des cancers du col de l'utérus. C'est pourquoi, dans leur avis du 9 mars 2007, le Comité technique des vaccinations et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France recommandent vivement, d'une part, «d'organiser le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par frottis cervico-utérin sur l'ensemble du territoire, la vaccination contre certains papillomavirus ne pouvant s'y substituer», et d'autre part, de développer des actions d'information et de formation «en direction des professionnels de santé sur la complémentarité de la vaccination et du dépistage ainsi que sur la façon d'aborder le thème de la sexualité avec les jeunes patientes»⁴.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Le réseau Francim a estimé à 565 le nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus en Ile-de-France en 2005. Chaque année, près de 200 Franciliennes décèdent de ce cancer.
- > L'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité due à ce cancer sont en baisse depuis vingt ans.
- > 72% des Franciliennes âgées de 25 à 69 ans déclarent avoir effectué un frottis au cours des deux dernières années.

Pratique du frottis vaginal

93% des Franciliennes de 25-69 ans déclarent avoir déjà réalisé un frottis.

Après deux frottis négatifs, un frottis cervico-utérin est recommandé tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 69 ans.

En France comme en Ile-de-France, la pratique du frottis est de 93% chez les femmes âgées de 25-69 ans et le dernier frottis date de moins de deux ans pour 72% d'entre elles (65% pour les Françaises de 25-65 ans).

Une grande majorité des Franciliennes âgées de 18 à 75 ans (85,6%) déclarent avoir déjà réalisé un frottis au cours de leur vie (fig.1). Cette proportion est très légèrement inférieure à celle observée en France (87,9%), mais ceci peut s'expliquer par une forte proportion de femmes âgées de moins de 25 ans en Ile-de-France, or la pratique du frottis est relativement basse dans cette classe d'âge, notamment dans la région (53,2%).

Les femmes qui n'ont jamais eu de frottis au cours de leur vie sont relativement nombreuses (14% des Franciliennes et 12% des Françaises de 18-75 ans). Dans l'échantillon national du Baromètre santé 2005, les raisons invoquées par ces femmes sont qu'elles n'en n'ont pas besoin (53,1%), qu'elles sont trop jeunes (17,1% pour l'ensemble de la population et 24,1% parmi les 18-29 ans), ou encore qu'elles n'ont pas pris le temps d'effectuer cet examen (12,8% et jusqu'à 19,8% chez les 40-49 ans).

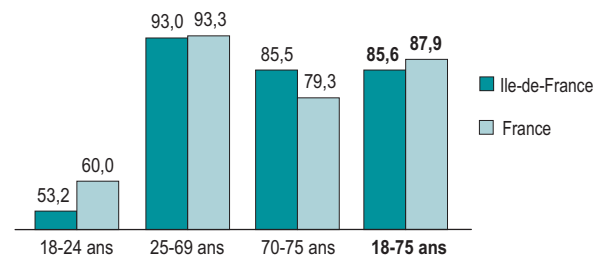
Un médecin est à l'origine de l'examen dans la majorité des cas.

Dans la grande majorité des cas (79,8%), c'est un médecin qui est à l'origine du dernier frottis réalisé. Dans 16,9% des cas, c'est la femme elle-même qui en a fait la demande. La proportion de frottis réalisés à la demande du médecin est d'autant plus élevée que les femmes sont jeunes (jusqu'à 86,1% chez les 18-24 ans contre 69,1% chez celles de 70-75 ans). (fig.2)

La pratique du frottis varie selon le niveau de diplôme.

Parmi les Franciliennes âgées de 50 à 75 ans, la pratique du frottis (au cours de la vie) augmente avec le niveau de diplôme, passant de 79,7% chez les femmes n'ayant aucun diplôme à 94,5% chez celles ayant obtenu un diplôme de niveau supérieur au bac (fig.3). Cette relation n'est pas observée chez les femmes de 18-49 ans.

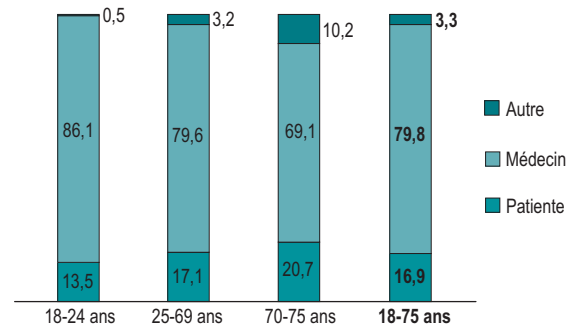
fig.1 Pratique déclarée d'un frottis au cours de la vie selon l'âge, en 2005 (en %)



Lecture : Parmi les Franciliennes âgées de 18 à 24 ans, 53,2% déclarent «avoir déjà fait un frottis du col de l'utérus (vaginal)».

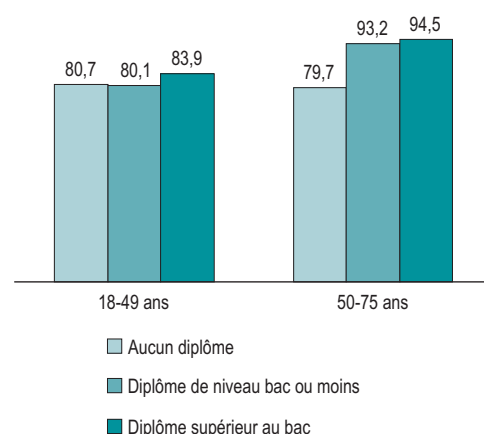
Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

fig.2 Motif déclaré de réalisation du dernier frottis selon l'âge, en Ile-de-France, en 2005 (en %)



Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

fig.3 Pratique déclarée du frottis au cours de la vie selon l'âge et le niveau de diplôme, en Ile-de-France, en 2005 (en %)



Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Incidence du cancer du col de l'utérus en Ile-de-France

Une incidence estimée comparable en Ile-de-France et en France

Le réseau Francim des registres de cancer a estimé à 565 le nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus dans la région en 2005, dont 475 (84,1%) chez des femmes âgées de 25 à 69 ans (tab.1).

Le taux standardisé (population mondiale) de l'incidence estimée du cancer du col de l'utérus, en 2005, est de 7,2 cas pour 100 000 femmes en Ile-de-France, comparable à celui de la France (7,1 cas pour 100 000).

L'incidence du cancer du col de l'utérus est en forte baisse depuis vingt ans, aussi bien en Ile-de-France qu'en France (fig.4). La baisse est toutefois un peu plus marquée pendant la décennie 1980-1990 (-3,8% par an) que pendant les périodes 1990-2000 (-2,5% par an) et 2000-2005 (-1,8% par an) (tab. 2).

tab.1 Nouveaux cas de cancer du col de l'utérus estimés selon l'âge, en Ile-de-France en 2005

Age des femmes	Nombre de cas	%
Moins de 25 ans	3	0,5
25-69 ans	475	84,1
70 ans ou plus	87	15,4
Tous âges	565	100,0

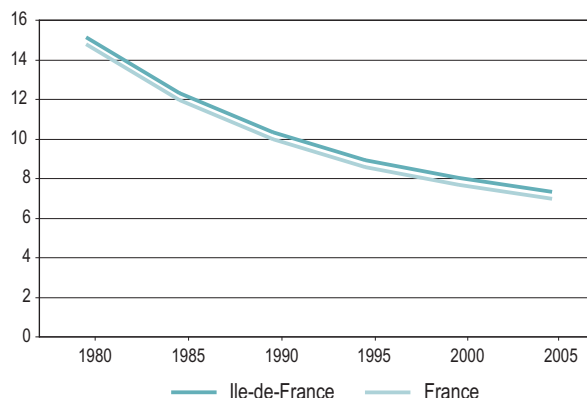
Source : Francim.

Près d'une Francilienne sur quatre admise en ALD pour cancer du col de l'utérus est âgée de 70 ans ou plus.

En 2006, les trois principaux régimes d'assurance maladie ont admis 523 Franciliennes en affection de longue durée pour cancer du col de l'utérus (tab.3). Parmi celles-ci, 398, soit 76,1%, étaient âgées de 25 à 69 ans et 123, soit 23,5%, étaient âgées de 70 ans ou plus.

Le taux d'incidence médico-sociale standardisé sur l'âge est de 9,7 nouveaux cas pour 100 000 femmes en Ile-de-France en 2000, soit légèrement inférieur au taux national (10,4 cas pour 100 000).

fig.4 Evolution du taux standardisé d'incidence estimée du cancer du col de l'utérus entre 1980 et 2005 (taux pour 100 000 femmes)



Source : Francim (standardisation sur la population mondiale).

tab.2 Incidence estimée du cancer du col de l'utérus en 1980, 1990, 2000 et 2005

	Taux standardisé*				Taux annuel d'évolution**	
	1980	1990	2000	2005	1990-2000	2000-2005
Ile-de-France	15,0	10,2	7,9	7,2	-2,5%	-1,8%
France	14,9	10,1	7,8	7,1	-2,6%	-1,9%

*Taux pour 100 000 femmes, standardisation sur la population mondiale.

**Taux annuel moyen d'évolution du taux standardisé.

Source : Francim.

tab.3 Admissions en ALD pour cancer du col de l'utérus selon l'âge, en Ile-de-France en 2006

Age des femmes	Nombre d'ALD	%
Moins de 25 ans	2	0,4
25-69 ans	398	76,1
70 ans ou plus	123	23,5
Tous âges	523	100,0

Sources : Régime général, RSI, MSA. Exploitation Urcam Ile-de-France, 2007.

Comparaison des sources de données d'incidence

Le cancer est une pathologie grave, qui affecte un nombre important de personnes en France mais pour laquelle il n'existe pas de système d'enregistrement homogène des cas sur l'ensemble du territoire.

Les estimations du réseau Francim et les admissions en ALD par les trois principaux régimes d'assurance maladie (voir les définitions et limites en annexe) fournissent une évaluation du poids des cancers du col de l'utérus en Ile-de-France, mais pas le nombre exact de Franciliennes atteintes par cette maladie. Les estimations du réseau Francim portent sur les seuls cancers «invasifs», alors que les admissions en ALD concernent tous les cancers du col de l'utérus «nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse». Les premières portent sur l'année 2005, tandis que les secondes portent sur l'année 2006. Or entre ces deux années, l'incidence du cancer du col de l'utérus a probablement continué de baisser.

Concernant les taux standardisés, les différences tiennent essentiellement à la structure des populations de référence, plus jeunes dans le cas des estimations Francim (population mondiale OMS) que dans le cas des inscriptions en ALD (population 2005 de France métropolitaine corrigée des régimes d'assurance maladie pour lesquels les informations sur les ALD ne sont pas disponibles).

Mortalité par cancer du col de l'utérus en Ile-de-France

La localisation exacte n'est précisée que pour la moitié des décès par cancer utérin.

Les statistiques des causes médicales de décès ne permettent pas de connaître le nombre exact de décès par cancer du col de l'utérus car, sur de nombreux certificats de décès, la localisation utérine exacte n'est pas mentionnée. Ainsi en 2006, le nombre de Franciliennes décédées d'un cancer de l'utérus est de 435. La localisation «col de l'utérus» est précisée sur 117 certificats et la localisation «corps de l'utérus» sur 98. Mais 220 certificats (soit près de la moitié), ne mentionnent pas la localisation exacte (tab.4). Par conséquent, le nombre de 117 décès par cancer du col de l'utérus est très sous-estimé. Selon des travaux menés par les registres des cancers au niveau national, les décès par cancer du col de l'utérus représenteraient environ 40% des décès par cancer de l'utérus, ce qui porterait à près de 175 le nombre de Franciliennes décédées d'un cancer du col de l'utérus en 2006¹.

Compte tenu du fait que les statistiques de décès sous-estiment le nombre de décès par cancer de l'utérus, les comparaisons dans l'espace et dans le temps des taux standardisés supposent que la sous-déclaration est homogène sur le territoire national et qu'elle ne varie pas dans le temps.

Sous cette hypothèse, le niveau de mortalité par cancer du col de l'utérus apparaît, en 2004, très légèrement plus élevé en Ile-de-France (2,3 décès annuels pour 100 000) qu'en France métropolitaine (2 pour 100 000 femmes). Pour le corps et les autres parties de l'utérus, le niveau de mortalité est identique en Ile-de-France et en France (tab.5).

Depuis 1980, le niveau de mortalité par cancer de l'utérus a baissé en France et en Ile-de-France (fig.5). La baisse s'observe pour le col, mais aussi pour le corps et les autres parties de l'utérus, et elle est un peu plus marquée entre 1980 et 1992 qu'entre 1992 et 2004. Rappelons que ces taux d'évolution doivent être considérés avec prudence en raison du nombre élevé de certificats de décès ne mentionnant pas la localisation exacte des cancers utérins.

tab.4 Nombre de décès féminins par cancer de l'utérus en 2006, selon la localisation et l'âge, en Ile-de-France

	Col	Corps	Non précisé	Total
Moins de 25 ans	0	0	0	0
25-69 ans	89	35	87	211
70 ans ou plus	28	63	133	214
Tous âges	117	98	220	435

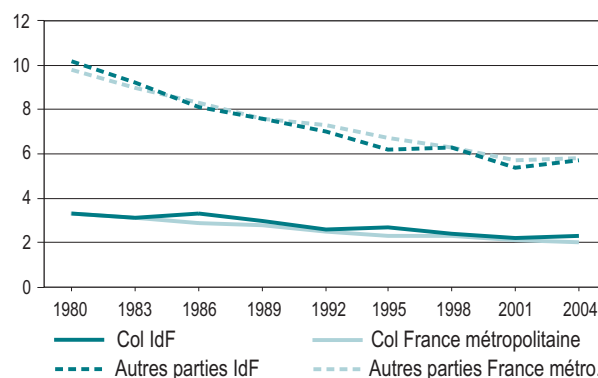
Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

tab.5 Mortalité par cancer de l'utérus (col, corps et autres parties) en 1980, 1992 et 2004

	Taux standardisé*			Taux annuel d'évolution	
	1980	1992	2004	1980-1992	1992-2004
Col utérus					
Ile-de-France	3,3	2,6	2,3	-2,0%	-1,0%
France métropolitaine	3,3	2,5	2,0	-2,3%	-1,8%
Corps et autres parties					
Ile-de-France	10,2	7	5,7	-3,1%	-1,7%
France métropolitaine	9,8	7,3	5,8	-2,4%	-1,9%

*Taux lissés sur trois ans (le taux 2004 correspond aux années 2003-2005) exprimés pour 100 000 femmes. Standardisation sur la population française (RP 1990). Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

fig.5 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer de l'utérus (col, corps et autres parties) entre 1980 et 2004 (nombre de décès pour 1 000 femmes)



Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitation ORS Ile-de-France (taux lissés sur trois ans, standardisation sur la population française du RP 1990).

Références citées

- BELOT A., VELTEN M., GROSCLAUDE J. et al. *Evolution nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005*. Institut de veille sanitaire, 2008
- La dynamique du Plan Cancer - Actions et résultats. *Rapport annuel 2004-2005*, Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2005.
- DUPORT N. *Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - Etat des connaissances*. Institut de veille sanitaire - Maladies chroniques et traumatismes, 2007.
- Avis du Comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France section des maladies transmissibles relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18. Séances du 9 mars 2007.

Repère bibliographique

GUILBERT P. (sous la direction), GAUTIER A. (sous la direction). Baromètre santé 2005, premiers résultats. *Baromètres santé*, Inpes, 2006.

Promouvoir le dépistage du cancer colorectal en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables)

Contexte

En France, le côlon-rectum est la troisième localisation cancéreuse chez l'homme, après la prostate et le poumon, et la deuxième chez la femme après le sein. Ce cancer est rare avant 50 ans mais sa fréquence augmente ensuite très rapidement avec l'âge. En 2005, le réseau Francim des registres de cancers a estimé à 37 413 le nombre de nouveaux cas, dont 53,2% chez l'homme. Les taux d'incidence de ce cancer, standardisés sur la population mondiale, sont de 37,7 nouveaux cas pour 100 000 chez l'homme et de 24,5 nouveaux cas pour 100 000 chez la femme¹. Ces taux ont connu une progression régulière jusqu'en 2000. Ils sont en baisse sur la période 2000-2005 pour les hommes. La mortalité par cancer colorectal est en constante diminution depuis les années 1980. Cette évolution dissociée de la morbidité et de la mortalité semble liée à un diagnostic plus précoce associé à une amélioration des traitements. Les taux de survie à cinq ans (deux sexes confondus) atteignent 56% pour le cancer du côlon et 57% pour le cancer du rectum en Europe². Le cancer colorectal a tout de même été responsable de 16 505 décès annuels en 2005-2007, dont 8 732 hommes et 7 773 femmes en France.

La responsabilité du mode de vie dans le développement du cancer colorectal est importante. L'effet protecteur des fruits et légumes frais et de l'activité physique est établi, de même que l'effet néfaste d'un apport calorique excessif en graisses animales. Des facteurs génétiques sont en cause dans certaines formes de cancers colorectaux mais ces cancers héréditaires représentent moins de 10% de l'ensemble et surviennent chez des sujets relativement jeunes. Le risque est également augmenté chez les personnes ayant un antécédent personnel ou familial (parent au 1^{er} degré) d'adénome ou de cancer colorectal ou chez les personnes souffrant d'une colite inflammatoire. Le cancer colorectal se développe le plus souvent à partir d'un polype adénomateux (adénome). La détection et l'exérèse des polypes adénomateux permettent de réduire le risque de cancer colorectal, qui est d'autant plus élevé que le polype est important en taille.

Le Plan de mobilisation contre le cancer (2003-2007) prévoit la généralisation à l'ensemble du territoire du dépistage organisé du cancer colorectal. Celui-ci propose aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans un dépistage basé sur un test de détection de sang non visible dans les selles (test Hémocult[®]) tous les deux ans. En cas de test positif, une coloscopie est réalisée. Ce dispositif est géré au niveau de chaque département. En Ile-de-France, le dépistage organisé a été mis en place en 2003 en Essonne, en 2006 en Seine-Saint-Denis, en 2007 à Paris, dans les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne la Seine-et-Marne et les Yvelines, et en 2008 dans le Val-d'Oise.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Chaque année, près de 5 400 Franciliens sont atteints d'un cancer colorectal et un peu plus de 2 200 en décèdent.
- > Fin 2008, le dépistage organisé du cancer colorectal est effectif dans l'ensemble des départements franciliens.
- > L'incidence du cancer colorectal et la mortalité due à ce cancer sont un peu moins élevées en Ile-de-France qu'en France chez les hommes, alors que les Franciliennes ne se distinguent pas de la moyenne nationale.

Pratique du test de recherche de sang dans les selles

Un peu moins de 30% des Franciliens âgés de 50 à 75 ans déclarent avoir déjà réalisé un test de dépistage du cancer colorectal.

En 2005, peu de départements français avaient mis en place un programme de dépistage organisé du cancer colorectal pour les personnes âgées de 50 à 75 ans (un seul en Ile-de-France). Dans ce contexte, une faible proportion de cette population déclare avoir effectué un test de dépistage du cancer colorectal (28,6% en Ile-de-France et 30,2% en France). Cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (fig.1).

En Ile-de-France, 36% des personnes de 50-75 ans déclarant avoir réalisé un test de dépistage l'ont fait au cours des deux dernières années. Or la pratique du test de recherche de sang dans les selles est efficace si elle est réalisée de façon régulière, tous les deux ans.

Un médecin à l'origine de l'examen dans la majorité des cas

En Ile-de-France, dans la majorité des cas (51,8% des hommes et 49,2% des femmes) c'est un médecin qui est à l'origine du dernier test effectué. Une proportion beaucoup plus faible (25,7% des hommes et 29,7% des femmes) aurait été sollicitée dans le cadre d'une campagne. Un pourcentage non négligeable (17% des hommes et 10% des femmes) ont pris eux-mêmes l'initiative de cet examen. Enfin, 5,4% des hommes et 11,1% des femmes ont demandé cet examen à leur médecin (fig.2).

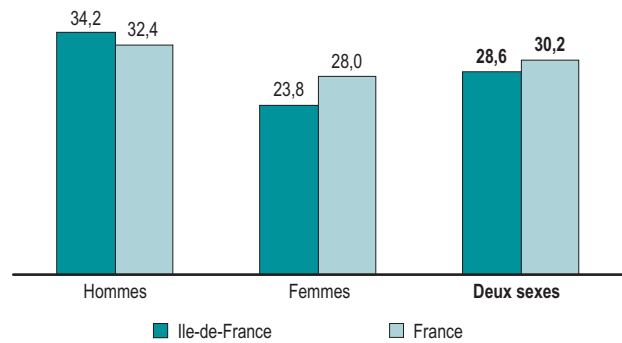
Dans un contexte de dépistage organisé mis en œuvre dans un seul département en Ile-de-France en 2005 et de répartition des réponses à la question sur les motifs de réalisation du dernier test similaire entre les départements franciliens, la proportion élevée du motif «campagne départementale» interpelle quant à sa compréhension par les personnes interrogées dans l'enquête.

La pratique du test de dépistage varie selon le niveau de diplôme.

Parmi les Franciliens âgés de 50 à 75 ans, la pratique du test de dépistage du cancer colorectal (au cours de la vie) est maximum chez les hommes ayant obtenu un diplôme de niveau supérieur au bac : 39,7%, contre un peu moins de 29% chez ceux ayant un diplôme de niveau inférieur ou équivalent au bac ou n'ayant eu aucun diplôme (fig.3).

Chez les femmes, la pratique du test de dépistage est plus faible que chez les hommes quel que soit le niveau de diplôme, mais il est particulièrement bas chez celles qui n'ont aucun diplôme (17,6%) et maximum chez celles qui ont un diplôme de niveau inférieur ou équivalent au bac (27,2%).

fig.1 Pratique déclarée du dépistage* du cancer colorectal au cours de la vie chez les 50-75 ans selon le sexe, en 2005 (en %)

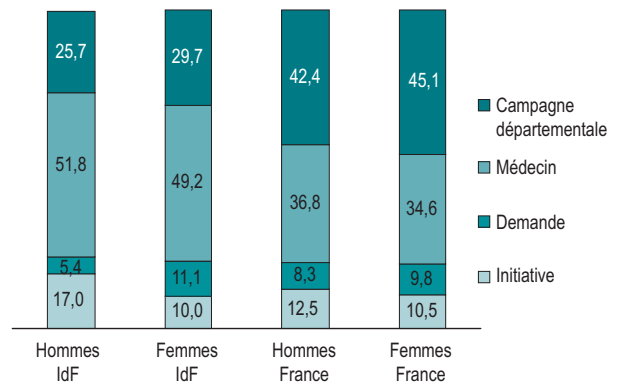


*Par recherche de sang dans les selles.

Lecture : Parmi les hommes franciliens âgés de 50 à 75 ans, 34,2% déclarent «avoir déjà passé un test recherchant du sang dans les selles tel que test Hémocult II®, Hémocheck, Hémofec...»

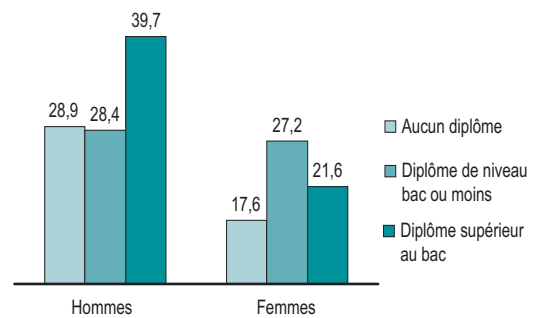
Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

fig.2 Motif déclaré de réalisation du dernier test en 2005, chez les 50-75 ans, selon le sexe (en %)



Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

fig.3 Pratique déclarée du dépistage du cancer colorectal au cours de la vie, chez les 50-75 ans, en 2005, selon le sexe et le niveau de diplôme en Ile-de-France (en %)



Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Incidence du cancer colorectal en Ile-de-France

Une incidence estimée du cancer colorectal en augmentation pour les deux sexes

Le réseau Francim des registres de cancer a estimé à 5 367 le nombre de nouveaux cas de cancers colorectaux dans la région en 2005, dont 2 716 (50,6%) chez les hommes et 2 651 chez les femmes (tab.1).

Le taux standardisé (population mondiale) de l'incidence estimée du cancer colorectal, en 2005, est légèrement plus bas en Ile-de-France qu'en France, chez les hommes (33,8 nouveaux cas pour 100 000 contre 37,7) comme chez les femmes (24 nouveaux cas pour 100 000 contre 24,5) (tab.2).

L'incidence de ce cancer a légèrement augmenté pour les deux sexes entre 1980 et 1990 et semble se stabiliser depuis (fig.4).

tab.1 Estimation du nombre de nouveaux cas de cancers colorectaux, selon le sexe et l'âge en Ile-de-France en 2005

Age	Hommes	Femmes	2 sexes
Moins de 50 ans	161	186	347
50-74 ans	1 561	1 169	2 730
75 ans ou plus	994	1 296	2 290
Tous âges	2 716	2 651	5 367

Source : Francim.

Près de 4 500 Franciliens admis en ALD pour cancer colorectal en 2006

En 2006, les trois principaux régimes d'assurance maladie ont admis 4 446 Franciliens en affection de longue durée pour cancer colorectal (tab.3). Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes mais elles sont admises en ALD pour cancer colorectal à un âge en moyenne plus élevé : 38% des femmes contre 28% des hommes admis en ALD en 2006 sont âgées de 75 ans ou plus (elles sont également un peu plus nombreuses, cependant, à être admises avant 50 ans). Chez les hommes, le taux d'incidence médico-sociale standardisé sur l'âge est légèrement plus élevé en Ile-de-France (56,6 cas pour 100 000) qu'en France (51,8), alors que c'est l'inverse chez les femmes (42,2 cas pour 100 000 en Ile-de-France et 44,3 en France).

Comparaison des sources de données d'incidence

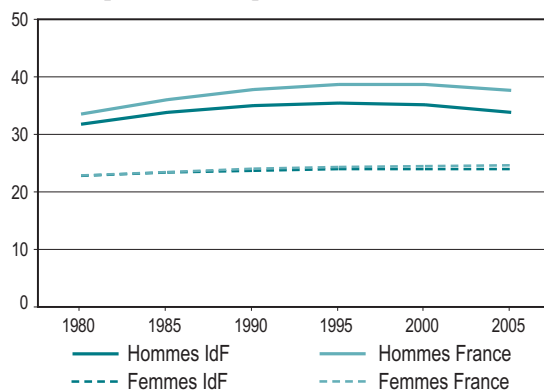
Le cancer est une pathologie grave, qui affecte un nombre important de personnes en France mais pour laquelle il n'existe pas de système d'enregistrement homogène des cas sur l'ensemble du territoire.

Les estimations du réseau Francim et les admissions en ALD par les trois principaux régimes d'assurance maladie (voir les définitions et limites en annexe) fournissent une évaluation du poids des cancers colorectaux en Ile-de-France, mais pas le nombre exact de Franciliens atteints par cette maladie.

Pour ce cancer, le nombre d'admissions en ALD est sensiblement inférieur à l'estimation Francim, probablement du fait que des patients bénéficiant déjà d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une autre affection n'entrent pas une deuxième fois dans ce dispositif. Ce motif de sous-déclaration concerne surtout les personnes âgées (polyopathologies plus fréquentes) et, de fait, c'est dans la tranche d'âge «75 ans ou plus» que la différence entre les estimations Francim et les admissions en ALD est la plus importante.

Concernant les taux standardisés, les différences tiennent essentiellement à la structure des populations de référence, plus jeunes dans le cas des estimations Francim (population mondiale OMS) que dans le cas des inscriptions en ALD (population 2005 de France métropolitaine corrigée des régimes d'assurance maladie, pour lesquels les informations sur les ALD ne sont pas disponibles).

fig.4 Evolution du taux standardisé d'incidence estimée du cancer colorectal, selon le sexe, entre 1980 et 2005 (taux pour 100 000 personnes)



Source : Francim (standardisation sur la population mondiale).

tab.2 Incidence estimée du cancer colorectal selon le sexe, en 1980, 1990, 2000 et 2005

	Taux standardisé*				Taux annuel d'évolution**	
	1980	1990	2000	2005	1990-2000	2000-2005
Hommes						
Ile-de-France	31,8	35	35,1	33,8	0,0%	-0,8%
France	33,6	37,8	38,7	37,7	0,2%	-0,5%
Femmes						
Ile-de-France	22,8	23,7	24	24	0,1%	0,0%
France	22,8	23,9	24,5	24,5	0,2%	0,1%

*Taux pour 100 000 personnes, standardisation sur la population mondiale.

**Taux annuel moyen d'évolution du taux standardisé.

Source : Francim.

tab.3 Nombre d'admissions en ALD pour cancer colorectal, selon le sexe et l'âge, en Ile-de-France en 2006

Age	Hommes	Femmes	2 sexes
Moins de 50 ans	168	210	378
50-74 ans	1 447	1 149	2 596
75 ans ou plus	623	849	1 472
Tous âges	2 238	2 208	4 446

Sources : Régime général, RSI, MSA. Exploitation Urcam Ile-de-France, 2007.

Mortalité par cancer colorectal en Ile-de-France

Légère sous-mortalité masculine par cancer colorectal en Ile-de-France

En 2006, le nombre de Franciliens décédés d'un cancer colorectal est de 2 240. Les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes (1 148 contre 1 092). De plus, ils décèdent à un âge en moyenne plus précoce (tab.4).

En Ile-de-France, les taux standardisés de mortalité par cancer colorectal sont de 27,3 décès pour 100 000 chez l'homme et de 16,6 décès pour 100 000 chez la femme en 2005-2007. Par rapport à la moyenne métropolitaine, les Franciliens et les Franciliennes sont en légère sous-mortalité par cancer colorectal (tab.5).

La baisse de la mortalité par cancer colorectal est plus marquée en Ile-de-France qu'en France métropolitaine.

En métropole, le niveau de mortalité par cancer colorectal diminue chez les hommes et chez les femmes depuis vingt-cinq ans. La baisse relativement modérée pendant la décennie 1980-1990 (surtout chez les hommes) s'est accentuée pendant la décennie suivante. En Ile-de-France, les baisses sont encore plus marquées qu'au niveau métropolitain, de sorte que les niveaux de mortalité franciliens, qui étaient supérieurs pour les deux sexes aux moyennes métropolitaines au début des années 1980, sont aujourd'hui légèrement en deçà (fig.5).

Des disparités départementales au sein de la région

La sous-mortalité francilienne par cancer colorectal recouvre des disparités au sein de la région. La Seine-et-Marne est le seul département francilien où la mortalité par cancer colorectal est légèrement plus élevée qu'au niveau national pour les hommes comme pour les femmes. Dans le Val-d'Oise et les Yvelines le taux est supérieur pour les femmes. La situation apparaît particulièrement favorable à Paris pour les hommes et les femmes et dans les Hauts-de-Seine pour les femmes (fig.6).

tab.4 Nombre de décès par cancer colorectal selon le sexe et l'âge, en Ile-de-France en 2006

Age	Hommes	Femmes	2 sexes
Moins de 50 ans	63	41	104
50-74 ans	581	353	934
75 ans ou plus	504	698	1 202
Tous âges	1 148	1 092	2 240

Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

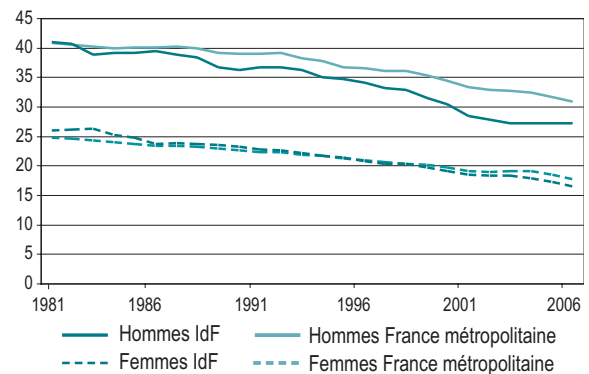
tab.5 Mortalité par cancer colorectal selon le sexe, en 1981, 1992 et 2006

	Taux standardisé*			Taux annuel d'évolution	
	1981	1992	2006	1981-1992	1992-2006
Hommes					
Ile-de-France	41,0	36,8	27,3	-1,0%	-2,1%
France métropolitaine	40,9	39,2	30,9	-0,4%	-1,7%
Femmes					
Ile-de-France	26,0	22,6	16,6	-1,3%	-2,2%
France métropolitaine	24,8	22,3	17,8	-1,0%	-1,6%

*Taux lissés sur trois ans (le taux 2006 correspond aux années 2005-2007) exprimés pour 100 000 personnes. Standardisation sur la population française (RP 1990).

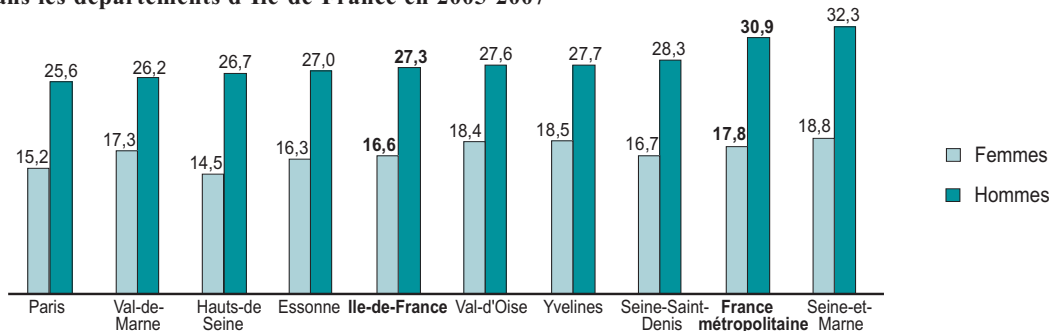
Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitations Fnors et ORS Ile-de-France.

fig.5 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer colorectal, selon le sexe entre 1981 et 2006 (nombre de décès pour 100 000 personnes)



Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitations Fnors et ORS Ile-de-France (taux lissés sur trois ans, standardisation sur la population française du RP 1990).

fig.6 Taux standardisés de mortalité par cancer colorectal, selon le sexe, dans les départements d'Ile-de-France en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

Références citées

- 1 BELOT A., VELTEN M., GROSCLAUDE J. et al. *Evolution nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005*. Institut de veille sanitaire, 2008.
- 2 Cancer - Pronostics à long terme. *Expertise collective*, Inserm, 2005.

Contexte

Un très grand nombre de pathologies sont potentiellement imputables au travail, dont plusieurs cancers (cutanés, ethmoïdes et cavités nasales, sarcomes, broncho-pulmonaires et pleuraux, vessie, hépatiques, cérébraux, mésothéliomes primitifs, angiosarcomes, leucémies...). Les facteurs de risque de ces cancers sont nombreux et de nature variée. L'enquête nationale Sumer (Surveillance médicale des risques professionnels), réalisée en 2002-2003, a permis d'estimer qu'en France environ 14% des salariés, soit plus de deux millions de personnes, sont exposés pendant leur travail à des produits cancérigènes. Cette estimation permet de donner un ordre de grandeur de la population exposée à un moment donné. Toutefois, elle ne rend pas compte de l'exposition «vie entière», réellement déterminante du risque de cancer, mais qui nécessite de cumuler les expositions sur l'ensemble de la vie professionnelle. De telles estimations sont disponibles pour les deux produits cancérigènes professionnels les plus fréquents : amiante et poussières de bois, en France, environ un quart des hommes nés entre 1930 et 1939 (actuellement retraités) ont été professionnellement exposés à l'amiante et 9% aux poussières de bois à l'occasion d'au moins un épisode de leur vie professionnelle^{1,2}.

On estime que, dans les pays industrialisés, 5% à 10% des cancers seraient d'origine professionnelle. Mais moins de 25 à 30% des cancers professionnels survenant en France sont reconnus et indemnisés en tant que tels³.

Une maladie est reconnue comme «professionnelle» par l'assurance maladie si elle est la conséquence de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce (ou a exercé) son activité. La preuve du lien entre la maladie et l'activité professionnelle étant difficile à établir, la législation de la Sécurité sociale a établi des «tableaux de maladies professionnelles»⁴ qui contiennent les conditions médicales, techniques et administratives pour qu'une maladie soit reconnue par présomption comme professionnelle. Sont également reconnues comme professionnelles les maladies qui n'entrent pas dans ces tableaux mais qui, au terme d'expertises individuelles, font l'objet d'une reconnaissance complémentaire.

A partir d'une synthèse de la littérature internationale, un récent rapport de l'InVS³ fait le point sur le nombre de cancers attribuables, dans la population masculine française, à des expositions professionnelles. Selon les hypothèses retenues dans ce rapport, entre 2 713 et 6 051 cancers bronchopulmonaires chez l'homme seraient attribuables chaque année à une exposition professionnelle (exposition à l'amiante essentiellement). De même, entre 625 et 1 110 cas de cancers de la vessie, entre 537 et 578 cas de mésothéliome de la plèvre, entre 112 et 413 leucémies et entre 60 et 102 cancers naso-sinusiens seraient attribuables à des expositions professionnelles. Or en 2006, le régime général a reconnu 811 cas de cancers bronchopulmonaires, 3 cancers de la vessie, 353 mésothéliomes, 25 leucémies et 74 cancers naso-sinusiens en tant que maladies professionnelles⁵. Ces chiffres illustrent la faible proportion des cancers reconnus, mais aussi la grande variabilité qui existe dans la reconnaissance : la sous-reconnaissance est particulièrement importante pour les cancers fréquents et à étiologie multiple (poumon, vessie), tandis qu'elle est moindre pour les cancers rares et très fortement associés à une nuisance spécifique (mésothéliome et amiante, cancers naso-sinusiens et poussières de bois par exemple).

Faits marquants en Ile-de-France

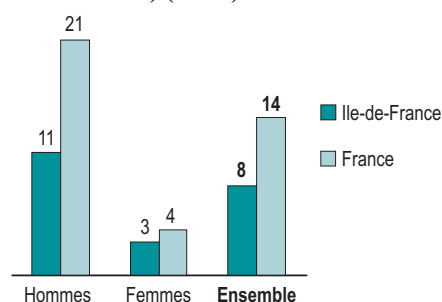
- > Selon l'enquête Sumer (2002-2003), 289 000 salariés franciliens du secteur privé auraient été exposés à au moins un produit cancérigène.
- > 234 cancers professionnels reconnus par l'assurance maladie en 2006 (régime général), dont 134 cancers du poumon.
- > Sursmortalité par cancer de la plèvre en Ile-de-France.

Exposition : l'enquête Surveillance médicale des risques professionnels (Sumer)

8% des salariés du privé exposés à au moins un agent chimique cancérigène

L'enquête Sumer 2002-2003 a permis de mesurer l'exposition des salariés du secteur privé à des agents cancérigènes. En Ile-de-France, 8% de cette population était exposée à au moins un agent chimique cancérigène (fig.1), ce qui représente 289 000 personnes. Les hommes sont plus exposés que les femmes (11% contre 3%). L'exposition globale ne varie pas selon l'âge mais diffère fortement selon les catégories socio-professionnelles : les cadres et les employés sont peu exposés (entre 1 et 3% d'entre eux), alors que les ouvriers sont beaucoup plus exposés (un ouvrier qualifié sur quatre et un ouvrier non qualifié sur six).

fig.1 Proportion de salariés du secteur privé exposés à au moins un agent chimique cancérigène (classification Circ) (en %)

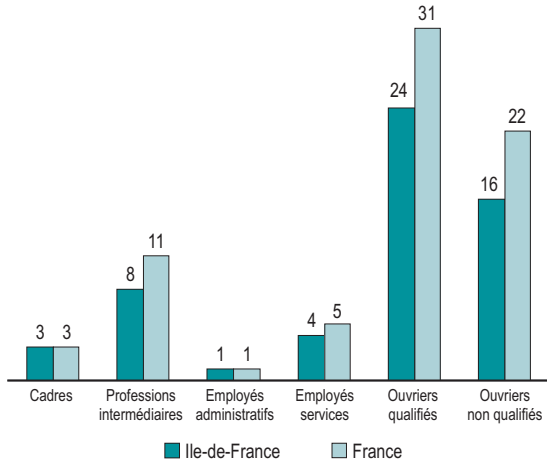


Source : DRT/Dares - Enquête Sumer 2002-2003. Exploitation DRTEFP, 2006.

Le taux d'exposition régional (8%) est moins élevé que le taux national (14%). Cette moindre exposition s'observe pour les deux sexes et pour chaque catégorie socio-professionnelle (fig.2).

Mais la différence d'exposition globale s'explique en partie par la structure de l'emploi dans la région :

fig.2 Proportion de salariés du secteur privé exposés à au moins un agent chimique cancérogène (classification Circ), selon la catégorie socio-professionnelle (en %)



Source : DRT/Dares - Enquête Sumer 2002-2003. Exploitation DRTEFP, 2006.

selon les déclarations annuelles des données sociales (DADS), la proportion de cadres et d'employés (CSP les moins exposées) est de 54% en Ile-de-France contre 42% au niveau national, et la proportion d'ouvriers (CSP la plus exposée) est de 21% dans la région contre 36% en France. La part du secteur industriel est également moins élevée en Ile-de-France (16%) qu'au niveau national (24%).

Des taux d'exposition par agent cancérogène moins élevés en Ile-de-France

Avec un taux d'exposition de 22 pour 1 000 salariés (tab.1), soit 82 000 salariés du secteur privé exposés, les gaz d'échappement diesel représentent l'agent cancérogène le plus fréquent en Ile-de-France, suivi par les huiles entières minérales (taux de 19 pour 1 000, soit 69 000 salariés exposés).

Quel que soit l'agent cancérogène considéré, le taux d'exposition dans la région est moins élevé ou sans différence significative avec celui observé au niveau national. Seule l'exposition aux cytostatiques (médicaments administrés dans le cadre d'une chimiothérapie) est plus élevée en Ile-de-France (4 pour 1 000 contre un taux national de 2 pour 1 000). Cette exposition se concentre dans trois secteurs : la fabrication de produits pharmaceutiques de base, les activités hospitalières, la recherche et le développement en sciences physiques et naturelles.

tab.1 Estimation du nombre de salariés du secteur privé exposés aux différents agents cancérogènes (classification* Circ)

Produit	Taux d'exposition pour 1000 salariés en Ile-de-France	Taux d'exposition pour 1000 salariés en France	Nombre de salariés du secteur privé exposés en Ile-de-France
Gaz d'échappement diesel	22	41	82 000
Huiles entières minérales	19	40	69 000
Poussières de bois	10	22	37 000
Trichloréthylène	8 (NS**)	9	31 000
Formaldéhyde	7 (NS)	8	28 000
Silice cristalline	7	16	25 000
Hydrocarbures aromatiques halogénés et/ou nitrés	6 (NS)	6	21 000
Amiante	5 (NS)	6	20 000
Amines aromatiques	5 (NS)	4	20 000
Cytostatiques	4	2	16 000
Nickel et dérivés	4	6	16 000
Chrome et dérivés	4	7	13 000
Goudrons de houille et dérivés	3	7	13 000
Fumées dégagées par les procédés dans la métallurgie	3	6	12 000
Acrylamide	3 (NS)	2	10 000
Perchloréthylène	3 (NS)	3	10 000
Benzène	2 (NS)	3	9 000
Fibres céramiques	2	6	9 000
Cobalt et dérivés	2	3	9 000
Epichlorhydrine	1	1	4 000
Cadmium et dérivés	1	2	4 000
Fumées de vulcanisation	1	6	4 000
Carbures métalliques frittés	1	2	4 000
Arsenic et dérivés	1	1	4 000
Résines formophénoliques	1	2	3 000
Oxyde d'éthylène	< 1	1	-
Nitrosamines	< 1	1	-
PCB et PBB	< 1	0	-

*Sur fond bleu foncé figurent les substances communes à la classification Circ et à celle de l'UE.

**NS : différence non significative entre le taux d'exposition francilien et le taux d'exposition national.

Lecture : En Ile-de-France, 82 000 salariés franciliens du secteur privé sont exposés aux gaz d'échappement diesel, soit 22 salariés pour 1000.

Source : DRT/Dares - Enquête Sumer 2002-2003. Exploitation DRTEFP, 2006.

Près de trois salariés franciliens sur dix sont exposés aux produits cancérigènes sans protection collective ; ce chiffre est légèrement inférieur au taux national (quatre salariés sur dix).

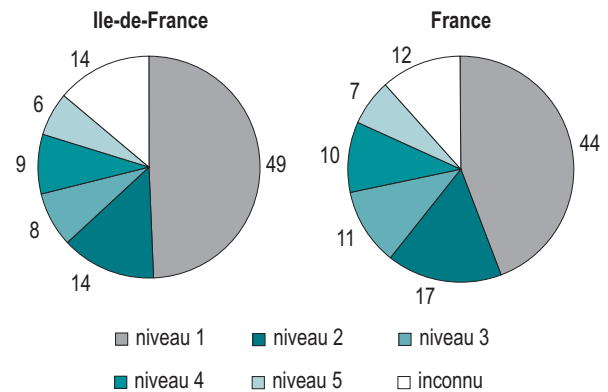
Les mesures de protection collective sont des mesures de prévention visant à protéger toute personne se trouvant à proximité d'un danger de manière régulière ou occasionnelle. Ces mesures sont généralement les suivantes : utilisation d'un système clos, mécanisation des méthodes de travail, encoffrement des procédés, captage à la source des polluants⁶.

23% des salariés exposés ont un score d'exposition très élevé.

Le score d'exposition synthétise le risque en croisant l'intensité avec la durée hebdomadaire de l'exposition tout en tenant compte des protections collectives. Le niveau 1 indique une exposition de courte durée ou maîtrisée, tandis que les niveaux 3, 4 et 5 décrivent des niveaux forts ou très forts d'exposition. En Ile-de-France, parmi les personnes exposées, 23% ont un score d'exposition de 3 à 5, et 6% sont au score maximum (égal à 5). Plus de six sur dix ont un score faible d'exposition et pour 14% des personnes

exposées, le score est inconnu (fig.3). Le sexe est déterminant : les hommes exposés sont 24% à avoir des scores de 3 à 5 contre 17% des femmes exposées. La catégorie socio-professionnelle l'est encore davantage : les cadres exposés sont 4% à avoir des scores de 3 à 5, les employés 19% et les ouvriers 33%.

fig.3 Scores d'exposition des salariés du secteur privé (classification Circ) en %



Source : DRT/Dares - Enquête Sumer 2002-2003. Exploitation DRTEFP, 2006.

Mise en œuvre du suivi post-professionnel en Ile-de-France

Le suivi post-professionnel concerne les personnes inactives (retraités ou chômeurs) qui, au cours de leur activité salariée, ont été exposées soit à un risque professionnel pouvant entraîner l'une des affections mentionnées par certains tableaux de maladies professionnelles, soit à des agents cancérigènes. Il suppose une démarche volontaire de la part des personnes ayant été exposées. Il faut donc, d'une part, que ces personnes connaissent les expositions subies tout au long de leur parcours professionnel (or l'on sait que pour l'amiante, les personnes exposées ignorent leur exposition dans 50% des cas), et d'autre part, qu'elles connaissent ce dispositif. De fait, le suivi post-professionnel est peu utilisé. Ainsi, en 2006, seulement 400 demandes de suivi ont été soumises aux Cpm de la région (tab.2), qui ont donné leur accord pour 91% des cas (365). Les hommes âgés de 50 ans ou plus sont majoritairement représentés dans ce dispositif.

tab.2 Suivi post-professionnel en Ile-de-France en 2006

	Nombre de demandes*	Nombre d'accords	% accords
Cpam Paris	39	37	94,9%
Cpam Seine-et-Marne	125	109	87,2%
Cpam Yvelines	39	39	100,0%
Cpam Essonne	16	16	100,0%
Cpam Hauts-de-Seine	25	25	100,0%
Cpam Seine-Saint-Denis	46	41	89,1%
Cpam Val-de-Marne	63	53	84,1%
Cpam Val-d'Oise	47	45	95,7%
Total	400	365	91,3%

*Il s'agit du nombre de demandes de renouvellement (tous les deux ans) et du nombre de nouvelles demandes.

Sources : Les Cpm d'Ile-de-France. Exploitation Cpm 93, 2007.

Maladies professionnelles reconnues par l'assurance maladie

Une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité. Les «tableaux de maladies professionnelles» définissent les critères médicaux, techniques et administratifs nécessaires et suffisants pour qu'une maladie soit reconnue comme professionnelle. Lorsqu'une maladie n'appartient pas à un des tableaux, elle peut cependant être reconnue comme maladie à caractère professionnel à la suite d'une expertise individuelle.

On estime qu'il y a une forte sous-reconnaissance des cancers attribuables à des facteurs professionnels, en partie parce que les temps de latence sont très longs et que la demande de reconnaissance se fait seulement à l'initiative du patient, mais aussi du fait que les cancers reconnus comme maladies professionnelles ne reflètent pas l'ensemble des cancers potentiellement imputables au travail.

Une majorité de cancers masculins

En 2006, le nombre de premières indemnités pour maladies professionnelles reconnues par le régime général est de 6 073 en Ile-de-France (tab.3), dont 234 cas de cancers professionnels (3,9% du total). Une grande majorité de ces cancers (93% des cas) concernent des hommes. La répartition est inégale sur le territoire : en effet, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne recensent respectivement 20,1% et 18,4% des cas franciliens, alors que la population active de ces départements ne représente que 12,3% et 11,2% du total régional. A l'inverse, les Hauts-de-Seine et les Yvelines, dont la population active représente respectivement 13,2% et 12,0% du total régional, recensent «seulement» 9% et 8,5% des cas de cancers reconnus par le régime général.

Ces inégalités peuvent résulter de différents niveaux d'exposition en lien avec la répartition socio-démographique de ces départements.

tab.3 Cancers reconnus comme maladies professionnelles par le régime général en Ile-de-France en 2006, selon le sexe

	Nombre de cancers professionnels reconnus			Nombre de maladies professionnelles reconnues	Part des cancers dans les maladies professionnelles reconnues	Poids départemental des cancers professionnels reconnus dans la région	Poids départemental de la population active dans la région
	Hommes	Femmes	2 sexes				
Paris	33	1	34	531	6,4	14,5	20,1
Seine-et-Marne	29	2	31	983	3,2	13,2	11,0
Yvelines	18	2	20	1 014	2,0	8,5	11,8
Essonne	17	1	18	642	2,8	7,7	10,2
Hauts-de-Seine	17	4	21	411	5,1	9,0	13,6
Seine-Saint-Denis	46	1	47	1 041	4,5	20,1	12,4
Val-de-Marne	39	4	43	605	7,1	18,4	11,2
Val-d'Oise	18	2	20	846	2,4	8,5	9,8
Ile-de-France	217	17	234	6 073	3,9	100,0	100,0

Sources : Cram, Insee - Recensement de population 2006. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

Le cancer du poumon est le principal cancer professionnel reconnu.

Treize types de cancers professionnels différents ont été reconnus en 2006. Les cancers des bronches et du poumon, avec 134 cas en Ile-de-France, sont les plus nombreux (tab.4). Ils représentent 57% de l'ensemble des cas de cancers, suivis par les mésothéliomes de la plèvre (30%), et les leucémies (4%). Les dix autres types de cancers sont peu représentés (9% des cas). L'âge des malades lors de la reconnaissance est assez élevé : 60% d'entre eux ont 65 ans ou plus au moment de la première indemnisation.

Le principal produit responsable des cancers est l'amiante : en 2005, 86% des cancers professionnels reconnus en Ile-de-France étaient dus à une exposition à l'amiante. Le deuxième est le bois, responsable de 4% des cancer professionnels reconnus en 2005.

Peu de cancers professionnels reconnus parmi l'ensemble des nouveaux cas de cancers

Le réseau Francim des registres de cancer estime à près de 50 000 le nombre de nouveaux cas de cancers en Ile-de-France en 2005.

Or, d'après l'InVS³, «5 à 10% des cancers seraient d'origine professionnelle dans les pays industrialisés», ce qui situerait, de façon très approximative, entre 2 500 et 5 000 le nombre de nouveaux cas de cancers imputables au travail dans la région.

Le nombre de 234 cancers professionnels reconnus en Ile-de-France en 2006, très inférieur à ces estimations, est une illustration de la sous-reconnaissance des cancers professionnels.

tab.4 Nombre de cancers reconnus comme maladies professionnelles par le régime général, par sexe et par type de cancer, en Ile-de-France en 2006

Type de cancer	Hommes	Femmes	Deux sexes
Leucémie à cellule non précisée	5	5	10
Lymphome non hodgkinien		1	1
Mésotéliome de la plèvre	63	7	70
Mésotéliome du péritoine	2		2
Tumeur maligne de la plèvre	4		4
Tumeur maligne de la vessie	4		4
Tumeur maligne de l'orifice urétérale	1		1
Tumeur maligne de siège non précisé	1		1
Tumeur maligne des bronches et du poumon	130	4	134
Tumeur maligne des fosses nasales	3		3
Tumeur maligne des sinus de la face	2		2
Tumeur maligne du larynx	1		1
Tumeur maligne d'un testicule	1		1
Total	217	17	234

Source : Cram. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Mortalité par cancer de la plèvre

Surmortalité par cancer de la plèvre en Ile-de-France

Le mésothéliome pleural est un type de cancer de la plèvre presque toujours causé par l'exposition aux fibres d'amiante. A cause de l'état latent du cancer, il peut n'apparaître que vingt à cinquante ans après l'exposition. Les cancers de la plèvre ont causé 142 décès en moyenne par an en Ile-de-France en 2005-2007, dont 44 décès féminins (tab.5). Les femmes représentent ainsi près d'un tiers des décès, proportion assez stable depuis vingt ans. La région présente un taux comparatif de mortalité chez les femmes de 0,7 pour 100 000 en 2006, supérieur au taux national (0,6 pour 100 000). Pour les hommes, le taux comparatif est de 2,4 pour 100 000, supérieur au taux national (2,0 pour 100 000). Au cours des vingt dernières années, on constate une évolution parallèle de la mortalité par cancer en Ile-de-France et en France pour les deux sexes : tendance à la hausse jusqu'au milieu des années 1990 puis baisse sensible (fig.4).

La surmortalité par cancer de la plèvre s'observe dans presque tous les départements franciliens.

En 2005-2007, la surmortalité francilienne par cancer de la plèvre s'observe dans la plupart des départements de la région, et notamment en Seine-Saint-Denis, en Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise. Seuls Paris et les Hauts-de-Seine (pour les hommes), et le Val-de-Marne (pour les femmes) présentent une sous-mortalité par cancer de la plèvre (fig.5).

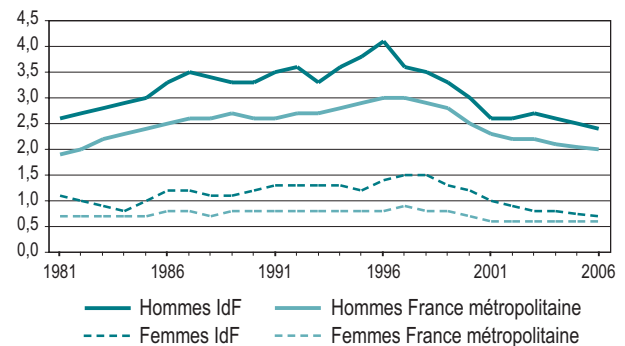
Mais les effectifs sont faibles au niveau départemental, en particulier chez les femmes, et les résultats doivent par conséquent être considérés avec prudence. Toutefois, une analyse de la mortalité par cancer de la plèvre dans les départements franciliens portant sur la période 1991-1999⁸ confirme la surmortalité observée, et ce pour l'ensemble des départements franciliens (sauf Paris chez les hommes, pour lesquels le taux de mortalité est équivalent à la moyenne nationale).

tab.5 Nombre de décès annuels par cancer de la plèvre selon le sexe, en Ile-de-France en 2005-2007

	Hommes	Femmes	2 sexes
Paris	15	10	25
Seine-et-Marne	15	4	19
Yvelines	11	6	16
Essonne	12	4	16
Hauts-de-Seine	9	6	16
Seine-Saint-Denis	13	6	19
Val-de-Marne	12	3	15
Val-d'Oise	11	4	16
Ile-de-France	98	44	142

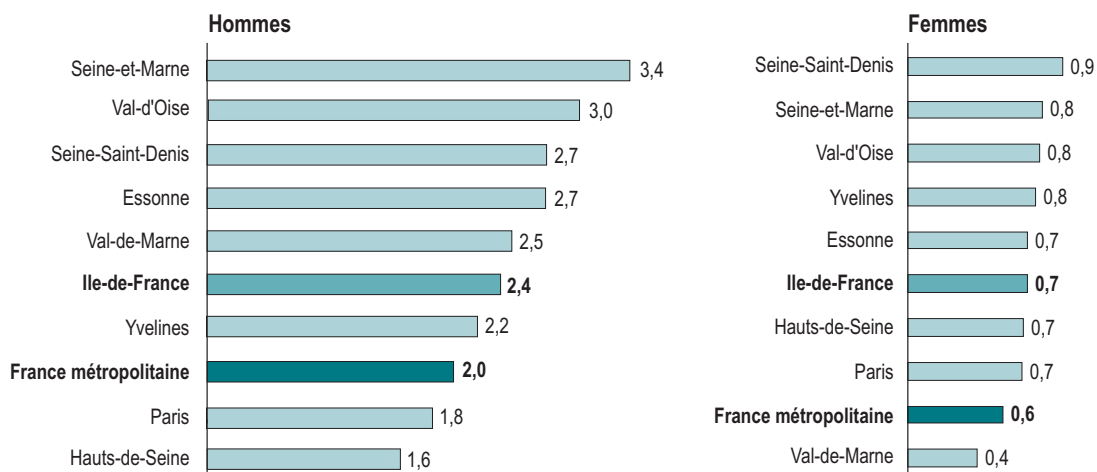
Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

fig.4 Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de la plèvre selon le sexe, entre 1981 et 2006* (nombre de décès pour 100 000 personnes)



*Taux lissés sur trois ans (le taux 2006 correspond aux années 2005-2007). Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitations Fnors et ORS Ile-de-France.

fig.5 Taux standardisés de mortalité par cancer de la plèvre selon le sexe, dans les départements d'Ile-de-France en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Références citées

- ¹ IMBERNON E., BONENFANT S., GOLDBERG M., et al. Estimation de la prévalence de l'exposition professionnelle à l'amiante des retraités récents (1994-1996) du régime général de la Sécurité sociale. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1999, n°50.
- ² CARTON M., GOLDBERG M., LUCE D. Exposition professionnelle aux poussières de bois. Effets sur la santé et valeurs limites d'exposition. In *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2002, n°50, pp.159-178.
- ³ IMBERNON E. *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*. InVS, Département Santé Travail, 2003.
- ⁴ *Les maladies professionnelles, guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole*. INRS, septembre 2007.
- ⁵ Source : Statistiques trimestrielles des maladies professionnelles constatées en 2006, total national - Dénombrement provisoire arrêté fin juin 2007.
- ⁶ STEPIEN C., SANDRET N. Les expositions aux agents cancérigènes dans le cadre du travail et les cancers professionnels en Ile-de-France. *BREF Ile-de-France*, Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'Ile-de-France, 2007, n°5, supplément.
- ⁷ PEPIN P. *Epidémiologie des cancers en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006.
- ⁸ PEPIN P., LEFRANC A., DALBARADE M., GREMY I. *Atlas de la mortalité par cancer en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2007.

Repères bibliographiques

BELOT A., VELTEN M., GROSCLAUDE J. et al. *Evolution nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005*. Institut de veille sanitaire, 2008.

CARTON M., NACHTIGAL M. *Spirale : suivi post-professionnel des travailleurs salariés. Rapport intermédiaire*. 2007. *Cancers d'origine professionnelle : comment les repérer, les déclarer, les faire reconnaître, les faire indemniser*. Ligue nationale contre le cancer.

Définitions

Deux classifications pour les produits cancérigènes : la classification de l'Union Européenne (UE) et la classification du Centre international de recherche sur le cancer (Circ). Elles ne sont que partiellement superposables. La classification du Circ donne une vision plus large des situations d'exposition à des produits cancérigènes que celle de l'UE, c'est pourquoi elle a été privilégiée pour la restitution des résultats de l'objectif 3 (principe de précaution).

Mésothéliome pleural et cancer de la plèvre

Le mésothéliome est une tumeur maligne du mésothélium qui entoure de nombreux organes : il s'appelle plèvre pour les poumons, péritoine pour les viscères digestifs, péricarde pour le cœur. Le plus fréquent est celui de la plèvre : c'est le mésothéliome pleural. Il est presque toujours secondaire à l'inhalation de poussières d'amiante. C'est un des principaux cancers professionnels reconnus comme maladies professionnelles par l'assurance maladie.

Les données de mortalité ne permettent pas de distinguer les différentes formes histologiques de cancers de la plèvre, mais la proportion de ces décès causés par des mésothéliomes pleuraux est estimée à environ 80% chez les hommes et environ la moitié chez les femmes*.

*Source : GILG SOIT ILG A., BIGNON J., VALLERON AJ. Estimation of the past and future burden of mortality from mesothelioma in France. In *Occup Environ Med*, 1998, 55 : 760-765.

Contexte

Le mélanome représente en France, comme dans la plupart des pays occidentaux, un problème important de santé publique par sa fréquence et sa létalité, notamment en cas de prise en charge tardive de la lésion initiale. Le principal facteur favorisant ce cancer est le soleil, mais les lampes à bronzer ont aussi été incriminées. L'exposition excessive aux rayonnements ultraviolets (rayons B notamment) est particulièrement néfaste pendant les premières années de vie. Le risque de ce cancer cutané est particulièrement élevé chez les personnes à peau claire, cheveux blonds ou roux et taches de rousseur. La préexistence de nævus est retrouvée dans 15 à 30% des cas. Il existe aussi des mélanomes d'origine héréditaire, qui nécessitent une surveillance étroite^{1,2}.

En France, avec 7 401 nouveaux cas estimés en 2005, dont 55,4% chez la femme, l'incidence moyenne du mélanome (standardisée sur la population mondiale) est estimée à 7,6 nouveaux cas annuels pour 100 000 hommes et à 8,8 pour 100 000 femmes¹. En 2006, 811 hommes et 736 femmes sont décédés d'un mélanome de la peau. Si le mélanome est plus fréquent chez les femmes, les hommes en meurent davantage, notamment avant 65 ans, ce qui peut être expliqué par une plus grande vigilance des femmes qui consultent plus tôt pour des lésions cutanées et bénéficient d'un diagnostic plus précoce. Une autre hypothèse serait qu'à stade égal, les cas masculins aient une évolution plus rapide et plus sévère que les cas féminins². Le mélanome de la peau est un des cancers qui a connu la plus forte progression depuis une vingtaine d'années, aussi bien en termes d'incidence que de mortalité. Le taux standardisé de l'incidence estimée a progressé en moyenne de 4,7% chez l'homme et de 3,4% chez la femme entre 1980 et 2005. Le taux standardisé de mortalité a progressé en moyenne de 2,5% par an chez l'homme et de 1,4% chez la femme entre 1980 et 2004 (avec cependant un net ralentissement de la hausse pendant la dernière décennie, notamment chez la femme). L'augmentation plus rapide de l'incidence par rapport à celle de la mortalité suggère une amélioration de la survie des patients atteints d'un mélanome, probablement attribuable à un diagnostic plus précoce conduisant à une meilleure efficacité des traitements.

Par rapport aux autres pays de l'Union européenne, la France occupe une position intermédiaire, entre les pays d'Europe du Nord qui connaissent une incidence et une mortalité élevées et les pays du sud où l'incidence et la mortalité sont plus faibles. Le traitement du mélanome est dominé par la chirurgie. A un stade très précoce, il est guéri dans la quasi-totalité des cas par simple exérèse chirurgicale. En revanche, l'efficacité des traitements au stade métastatique demeure encore faible. Selon l'étude Eurocare, la survie relative à cinq ans des patients diagnostiqués entre 1992 et 1994, tous stades confondus, est de 86,6%³.

Depuis 1998, une journée de sensibilisation et de dépistage gratuit est organisée chaque année à l'initiative du Syndicat national des dermatologues. Le Plan de mobilisation contre le cancer (2003-2007) prévoit d'améliorer les conditions de détection précoce du mélanome et de développer des campagnes d'information sur le risque d'exposition solaire des petits enfants. Dans les prochaines décennies, la raréfaction de l'ozone atmosphérique est susceptible d'augmenter les doses d'ultraviolets solaires et le risque de mélanome¹.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Le nombre de mélanomes diagnostiqués chez des Franciliens est estimé à un peu plus de 1 200 chaque année. Ils sont à l'origine de plus de 200 décès.
- > En Ile-de-France comme en France, l'incidence du mélanome et la mortalité par mélanome ont beaucoup progressé au cours des dernières décennies.

Incidence du mélanome en Ile-de-France

Le mélanome, un peu plus fréquent et précoce chez la femme que chez l'homme

Le réseau Francim des registres de cancer a estimé à 1 238 le nombre de nouveaux cas de mélanomes de la peau en Ile-de-France en 2005, dont 537 (43%) chez l'homme et 701 (57%) chez la femme (tab.1). Plus de 41% des cas sont survenus avant 50 ans chez la femme, contre 32% chez l'homme. Le mélanome est en effet un peu plus fréquent et plus précoce chez la femme que chez l'homme, situation en partie attribuable à un suivi médical plus rigoureux et donc un diagnostic plus précoce chez la femme.

tab.1 Estimation du nombre de nouveaux cas de mélanomes selon le sexe et l'âge, en Ile-de-France en 2005

Age	Hommes	Femmes	2 sexes
Moins de 50 ans	174	290	464
50-74 ans	258	289	547
75 ans ou plus	105	122	227
Tous âges	537	701	1 238

Source : Francim.

Ralentissement de la forte augmentation de l'incidence estimée du mélanome pour les deux sexes

Le taux standardisé (population mondiale) de l'incidence estimée du mélanome, en 2005, est de 7,4 nouveaux cas annuels pour 100 000 chez l'homme et de 8,7 chez la femme (tab.2). Ces taux ne sont pas significativement différents de ceux de la France (respectivement 7,6 et 8,8 nouveaux cas pour 100 000). Depuis 1980, l'incidence de ce cancer a fortement augmenté. Le taux de croissance annuel du taux standardisé de l'incidence estimée est d'environ 4,7% pour les hommes d'Ile-de-France et de France pour la période 1980-2005 et de 3,4% pour les femmes. Le taux de croissance est plus important, pour les hommes comme pour les femmes, lors de la décennie 1980-1990. Pour la période 2000-2005 la croissance est ralentie, avec des taux inférieurs à 1% (0,8% pour les hommes et 0,5% pour les femmes).

Ces taux de croissance particulièrement élevés ont conduit à un triplement du taux d'incidence de ce cancer chez l'homme (et une multiplication par 2,7 chez la femme) en vingt-cinq ans dans la région.

Selon une étude francilienne portant sur les cas de mélanomes cutanés incidents diagnostiqués chez des personnes domiciliées en Ile-de-France par les anatomopathologistes de la région réalisée selon le même protocole en 1994 et en 2004, la progression du taux d'incidence du mélanome serait de +3% par an chez les hommes et en baisse de -1,3% par an chez les femmes. Par ailleurs, l'étude montre une augmentation à la fois des mélanomes non invasifs et des mélanomes de niveau IV et V, c'est-à-dire de mauvais pronostic. L'âge médian au moment du diagnostic des mélanomes non invasifs a augmenté de plus de 10 ans pour les deux sexes entre les deux enquêtes⁴.

Près de 1 000 Franciliens admis en ALD pour mélanome malin de la peau en 2006

En 2006, les trois principaux régimes d'assurance maladie ont admis 930 Franciliens en affection de longue durée pour mélanome malin de la peau (tab.3). Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes, en particulier avant 50 ans (145 contre 98). Chez les hommes, le taux d'incidence médico-sociale standardisé sur l'âge du mélanome de la peau est comparable en Ile-de-France (9,4 cas pour 100 000) et en France (9,6) alors que pour les femmes, le taux est plus bas en Ile-de-France (9,7 cas pour 100 000) qu'en France (11,1).

tab.2 Incidence estimée du mélanome par sexe, en 1980, 1990, 2000 et 2005

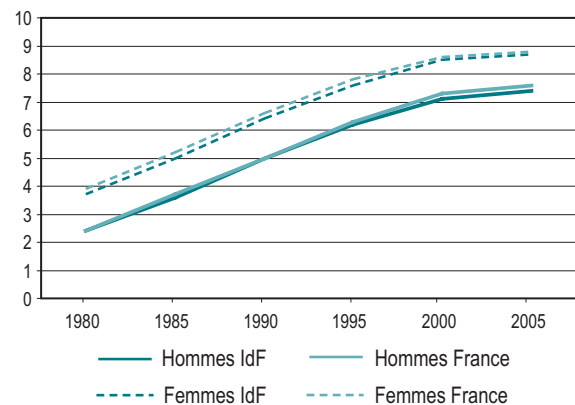
	Taux standardisé*				Taux annuel d'évolution**	
	1980	1990	2000	2005	1990-2000	2000-2005
Hommes						
Ile-de-France	2,4	5	7,1	7,4	3,6%	0,8%
France	2,4	5	7,3	7,6	3,9%	0,8%
Femmes						
Ile-de-France	3,7	6,4	8,5	8,7	2,9%	0,5%
France	3,9	6,6	8,6	8,8	2,7%	0,5%

*Taux pour 100 000 personnes, standardisation sur la population mondiale.

**Taux annuel moyen d'évolution du taux standardisé.

Source : Francim.

fig.1 Evolution du taux standardisé d'incidence estimée du mélanome selon le sexe, entre 1980 et 2005 (taux pour 100 000 personnes)



Source : Francim (standardisation sur la population mondiale).

tab.3 Nombre d'admissions en ALD* pour mélanome malin de la peau selon le sexe et l'âge, en Ile-de-France en 2006

Age	Hommes	Femmes	Deux sexes
Moins de 50 ans	98	145	243
50-74 ans	198	211	409
75 ans ou plus	114	164	278
Tous âges	410	520	930

*L'admission en ALD n'est pas systématique pour un patient atteint d'un mélanome (voir les précisions méthodologiques sur les données d'incidence).

Sources : Régime général, RSI, MSA. Exploitation Urcam Ile-de-France, 2007.

Comparaison des sources de données d'incidence

Le cancer est une pathologie grave, qui affecte un nombre important de personnes en France mais pour laquelle il n'existe pas de système d'enregistrement homogène des cas sur l'ensemble du territoire.

Les estimations du réseau Francim et les admissions en ALD par les trois principaux régimes d'assurance maladie (voir les définitions et limites en annexe) fournissent une évaluation de l'incidence des mélanomes en Ile-de-France, mais pas le nombre exact de Franciliens atteints par cette maladie. **L'inscription en ALD n'est d'ailleurs pas systématique pour ce cancer** qui, diagnostiqué à un stade précoce, est traité par un simple acte chirurgical. Cela explique que le nombre d'admissions en ALD soit sensiblement inférieur à l'estimation Francim.

Concernant les taux standardisés, les différences tiennent essentiellement à la structure des populations de référence, plus jeunes dans le cas des estimations Francim (population mondiale OMS) que dans le cas des inscriptions en ALD (population 2005 de France métropolitaine corrigée des régimes d'assurance maladie pour lesquels les informations sur les ALD ne sont pas disponibles).

Mortalité par mélanome en Ile-de-France

Plus de 200 Franciliens décèdent chaque année d'un mélanome.

En 2005-2007, le nombre annuel de Franciliens décédés d'un mélanome est de 233. Les femmes sont un peu moins nombreuses que les hommes à décéder de ce cancer (103 contre 130) (tab.4).

En Ile-de-France, les taux standardisés de mortalité par mélanome sont de 3,0 décès annuels pour 100 000 chez l'homme et de 1,7 décès pour 100 000 chez la femme en 2005-2007 (tab.5). Ces taux ne sont pas statistiquement différents de ceux observés en France métropolitaine (respectivement 2,8 et 1,8 décès annuels pour 100 000).

Après une forte progression, la mortalité par mélanome semble se stabiliser.

En Ile-de-France comme en métropole, le niveau de mortalité par mélanome a beaucoup progressé depuis vingt-cinq ans (fig.2). L'augmentation est cependant un peu plus prononcée au niveau national que dans la région pour les hommes et, surtout, beaucoup plus importante pendant la première moitié de période (1981-1992) que pendant la seconde (1992-2006). Ainsi en Ile-de-France, le taux standardisé de mortalité par mélanome des hommes a augmenté en moyenne de 3,4% par an entre 1981 et 1992, mais de 1,8% par an entre 1992 et 2006. Chez les femmes, le taux a progressé de 3,5% par an entre 1981 et 1992, mais il a peu augmenté entre 1992 et 2006 (0,4% par an) (tab.5). Après une forte progression, la croissance de la mortalité par mélanome semble ralentir.

Des disparités départementales au sein de la région peu significatives

La mortalité par mélanome présente des disparités au sein de la région, mais celles-ci doivent être considérées avec prudence en raison des faibles effectifs en présence. On peut noter, toutefois, le bas niveau de

tab.4 Nombre annuel de décès par mélanome selon le sexe et l'âge en Ile-de-France, en 2005-2007

Age	Hommes	Femmes	2 sexes
Moins de 50 ans	26	22	48
50-74 ans	58	44	102
75 ans ou plus	45	37	82
Tous âges	130	103	233

Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

tab.5 Mortalité par mélanome selon le sexe, en 1981, 1992 et 2006

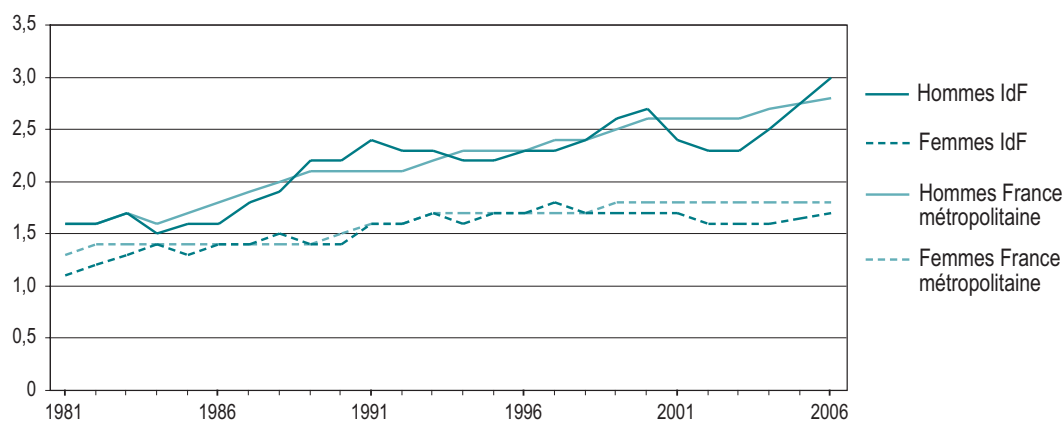
	Taux standardisé*			Taux annuel d'évolution	
	1981	1992	2006	1981-1992	1992-2006
Hommes					
Ile-de-France	1,6	2,3	3,0	3,4%	1,8%
France métropolitaine	1,6	2,1	2,8	2,5%	2,0%
Femmes					
Ile-de-France	1,1	1,6	1,7	3,5%	0,4%
France métropolitaine	1,3	1,6	1,8	1,9%	0,8%

*Taux lissés sur trois ans (le taux 2006 correspond aux années 2005-2007) exprimés pour 100 000 personnes. Standardisation sur la population française (RP 1990).

Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitations Fnors et ORS, 2009.

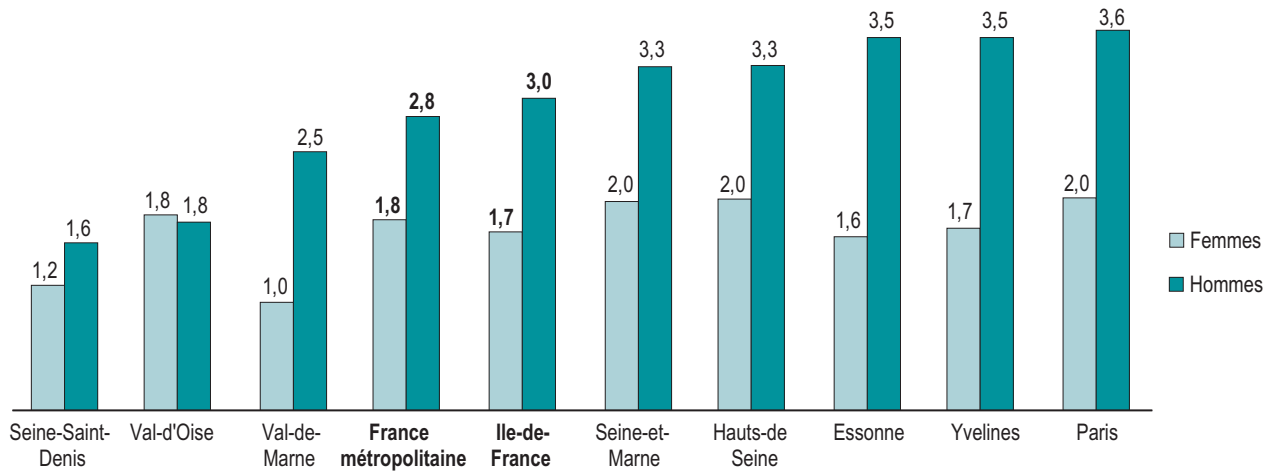
mortalité par mélanome chez les femmes dans le Val-de-Marne et chez les hommes de Seine-Saint-Denis et, au contraire, le niveau élevé de mortalité par mélanome chez les hommes à Paris (fig.3).

fig.2 Evolution du taux standardisé de mortalité par mélanome selon le sexe, entre 1981 et 2006 (nombre de décès pour 100 000 personnes)



Source : Inserm CépiDC. Exploitations Fnors et ORS Ile-de-France (taux lissés sur trois ans, standardisation sur la population française du RP 1990).

fig.3 Taux standardisés de mortalité par mélanome selon le sexe, dans les départements d'Ile-de-France en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Références citées

- ¹ BELOT A., VELTEN M., GROSCLAUDE J. et al. *Evolution nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005*. Institut de veille sanitaire, 2008.
- ² CHERIE-CHALLINE L., HALNA J. M., REMONTET L. Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention ». In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2004, n°2, pp.5-8.
- ³ Cancer - Pronostics à long terme. *Expertise collective*, Inserm, 2005.
- ⁴ SOUQUES M., BACCARD M., BARRAZZA V., HARVARD S., VERRIER A., WECHSLER J. *Prospective study of melanoma in the Ile-de-France area IRPA Europe*. 2006, 15-18 may, Paris, France (Association Petri : Prévention et épidémiologie des tumeurs en Ile-de-France).

Mettre en place une recherche action afin d'étudier la faisabilité du dépistage des cancers des voies aéro-digestives (VADS) chez les sujets à haut risque

Éléments de cadrage

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) regroupent les cancers de la cavité buccale, du pharynx et du larynx. Le tabac et l'alcool sont les principaux facteurs de risque de ces cancers, dont le risque croît avec la dose et l'ancienneté du tabagisme et de l'alcoolisme. La consommation combinée de ces deux substances démultiplie le risque. Ces cancers touchent principalement les hommes et surviennent entre 45 et 75 ans.

En France, les cancers des VADS sont un réel problème de santé publique. Avec plus de 16 000 nouveaux cas estimés en 2005 et 5 536 décès observés en 2006, la France se situe au deuxième rang mondial pour ces cancers. De plus, la mortalité prématurée par cancer des VADS y est importante par rapport à l'Europe. Chez les hommes, la survie relative à 5 ans est de 51% pour les cancers du larynx et de «seulement» 27% pour les cancers de la cavité buccale et du pharynx. Or près de 60% des cancers des VADS ne sont diagnostiqués qu'à un stade avancé de la maladie.

En Ile-de-France, 2 670 nouveaux cas de cancers des VADS ont été estimés pour l'année 2005 par le réseau français des registres des cancers (Francim), avec environ 800 décès observés en 2006 (Inserm-CépiDC). Selon la cohorte de l'étude Pétri, la survie relative à 5 ans des cancers des VADS est de 44% en Ile-de-France. Bien qu'on estime à un million pour les adultes hommes et à 0,3 million pour les adultes femmes le nombre de buveurs excessifs d'alcool, et que d'autres estimations situent entre 1,6 et 2,8 millions le nombre de fumeurs quotidiens en Ile-de-France, **il n'existe pas à l'heure actuelle de données de routine permettant d'apprécier l'effectif représenté par les sujets à haut risque de cancers des VADS en Ile-de-France.**

En terme de dépistage, à ce jour, seul un essai randomisé de dépistage organisé a démontré une diminution significative de la mortalité par cancer de ce type chez les hommes consommateurs d'alcool ou de tabac. Cependant, les résultats de cet essai sont difficilement transposables en France car celui-ci a été réalisé en Inde, où les facteurs de risque et les lésions diffèrent.

En France, un essai randomisé multicentrique de dépistage des cancers des VADS (et de l'œsophage) chez les sujets alcoolo-tabagiques est en cours depuis 2006.

En l'absence d'indicateurs produits en routine

Les études ou enquêtes à réaliser pour améliorer les connaissances et définir de nouveaux indicateurs

- > La CRS recommande l'implication des centres de santé et des centres d'addictologie franciliens dans l'essai randomisé national afin de pouvoir démontrer l'intérêt du dépistage.

Les éléments d'aide à la décision disponibles pour l'Ile-de-France

- > Ils seront définis après obtention des résultats de l'essai randomisé national.

Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer

L'effectif des personnes atteintes de cancer en Ile-de-France est difficile à évaluer. Les données d'affections de longue durée pour cancer (ALD n° 30) renseignent sur les personnes atteintes de cancer effectivement admises en ALD (44 071 en 2006, source : Urcam, 2007). Elles sont donc incomplètes.

A ce jour, il n'existe pas de données de routine permettant de rendre compte de la qualité de vie des personnes atteintes de cancer en Ile-de-France - qu'elles soient en ALD ou non.

Des travaux sont en cours au niveau national, en particulier dans le cadre du Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, dont un volet est spécifiquement consacré au développement du recueil et de l'analyse des informations dans ce domaine (cf. objectif 16).

En l'absence d'indicateurs produits en routine

Les études ou enquêtes à réaliser pour améliorer les connaissances et définir de nouveaux indicateurs

- > Des études sont à prévoir, en articulation avec les travaux nationaux en cours, dans le cadre du Programme d'études et de statistiques du PRSP.

Les éléments d'aide à la décision disponibles pour l'Ile-de-France

- > Les résultats des travaux nationaux devraient contribuer à leur développement.

Axe prioritaire

Accompagner les phases de fragilisation au cours du parcours de vie ou à la suite d'événements de santé fragilisants



- 7** **Objectif** Repérer et accompagner les femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale vers les dispositifs de suivi de grossesse adaptés, en particulier favoriser leur accès à l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse
- 8** **Objectif** Renforcer le repérage précoce du handicap et l'aide aux parents concernés
- 9** **Objectif** Renforcer le dépistage précoce des troubles de l'apprentissage du langage écrit et oral
- 10** **Objectif** Garantir le maintien d'une couverture vaccinale chez les adolescents et les jeunes adultes, ainsi que dans les groupes à risques
- 11** **Objectif** Renforcer les actions d'éducation à la sexualité, intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, contraception, chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté
- 12** **Objectif** Mieux prendre en compte la souffrance psychique
- 13** **Objectif** *Promouvoir la santé mentale pour les publics jeunes*
> Absence d'indicateurs de routine > Une étude est en cours.
- 14** **Objectif** Développer l'évaluation globale du vieillissement (en y intégrant une dimension de prévention primaire et secondaire), et l'étendre aux populations vulnérables vieillissantes
- 15** **Objectif** Développer les bilans médico-psycho-sociaux pour les personnes atteintes de polyopathologies chroniques avec un retentissement fonctionnel (en particulier les personnes atteintes de détérioration intellectuelle et les personnes du grand âge) et s'assurer de leur suivi
- 16** **Objectif** Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, notamment celles atteintes de cancer, maladie d'Alzheimer, maladies rares et affections apparentées
- 17** **Objectif** Améliorer et valoriser l'action des aidants naturels et développer des dispositifs de soutien qui leur soient spécifiques

Objectif

7

Repérer et accompagner les femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale vers les dispositifs de suivi de grossesse adaptés, en particulier favoriser leur accès à l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse

Contexte

Les politiques mises en place depuis 1971, les progrès techniques de l'obstétrique et de la médecine périnatale, ainsi que les mesures renforcées de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement ont permis des progrès notables de la situation périnatale en France. Toutefois, face à l'évolution scientifique et sociologique permanente, il s'avère, en particulier en Ile-de-France, indispensable de poursuivre en s'adaptant à ces modifications.

Le plan Périnatalité 2005-2007, tout en complétant les mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, propose un changement vers une plus grande prise en compte des attentes des parents avec «une offre plus humaine et plus proche»¹. Les principaux enjeux de ce plan ont été développés dans la circulaire du 4 juillet 2005, dite «circulaire Molénat»². La démarche doit s'articuler autour de trois axes : la mise en place d'un entretien individuel du 4^{ème} mois, la prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance, et le développement des réseaux en périnatalité.

L'entretien du 4^{ème} mois de grossesse devrait permettre à la future mère d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance, et au professionnel de dépister toute forme d'insécurité pouvant entraîner des complications sur la grossesse ou sur la constitution du lien mère-enfant. Il est plus particulièrement indispensable chez les femmes en situation de vulnérabilité, groupe à risque justifiant une amélioration de la prise en charge de leur grossesse.

Faits marquants en Ile-de-France

- > L'Ile-de-France : une région féconde... mais des femmes enceintes un peu moins bien suivies et des indicateurs de mortalité périnatale moins favorables qu'en France métropolitaine.
- > Des réseaux prénatals en plein essor, qui contribuent à structurer la mise en place de l'entretien du 4^{ème} mois.
- > Un système d'information régional en développement basé sur deux sources d'informations complémentaires : les premiers certificats de santé et les données du PMSI.
- > Une faiblesse des informations disponibles en routine pour quantifier les femmes enceintes à risque.
- > Plus d'une femme enceinte séropositive sur cinq a découvert sa séropositivité pendant la grossesse.

Données de cadrage

Un peu plus d'une naissance métropolitaine sur cinq est francilienne

L'Ile-de-France fait partie des régions françaises où les femmes font le plus d'enfants (indice conjoncturel de fécondité à 2,00 pour la région et à 1,92 pour la France métropolitaine en 2006)³.

En 2006, 182 758 naissances vivantes ont eu lieu en Ile-de-France, soit près de 23% des naissances vivantes de France métropolitaine (tab.1).

Une mortalité autour de la naissance inégalement répartie sur le territoire francilien

En 2006, en Ile-de-France, 1 888 enfants sont nés sans vie et 484 sont décédés dans les premiers 28 jours de vie, plaçant la région au-dessus des résultats métropolitains pour les indicateurs de mortalité autour de la naissance³. Au sein de la région, ces indicateurs sont plus défavorables en Seine-Saint-Denis et à Paris (sauf pour la mortalité néonatale).

tab.1 Naissances vivantes et mortalité autour de la naissance en Ile-de-France et en France métropolitaine en 2006

	Nés vivants	Enfants sans vie (mort-nés)	Décédés de moins de 7 jours	Décédés de moins de 28 jours	Taux de mortalité* natalité*	Taux de mortalité périnatale*	Taux de mortalité néonatale**
Paris	31 748	403	56	82	12,5	14,3	2,6
Seine-et-Marne	18 986	166	35	55	8,7	10,5	2,9
Yvelines	20 438	159	32	50	7,7	9,3	2,4
Essonne	19 015	164	32	47	8,9	10,6	2,6
Hauts-de-Seine	25 426	230	27	51	9,0	10,0	2,0
Seine-Saint-Denis	27 916	362	58	95	12,8	14,9	3,4
Val-de-Marne	20 948	216	32	51	10,2	11,7	2,4
Val d'Oise	18 281	188	35	53	9,8	11,6	2,8
Ile-de-France	182 758	1 888	307	484	10,2	11,9	2,6
France métropolitaine	796 896	7 531	1 254	1 863	9,4	10,9	2,3

*pour 1 000 naissances totales (enfants nés vivants + enfants sans vie).
Source : Insee, 2006.

**pour 1 000 enfants nés vivants.

Environ 6% des nouveau-nés vivants en Ile-de-France sont nés prématurément...

Deux sources de données permettent de disposer d'information sur la prématurité et les petits poids de naissance au niveau régional et départemental : les données collectées dans le cadre du PMSI et les données des premiers certificats de santé (cf. encadré en fin de fiche).

Entre 2006 et 2008, le taux régional de prématurité (moins de 37 semaines d'aménorrhée - SA) estimé par les données du PMSI est passé de 5,8% à 6,5% (tab.2). Le taux de très grande prématurité (< 28 SA) est de 0,3% en 2006 et 2007 et de 0,4% en 2008. Au cours de ces trois années, le système de codification, resté identique, serait à l'origine d'une sous-estimation des taux de prématurité (cf. encadré en fin de fiche).

Selon les CS8, le pourcentage de prématurés en Ile-de-France est de 6,3 (données 2006 et 2007). Une sous-estimation de la prématurité par cette source est également probable (cf. encadré en fin de fiche).

... et un peu moins de 7% ont un poids de naissance inférieur à 2 500 grammes

Concernant les petits poids de naissance, les deux sources d'information situent le pourcentage régional de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes entre 6,4% et 6,8% (tab.3).

Des disparités pour ces deux indicateurs entre les départements franciliens

En 2007, la prématurité varie de 5% dans l'Essonne à 6,7% en Seine-Saint-Denis selon les données du PMSI. Les données des CS8 situent également la Seine-Saint-Denis au plus mauvais rang des départements franciliens pour la prématurité, situation également observée pour les petits poids de naissance.

Absence de différence entre l'Ile-de-France et la France

L'enquête nationale périnatale représente une autre source d'information. Elle a été éealisée sur un échantillon représentatif de la population française. Certains indicateurs sont analysés à un niveau régional et comparés à la métropole. Les dernières données disponibles remontent à 2003, mais le renouvellement périodique de l'étude - déjà réalisée en 1995 et 1998 - devrait permettre une actualisation prochaine.

En 2003, les analyses situaient le taux francilien de prématurité à 6,7% des naissances vivantes et le taux de petits poids de naissance (moins de 2 500 grammes) à 7,1%, taux qui ne différaient pas des estimations pour la France métropolitaine⁴ (tab.4 et 5). Si les taux estimés en proche couronne apparaissent plus élevés et ceux de grande couronne plus faibles, les analyses statistiques ne montrent pas de différence significatives avec la France métropolitaine.

tab.2 Prématurité (< 37 SA) en Ile-de-France, entre 2006 et 2008, d'après les données du PMSI et des premiers certificats de santé (en %)

	PMSI			CS8	
	2006	2007	2008	2006	2007
Paris	5,9	6,0	6,7	6,1	6,4
Seine-et-Marne	5,6	5,6	5,9	6,1	6,3
Yvelines	5,5	6,2	6,3	6,3	6,7
Essonne	4,8	5,0	5,5	5,7	6,3
Hauts-de-Seine	6,1	6,3	6,5	5,9	5,8
Seine-Saint-Denis	6,6	6,7	7,3	7,1	6,9
Val-de-Marne	5,7	5,9	6,5	6,3	6,3
Val-d'Oise	5,4	5,7	6,7	6,4	6,0
Ile-de-France	5,8	6,0	6,5	6,3	6,3

Sources : PMSI 2006-2008, CS8 2006-2007. Exploitation : Périnat-Arhif, Inserm U953, octobre 2009.

tab.3 Petits poids de naissance (< 2 500 grammes) en Ile-de-France entre 2006 et 2008, d'après les données du PMSI et des premiers certificats de santé (en %)

	PMSI			CS8	
	2006	2007	2008	2006	2007
Paris	6,5	6,4	6,6	6,4	6,6
Seine-et-Marne	6,4	6,6	6,5	6,0	6,5
Yvelines	6,6	7,0	6,7	6,3	6,7
Essonne	6,4	6,9	6,9	6,2	6,7
Hauts-de-Seine	6,4	6,5	6,4	6,2	6,1
Seine-Saint-Denis	8,0	7,9	7,6	7,1	7,3
Val-de-Marne	6,7	6,4	6,7	6,5	6,4
Val-d'Oise	6,4	6,9	7,2	6,5	6,3
Ile-de-France	6,7	6,8	6,8	6,4	6,6

Sources : PMSI 2006-2008, CS8 2006-2007. Exploitation : Périnat-Arhif, Inserm U953, octobre 2009.

tab.4 Prématurité (< 37 SA) estimée à partir d'un échantillon des naissances vivantes en 2003

	Part (en %)	Intervalle de confiance à 95%	p*
Paris	6,6	[5,0 - 8,5]	NS
Proche couronne	7,5	[6,0 - 9,1]	NS
Grande couronne	6,2	[4,9 - 7,7]	NS
Ile-de-France	6,7	[5,9 - 7,7]	NS
France métropolitaine	6,3	[5,9 - 6,7]	

*NS : différence non significative (test binomial comparant la zone géographique à la métropole).

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

tab.5 Petits poids de naissance (2 500 g) estimés à partir d'un échantillon des naissances vivantes en 2003

	Part (en %)	Intervalle de confiance à 95%	p*
Paris	7,2	[5,5 - 9,1]	NS
Proche couronne	7,8	[6,4 - 9,5]	NS
Grande couronne	6,3	[5,0 - 7,8]	NS
Ile-de-France	7,1	[6,2 - 8,0]	NS
France métropolitaine	7,2	[6,8 - 7,6]	

*NS : différence non significative (test binomial comparant la zone géographique à la métropole).

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

Indicateurs de suivi des grossesses en population générale

Le suivi d'une femme enceinte : des sources d'information à exploiter davantage en routine

La législation prévoit que toute femme enceinte doit déclarer sa grossesse avant la fin de la quatorzième semaine suivant la date présumée de début de grossesse. Lors du premier examen prénatal, le médecin remet à la femme un formulaire en deux volets : l'un doit être envoyé à la Caisse d'assurance maladie et le deuxième à la Caisse d'allocations familiales. Au total, une femme enceinte doit bénéficier au cours de sa grossesse de sept examens médicaux obligatoires et gratuits. Par ailleurs, huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont également prises en charge à 100% par l'Assurance maladie. Ces dimensions du suivi d'une grossesse sont renseignées par le premier certificat de santé (adressé au médecin départemental de PMI) et par l'enquête périnatale.

Les déclarations de grossesse constituent une source d'information potentielle. Elles sont utilisées actuellement par les équipes de terrain pour le repérage des femmes à risque. Leur analyse statistique, croisée aux informations enregistrées lors du suivi de grossesse et aux données socio-démographiques, devrait permettre de disposer d'informations supplémentaires, notamment sur les déclarations de grossesses tardives et les caractéristiques des femmes concernées.

Des antécédents mal connus en routine

Peu d'informations en routine permettent de quantifier les femmes selon leurs antécédents. Les premiers certificats de santé renseignent sur les antécédents d'enfants mort-nés, ainsi que sur les antécédents de prématurité ou de petit poids de naissance. Cependant ces questions sont insuffisamment renseignées, avec une variabilité importante entre les départements. Ainsi en 2006, 29,5% des données étaient manquantes pour les antécédents de mort-né (de 8,2% à 51,4% selon les départements) et 27,7% pour les antécédents de prématurité ou de petit poids de naissance (de 1,1% à 49,7%).

Selon les CS8 de 2006, 1,9% des multipares franciliennes auraient un antécédent d'enfant mort-né, et 6,2% un antécédent d'enfant né prématurément ou de petit poids de naissance.

tab.7 Nombre de consultations prénatales < 7 en 2003

	Part (en %)	Intervalle de confiance à 95%	p*
Paris	10,4	[8,3 - 12,7]	NS
Proche couronne	12,1	[10,2 - 14,2]	0,002
Grande couronne	9,0	[7,4 - 10,8]	NS
Ile-de-France	10,5	[9,4 - 11,6]	0,02
France métropolitaine	9,2	[8,7 - 9,7]	

*Test binomial comparant la zone géographique à la métropole.

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

Les consultations prénatales : un changement récent dans le recueil prévu dans les certificats de santé...

Initialement prévue en nombre de consultations au cours de la grossesse, cette notion est, depuis 2007, remplacée par le moment de la première consultation (1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de la grossesse).

Le certificat de santé prévoit par ailleurs de renseigner l'existence d'une préparation à la naissance.

... des résultats qui confirment les disparités au sein de la région

Ces données montrent en 2007 que 94% des femmes enceintes franciliennes consultent dès le premier trimestre. La Seine-Saint-Denis se caractérise par un taux de première consultation tardive plus important, avec en outre 2,9% des femmes consultant pour la première fois lors du 3^{ème} trimestre (tab.6).

La préparation à la naissance, sur l'ensemble de la région est estimée à 40,3%. L'importance des données manquantes pour cette variable (jusqu'à 42%) rend difficile les comparaisons entre les départements.

tab.6 Moment de la première consultation en 2007 selon le premier certificat de santé (en %)

	Trimestre de la 1 ^{ère} consultation		
	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}
Paris	93,9	4,8	1,3
Seine-et-Marne	96,4	2,7	0,9
Yvelines	97,2	2,1	0,7
Essonne	94,0	4,8	1,2
Hauts-de-Seine	95,5	3,4	1,1
Seine-Saint-Denis	89,4	7,7	2,9
Val-de-Marne	94,0	4,4	1,6
Val-d'Oise	96,3	2,8	0,9
Ile-de-France	94,3	4,3	1,4

Source : CS8 2007. Exploitation : Inserm U953, octobre 2009.

Un suivi prénatal moins satisfaisant en Ile-de-France

Dans l'enquête nationale périnatale 2003⁴, un peu plus d'une femme sur dix en Ile-de-France a eu moins de sept consultations prénatales (10,5% contre 9,2% en métropole, cf. tab.7). Des disparités sont observées au sein de la région avec davantage de femmes moins bien suivies en proche couronne (12,1%).

Les données sur la préparation à la naissance montrent les disparités au sein de la région avec un taux de préparation à la naissance particulièrement faible chez les primipares demeurant en proche couronne (tab.8).

tab.8 Préparation à la naissance chez les primipares en 2003

	Part (en %)	Intervalle de confiance à 95%	p*
Paris	70,0	[65,0 - 74,6]	NS
Proche couronne	59,1	[54,6 - 63,4]	< 0,001
Grande couronne	63,6	[59,1 - 67,9]	NS
Ile-de-France	63,7	[61,1 - 66,3]	0,03
France métropolitaine	66,6	[65,3 - 67,8]	

*Test binomial comparant la zone géographique à la métropole.

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

Développement des réseaux périnataux d'Ile-de-France...

La mise en place des réseaux périnataux en Ile-de-France est en plein essor. L'ARH d'Ile-de-France a réalisé une cartographie des réseaux mis en place en 2008 (<http://www.perinat-arhif.org/cartographie.php>). Ce sont treize réseaux qui sont ainsi identifiés sur la région. De plus, des réseaux spécifiques ciblant des femmes enceintes en difficulté sont mis en œuvre, tel à titre d'exemple le réseau Solipam sur Paris, ciblant les femmes isolées, disposant de peu ou d'aucune ressource et sans logement.

... parallèlement à la mise en place de l'entretien du 4^{ème} mois

Un état des lieux de la mise en place de l'entretien individuel du 4^{ème} mois en Ile-de-France a été présenté lors de la 5^{ème} journée des réseaux périnataux d'Ile-de-France en 2008⁵. Ce travail portait sur les entretiens réalisés en 2007 dans le cadre des réseaux périnataux,

en PMI ou dans les maternités.

Sur les onze des treize réseaux ayant répondu à l'enquête, quatre ont déclaré proposer systématiquement l'entretien. Cette étude a recensé 8 005 entretiens, soit 4,5% des naissances domiciliées. Les données de huit réseaux permettaient d'estimer un taux de couverture : 17% des femmes ayant accouché dans les maternités de ces réseaux avaient effectivement bénéficié d'un entretien.

Ce travail exploratoire doit être interprété avec prudence, en particulier compte tenu de son manque d'exhaustivité. Il met cependant en avant certaines difficultés dans la mise en place de l'entretien et insiste sur la nécessité d'améliorer l'information des femmes, de formaliser et de diffuser le réseau en aval (en particulier par la mise à disposition auprès des professionnels d'un «annuaire» de toutes les ressources et compétences de proximité affiliées au réseau).

Un groupe à risque particulier : les femmes séropositives au VIH

L'Enquête Périnatale Française (EPF), soutenue par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, étudie la transmission du VIH de la mère à l'enfant et sa prévention, ainsi que l'impact des médicaments anti-VIH sur la santé de la mère et de l'enfant. Cette enquête existe depuis 1986, et quarante sites en Ile-de-France y participent. Si l'exhaustivité n'est pas totale, elle permet de disposer d'informations précieuses sur les caractéristiques des femmes et sur leur suivi de grossesse (tab.9). En 2006, ce sont 722 femmes franciliennes qui ont été incluses, soit, rapporté aux nombre de naissances vivantes en Ile-de-France, un taux de 0,4%. Parmi les femmes enceintes incluses en 2006, 91,5% en Ile-de-France et 86% en France métropolitaine sont d'origine étrangère, pourcentages légèrement supérieurs à ce qui est observé parmi les découvertes de séropositivités chez les femmes : 80,5% en Ile-de-France et 69,3% en France métropolitaine⁶. De nombreuses femmes découvrent leur séropositivité pendant la grossesse, les femmes primipares étant encore plus fréquemment dans cette situation (36,1% en Ile-de-France). La grande majorité des femmes bénéficie d'un traitement au cours de la grossesse et le pourcentage d'enfants infectés est très faible (1,1%).

tab.9 Caractéristiques et suivi des femmes séropositives au VIH incluses dans l'Enquête Périnatale Française en 2006 (en %)

	Ile-de-France (n=722)	France métropolitaine (n=975)
Origine géographique		
France métropolitaine	8,5	14,0
Afrique subsaharienne	81,2	76,2
Autres	10,3	9,8
Parité		
Primipare	33,5	36,3
Découverte de la séropositivité		
Pendant la grossesse	22,3	20,7
Existence d'un traitement		
Au début de la grossesse	42,1	43,4
Pendant la grossesse	97,8	98,3
A l'accouchement	92,8	93,3
Traitement néonatal	99,4	99,6
Transmission à l'enfant		
Enfant infecté	1,1	0,8

Source : Enquête Périnatale Française 2006. Exploitation : Inserm U569, octobre 2009.

Références citées

- ¹ Plan «périnatalité» 2005-2007. *Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2004.
- ² Circulaire n° DHOS/DGS/02/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.
- ³ BEAUMEL C., VATAN M. La situation démographique en 2006. Mouvement de la population. *Insee Résultats*, Insee, 2008, n°84, 252p.
- ⁴ BLONDEL B., SUPERNANT K., MAZAUBRUN C. (du), BREART G. *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, Inserm, 2005.
- ⁵ MARIE J. *Entretien individuel du 4^{ème} mois. Etat des lieux de sa mise en place dans les réseaux périnataux d'Ile-de-France*. 5^{ème} journée de réseaux périnataux d'Ile-de-France, 23 octobre 2008.
- ⁶ HALFEN S., EMBERSIN C., GREMY I., LERT F. Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de France, 1978-2008 : trente ans d'épidémie en Ile-de-France. *Bulletin de santé*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008, n°14.
- ⁷ SERFATY A. (sous la dir. de), PAPIERNIK E. (sous la dir. de). *L'action collective périnatalité en Ile-de-France (1996-2000)*. 2005, 409p.
- ⁸ COLLET M., VILAN A. Les certificats de santé au 8^{ème} jour (CS8). Validité 2004. *Document de travail*, Drees, 2009, n°5.

Repères bibliographiques

DANET S., MOISY M. (sous la dir. de). La santé des femmes en France. *Etudes et statistiques*, Drees, 2009, 285p.
 PAUCHET-TRAVERSAT A.-F. (sous la coord. de). Naître en France. In *ADSP*, HCSP, 2007-2008, n°61-62, pp.17-98.

Définitions

Femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale : Lors de la mise en place du Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros 1999-2004), les membres de la Commission technique consultative autour de la naissance (CTCN) ont élaboré un référentiel sur les «catégories mères / nouveau-nés»⁷. Celui-ci propose différentes catégories possibles selon les facteurs de risques présentés. Trois catégories de femmes sont ainsi définies.

> *Les femmes à risque psychologique dominant*, caractérisées par :

- l'existence d'antécédents de pathologie maternelle psychiatrique (dépression, anorexie mentale ou boulimie, antécédents de dépression du post-partum) ;
- d'autres situations à risque psychologique ou signes faisant craindre une inadaptation psychologique de la mère à son enfant (notion de difficultés dans le couple, de difficultés professionnelles...) ;
- d'autres antécédents à prendre en compte : fausse(s) couche(s) à répétition, mort fœtale in utero, interruption volontaire ou médicale de grossesse, mort périnatale, mort subite du nourrisson, mort récente d'un proche parent, accouchement prématuré, stérilité d'un ou des deux parents, voire nombreuses tentatives de procréation médicalement assistée.

> *Les femmes à risque social dominant :* femme qui n'a pas déclaré sa grossesse ; grossesse insuffisamment suivie ; absence de couverture sociale avec des signes de précarité, comme le chômage des deux parents, une mère immigrée en situation de clandestinité...

> *Les femmes à risque médico-psychosocial*, notamment les mères consommatrices de drogues, les mères ayant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Indice conjoncturel de fécondité : nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

SA : semaine d'aménorrhée.

Taux de morti-natalité : nombre d'enfants nés sans vie pour 1 000 naissances totales.

Taux de mortalité néonatale : décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants.

Taux de mortalité périnatale : décès d'enfants de moins de 7 jours et d'enfants sans vie pour 1 000 naissances totales (enfants nés vivants + enfants sans vie).

Périnat-Arhif (<http://www.perinat-arhif.org/perinat-arhif.php>) : une exploitation des données du PMSI

Les objectifs de ce système d'information régional en périnatalité sont de :

- constituer une base de données régionales en périnatalité ;
- constituer un outil d'analyse qui permette aux différents partenaires, ARH et professionnels de santé, de disposer rapidement, après leur production, de données quantitatives et qualitatives en périnatalité.

La base de données est construite à partir des données du PMSI pour tous les établissements publics et privés. Les données analysées proviennent des Résumés de Sortie Anonymes. Elles concernent les séjours des femmes enceintes ou accouchées, et les séjours de nouveau-nés en maternité ou en service de néonatalogie. Les femmes domiciliées en Ile-de-France et ayant accouché en dehors de la région sont donc exclues de cette base de données. Ainsi en 2008, le taux de couverture pour les naissances vivantes domiciliées en Ile-de-France est de 96,7%.

L'analyse des données de prématurité doit tenir compte des limites liées au type de codage, prévu avant tout dans un objectif économique. La saisie des codes de prématurité est, pour les années présentées, réalisée avec des bornes définies selon un code de la classification internationale des maladies (CIM10) et ce uniquement en cas de prématurité (ce qui ne permet pas de comptabiliser les données manquantes). Il semblerait qu'un défaut de saisie des codes CIM ait pu conduire à une sous-estimation de la prématurité. Depuis avril 2008, une saisie de l'information en semaines d'aménorrhée (SA) est prévue pour tous les enfants. Ceci devrait permettre d'améliorer à l'avenir la qualité des estimations. De plus, à partir de 2009, des informations sont enregistrées pour les naissances d'enfants mort-nés.

Les certificats de santé de l'enfant : des données à interpréter avec prudence

Le premier certificat de santé (dit certificat du 8^{ème} jour - CS8) représente une source de données «obligatoire» en population générale infantile. Plusieurs limites doivent cependant être précisées :

- *Un manque d'exhaustivité des informations reçues* : Le taux de CS8 reçus se situe en 2007 à 93,3% des naissances vivantes, avec un écart allant de 90,0% à Paris à 96,9% en Seine-Saint-Denis. L'absence de réalisation systématique du certificat pour des enfants transférés en post-natal peut biaiser certains indicateurs (ainsi, une sous-estimation de la prématurité est probable). Plusieurs départements se sont engagés dans une démarche d'amélioration du taux de couverture.
- *Variabilité de la qualité de l'information renseignée* : Le taux de réponses est par ailleurs variable d'un item à l'autre. Ainsi, le moment de la première consultation est renseignée pour 81% à 93% des certificats reçus selon les départements. L'interprétation en est, de ce fait, limitée.
- *Une codification probablement hétérogène pour certaines variables* : Certains résultats questionnent sur l'hétérogénéité du codage. Ainsi, l'exploitation des données recueillies sur les antécédents obstétricaux des femmes multipares donne des résultats peu exploitables à un niveau départemental.
- *Une évolution du contenu des certificats à prendre en compte pour le suivi des indicateurs* : Au fil des ans, le contenu des certificats de santé est revu. Ainsi, le recueil des consultations en cours de grossesse a été modifié en 2007. Ce n'est plus le nombre de consultations mais le moment de la première consultation prénatale qui est enregistré (1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre).
- *Des difficultés dans la disponibilité à court terme des bases* : La Drees effectue l'analyse des données nationales des certificats de santé grâce à la fusion des fichiers départementaux. Les données disponibles en septembre 2009 portent sur l'année 2004⁸. Un travail de l'Inserm, réalisé avec la collaboration des différents services départementaux a permis de disposer d'informations à partir d'une base régionale des certificats de santé de 2007. Une mise en parallèle avec des résultats métropolitains n'a pas été possible.

De fait, il conviendrait d'améliorer l'exhaustivité et la qualité du remplissage des certificats de santé pour en faire un outil de surveillance plus performant. L'exploitation à des fins épidémiologiques au niveau régional pourrait être optimisée, afin de permettre leur analyse dans des délais plus rapides. Les collaborations régionales doivent se renforcer dans ce sens.

Objectif

8

Renforcer le repérage précoce du handicap et l'aide aux parents concernés

Contexte

Le nombre d'enfants prématurés (moins de 37 semaines d'aménorrhée - SA) s'est accru, notamment du fait de l'augmentation de l'âge des mères et de l'utilisation plus fréquente des techniques de procréation médicalement assistée. Les progrès médicaux ont permis de réduire la mortalité infantile et périnatale et ne cessent de repousser les limites de la viabilité. Cependant, les décisions de réanimation sont complexes face aux séquelles parfois lourdes pour l'enfant et les stratégies développées par les professionnels de la réanimation néonatale sont encore très diverses^{1,2}.

La loi du 11 février 2005³ définit le handicap comme «toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant». Plus d'un tiers des handicaps de l'enfant trouvent leur origine dans la période prénatale (malformations congénitales), 3% à 8% sont d'origine post-néonatale (après le 28^{ème} jour de vie) en lien avec un traumatisme, une infection du système nerveux central, une tumeur ou d'autres causes plus rares⁴. Une origine périnatale concernerait, par déduction, de 55% à 60% des déficiences⁴.

Le plan national Périnatalité 2005-2007⁵ préconise d'«améliorer la prise en charge à long terme des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap», parce qu'une action médico-sociale précoce peut permettre de limiter la survenue d'un handicap ou son aggravation.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Si 1% des enfants d'une classe d'âge sont atteints de déficiences sévères, on peut estimer, en Ile-de-France, à près de 1 800 le nombre annuel de nouveaux cas d'enfants atteints de déficiences sévères.
- > Ce chiffre ne diminuera probablement pas si l'augmentation des naissances en Ile-de-France et des facteurs de risque de handicap, notamment la prématurité, se poursuit.
- > Les réseaux de suivi des nouveau-nés à risque sont en plein développement, ce qui laisse prévoir une amélioration de leur prise en charge.
- > Les capacités d'accueil dans les Camsp sont insuffisantes par rapport à la demande.
- > Une nécessité de développer le système d'information dans le domaine du handicap et de la périnatalité.

La prévalence des déficiences sévères ne diminue pas et concerne près de 1% des enfants

D'après le Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (Rheop, cf. encadré en fin de fiche), la prévalence de l'ensemble des déficiences sévères chez les enfants de 7-8 ans est de 9,1 pour 1 000 enfants en Isère, Savoie et Haute-Savoie⁶. L'évolution observée dans le département de l'Isère (seul enquêté en 1980) montre que la prévalence ne diminue pas entre les générations : 6,9 pour 1 000 enfants des générations nées en 1980-82 et 8,6 pour la génération 1999. Une enquête plus ancienne⁷, réalisée dans les départements de la Haute-Garonne, de l'Isère et de la Saône-et-Loire, indique également une prévalence des déficiences sévères proche de 1% (8,4 pour 1 000 enfants) et, en prenant en compte les déficiences modérées, une prévalence proche de 2% (18,8 pour 1 000).

Dans les données du Rheop (tab.1), deux tiers des déficiences neurosensorielles sévères concernent des déficiences intellectuelles sévères et des troubles envahissants du développement.

tab.1 Prévalence à 7-8 ans des déficiences neurosensorielles sévères pour les enfants de la génération 1999, en Isère, Savoie et Haute-Savoie

	Nombre de cas pour 1 000 enfants	Intervalle de confiance à 95%	Effectif	Part (en %)
Déficiences motrices	2,4	[1,9 - 3,1]	71	26,9
dont paralysie cérébrale	1,7		49	
Déficiences intellectuelles sévères	3,0	[2,4 - 3,7]	86	32,6
Troubles envahissants du développement	2,9	[2,3 - 3,6]	85	32,2
dont autisme	1,3		37	
Déficiences sensorielles sévères	0,8	[0,5 - 1,1]	22	8,3
dont auditives	0,5		14	
dont visuelles	0,3		8	
Total déficiences	9,1		264	100

Source : Rheop.

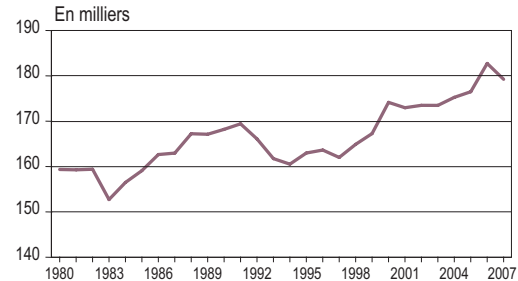
Près de 1 800 nouveaux cas chaque année d'enfants atteints de déficiences sévères en Ile-de-France ?

Il n'existe en Ile-de-France aucun registre ni système d'information sur les handicaps à l'exception du registre des malformations de Paris (cf. encadré en fin de fiche), que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte.

Les statistiques récentes de l'état civil indiquent en moyenne 179 500 naissances chaque année (années 2005 à 2007). En admettant l'hypothèse que les prévalences des déficiences en Ile-de-France sont comparables à celles indiquées par le Rheop, soit environ 1%, il y aurait chaque année près de 1 800 nouveaux cas d'enfants atteints de déficiences sévères dans la région francilienne. Par ailleurs l'évolution du nombre de naissances se traduit par une augmentation continue (fig.1), qui est de l'ordre de 10% sur les vingt dernières années. Si la prévalence des déficiences sévères se maintient à un niveau stable, et sous l'hypothèse que l'évolution des naissances suit la même ten-

dance, le nombre d'enfants handicapés augmentera. Le nombre peu élevé de naissances (30 000) auxquelles se rapporte le Rheop rend difficile l'estimation des prévalences par catégorie de déficience pour l'Ile-de-France.

fig.1 Evolution du nombre de naissances vivantes en Ile-de-France, entre 1980 et 2007



Source : Insee.

La moitié des déficiences sévères concerne des enfants prématurés ou grands prématurés

Les études montrent que parmi les enfants atteints de déficiences sévères, la moitié sont des enfants prématurés (< 37 SA), parmi lesquels la moitié sont des grands prématurés (< 33 SA)⁴ alors que les parts respectives de la prématurité et de la grande prématurité dans l'ensemble des naissances vivantes sont d'environ 6% et 1%.

Une prévalence des déficiences plus élevée chez les grands prématurés

S'il est maintenant reconnu que les grands prématurés ont un risque plus élevé de déficiences sévères que les enfants nés à terme, l'estimation des prévalences des déficiences est rendue difficile du fait de l'absence de registre et du faible nombre d'études. La cohorte Epipage mise en place par l'Inserm U149 étudie le devenir des grands prématurés (âge gestationnel entre

22 et 32 SA révolues ou poids de naissance entre 500 g et 1 500 g) nés dans neuf «régions» de France, dont Paris et la proche couronne. La cohorte étudiée représente un tiers des naissances en France en 1997. Le suivi à cinq ans montre que 14% des grands prématurés ont un handicap modéré ou sévère contre 3,3% des enfants nés à terme. Un handicap sévère (paralysie cérébrale sans marche possible ou score PMC inférieur à 55 ou déficience visuelle sévère ou déficience auditive sévère) concerne 5% des grands prématurés et 0,3% des enfants nés à terme. Par ailleurs, plus l'âge gestationnel est petit, plus la prévalence des déficiences est élevée : par exemple, dans la cohorte Epipage francilienne, la prévalence des déficiences motrices à l'âge de deux ans est de 21% pour les prématurés de 24-26 SA, de 10% pour ceux de 27-29 SA et de 5% pour ceux de 30-32 SA⁸.

Le nombre de nouveau-nés à haut risque de handicap ne diminue pas

La prématurité et la grande prématurité continuent d'augmenter

La proportion de naissances prématurées (< 37 SA) est passée, d'après les enquêtes nationales périnatales^{9,10}, de 5,6% de l'ensemble des naissances vivantes à 6,7% entre 1995 et 2003 en Ile-de-France. En 2006, les données du PMSI indiquent une prévalence de la prématurité de 5,8% en Ile-de-France, variant de 4,8% pour le département de l'Essonne à 6,6% pour celui de Seine-Saint-Denis.

D'après les données des certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8), la proportion de grands prématurés (< 32 SA) en Ile-de-France est de 0,8% en 2006 et 2007. Une comparaison de deux cohortes de grands prématurés mises en place en Ile-de-France montre que la proportion de prématurés de 24-31 SA a légèrement augmenté entre 1997 et 2003, passant de 0,95% à 1,07%¹¹.

Stabilisation de la proportion de naissances de petits poids depuis 1998

En Ile-de-France, la proportion de naissances de poids inférieur à 2 500 grammes est passée de 5,4% en 1995 à 6,8% en 1998 puis à 7,1% en 2003 d'après les enquêtes nationales périnatales^{9,10,12}. Les naissances de petits poids sont en partie corrélées aux naissances prématurées mais sont surtout des retards de croissance intra-utérins dont les causes sont multiples : maladies de la mère (chroniques, cardio-vasculaires, etc.), problèmes de santé pendant la grossesse (infections, hypertension, etc.), facteurs comportementaux (tabagisme, etc.), anomalies foetales ou placentaires.

La prévalence des malformations ne diminue pas

Les malformations congénitales, qu'il s'agisse de malformations d'origine chromosomique, génétique, infectieuse ou inconnue, sont à l'origine de 35% des déficiences sévères de l'enfant et représentent 3% à 4% des naissances dans les pays industrialisés¹³.

Des données récentes issues du registre des malformations de Paris (cf. encadré en fin de fiche) montrent que la prévalence de la trisomie 21 parmi les naissances vivantes reste stable entre 2001 et 2005 (fig.2). Pour l'ensemble des malformations, la surveillance sur vingt ans (entre 1981 et 2000) dans le cadre du registre¹⁴ montre que la prévalence des enfants nés vivants mal formés, après avoir augmenté jusqu'en 1994 (3,2% des naissances), a diminué pour se maintenir à un niveau stable. Elle représente 2,5% des naissances.

Augmentation de certains facteurs de risque maternels de la prématurité et des malformations

Des grossesses plus tardives

L'âge des mères a fortement augmenté, en Ile-de-France comme en France. Alors qu'en 1980, 6,4% des mères franciliennes étaient âgées de 35 ans ou plus, cette proportion atteint 15,7% en 1995 et 21,8% en 2006 (fig.3). Une des conséquences de l'accroissement de l'âge des mères est l'augmentation des anomalies chromosomiques et des naissances prématurées.

Des taux d'accouchements multiples en augmentation

Le taux d'accouchements multiples est passé, en France, de 10,1 pour 1 000 accouchements en 1979 à 16,4 en 2006, soit une augmentation de 62%.

Cette hausse est expliquée par l'augmentation de l'âge moyen à l'accouchement (un tiers de l'augmentation), l'amélioration de la surveillance de la grossesse (permettant de mener plus souvent à terme des grossesses multiples) et les traitements de la stérilité. En particulier pour ces derniers, les médicaments inducteurs de l'ovulation entraînent souvent des ovulations multi-

Un exemple de dépistage prénatal : la trisomie 21

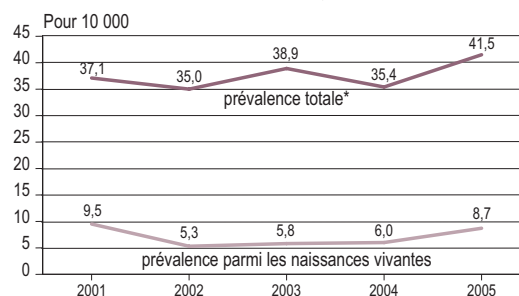
En France, les vingt dernières années ont été marquées par d'importants progrès dans les techniques de dépistage prénatal des anomalies congénitales, l'accès à ce dépistage et la prise en charge médico-sociale des enfants nés avec certaines malformations¹⁴. La trisomie 21 est la plus fréquente des malformations d'origine chromosomique. Dans l'enquête périnatale 2003¹⁰, 76% des femmes en Ile-de-France ont eu un dosage sanguin pour dépister le risque de trisomie 21. Les données du registre des malformations de Paris¹⁵ montrent que si la prévalence totale de la trisomie 21 augmente au cours du temps, du fait de l'augmentation de l'âge des mères, la prévalence parmi les naissances vivantes semble stable, la légère augmentation observée à partir de 2003 étant non significative (fig.2).

Les dépistages systématiques néonataux

Un dépistage systématique de cinq maladies rares

Il existe actuellement cinq dépistages systématiques néonataux de maladies rares : la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie congénitale (dépistées depuis plus de 30 ans), l'hyperplasie des surrénales (dépistée depuis

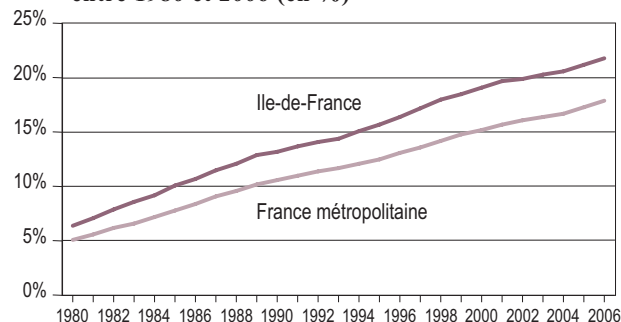
fig.2 Prévalence de la trisomie 21, entre 2001 et 2005



*Enfants nés sans vie de plus de 22 SA + enfants nés vivants + interruptions médicales de grossesse.

Source : Registre des malformations de Paris.

fig.3 Naissances issues de mères de 35 ans ou plus, entre 1980 et 2006 (en %)



Source : Insee.

ples, et par suite, des grossesses multiples de haut rang. De 30% à 50% des naissances gémellaires et plus des trois quarts des naissances triples surviendraient après traitements de la stérilité¹⁰. Les jumeaux et les triplés ont un risque accru de prématurité et de petit poids à la naissance.

Il naît actuellement moins de 1 enfant pour 1 000 atteint de trisomie 21 à Paris.

Selon les données du registre, le pourcentage de cas de trisomie 21 diagnostiqués en prénatal varie, sur la période 2001-2005, entre 82,5% et 90,1%, sans tendance évolutive significative¹⁵. Il n'est pas non plus observé de tendance significative selon les classes d'âge. Par contre des différences sont constatées entre les niveaux socio-économiques et l'origine géographique, le taux de dépistage prénatal étant moins élevé dans les groupes socio-économiques moins favorisés et parmi les femmes originaires d'Afrique¹⁶. Après diagnostic de trisomie, la proportion d'interruptions médicales de grossesse varie entre 90% et 97,5% sur la période 2001-2005, avec de faibles variations selon les classes d'âge¹⁵.

plus de 10 ans), la mucoviscidose (depuis 2002) et la drépanocytose (généralisé en 2000 et ciblant les enfants des Antilles, de la Guyane, de l'Ile de la Réunion, de Mayotte ou originaires de ces régions ou bien d'Afrique).

D'après l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE), les incidences cumulées depuis le début du dépistage jusqu'en 2007 sont proches entre l'Ile-de-France et la France (tab.2) sauf pour la drépanocytose pour laquelle l'incidence en Ile-de-France est proche de celle observée dans les DOM (1 cas pour 550). Ces incidences restent stables.

Dépistage de la surdité

La prévalence de la surdité permanente néonatale (SPN) n'est pas connue précisément. Dans les études internationales, en population générale, elle varie entre 0,6 (études plus anciennes) et 1,3 enfant pour 1 000 nouveau-nés (études les plus récentes)¹⁷ pour des déficiences auditives bilatérales supérieures à 40 décibels. Il n'existe pas de dépistage néonatal systématique et organisé de la surdité en France. Les dépistages reposent sur des initiatives locales ou sur les «bonnes pratiques» lorsque des facteurs de risque sont identifiés (poids de naissance inférieur à 1 500 g, certaines infections in utero, etc.). La surdité est actuellement diagnostiquée tardivement, entre 18 et 24 mois. Une réflexion a été entamée sur la pertinence d'organiser un dépistage néonatal systématique de la surdité. La CnamTS, en association avec l'AFDPHE, a mis en place, depuis 2005, un programme expérimental de dépistage systématique de la surdité dans certaines

Le repérage et la prise en charge des nouveau-nés à risque

Une organisation de l'offre de soins à poursuivre

Pour améliorer la sécurité à la naissance, les mères doivent être orientées vers des centres périnataux disposant de l'environnement maternel et pédiatrique adapté à leur niveau de risque et à celui de l'enfant¹⁹. La proportion de nouveau-nés de moins de 1 500 g ne naissant pas dans des centres de niveau III (tab.3) était, en 2006, de 25% selon les certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8), proportion restée stable depuis 2002. Selon une autre source - PMSI, elle était de 24%. Les données PMSI et CS8 ne sont pas exactement comparables car les premières portent sur les naissances de nouveau-nés nés et domiciliés en Ile-de-France et les secondes sur les naissances de nouveau-nés domiciliés en Ile-de-France. De plus, l'exhaustivité est un peu meilleure pour le PMSI (93,3% des naissances domiciliées en 2006 selon l'Etat civil) que pour les CS8 (autour de 92%). Selon les CS8, 24% des prématurés de moins de 32 SA naissaient hors centre de niveau III en 2006 (le PMSI ne permet pas de disposer de cette information).

Si l'amélioration de l'organisation de l'offre de soins permet une meilleure orientation des nouveau-nés à risque, leur prise en charge reste ensuite très hétérogène. Afin de l'améliorer, mais aussi de disposer d'une surveillance épidémiologique, des réseaux de suivi des nouveau-nés à risque se sont mis en place. Ceux-ci se distinguent des réseaux périnataux par la spécialisation de leur intervention. Il en existe douze «formalisés» en France (financés par l'assurance maladie en tant que réseau de santé). Six ont un recul de plus de six ans. Un est situé en Ile-de-France.

tab.2 Incidences cumulées des maladies rares depuis la mise en place des dépistages néonataux systématiques jusqu'en 2007

	1 cas de maladie rare pour nouveau-nés		Nb de tests (en millions)
	Ile-de-France	France	France
Phénylcétonurie	17 000	16 000	17
Hypothyroïdie congénitale	3 400	3 400	22
Hyperplasie des surrénales	21 000	19 849	10
Mucoviscidose	6 000	4 000	4
Drépanocytose	700	1 100	2

Lecture : 1 cas de phénylcétonurie pour 17 000 nouveau-nés en Ile-de-France.

Source : AFDPHE.

maternités (dont Paris), avec l'objectif d'étudier la faisabilité et l'impact du dépistage en maternité et de contribuer à déterminer la meilleure stratégie de dépistage de la surdité congénitale. Ce programme est reconduit. Alors que la HAS a émis un avis favorable¹⁷ à ce dépistage, tout comme l'Académie de médecine¹⁸, des associations ainsi que le Comité consultatif national d'éthique sont défavorables au dépistage néonatal systématique du fait du risque de perturbation de la relation mère-enfant et ainsi du sur-handicap qui pourrait en découler. Ils sont en revanche favorables à un dépistage précoce de la surdité, vers le troisième ou quatrième mois.

tab.3 Répartition des naissances selon le niveau des centres de périnatalité en Ile-de-France (en %)

Centres de niveau (1) :		I	IIA	IIB	III
< 1 500 g	CS8 2006	5,8	7,2	12,2	74,8
	CS8 2007	4,2	8,4	11,3	76,1
	PMSI 2006	4,4	7,0	12,3	76,3
	PMSI 2007	2,8	5,5	11,5	80,2
< 32 SA	CS8 2006	6,5	7,0	10,8	75,6
	CS8 2007	5,3	7,1	9,5	78,1
Jumeaux	CS8 2006	18,0	18,5	23,7	39,8
	CS8 2007	16,0	22,2	19,1	42,7
	PMSI 2006	17,0	19,4	22,6	41,0
	PMSI 2007	16,6	21,8	21,2	40,3
Bas risque (2)	CS8 2006	35,7	23,7	20,2	20,4
	CS8 2007	32,2	25,7	19,6	22,5

(1) I : pour les grossesses et accouchements sans complication, IIA : ayant en plus une activité en néonatalogie, IIB : idem que IIA + soins intensifs, III : idem que IIB + réanimation néonatale.

(2) Bas risque : grossesse unique, > 36 SA et poids de naissance > 2 499 g. Sources : CS8 2006-2007, PMSI 2006-2007. Exploitation : Inserm U953, Périnat-Arhif, octobre 2009.

Le réseau pédiatrique du Sud et de l'Ouest francilien

En Ile-de-France, l'Association de suivi des nouveau-nés à risque (ASNR), créée en 1997, a été à l'initiative du «réseau pédiatrique de suivi des nouveau-nés à risque» du Sud et de l'Ouest francilien. Ce réseau ville-hôpital, certifié ISO 9001, a été agréé par l'ARH/Urcam et financé en 2004. L'inclusion des nouveau-nés a commencé en janvier 2005.

Le réseau couvre les départements des Hauts-de-Seine, de l'Essonne, le sud de la Seine-et-Marne, une partie ouest du Val-de-Marne. Quelques médecins libéraux des Yvelines y participent aussi.

Le réseau a pour objectif d'assurer un meilleur dépistage des troubles du développement, de proposer une prise en charge adaptée et coordonnée pour une orientation précoce et d'effectuer un suivi jusqu'à l'âge de 7 ans. Les critères d'inclusion sont la prématurité de moins de 33 SA, l'hypotrophie, l'anoxie périnatale, les fœtopathies ou syndrome de malformation, une pathologie inhabituelle ou des facteurs de risque d'ordre psychologique.

Entre janvier 2005 et décembre 2008, 1 597 enfants ont été inclus : 86,5% de prématurés de moins de 33 SA, 6% d'hypotrophes, 3% d'anoxie périnatale, 1% de fœtopathie / malformation, 3,5% de pathologie inhabituelle ou ayant menacé la vie de l'enfant. Le suivi concerne 92% des enfants à 3-4 mois (en AC : «âge corrigé»), 91,5% à un an (AC) et 88,5% à deux ans. Au terme de l'âge de 7 ans, le réseau permettra de disposer d'une base de données recueillies de façon homogène.

Une offre en centres d'action médico-sociale précoce (Camps) à développer

Les réseaux de suivi des nouveau-nés à risque développent des partenariats avec les centres d'action médico-sociale précoce (Camps) qui ont notamment pour mission de dépister les déficits ou handicaps (cf. encadré en fin de fiche). L'Ile-de-France dispose actuellement de 21 Camps et, en comptant les différents sites, de 25 sites. Paris est le département le mieux doté (quatre Camps), les Yvelines et la Seine-Saint-Denis étant les moins bien dotés (deux Camps). Malgré l'ouverture récente de Camps, leur nombre est largement insuffisant pour les besoins de la région.

Les données régionales issues d'une enquête quantitative auprès des Camps²⁰ montrent que la capacité théorique d'accueil des Camps est largement dépassée : ainsi la file active annuelle (nombre d'enfants vus au moins une fois au cours de l'année, chaque enfant n'étant compté qu'une fois) est de 1,3 fois supérieure à l'agrément pour le Val-d'Oise, deux fois supérieure pour la Seine-Saint-Denis, sept fois et 9,8 fois supérieures pour Paris et l'Essonne.

L'enquête montre aussi que le temps d'attente pour un premier rendez-vous au Camps varie fortement selon les départements : de dix jours à Paris à quatre mois dans le Val-d'Oise, département où le temps d'attente est le plus long. Les délais d'attente pour recevoir des soins sont encore plus élevés et varient d'un mois

Perspectives

Développer l'information dans le domaine du handicap
Le manque d'informations en matière de handicap permet difficilement d'avoir une vision claire sur les besoins en matière de handicap en Ile-de-France. Aussi est-il primordial de développer le système d'information dans ce domaine qui pourrait notamment s'appuyer sur les données recueillies par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou bien pourrait-il s'agir de la mise en place d'un registre qui recueillerait en continu les données relatives au handicap. La définition des objectifs attendus d'un tel système est cependant la première étape.

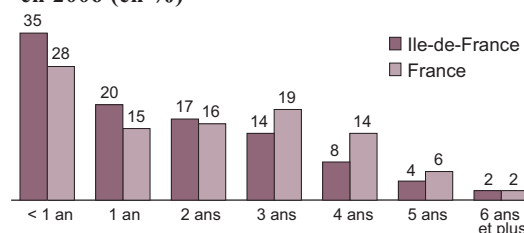
Les questionnaires de satisfaction des parents (taux de réponse : 28%) montrent que le médecin pilote est connu de 98% des parents et que 94% sont satisfaits du temps accordé par ce médecin lors de la visite de suivi, et de la qualité de la consultation. Les médecins libéraux et hospitaliers disent que le réseau a un impact positif sur la prise en charge mais souhaiteraient que la collaboration entre eux soit renforcée. 97% des libéraux déclarent que les formations ont un impact positif sur leur pratique professionnelle et souhaiteraient un planning annuel des formations. Des réunions régulières entre professionnels et parents sont également souhaitées. Le réseau prévoit de s'étendre sur l'Ile-de-France avec l'accord de l'ARH. Par ailleurs, les réseaux périnataux du Val-d'Oise, de Paris Nord et du Pays briard (Meaux) envisagent de créer un réseau de suivi des nouveau-nés à risque.

(Paris) à 12,5 mois (Val-de-Marne). Les réponses ne sont pas connues pour trois départements.

L'âge des enfants au premier rendez-vous semble plus précoce en Ile-de-France (fig.4) avec 35% d'enfants accueillis de moins d'un an contre 28% en France, proportion atteignant 72% en Ile-de-France pour les moins de trois ans contre 59% en France. La précocité de l'accueil reste toutefois à améliorer.

Les données nationales montrent que l'orientation des enfants vers les Camps provient à 57% du secteur sanitaire, hospitalier principalement mais aussi libéral. Ensuite, les écoles et crèches assurent 12,9% des orientations, puis la PMI (12,1%). Parmi les enfants accueillis dans les Camps, 35% sont des enfants prématurés, dont 19% sont nés à moins de 32 semaines.

fig.4 Répartition de la file active par âge au premier rendez-vous dans les Camps d'Ile-de-France en 2006 (en %)



Source : CNSA.

Améliorer l'accessibilité et la qualité de l'information des certificats de santé

Les données des CS8, analysées par la Drees, ne sont disponibles qu'avec un fort décalage dans le temps (cf. objectif 7). La production en routine d'indicateurs régionaux est une nécessité. L'Arhif a engagé un travail de production en routine d'indicateurs à partir d'une base régionale de CS8 en partenariat avec l'Inserm et les services de PMI des départements ; une collaboration avec l'ORS se met en place.

Les données des certificats de santé du 9^{ème} et du 24^{ème} mois pourraient aussi être utilisées à condition d'améliorer leur exhaustivité (50% environ) et leur disponibilité. Une réflexion serait à mener dans ce sens.

Nécessité d'une prise en charge précoce et adaptée
Si les moyens semblent se développer pour améliorer le dépistage, qui est, selon certains acteurs, performant, la prise en charge qui s'ensuit doit intervenir rapidement et de manière adéquate, ce qui ne semble pas toujours être le cas aujourd'hui.

Des moyens doivent être attribués pour évaluer les besoins, tant quantitatifs que qualitatifs, pour l'amélioration de la prise en charge des enfants concernés. L'offre en Camsp doit notamment être développée pour une meilleure réponse aux besoins et une répartition sur le territoire plus pertinente.

Références citées

¹ SALLE B., SUREAU C. Le prématuré de moins de 28 semaines, sa réanimation et son avenir. Rapport adopté le 20 juin 2006. In *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2006, tome 190, n°6, pp.1261-1274.

² DEHAN M., ZUPAN-SIMUNEK V. Les enjeux éthiques de l'extrême prématurité. Prise en charge des prématurés entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée. In *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2004, vol.33, sup.1, pp.94-98.

³ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁴ Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. *Expertise collective*, Inserm, 2004.

⁵ Plan «périnatalité» 2005-2007. *Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Ministère de la Santé et de la protection sociale, 2004.

⁶ Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal. *Rapport annuel 2008. Enfants avec déficience sévère - génération 1999. Observatoire périnatal données 2007*. 2008, 70p.

⁷ RUMEAU-ROUQUETTE C., CANS C., GRANDJEAN H. et al. Prévalence et évolution chronologique des déficiences à l'âge scolaire. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 1998, n°19, pp.77-78.

⁸ ANCEL P.-Y., MAZAUBRUN C. (du), KAMINSKI M. et al. Données évolutives sur la mortalité et les séquelles motrices des grands prématurés nés en région Ile-de-France : comparaison 1985-1997. In *Journées parisiennes de pédiatrie*, 2003, pp.179-185.

⁹ BLONDEL B., MAZAUBRUN C. (du), BREART G. *Enquête nationale périnatale 1995. Rapport de fin d'étude*. Inserm, 1996.

¹⁰ BLONDEL B., SUPERNANT K., MAZAUBRUN C. (du) et al. *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Inserm, 2005.

¹¹ ZEITLIN J., ANCEL P.-Y., DELMAS D. et al. Changes in care and outcome of very preterm babies in the Parisian region between 1998 and 2003. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2009 ; 0 : adc.2008.156745v1

¹² BLONDEL B., NORTON J., MAZAUBRUN C. (du) et al. *Enquête nationale périnatale 1998*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Inserm, 2000.

¹³ VIGAN C. (de), KHOSHNOOD B., CADIO E. et al. Le registre des malformations de Paris : un outil pour la surveillance des malformations et l'évaluation de leur prise en charge. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2008, n°28-29, pp.250-253.

¹⁴ VIGAN C. (de), KHOSHNOOD B., LHOMME A. et al. Prévalence et diagnostic prénatal des malformations en population parisienne. Vingt ans de surveillance par le Registre des malformations congénitales de Paris. In *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol.34, n°1, cahier 1, pp.8-16.

¹⁵ VIGAN C. (de), KHOSHNOOD B., CADIO E. et al. Diagnostic prénatal et prévalence de la trisomie 21 en population parisienne, 2001-2005. In *Gynécologie obstétrique et fertilité*, 2008, vol.36, n°2, pp.146-150.

¹⁶ KHOSHNOOD B., VIGAN C. (de), BLONDEL B. et al. Long-term trends for socio-economic differences in prenatal diagnosis of Down syndrome : diffusion of services or persistence of disparities ? In *BJOG*, 2008, vol.115, n°9, pp.1087-1095.

¹⁷ *Evaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale*. Haute autorité de santé, 2007.

¹⁸ HAMARD H. Handicaps sensoriels de l'enfant. Rapport au nom de la commission XII (Handicaps), adopté le 7 novembre 2006, In *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2006, tome 190, n°8, pp.1775-1790.

¹⁹ Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

²⁰ ROUX C. *Les centres d'action médico-sociale précoce. Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008*. CNSA, 2008.

Repères bibliographiques

BLONDEL B., KAMINSKI M. L'augmentation des naissances multiples et ses conséquences en santé périnatale. In *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2002, vol.31, n°8, pp.725-740.

Déficits auditifs, Recherches émergentes et applications chez l'enfant. *Expertise collective*, Inserm, 2006.

ELIANE CONSEIL. *Enquête auprès des parents (2006) et enquête auprès des professionnels de santé (2007)*.

EMBERSIN C., GREMY I. *Handicap et périnatalité en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005, 16p.

Définitions

Age corrigé : âge chronologique auquel il faut retirer le nombre de semaines de prématurité.

Camsp : Les centres d'action médico-sociale précoce assurent principalement trois missions (décret n°76-389 du 15 avril 1976) : le dépistage et diagnostic précoces des déficits ou handicaps, la prévention ou réduction de l'aggravation de ces handicaps, la cure ambulatoire et la rééducation précoce des enfants présentant ces déficits ou handicaps, pour les enfants de 0 à 6 ans atteints de déficits sensoriels, moteurs ou comportementaux. Ils sont aussi chargés de l'accompagnement des familles, soit au cours des consultations, soit à domicile, dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant, et du soutien et de l'aide à l'adaptation sociale et éducative. Depuis une loi de 1989, le financement des Camsp est partagé entre l'assurance maladie (80%) et le Conseil général au titre de la PMI (20%).

Déficience auditive sévère : perte bilatérale supérieure à 70 décibels avant correction.

Déficience visuelle sévère : acuité visuelle du meilleur œil < 3/10 après correction. Cécité bilatérale : acuité visuelle < 1/10.

Maladies rares : maladies touchant au plus 1 personne pour 2 000, pouvant entraîner des handicaps lourds et pour lesquelles un traitement simple peut soit permettre un développement normal de l'enfant soit limiter les complications dues à la maladie

Paralysie cérébrale : Selon la terminologie anglo-saxonne, la paralysie cérébrale associe un trouble de la posture et un trouble du mouvement, résultant d'une lésion cérébrale non évolutive et définitive sur un cerveau en développement.

Le Rheop : Le Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal, créé en 1991, vise à surveiller l'évolution et la prévalence des déficiences sévères de l'enfant grâce à un enregistrement continu et exhaustif de ces déficiences sur une base géographique (départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie), à disposer d'une base de données pour des enquêtes à visée étiologique, à constituer une aide à la planification des structures sanitaires ou médico-sociales nécessaires à la prise en charge de ces enfants. Depuis 2005, le registre est élargi à la Savoie et à la Haute-Savoie.

Le Registre des malformations de Paris recense les anomalies morphologiques majeures et anomalies chromosomiques parmi les naissances vivantes et enfants mort-nés de 22 SA ou plus et les interruptions médicales de grossesse (IMG) après diagnostic prénatal, quel qu'en soit l'âge gestationnel. La population couverte par le registre est celle des mères résidant à Paris ou proche couronne et ayant accouché ou eu une IMG à Paris, soit 36 000 à 38 000 naissances (dont environ 200 enfants mort-nés).

SA : semaine d'aménorrhée. La durée de la gestation se calcule en nombre de semaines révolues depuis le 1^{er} jour des règles.

Score PMC : score général appelé «Processus mentaux composites» établi à partir de l'échelle K-ABC, Kaufman-Assessment Battery for Children, qui est une échelle de mesure de l'intelligence proche du traditionnel QI.

Renforcer le dépistage précoce des troubles de l'apprentissage du langage écrit et oral

Contexte

Le langage est tout à la fois un acte physiologique, psychologique et social : sa maîtrise s'avère donc nécessaire pour un développement harmonieux. Les rapports scientifiques et parlementaires se succèdent depuis 2000 sur la question des troubles spécifiques du langage écrit et oral mais aucune enquête de prévalence de grande ampleur n'a été menée jusqu'à ce jour.

Les troubles spécifiques du langage (dysphasie : trouble du langage oral ; dyslexie : troubles du langage écrit) appartiennent à la catégorie des troubles des apprentissages qui comprennent également la dyspraxie, la dysorthographe, la dyscalculie et le déficit de l'attention (TDAH). Tous peuvent être isolés ou parfois associés.

Les troubles de l'apprentissage du langage écrit et oral visés par l'objectif 9 du Plan régional de santé publique francilien font précisément référence aux troubles spécifiques du langage. C'est ainsi qu'ils seront dénommés dans la suite de cette fiche.

Les troubles spécifiques du langage écrit et oral toucheraient 4 à 5 % des élèves français (soit 1 élève par classe environ) dont un quart avec des troubles sévères¹. A la différence des enfants porteurs de «troubles du langage», les enfants porteurs de «troubles spécifiques du langage écrit et oral» n'ont jamais de déficits sensoriels ou intellectuels. En effet ces troubles «ne peuvent être mis en rapport direct avec des anomalies neurologiques ou des anomalies anatomiques de l'organe phonatoire, pas plus qu'avec une déficience auditive grave, un retard mental ou un trouble sévère du comportement et de la communication. Leur origine est supposée développementale, indépendante de l'environnement socio-culturel d'une part, et d'une déficience avérée ou d'un trouble psychique d'autre par.»²

Par ailleurs, une étude américaine ancienne³ a mis en évidence une corrélation entre niveau du langage oral et capacités d'apprentissage du langage écrit : les enfants atteints de troubles spécifiques du langage oral présentent un risque accru de rencontrer des difficultés dans l'apprentissage du langage écrit.

Non diagnostiqués et non pris en charge précocement, les troubles spécifiques du langage écrit et oral peuvent conduire à un échec scolaire voire à un illettrisme, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce. Ils représentent donc un véritable problème de santé publique mais les effets qu'ils entraînent en font également un problème social¹. A titre indicatif, lors de la Journée d'appel de préparation à la défense, la part de jeunes de 17 ans en difficulté de lecture s'élève à 12% en France et à 11,3% en Ile-de-France en 2007⁴.

En France, un «Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage» a été défini en 2001⁵. Il s'appuie notamment sur des centres de référence comme dispositifs sanitaires de lutte contre les formes les plus sévères, les cas moins graves pouvant généralement être pris en charge par un orthophoniste seul.

En 2007, la loi réformant la protection de l'enfance⁶ réaffirme la nécessité des bilans de santé tout au long de l'enfance avec un volet de dépistage des troubles spécifiques du langage écrit et oral. Cette mission est confiée aux Conseils généraux pour les enfants de trois-quatre ans et à l'Education nationale pour les enfants de six ans.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Peu d'informations sur la prévalence des troubles spécifiques du langage.
- > Un fonctionnement du dépistage précoce collectif hétérogène.
- > Généralisation progressive de l'usage de l'outil de dépistage ERTL 4 pour les 3-4 ans et de l'outil BSEDS pour les enfants de 5-6 ans.
- > Absence de centres de référence dédiés à la prise en charge des formes sévères dans les départements de grande couronne.

Une étiologie toujours discutée

Des origines multiples

La question de l'origine des troubles spécifiques du langage écrit et oral oppose les sciences humaines et les sciences médicales. Il en ressort qu'ils peuvent avoir des origines multiples (troubles instrumentaux ou cognitifs, troubles psycho-neuro-linguistiques, troubles psychanalytiques...) et qu'ils se caractérisent par des difficultés dans la compréhension ou l'utilisation du langage écrit ou parlé. La meilleure réponse à apporter à ces troubles se trouve du côté des partenariats entre enseignants, personnels soignants et chercheurs, comme cela est le cas dans les centres de référence dédiés aux troubles du langage¹.

En termes d'origine socio-économique, une étude ponctuelle menée à Paris sur les troubles d'acquisition de la lecture en cours élémentaire met en avant «la fréquence élevée de troubles chez les enfants issus des zones défavorisées (Zep et Rep), l'importance de la

«conscience phonologique» et, dans une moindre mesure, les déficits d'attention comme facteurs les plus prédictifs des compétences en lecture»⁷.

Dépistage, diagnostic et outils : différenciés selon l'âge

Les premiers tests de dépistage des troubles spécifiques du langage oral ne peuvent être effectués qu'à partir de l'âge de 3 ans car, avant cet âge, il est peu aisé de les différencier d'un simple retard de langage (tab.1). Diagnostiquer un trouble spécifique du langage oral ne pourra cependant pas être réalisé avant l'âge de 5 ans. De la même manière, les troubles spécifiques du langage écrit peuvent être détectés dès l'âge de 6 ans mais il ne s'agira que d'une simple suspicion puisqu'une dyslexie ne pourra être diagnostiquée qu'à l'âge de 8 ans, après deux années de scolarité en cours élémentaire (sans redoublement).

tab.1 Les troubles spécifiques du langage et les principaux outils d'évaluation précoce, par âge

Age	Troubles qui peuvent être dépistés		Troubles qui peuvent être diagnostiqués
	type de troubles	test (réalisé par)	
3 ans	troubles spécifiques du langage oral	DPL 3 : Dépistage et prévention langage à 3 ans (enseignant ou médecin) QLC : Questionnaire « langage et comportement » (enseignant)	
4 ans		DPL 3 : Dépistage et prévention langage à 3 ans (enseignant ou médecin) QLC : Questionnaire « langage et comportement » (enseignant) ERTL 4 : Epreuve de repérage des troubles du langage à 4 ans (médecin) BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	
5 ans		BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	troubles spécifiques du langage oral
6 ans	troubles spécifiques du langage écrit	BSEDS : Bilan de santé Evaluation du développement pour la scolarité (enseignant, psychologue, infirmière, médecin) ERTLA 6 : Epreuve de repérage des troubles du langage et des apprentissages à 6 ans (médecin) BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	
7 ans		BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	
8 ans		BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	troubles spécifiques du langage écrit (dyslexie)
9 ans		BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	

Sources : Société française de pédiatrie, DGS*, Académie de Créteil.

Le dépistage précoce collectif des troubles spécifiques du langage : du ressort des Conseils généraux et de l'Education nationale

Une obligation légale

Selon le Code de la santé publique, «le président du Conseil général a pour mission d'organiser [...] des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle»⁹. Cette organisation relève précisément du service du Conseil général en charge de la protection maternelle et infantile (PMI). Dans le cadre des consultations et actions de prévention médico-sociale susmentionnées, ce service contribue «aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les profession-

nels de santé et les structures spécialisées.»⁹

A partir de 6 ans, ce sont les services de la promotion de la santé en faveur des élèves de l'Education nationale qui prennent le relais, à travers la réalisation obligatoire d'un bilan de santé au cours de la sixième, neuvième, douzième et quinzième années des enfants scolarisés. «A l'occasion de la visite de la sixième année, un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisé. Les médecins de l'Education nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites.»¹⁰

Un fonctionnement hétérogène entre les huit départements franciliens

En Ile-de-France, les écoles, collèges et lycées sont répartis entre trois académies : Paris, Créteil (qui intervient sur les départements de Seine-et-Marne, de Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne) et Versailles (Essonne, Hauts-de-Seine, Val-d'Oise, Yvelines).

En matière de santé scolaire, une spécificité doit être soulignée : à Paris, ce sont les médecins d'une collectivité territoriale, la Mairie de Paris (Direction de l'aide sociale, de l'enfance et de la santé - Dases), qui interviennent jusqu'au primaire inclus. Cet aménagement est prévu par le Code de la santé publique qui précise que l'organisation des consultations et actions de prévention médico-sociale est gérée «soit directement [par le service du Conseil général en charge de la PMI], soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif»¹¹.

Cette spécificité a des conséquences sur le fonctionnement francilien du dépistage précoce des troubles spécifiques du langage, oral à 3-4 ans, écrit et oral à 6 ans.

Les services de PMI des Conseils généraux l'ont tous mis en place pour les enfants de 3-4 ans, excepté à

Paris où le dépistage est assuré par les médecins du service scolaire de la Dases.

De même, le dépistage des troubles spécifiques du langage écrit et oral pour les enfants de 6 ans est effectué à Paris par les médecins scolaires de la Dases. Dans les autres départements, ce sont les médecins de l'Education nationale (académies de Créteil et de Versailles) qui interviennent.

Autre spécificité : les services de PMI du Val-de-Marne sont les seuls à ne pas proposer de dépistage des troubles spécifiques du langage oral chez les 3-4 ans au sein des écoles maternelles publiques, malgré l'incitation législative⁹. Dans ce département, il est uniquement réalisé dans les centres de PMI.

D'autres spécificités relatives au fonctionnement du dépistage ont été relevées pour les enfants de 3-4 ans aussi bien que ceux de 6 ans (tab.2), en termes :

- de cadre de réalisation : lors du bilan de santé ou via une démarche spécifique ;
- de stratégie de dépistage : systématique ou ciblé ;
- du type de test utilisé ; toutefois, une tendance récente à la généralisation de l'utilisation de l'outil ERTL 4 pour les 3-4 ans et de l'outil BSEDS (dans sa nouvelle version) pour les 6 ans doit être soulignée.

tab.2 Fonctionnement du dépistage précoce collectif des troubles spécifiques du langage en Ile-de-France en 2006-2007

Département	Académie	3-4 ans					«Au cours de la 6ème année»				
		responsabilité des bilans de santé et dépistage des troubles spécifiques du langage	dépistage réalisé dans le cadre du bilan de santé obligatoire	dépistage systématique des troubles spécifiques du langage	dépistage réalisé dans les écoles maternelles publiques	outil d'évaluation (depuis)	responsabilité des bilans de santé et dépistage des troubles spécifiques du langage	dépistage réalisé dans le cadre du bilan de santé obligatoire	dépistage systématique des troubles spécifiques du langage	dépistage réalisé dans les écoles maternelles publiques	outil d'évaluation (depuis)
75	Paris	Mairie de Paris Dases	non	oui	oui	BREV (2001)	Mairie de Paris Dases	oui	oui	oui	BREV (2001)
77	Créteil	Conseil général PMI	oui	oui	oui	ERTL 4 (année NC*)	Education nationale Académie de Créteil, service de la promotion de la santé en faveur des élèves	oui	oui	oui	BSEDS BREV ERTLA 6 autres** (année NC)
93		Conseil général PMI	oui	non	oui	libre (année NC)					
94		Conseil général PMI	non	non	non	libre (année NC)					
78	Versailles	Conseil général PMI	oui	oui	oui	ERTL 4 (1999)	Education nationale Académie de Versailles, service de la promotion de la santé en faveur des élèves	oui	oui	oui	BSEDS BREV ERTLA 6 autres** (année NC)
91		Conseil général PMI	oui	non	oui	ERTL 4 (1992)					
92		Conseil général PMI	oui	oui	oui	ERTL 4 (avant 1999)					
95		Conseil général PMI	non	oui	oui	ERTL 4 (année NC)					

*NC : année non communiquée.

**Il s'agit d'outils non scientifiquement validés et donc non référencés.

Sources : Les Conseils généraux franciliens, la Mairie de Paris, les académies de Créteil et de Versailles. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Des comparaisons départementales difficiles pour l'année scolaire 2006-2007

Du fait des nombreuses disparités de fonctionnement, les résultats départementaux (tab.3) sont difficilement comparables, d'autant que d'autres éléments doivent être pris en compte :

- la situation récente de montée en charge des dépistages, avec des situations initiales d'activité de dépistage différenciées selon les Conseils généraux, à l'origine d'une mise en œuvre plus ou moins rapide de l'obligation réaffirmée dans la loi de 2007⁶, relative à la nécessité de réaliser des bilans de santé tout au long de l'enfance avec un volet de dépistage des troubles spécifiques du langage ;
- le développement en cours des systèmes d'information permettant de les appréhender - en routine et avec précision (toutefois, les données sont déjà disponibles à la commune pour deux Conseils généraux) ;
- des pratiques différenciées entre les professionnels qui réalisent les dépistages (qualification : médecins/infirmières, formation à l'usage d'outils validés, type de test utilisé : cf. tab.2,...) ;

- des modalités locales de réalisation différentes, en raison par exemple d'un manque de personnel PMI ou d'un turn-over important, ou encore de secteurs non couverts en médecins et/ou infirmières pour l'Éducation nationale.

Ces deux derniers motifs sont probablement à l'origine de disparités infra-départementales.

Dans ce cadre, peu de taux peuvent être calculés (tab.3). Ils doivent être interprétés avec prudence, en tenant compte des faits suivants :

- à 3-4 ans, l'école n'est pas encore obligatoire ;
- les données transmises concernent les enfants scolarisés en école publique : à 3-4 ans, ils représentent 9 enfants scolarisés sur 10 et plus de 8 enfants scolarisés sur 10 à 6 ans ;
- le territoire couvert par les académies de Créteil et de Versailles est bien plus étendu que le territoire parisien (carte 1) ; cette caractéristique est probablement à l'origine de contraintes matérielles et logistiques supplémentaires pour pouvoir intervenir dans les écoles parfois isolées sises dans les quatre départements de grande couronne couverts par ces deux académies.

tab.3 Le dépistage précoce collectif des troubles spécifiques du langage en Ile-de-France en 2006-2007

Département	Académie	3-4 ans							«Au cours de la 6 ^{ème} année»					
		Enfants âgés de 3 ans (2006)*	Enfants de 3 ans scolarisés en école publique (2006)		Enfants de 3-4 ans vus en 2006-2007 pour dépistage des troubles du langage		Enfants de 3-4 ans vus en 2006-2007 chez qui un trouble spécifique du langage a été détecté	Enfants de 3-4 ans vus en 2006-2007 adressés à un professionnel en orthophonie (centre de référence, CMP...)	Enfants âgés de 6 ans (2006)	Enfants de 6 ans scolarisés en école publique (2006)		Enfants de 6 ans vus en 2006-2007 pour dépistage des troubles du langage		Enfants de 6 ans vus en 2006-2007 adressés à un professionnel en orthophonie (centre de référence, CMP...)
			Nb** (1)	Nb (2)	% (2/1)	Nb (3)				% (3/2)	Nb (4)	Nb (5)	% (5/4)	
75	Paris	21 991	19 062	89%	12 302	65%	232	114	20 273	17 714	87%	16 185	91%	640
77		18 199	17 676	97%	15 179	86%	1 713	1 064						
93	Créteil	23 528	22 691	98%	ND***		1 589	1 256	57 596	47 678	83%	(22398)****		3 198
94		17 489	17 140	98%	ND		ND	ND						
78		19 808	18 702	94%	7 709	41%	1 134	ND						
91	Versailles	17 305	15 235	88%	9 234	61%	1 173	971						
92		21 222	20 621	97%	17 948	87%	3 212	696	72 867	69 210	95%	42 290	61%	4 092
95		16 714	16 652	99%	8 180	49%	1 175	940						

* L'effectif des enfants de 3 ans en 2006 provient du recensement de population dans sa forme rénovée, réalisé par l'Insee. Le recensement repose désormais sur une collecte d'informations annuelles, concernant successivement tous les territoires communaux au cours d'une période de cinq ans. En cumulant cinq enquêtes, l'ensemble des habitants des communes de moins de 10 000 habitants et 40% environ de la population des communes de 10 000 habitants ou plus sont pris en compte. Les informations collectées sont ramenées à une même date pour toutes les communes afin d'assurer l'égalité de traitement entre elles et d'obtenir une bonne fiabilité des données. Les cinq premières enquêtes de recensement ont été réalisées de 2004 à 2008. Ainsi, à partir de fin 2008, il est possible d'élaborer puis de diffuser les résultats complets du recensement millésimé 2006, date du milieu de la période.

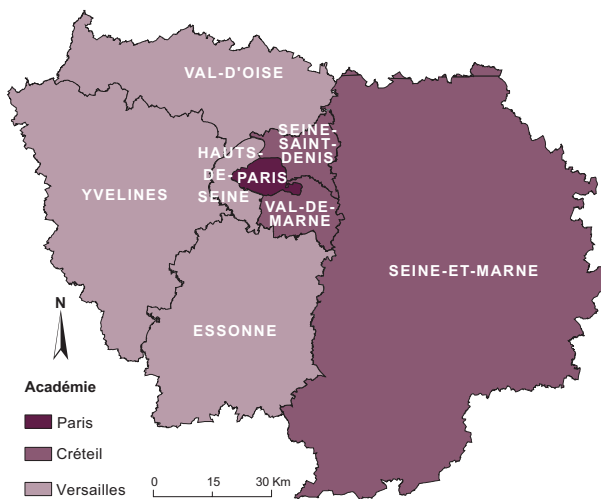
** Nb : nombre.

*** ND : non disponible.

**** Il s'agit d'une sous-estimation - seuls les enfants ayant bénéficié d'un dépistage «approfondi» étant inclus. Le nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage «standard» qui précède le dépistage approfondi (cf. encadré en fin de fiche) n'est disponible qu'à partir de 2007-2008.

Sources : Insee - Recensement de population 2006. Les Conseils généraux franciliens, la Mairie de Paris, les académies de Créteil et de Versailles - Enquêtes DGESCO. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

carte 1 Les académies franciliennes et leur territoire d'intervention



Source : Education nationale. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Dès lors, les seules observations qui peuvent être réalisées sont les suivantes (tab.3). Elles portent sur les 3-4 ans :

- deux Conseils généraux ne sont pas en capacité de renseigner le nombre d'enfants vus en 2006-2007 pour ce dépistage (cela sera possible à partir de fin 2009 pour un des deux Conseils généraux) ;
- l'activité de dépistage apparaît élevée dans deux départements franciliens où les Conseils généraux réalisent systématiquement le dépistage des troubles spécifiques du langage oral dans les écoles maternelles publiques, lors d'un bilan de santé (tab.2) ; toutefois, le recours à d'autres professionnels que ceux recommandés (tab.1) pour réaliser le dépistage (par exemple, des infirmières de puériculture ou des auxiliaires de puériculture) pourrait expliquer, pour partie, ce résultat.

Au final, l'activité de dépistage précoce des troubles spécifiques du langage des services de PMI et de promotion de la santé des élèves (ainsi que celle de la Dases à Paris), difficilement interprétable à partir des données disponibles pour l'année scolaire 2006-2007, semble se développer peu à peu, notamment via la formation des personnels à certains tests de dépistage ainsi qu'à travers une tentative d'harmonisation des pratiques entre les professionnels de l'Education nationale dans les départements et sur les deux académies franciliennes concernées (Créteil et Versailles), ce qui laisse présager une amélioration des dépistages pour l'avenir.

En termes d'informations disponibles sur le dépistage précoce, l'enquête réalisée par la Drees auprès des enfants de 6 ans scolarisés en grande section de maternelle, dans le cadre du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire, permettra de compléter les résultats présentés. Celle-ci comporte en effet une partie rela-

tive au «Langage» où figurent notamment le type de test effectué et son résultat, ainsi que la prise en charge proposée. Déjà réalisée en 1999-2000, en 2002-2003 et en 2005-2006, des premiers résultats nationaux relatifs au langage devraient être publiés fin 2009. Bien qu'il n'ait pas été possible d'obtenir de résultats régionaux avant la diffusion nationale, cette source - disponible tous les trois ans en routine - doit être signalée et retenue.

D'autres informations pourraient être obtenues en routine concernant les enfants présentant un trouble spécifique d'apprentissage de la lecture (TSAL) via les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), à partir des dossiers handicap déposés par les parents.

Le dossier médical de liaison : une articulation entre les Conseils généraux et l'Education nationale

Depuis 1989¹², «le service départemental de protection maternelle et infantile établit une liaison avec le service de santé scolaire, notamment en transmettant au médecin de santé scolaire les dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle. Les modalités de cette transmission doivent garantir le respect du secret professionnel. Ces dossiers médicaux sont établis conformément à un modèle fixé par arrêté interministériel [...]» en 1997¹³ et intitulé «dossier médical de liaison» (DML).

Le DML comprend notamment un volet relatif à l'examen psychomoteur comportant des informations sur les troubles du langage. Les services de PMI du Conseil général y renseignent la présence ou l'absence d'un défaut d'articulation ainsi qu'un éventuel retard de langage. D'autres difficultés peuvent également être renseignées (comportement, graphisme...). L'adressage pour bilan y figure, accompagné de ses conclusions et du nombre de consultations et/ou de séances de rééducation réalisées par l'enfant. Enfin, les suites données sont complétées et les coordonnées du médecin traitant de l'enfant sont indiquées.

Le DML constitue ainsi un outil permettant le suivi sanitaire des élèves. En Ile-de-France, la transmission entre services est effective dans cinq départements sur sept intéressés, Paris n'étant pas concerné (les bilans pour les enfants de 3-4 ans et ceux de 6 ans sont réalisées par la même collectivité).

Une grande disparité dans l'utilisation des DML est cependant observée : dans certains départements, il existe simplement des réunions de liaison entre médecins de PMI et médecins scolaires de l'Education nationale sur les situations nécessitant un suivi médical en milieu scolaire et/ou des aménagements de la scolarité.

A terme, cet outil pourrait constituer une nouvelle base d'information de routine permettant d'améliorer la connaissance et le suivi du dépistage précoce collectif des troubles spécifiques du langage.

La prise en charge

Historiquement, une prise en charge au titre de la psychiatrie ou du handicap

Jusqu'en 2000, la prise en charge des troubles spécifiques du langage relevait du champ de la psychiatrie, à travers des dispositifs sanitaires : les centres médico-psychologiques-CMP, ou du champ du handicap, via des dispositifs médico-sociaux : les centres médico-psycho-pédagogiques-CMPP (idem pour les récents centres d'action médico-sociale précoce, cf. objectif 8). Toutefois, selon la Drass Ile-de-France¹⁴, «la prise en charge des enfants en CMPP est, en général, assez proche de celle proposée par les CMP qui sont, quant à eux, rattachés à un secteur de psychiatrie infanto-juvénile».

Le secteur libéral, en particulier les orthophonistes, est également impliqué dans cette prise en charge. En effet, lorsqu'un trouble spécifique du langage écrit ou oral est détecté par un médecin, celui-ci oriente l'enfant (sur prescription médicale) vers un orthophoniste ou (plus rarement) un médecin phoniatre pour un bilan. Un diagnostic pour un ou des troubles pourra alors être posé.

En 2001, le plan national d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage⁵ crée une nouvelle structure sanitaire de prise en charge dédiée aux diagnostics complexes : les centres de référence, chargés en outre d'innover la chaîne de dépistage et de prise en charge.

Huit centres de référence en Ile-de-France, inégalement répartis

En 2006, l'Ile-de-France compte huit centres de référence : cinq sont situés à Paris et trois en proche couronne (carte 2). Il n'y en a aucun en grande couronne. Sept d'entre eux sont implantés au sein d'établissements hospitaliers de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (Trousseau, Necker, Robert-Debré, Pitié-Salpêtrière, Raymond-Poincaré, Avicenne, Bicêtre). Le huitième est localisé au sein d'un centre hospitalier psychiatrique (Sainte-Anne).

Composés d'équipes pluridisciplinaires (orthophonistes, neuropsychologues, neuropédiatres, enseignants, psychiatres, éducateurs...), ces centres proposent des prises en charge adaptées aux formes sévères des troubles du langage. Ils assurent le suivi des enfants et la coordination des soins en ville.

En Ile-de-France, le nombre d'enfants suivis est très variable selon les centres. Cette caractéristique reflète leur hétérogénéité de fonctionnement, notamment en termes de taille des équipes, de délai d'obtention d'un rendez-vous (de plusieurs mois à un an d'attente alors que la notion de « délai raisonnable » - sans autre précision - est inscrite dans les textes réglementaires²), de moyens financiers. Dans ce cadre, les centres ne peuvent assurer pleinement leur mission de service public et répondre à une demande de plus en plus forte, malgré leur souhait de pouvoir accorder plus de temps aux enfants suivis. Ces difficultés sont certainement appelées à s'accroître dans un contexte de fermeture d'un centre de référence parisien, programmée courant

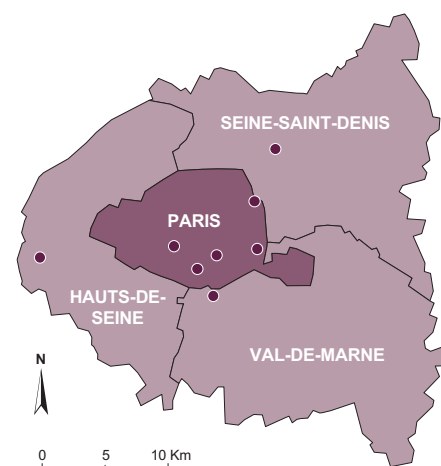
2009-2010.

Par ailleurs, bien que relevant du champ sanitaire (comme les CMP), l'absence de sectorisation des centres semble limiter la consolidation du réseau de prise en charge ainsi que leur lisibilité pour tous les acteurs (usagers, orthophonistes, médecins, enseignants...). Ce constat doit être nuancé, au moins pour le centre de référence de l'hôpital Bicêtre situé dans le 94, qui développe depuis 2004, des échanges avec le réseau Tap («troubles de l'apprentissage») Ile-de-France Sud afin d'améliorer la prise en charge des enfants souffrant de troubles de l'apprentissage du langage. L'action du réseau se concrétise ainsi par une mission de coordination des actions Ville-Centre de référence de l'hôpital Bicêtre et un partenariat avec les usagers (les enfants et leurs familles), les enseignants et les professionnels de santé.

Certains éléments fournis par le centre de référence de l'hôpital Raymond-Poincaré situé dans le 75 permettent d'appréhender en partie l'activité d'un autre de ces centres. Celui-ci propose à la fois des consultations et des bilans en ambulatoire et des séances de rééducation en hospitalisation. Tous les enfants hospitalisés sont d'abord vus en ambulatoire. Durant les phases d'hospitalisation, les enfants suivent leurs scolarités en sein même de l'hôpital. En 2006, les enfants proviennent essentiellement de quatre départements : Yvelines (plus d'un enfant sur deux), Hauts-de-Seine (un enfant sur quatre), Eure-et-Loir et Val-d'Oise (6,5% chacun) ; 8% des enfants proviennent d'autres départements. L'exemple de Raymond-Poincaré illustre l'absence de sectorisation énoncée plus haut.

Les trois quarts des enfants vus sont des garçons. L'âge moyen est de dix ans. Pour les consultations en ambulatoire, le nombre moyen annuel de visites par enfant est de 1,21 en 2006. Plus de 10% des enfants vus pour des troubles du langage sont suivis en consultation à l'hôpital en dehors du centre de référence.

carte 2 Localisation des centres de référence pour les troubles du langage en Ile-de-France* en 2006



*Seuls sont représentés les départements qui comportent au moins un centre de référence, soit quatre départements sur les huit que compte l'Ile-de-France.

Source : Inpes. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Perspectives franciliennes

Un partenariat entre les médecins libéraux et l'Education nationale : le programme francilien «Mod 4, 5, 6»

Initié par l'association du même nom créée en 2008, «Mod 4, 5, 6» (Mallette-Outil-Dépistage) est un projet d'expérimentation de consultations de prévention pour les enfants de 4, 5 et 6 ans en Ile-de-France, porté par les Unions régionales des médecins libéraux d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes et l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire.

Pour la région Ile-de-France, l'expérimentation se déroule sur les départements des Yvelines, de l'Essonne, des Hauts-de-Seine et du Val-d'Oise, soit l'ensemble des départements de l'académie de Versailles.

Ce projet s'inscrit dans la dynamique de prévention précoce des handicaps de la petite enfance.

Le contenu de la mallette d'outils proposée aux médecins généralistes et aux pédiatres a été défini avec notamment le concours des académies de Versailles, Grenoble et Lyon. Les outils présentés permettent la détection de troubles psychologiques, psycho-comportementaux, troubles des apprentissages, troubles de la vision, troubles de l'audition, obésité. Ces outils tiennent compte de la situation familiale, de l'alimentation, du sommeil, de l'autonomie et de l'habileté ainsi que du contrôle sphinctérien.

L'objectif vise non seulement l'étude de faisabilité d'un outil commun de consultation de repérage pour les médecins généralistes et les pédiatres, mais aussi l'établissement de liens entre la médecine de ville et les services de la promotion de la santé en faveur des élèves. En effet, pour atteindre l'exhaustivité et afin d'éviter les doublons, le projet prévoit à long terme une nouvelle organisation des bilans de santé incluant un échange d'informations entre médecins scolaires et médecins libéraux.

Une volonté, inscrite dans le Plan régional de santé publique francilien 2006-2010, de mise en œuvre d'un réseau de dépistage précoce départemental, pérenne et professionnalisé, piloté par l'Education nationale

Suite à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹⁵, les académies franciliennes ont été sollicitées par la Drass Ile-de-France pour participer à la définition du premier Plan régional de santé publique. Cette collaboration est à l'origine du présent objectif, élaboré conjointement par l'académie de Créteil et celle de Versailles.

Leur proposition¹⁶ visait à :

- améliorer le dépistage précoce des troubles spécifiques du langage en maternelle et en primaire par la sensibilisation des enseignants ;
- faire participer les familles en leur faisant prendre conscience de l'importance de ce dépistage ;
- construire un réseau de professionnels enseignants et de santé, formés à l'usage d'outils validés, mettant en œuvre des protocoles départementaux pilotés par le médecin scolaire conseiller technique départemental ;
- poursuivre le développement des dispositifs d'accès au diagnostic et aux filières de prise en charge, à travers la création de consultations avancées dans les départements dépourvus de centres de référence.

Cet objectif n'a pu être développé. A l'heure de la mise en place d'une nouvelle institution régionale, l'Agence régionale de santé (ARS), rassemblant les membres du groupement précité et d'autres partenaires, en charge d'élaborer un projet régional de santé fixant les orientations d'un schéma régional de prévention¹⁷, des éléments de suivi ont été attachés à cet objectif afin que l'ARS dispose d'un état des lieux de la santé des Franciliens en 2006 selon l'ensemble des objectifs du PRSP. Elle pourrait ainsi déployer l'ensemble des dynamiques nécessaires pour répondre aux besoins de prévention de la population francilienne et améliorer la cohérence des actions de santé publique en Ile-de-France. Cette finalité supposerait le renforcement de la mobilisation, notamment celle des professionnels de l'Education nationale.

Repères bibliographiques

FNORS. *Evaluation du plan d'action 2001-2004 pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Rapport final*. DGS, 2007, 38p.

IGAS, IGEN. *Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère de l'Education nationale, Ministère délégué à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes handicapées et à la Santé, 2002, 80p.

Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Haute autorité de santé-Service des recommandations professionnelles, 2005, 16p.

DELAHAIE M. *L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble*. Inpes, 2004.

Références citées

- ¹ RINGARD J.-C. *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique*. Rapport à Mme la ministre déléguée à l'Enseignement scolaire, 2000, 89p.
- ² Circulaire interministérielle DGS/SD 6 D/MEN n°2002-68 du 4 février 2002 relative à la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit.
- ³ MENYUK P. Predicting reading problems at risk children. In *Journal of speech and hearing research*, 1991, vol.34, pp.893-901.
- ⁴ L'année 2007 est la première année où cette information est disponible pour la région francilienne (Source : JAPD 2007 - Ministère de la Défense-DSN, MEN-DEPP, disponible sur Internet : <http://education.gouv.fr/recherche.php?recMot=japd+2007&type=Simple&recPer=per>).
- ⁵ VEBER F., RINGARD J.-C. *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*. Propositions à MM. les ministres de l'Éducation nationale et délégué à la Santé, et à Mme la secrétaire d'Etat aux Personnes âgées et aux Personnes handicapées, 2001.
- ⁶ Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
- ⁷ BILLARD C. Troubles d'acquisition de la lecture en cours élémentaire : facteurs cognitifs, sociaux et comportementaux dans un échantillon de 1 062 enfants. In *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2009, n°3, vol.57, pp.191-203.
- ⁸ *Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Guide pratique*. Société française de pédiatrie, Ministère de la Santé et des Solidarités-DGS. 2007, 26p.
- ⁹ Article L2112-2 du Code la santé publique.
- ¹⁰ Article L541-1 du Code de l'éducation et article L2325-1 du Code de la santé publique.
- ¹¹ Article L2112-4 du Code la santé publique.
- ¹² Loi n°89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.
- ¹³ Arrêté du 18 août 1997 relatif au modèle d'imprimé servant à établir le dossier médical de liaison entre le service départemental de protection maternelle et infantile et le service de promotion de la santé en faveur des élèves pour les enfants suivis en école maternelle (JORF n°203 du 2 septembre 1997 page 12 858).
- ¹⁴ *Enfants et adultes handicapés - Etablissements et services médico-sociaux en Ile-de-France - Bilan au 1^{er} octobre 2008*. Drass Ile-de-France, Préfecture de la région Ile-de-France, 2008, 18p.
- ¹⁵ Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique.
- ¹⁶ *Plan régional de santé publique en Ile-de-France 2006-2010*. Drass Ile-de-France, Préfecture de la région Ile-de-France, 2006, 166p.
- ¹⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Définitions

Conscience phonologique : Conscience de la structure segmentale de la parole, aboutissant à la conscience des phonèmes et de leurs enchaînement dans la chaîne parlée. Capacité à identifier et à pratiquer des opérations (identification, localisation, soustraction, inversion, addition, substitution) sur les phonèmes.

Dysphasie : Trouble développemental se manifestant par une structuration déviante, lente et disharmonieuse de la parole et du langage oral.

Dyslexie/Dysorthographe : Troubles spécifiques d'apprentissage de, respectivement, la lecture et l'orthographe.

Illettré : Qui ne sait ni lire ni écrire (analphabète : qui n'a pas appris à lire et à écrire).

Illettrisme : Etat de l'illettré incapable de maîtriser la lecture d'un texte simple.

Phonème : Il s'agit de la plus petite unité de langage parlé, dont la fonction est de constituer les signifiants et de les distinguer entre eux.

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention, Hyperactivité. C'est l'ensemble des dysfonctionnements qui se manifestent dans les domaines de l'attention, de l'impulsivité et de l'hyperactivité motrice pendant une durée d'au moins six mois.

Les troubles spécifiques du langage écrit et oral

La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (Cim 10) définit les troubles spécifiques du langage comme des troubles du développement psychologique (chapitre 5 : troubles mentaux et du comportement). Les troubles de l'apprentissage du langage oral sont intégrés dans le groupe «Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage» et les troubles de l'apprentissage du langage écrit sont intégrés dans le groupe «Troubles spécifiques des acquisitions scolaires».

Le Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV) de l'Association américaine de psychiatrie définit trois syndromes pour les troubles d'apprentissage du langage écrit et oral : trouble de type expressif, trouble du langage de type mixte réceptif expressif, trouble phonologique.

Dépistage standard et dépistage approfondi au cours de la 6^{ème} année*

La notion de «standard» et d'«approfondi» a été introduite du fait de l'évolution du test BSEDS qui a permis de dissocier une batterie de trois tests (le standard) pouvant être réalisée par des non-médecins à l'Education nationale (enseignants, psychologues et infirmières) de la batterie complète (d'où l'approfondi) dont la passation et l'interprétation ne peuvent être faites que par les médecins de l'Education nationale qui ont reçu la formation spécifique.

Le bilan standard, qui doit être pratiqué chez tous les enfants au cours de la sixième année, étudie la conscience phonologique.

Si celle-ci est insuffisante, un bilan approfondi est pratiqué par le médecin scolaire pour préciser au mieux les difficultés de l'enfant et prévoir des aménagements pédagogiques et d'éventuelles prises en charge extérieures.

*Sources : académies de Créteil et de Versailles.

Garantir le maintien d'une couverture vaccinale chez les adolescents et les jeunes adultes ainsi que dans les groupes à risque

Contexte

Grâce à la vaccination, la morbidité et la mortalité de nombreuses maladies infectieuses contagieuses ont reculé de manière spectaculaire. De ce fait, la gravité potentielle de ces maladies devenues moins fréquentes tend parfois à être oubliée, et paradoxalement, l'intérêt de la vaccination paraît quelquefois sous-estimé alors qu'elle reste l'un des meilleurs outils de prévention des maladies infectieuses. Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge et introduit chaque année de nouvelles recommandations¹.

Cinq objectifs spécifiques relatifs à la vaccination ont été fixés dans le cadre du PRSP Ile-de-France. Ils s'inscrivent dans le Programme régional d'Ile-de-France pour les maladies à prévention vaccinale 2008-2011 validé en novembre 2008 par la Conférence régionale de santé. Ces objectifs concernent certains vaccins et populations cibles pour lesquels le niveau de protection actuel n'est pas satisfaisant, ou pour lesquels l'introduction récente dans le calendrier vaccinal ou une modification de la stratégie retenue justifie une vigilance particulière.

Il s'agit :

- d'améliorer et de suivre l'évolution de la couverture vaccinale contre la tuberculose chez l'enfant,
- d'améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B des nourrissons et des populations à risque (homosexuels, détenus, personnes tatouées),
- d'améliorer la couverture vaccinale contre la coqueluche des adultes ayant un projet parental et des adultes jeunes,
- de suivre l'évolution et d'améliorer la couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humains (HPV) chez les jeunes filles, et de sensibiliser à la prévention du cancer du col de l'utérus après la vaccination par le frottis,
- d'améliorer la couverture vaccinale contre la grippe des personnes de 65 ans ou plus et des personnes souffrant d'affections de longue durée.

Les cinq objectifs spécifiques régionaux s'appuient sur ceux définis au niveau national dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui préconisait à échéance 2008 :

- d'atteindre ou de maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés (objectif 42 de la loi),
- une réduction de 30% de la mortalité attribuable à l'hépatite chronique : passer de 10-20% à 7-14% des patients ayant une hépatite chronique (objectif 37),
- d'atteindre un taux de couverture vaccinale contre la grippe d'au moins 75% dans les groupes à risque : personnes souffrant d'affections de longue durée, professionnels de santé et personnes âgées de 65 ans et plus (objectif 39).

L'objectif francilien relatif à la vaccination par le BCG rejoint ceux du programme national de lutte contre la tuberculose (axe 3 : «optimiser la stratégie vaccinale par le BCG [prévenir les formes graves]»), programme qui fait également l'objet d'une déclinaison au niveau régional en Ile-de-France.

Faits marquants en Ile-de-France

- > **Un système d'information actuellement peu performant pour la plupart des vaccinations** : l'absence de données disponibles (vaccination contre la coqueluche des jeunes adultes) ou une exhaustivité des données non satisfaisante (données collectées à partir des certificats de santé de l'enfant) limitent le nombre de données de couverture vaccinale disponibles et leur qualité.
- > **Des résultats franciliens en deçà des objectifs nationaux** : que ce soit la vaccination contre l'hépatite B chez les enfants et les adolescents ou la vaccination contre la grippe chez les personnes de 65 ans ou plus, les taux de couverture vaccinale mesurés en Ile-de-France sont inférieurs aux objectifs nationaux.
- > **Un calendrier vaccinal en permanente évolution** : compte tenu de l'apparition de nouvelles vaccinations (HPV notamment) ou des modifications des stratégies retenues (vaccination contre la tuberculose par exemple), il convient de se doter d'un système d'information plus performant.

Vaccination contre la tuberculose (BCG)

Arrêt de la vaccination obligatoire en 2007

L'obligation vaccinale par le BCG des enfants et adolescents a été suspendue par le décret du 17 juillet 2007². Cette obligation est remplacée désormais par une recommandation forte de vaccination pour les enfants à risque élevé de tuberculose dès la naissance. En Ile-de-France, il est fortement recommandé de vacciner tous les enfants dès la naissance et jusqu'à 15 ans³. Cette modification est survenue dans un contexte d'abandon de la vaccination par multipuncture en janvier 2006, ne laissant sur le marché que le vaccin intradermique plus difficile à manier et entraînant davantage d'effets indésirables, loco-régionaux essentiellement (abcès au point d'injection, adénopathies...).

Une couverture vaccinale qui tend à diminuer

La vaccination contre le BCG est très exceptionnellement réalisée dans les jours qui suivent la naissance. Ainsi, les taux de couverture vaccinale mesurés dans les départements franciliens à partir des certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8, cf. tab.1) sont inférieurs à 0,5% (sauf le 78 : 2,1%). Si l'interprétation des taux mesurés à partir des certificats de santé des 9^{ème} et 24^{ème} mois est délicate (cf. encadré en fin de fiche), la tendance générale semble être à la baisse pour les naissances les plus récentes.

Selon les enquêtes menées en milieu scolaire sur population représentative⁴, la couverture vaccinale par le BCG en Ile-de-France était de 99,8% pour les

enfants scolarisés en CM2 en 2001-2002, proportion identique à la couverture vaccinale BCG des enfants scolarisés en 3^{ème} en 2003-2004. Il convient de souligner que tous ces enfants relevaient encore de l'obligation vaccinale.

Plus récemment, la vente des vaccins BCG en Ile-de-France a connu une baisse de 37% entre 2005 et 2007⁵.

Tendance confirmée par une enquête auprès de médecins

En l'absence de source directe permettant d'identifier précocément une éventuelle baisse de la couverture vaccinale par le BCG, l'InVS a été saisi pour assurer la mise en place d'études de couverture vaccinale. Une étude a été conduite en février-mars 2008 auprès de pédiatres et de médecins généralistes⁶. Elle permet de disposer de résultats régionaux. En Ile-de-France, chez les enfants répondant aux nouvelles indications de vaccination par le BCG et âgés de 2 à 7 mois - c'est-à-dire nés après la suspension de l'obligation vaccinale - la couverture vaccinale est de 63% ; chez les enfants âgés de 8 à 23 mois (nés entre l'arrêt de commercialisation du BCG par multipuncture et la suspension de l'obligation vaccinale), la couverture vaccinale est de 88%.

La principale limite de cette étude est liée à la méthode de recrutement des médecins réalisé en sollicitant la participation volontaire de ceux abonnés à Infovac-France, réseau dédié à la vaccinologie. Les couvertures vaccinales estimées surestiment probablement leurs valeurs réelles dans la population générale.

tab.1 Couvertures vaccinales contre la tuberculose* à partir des données des certificats de santé, dans les départements franciliens

	CS 8 ^{ème} jour (nés en 2007)	CS 9 ^{ème} mois (nés en 2006)	CS 24 ^{ème} mois (nés en 2005)
75 ⁽¹⁾	0,2%	92,9%	98,3%
77 ⁽²⁾	NR ⁽³⁾	88,3%	95,2%
78	2,1%	61,9%	80,8%
91	0,1%	69,4%	90,2%
92	0,2%	70,5%	87,3%
93	0,1%	75,4%	92,1%
94	0,1%	74,5%	88,9%
95	0,3%	63,5%	89,1%

*La couverture vaccinale a été calculée en rapportant le nombre de réponses «oui» divisé par le nombre total de certificats reçus.

⁽¹⁾Pour le 75, les données des CS9 concernent les enfants nés en 2005 et les CS24 les enfants nés en 2004.

⁽²⁾Pour le 77, les données concernent les certificats reçus en 2006 et sont issues d'une plaquette d'information du Conseil général.

⁽³⁾NR : non renseigné.

Sources : Conseils généraux des départements franciliens. Exploitation ORS Ile-de-France, 2008.

Vaccination contre l'hépatite B

Des recommandations confirmées

La stratégie retenue en matière de vaccination contre l'hépatite B en France a été confirmée sur le calendrier vaccinal 2008¹ : «vaccination systématique de tous les enfants dès l'âge de 2 mois et avant l'âge de 13 ans, en privilégiant la vaccination du nourrisson, ainsi que la vaccination des personnes à risque [...] ainsi que le rattrapage des enfants et en priorité les adolescents non antérieurement vaccinés».

tab.2 **Couvertures vaccinales contre l'hépatite B* à partir des données des certificats de santé dans les départements franciliens**

	CS 8 ^{ème} jour (nés en 2007)	CS 9 ^{ème} mois (nés en 2006)	CS 24 ^{ème} mois (nés en 2005)
75 ⁽¹⁾	1,7%	37,5%	62,5%
77 ⁽²⁾	NR ⁽³⁾	44,0%	25,8%
78	0,7%	38,0%	52,7%
91	0,6%	54,3%	59,8%
92	0,8%	34,5%	57,2%
93	0,8%	34,4%	60,3%
94	0,6%	38,3%	52,5%
95	1,2%	38,0%	55,1%

*Au moins deux injections à 9 mois et au moins trois injections à 24 mois.
⁽¹⁾Pour le 75, les données des CS9 concernent les enfants nés en 2005 et les CS24 les enfants nés en 2004.
⁽²⁾Pour le 77, les données concernent les certificats reçus en 2006 et sont issues d'une plaquette d'information du Conseil général.
⁽³⁾NR : non renseigné.
Sources : Conseils généraux des départements franciliens. Exploitation ORS Ile-de-France, 2008.

Vaccination contre la coqueluche des adultes jeunes

Evolution récente des recommandations

En 2004, la stratégie dite du «cocooning» destinée à protéger les nourrissons recommandait de vacciner contre la coqueluche les adultes ayant un projet parental ou à l'occasion d'une grossesse, ainsi que les professionnels de santé en contact avec de très jeunes enfants.

En 2008, de nouvelles recommandations plus facilement applicables ont été proposées : nécessité de respecter le calendrier vaccinal concernant le rappel entre 11 et 13 ans, avec un rattrapage possible entre 16 et 18 ans, et administration d'un vaccin tétravalent diphtérie-tétanos-coqueluche-polio aux adultes n'ayant pas reçu de vaccin anticoquelucheux depuis plus de dix ans.

Vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV)

Une vaccination recommandée depuis 2008

Le calendrier vaccinal 2008¹ introduit la vaccination contre les infections à papillomavirus humains en tant que vaccination recommandée à toutes les jeunes filles à l'âge de 14 ans, préférentiellement par le vaccin quadrivalent contre HPV 6, 11, 16 et 18. Une mesure de rattrapage est prévue et le vaccin est également proposé aux jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant

A la naissance, la vaccination est ciblée sur les enfants nés de mères porteuses de l'antigène du virus de l'hépatite B (Ag HBs positif) et donc à risque de transmission mère-enfant.

Des couvertures vaccinales faibles

Selon les données des certificats de santé du 8^{ème} jour, les vaccinations du nouveau-né concernent, selon les départements franciliens, entre 0,6 et 1,7% des enfants (tab.2). A 9 et 24 mois, les taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B mesurés à partir des données des certificats de santé sont compris, selon les départements, entre 26% et 63% (tab.2).

Les données collectées lors du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire donnent des informations sur échantillons représentatifs⁴. Si les couvertures vaccinales franciliennes apparaissent plus importantes qu'au niveau national, elles demeurent cependant inférieures à 50% (tab.3).

tab.3 **Couvertures vaccinales contre l'hépatite B* à partir des données du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire**

	GSM ⁽¹⁾ 2002-2003	CM2 2001-2002	3 ^{ème} 2003-2004
Ile-de-France	ND ⁽²⁾	43,1%	49,4%
France	33,5%	33,1%	42,4%

*La couverture vaccinale est mesurée en prenant en compte les élèves ayant reçu, à la date de l'enquête, un nombre de doses égal ou supérieur au nombre de doses recommandées.
⁽¹⁾GSM : grande section de maternelle.
⁽²⁾ND : non disponible (l'analyse infra-régionale n'était pas possible en raison d'une participation insuffisante).
Source : Drees - Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire⁴.

Faible couverture vaccinale des parents

D'après une enquête réalisée en 2006 par 41 pédiatres en région parisienne, parmi 127 parents ayant reçu un rappel diphtérie-tétanos-polio depuis moins de trois ans, seuls 11,8% avaient reçu à cette occasion une combinaison contenant la valence coqueluche⁷. Si cette étude souligne la faible couverture vaccinale des parents, sa principale limite est son absence de représentativité.

Vaccination encore insuffisante des adolescents

Le calendrier vaccinal a introduit en 1998 le rappel coqueluche à l'adolescence. Selon les données recueillies dans le cadre du cycle triennal en milieu scolaire chez les élèves de 3^{ème} en 2003-2004⁴, la couverture vaccinale chez ces jeunes est de 57,4% au niveau national et de 60,4% pour la région Ile-de-France.

le début de leur vie sexuelle. Il protège contre les HPV 16 et 18 oncogènes qui sont responsables de 70% des cancers du col de l'utérus. Le vaccin quadrivalent présente de plus une efficacité contre les condylomes dus aux HPV 6 et 11 à faible risque oncogène. La vaccination HPV permet donc une prévention primaire, mais non exhaustive des cancers du col de l'utérus. De ce fait, le dépistage de ce cancer par frottis à partir de l'âge 25 ans reste indispensable, même s'il y a eu vaccination.

Vaccination contre la grippe des populations à risque

Une campagne annuelle de vaccination

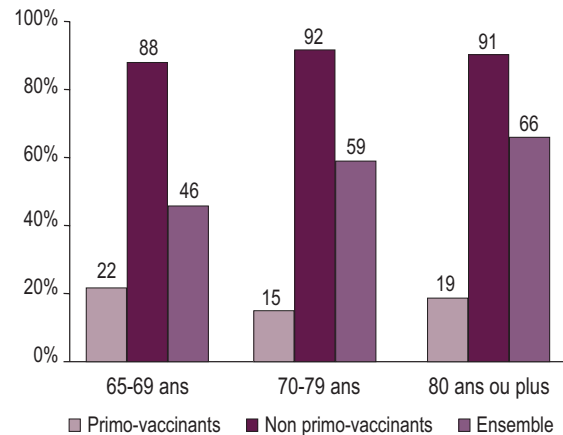
L'Assurance maladie lance chaque année un programme de vaccination contre la grippe ciblant les populations à risques. Un formulaire de prise en charge à 100% du vaccin est adressé aux assurés sociaux par courrier (personnes âgées de 65 ans ou plus et personnes en affection de longue durée - ALD).

Une couverture régionale insuffisante

Selon les données de l'Assurance maladie, le taux de couverture vaccinale contre la grippe en 2007 est de 57,4% chez les Franciliens de 65 ans ou plus, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (63,9%) ainsi qu'à l'objectif fixé par la loi de santé publique du 9 août 2004 (75%). L'analyse par tranche d'âge montre une couverture particulièrement faible des jeunes seniors âgés de 65 à 69 ans (fig.1). D'autre part, l'analyse en fonction de la notion de vaccination antérieure montre la difficulté à entrer dans la démarche de vaccination, alors qu'une fois la première vaccination effectuée, elle est le plus souvent renouvelée d'année en année.

Les personnes en ALD représentent par ailleurs une autre cible de la vaccination anti-grippale. Chez celles-ci, la couverture vaccinale n'atteint, en 2007,

fig.1 Taux régional de couverture vaccinale contre la grippe à partir de 65 ans, selon les antécédents de vaccination en Ile-de-France, en 2007 (régime général*)



*Les données concernent les assurés sociaux affiliés au régime général de l'Assurance maladie hors sections locales mutualistes (qui couvre 79% de la population francilienne protégée contre 74% en moyenne en France).

Source : Erasmé national V1 - septembre 2007 à février 2008. Exploitation Urcam Ile-de-France, 2008.

que 38,9% en Ile-de-France selon les données de l'Assurance maladie.

Références citées

- Calendrier vaccinal 2008 - Avis du Haut conseil de la santé publique. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2008, n°16-17. Disponible sur Internet : <http://www.invs.sante.fr/BEh/2008/16_17/beh_16_17_2008.pdf>.
- Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.
- Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 9 mars 2007 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination par le vaccin BCG chez les enfants et les adolescents. Disponible sur Internet : <http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/cshpf/a_mt_090307_vaccinbcg.pdf>.
- ANTONA D., FONTENEAU L., LEVY-BRUHL D. et al. Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2007, n°6, pp.45-49.
- Sources : Gers et Sanofi Pasteur MSD.
- GUTHMANN JP., LA ROQUE (de) F., BOUCHERAT M. et al. *Vaccination par le BCG en médecine libérale après la levée de l'obligation vaccinale*. Institut de veille sanitaire - Saint-Maurice, 2008, 18p. Disponible sur Internet : <<http://www.invs.sante.fr>>.
- LA ROCQUE (de) F., GRIMPREL E., GAUDELUS J. et al. Enquête sur le statut vaccinal des parents de jeunes nourrissons. In *Archives de pédiatrie*, 2007, n°14, pp.1472-1476.

Repères bibliographiques

DGS, Comité technique des vaccinations. *Guide des vaccinations. Édition 2008*. Saint-Denis, coll. Varia, 2008, 448p.
 Mesure de la couverture vaccinale en France. *Bilan des outils et des méthodes en l'an 2000*. Document préparé par le Comité de pilotage sur la couverture vaccinale en France sous la coordination de l'InVS, mars 2001. Disponible sur Internet : <http://www.invs.sante.fr/publications/couverture_vaccinale/index.htm>.

Les certificats de santé de l'enfant (CS) : des données à interpréter avec prudence

Si les trois certificats de santé (8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois) représentent une source de données «obligatoire» en population générale infantile, plusieurs limites doivent être précisées :

- un manque d'exhaustivité des informations reçues

Si pour les certificats du 8^{ème} jour, le taux de certificats reçus est de plus de 90% dans l'ensemble des départements franciliens, celui-ci chute pour les certificats du 9^{ème} mois (de 33% à 66% selon les départements) et pour les certificats du 24^{ème} mois (de 30% à 53%). Pour ces deux derniers certificats, il est observé parmi les certificats reçus, une surreprésentation des enfants suivis en PMI. Ce biais va vraisemblablement dans le sens d'une surestimation de certaines couvertures vaccinales, hépatite B notamment.

- des difficultés dans la saisie des informations

Tous les départements franciliens saisissent l'intégralité des certificats du 8^{ème} jour qu'ils reçoivent. Les départements de l'Essonne et du Val-de-Marne saisissent l'intégralité des certificats des 9^{ème} et 24^{ème} mois reçus. Pour les autres départements, la saisie ne concerne qu'entre 3% et 75% des certificats reçus.

- des modalités de réponses hétérogènes

Selon les vaccinations, les modalités de réponses prévues sur les certificats diffèrent. Pour la vaccination par le BCG sur les trois certificats de santé ainsi que pour la vaccination contre l'hépatite B sur le premier certificat de santé, les réponses sont en «Oui/Non». Cependant, la variable n'est pas systématiquement renseignée. Pour la vaccination contre l'hépatite B sur les deux derniers certificats, le codage est en «doses reçues», sans que la modalité «absence de vaccination» ne soit prévue. Il n'est donc pas possible de différencier les données manquantes des absences de vaccination. Pour une cohérence entre les différents taux de couverture vaccinale mesurés, le numérateur utilisé est le nombre d'enfants ayant eu un nombre de doses égal ou supérieur au nombre de doses recommandées pour l'âge ; le dénominateur est le nombre de certificats saisis. Ceci peut sous-estimer les couvertures vaccinales si, parmi les données manquantes, certains enfants sont en fait vaccinés (ainsi, les non-réponses représentent entre 1% et 15% des données BCG sur les certificats des 9^{ème} et 24^{ème} mois). De fait, il conviendrait d'améliorer l'exhaustivité et la qualité du remplissage des certificats de santé pour en faire un outil de surveillance performant.

Contexte

Avec la légalisation des méthodes médicales de prévention des grossesses en 1967 et les campagnes de prévention face au VIH/sida à la fin des années 1980, les jeunes adultes commencent aujourd'hui leur sexualité dans un contexte où l'accès à la contraception médicale est facilité et où le préservatif est largement diffusé. Toutefois, l'arrivée des traitements anti-rétroviraux, il y a dix ans, semble avoir contribué à une banalisation du sida et coïncide avec un relâchement des comportements de prévention.

Au cours des dernières décennies, l'âge au premier rapport sexuel des hommes et des femmes s'est abaissé en France, comme en Ile-de-France, particulièrement chez les femmes. Il est aujourd'hui de 17 ans chez les Franciliens et de 17,5 ans chez les Franciliennes¹. Le préservatif est largement utilisé au moment de l'entrée dans la sexualité ou au début des nouvelles relations. Pour autant, la recrudescence de certaines infections sexuellement transmissibles, le nombre encore élevé de grossesses non prévues et l'accroissement de l'utilisation non systématique du préservatif indiquent un relâchement des comportements de prévention et de contraception en France et en Ile-de-France.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Comme au niveau national, bonne protection préventive et contraceptive des jeunes Franciliens et Franciliennes, avec une utilisation élevée du préservatif au moment de l'entrée dans la sexualité et ensuite de la pilule.
- > Persistance de comportements à risque et échecs de contraception/prévention plus élevés en Ile-de-France qu'au niveau national : proportion plus élevée d'interruption volontaires de grossesse (IVG) parmi les 15-17 ans et du recours à la contraception d'urgence chez les jeunes de 18-24 ans entre 1997 et 2005.
- > Peu de données de routine sur les jeunes en difficulté scolaire, professionnelle ou sociale, malgré leur plus grande vulnérabilité vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles (IST).

Connaissance et usage des modes de prévention et de contraception

Une bonne connaissance des modes de prévention

La grande majorité des jeunes savent que le préservatif *masculin* est un moyen efficace pour se protéger du sida (plus de 95% des hommes et des femmes âgés de 18 à 24 ans). Quant au préservatif *fémminin*, plus de 90% d'entre eux en connaissent l'existence. Les jeunes Franciliennes sont toutefois moins nombreuses qu'au niveau national à reconnaître son efficacité (57,5% vs 67,6%), caractéristique non retrouvée chez les jeunes hommes (61% en Ile-de-France comme en France)².

Les Franciliens âgés de 18 à 24 ans sont près de 75% et 79% pour les Franciliennes à estimer qu'ils étaient bien informés à l'âge de 15 ans sur les moyens d'éviter une grossesse³. Les hommes et les femmes en Ile-de-France sont également plus de 85% à déclarer qu'avec «toutes les méthodes contraceptives existantes, il est facile pour une femme d'éviter une grossesse». Néanmoins, 48% des jeunes Franciliennes et 41% des jeunes Franciliens déclarent «avoir eu peur de tomber enceinte ou que leur partenaire tombe enceinte» au moment de leur entrée dans la vie sexuelle. Cette crainte chez les jeunes hommes est

plus importante en Ile-de-France. En effet, en province, les hommes de 18-24 ans ne sont que 31% à déclarer avoir ressenti cette crainte.

Légèrement meilleure qu'au niveau national, l'image du préservatif masculin est contrastée. Si près de trois quarts des jeunes d'Ile-de-France de 18-24 ans considèrent que le préservatif est «quelque chose de banal», près d'un sur deux et une Francilienne sur trois déclarent que «c'est compliqué à utiliser»².

Généralisation des comportements préventifs et contraceptifs des jeunes

Depuis le début des années 1990, le bon niveau d'information des modes de prévention est associé à une bonne protection préventive et contraceptive. Au moment de l'entrée dans la sexualité, les premiers rapports sont largement protégés³ : 87,3% des jeunes Franciliens et 90,4% des jeunes Franciliennes ont utilisé une méthode de prévention/contraception. Les habitants des autres régions sont plus nombreux à s'être protégés : 93,2% pour les hommes et 97,4% pour les femmes (fig.1).

Comme au niveau national, l'évolution du recours au préservatif en Ile-de-France lors du premier rapport sexuel, en association ou non avec la pilule, atteste de l'efficacité des campagnes de prévention. Près de 88% des hommes et 84% des femmes qui ont commencé leur sexualité entre 2000 et 2006 déclarent avoir utilisé un préservatif. Ils étaient moins de 18% lorsque ce premier rapport remonte avant les années 1980³.

Lors de leur dernier rapport sexuel, un bon niveau de protection est maintenu par les jeunes Franciliens³ (95% d'entre eux utilisent une méthode de contraception). Les jeunes Franciliennes sont quant à elles moins nombreuses à s'être protégées (85%). Lors de ce dernier rapport sexuel, le préservatif est moins fréquemment utilisé qu'au moment de l'entrée dans la sexualité : 58,3% des jeunes Franciliens et 34,5% des jeunes Franciliennes.

Largement utilisé lors de l'entrée dans la sexualité, le préservatif est ensuite remplacé par la pilule. Selon le Baromètre santé 2005, 58,8% des Franciliennes de 15-17 ans et 87% des 18-24 ans qui «font quelque chose pour éviter une grossesse», utilisent la pilule au moment de l'enquête. Cette proportion est moins élevée qu'au niveau national pour les 15-17 ans où elles sont 74,6% à la déclarer.

Les Franciliens sont moins nombreux que les Franciliennes à déclarer l'usage de la pilule, selon le Baromètre santé 2005. Ils sont 31,7% parmi les jeunes âgés de 15 à 17 ans et 69,4% parmi les 18-24 ans. Les jeunes femmes n'informent pas toujours leur partenaire qu'elles utilisent la pilule.

Comportements de prévention et de contraception

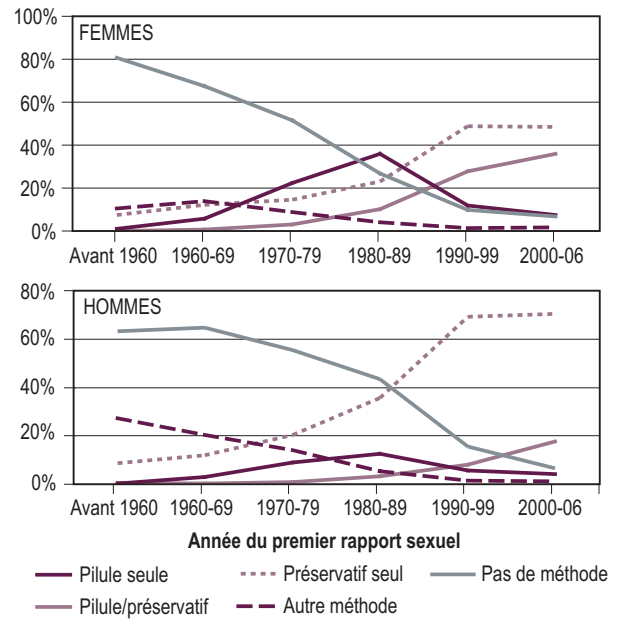
Le préservatif apparaît comme une norme préventive et contraceptive au moment de l'entrée dans la sexualité chez les jeunes Franciliens, mais plusieurs indicateurs tendent à souligner un relâchement des comportements de prévention et de contraception sur le plus long terme chez certains jeunes.

Recours à l'IVG plus fréquent en Ile-de-France

Selon le Baromètre santé 2005, 14% des Franciliennes âgées de 18-24 ans (16,4% des 15-17 ans) et 10,8% des Franciliens du même âge (13,4% des 15-17 ans) déclarent ne pas utiliser régulièrement de moyen de contraception avec leur partenaire actuel, marqueur d'une exposition élevée à la survenue d'une grossesse non planifiée.

Stable en France métropolitaine depuis une dizaine d'années, le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) diminue légèrement en Ile-de-France ces dernières années. Il était de 20,3 IVG en 2002 pour 1 000 Franciliennes de 15-49 ans, en 2006 il est de 19,2 IVG. Il reste tout de même plus fréquent qu'en France métropolitaine (14,5 IVG) et notamment pour les femmes mineures^{4,5}. En effet, l'Ile-de-France fait partie des régions où le taux de recours à l'IVG pour les mineures est le plus élevé après la Corse, les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Languedoc-Roussillon.

fig.1 Usage des méthodes préventives et contraceptives au premier rapport sexuel en Ile-de-France (en %)



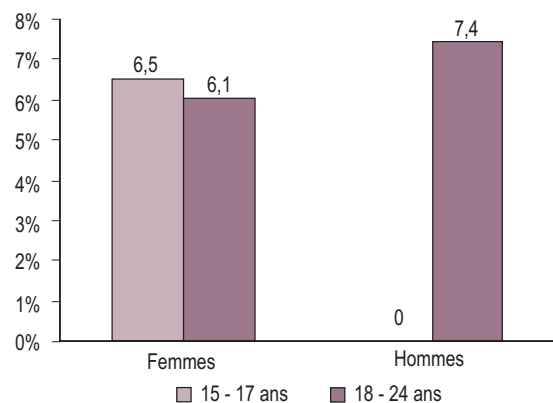
Lecture : 77,6% des femmes ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel (57,3% seul et 20,3% en association avec la pilule) lorsque celui-ci a eu lieu entre 2000 et 2006.

Source : ORS Ile-de-France - Enquête CSF 2006.

Même si l'usage du préservatif est largement répandu chez les jeunes, notamment au moment de l'entrée dans la sexualité, la pilule demeure globalement le moyen de contraception le plus utilisé par la suite.

D'après les données du Baromètre santé 2005 (fig.2), 6,1% des Franciliennes âgées de 18-24 ans et 6,5% des 15-17 ans ont eu recours au moins une fois à l'IVG. Comparable à celui des habitantes de province âgées de 18-24 ans, ce taux est en province bien inférieur chez les jeunes femmes de 15-17 ans (1,8%).

fig.2 Recours à l'IVG au cours de la vie chez les femmes et les hommes de 15-24 ans en Ile-de-France (en %)



Lecture : Parmi les Franciliennes âgées entre 15 et 17 ans, 6,5% ont déclaré avoir eu au moins une IVG au cours de leur vie. Aucun homme de cette classe d'âge ne déclare avoir eu une partenaire ayant eu une IVG.

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Un recours plus fréquent à la contraception d'urgence chez les jeunes

Dans un contexte de recours important à l'IVG, l'usage de la contraception d'urgence est plus fréquent depuis la fin des années 1990 (fig.3).

Le recours à la contraception d'urgence a fortement augmenté entre 1997 et 2005 avec une proportion d'utilisatrices parmi les 15-19 ans multipliée par deux en moins de dix ans (de 17% à 32% en Ile-de-France)^{6,7}, période pendant laquelle la contraception d'urgence est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale⁸.

Les recours toujours fréquents à l'IVG d'une part, et à la contraception d'urgence d'autre part, semblent indiquer chez les jeunes femmes des échecs contraceptifs ou des rapports sexuels non protégés, alors que l'offre des moyens de contraception et de prévention s'est diversifiée, et que l'accès à cette offre est facilité⁹.

Une reprise des IST chez les jeunes à confirmer

D'après l'enquête contexte de la sexualité en France (CSF)¹⁰, environ 1% des hommes franciliens de 18-24 ans déclarent en 2004 avoir eu une infection sexuellement transmissible (IST) autre qu'une mycose dans les cinq dernières années, proportion comparable au niveau national pour les hommes. En revanche, les Franciliennes du même âge sont nettement plus nombreuses à déclarer avoir eu une IST que les hommes et également que les habitantes de province (5,5% pour les Franciliennes versus 1,7% pour les habitantes de province)¹¹.

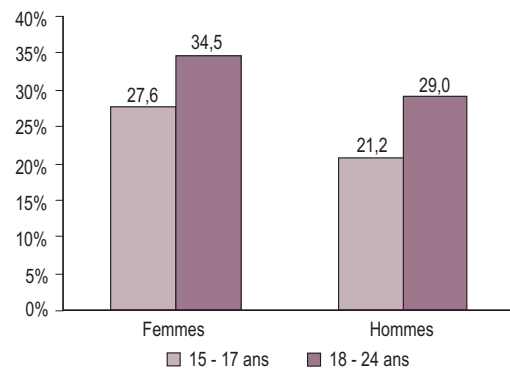
Depuis le début des années 2000, plusieurs études attestent d'une recrudescence de certaines IST (lymphogranulomatose vénérienne rectale, infections à gonocoques et à chlamydiae) en France et en Ile-de-France, d'abord chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes mais également dans la population hétérosexuelle¹². Le taux de déclaration plus élevé chez les femmes que chez les hommes en Ile-de-France peut s'expliquer en partie par un recours au système de soins plus fréquent chez les femmes, notamment avec le suivi gynécologique.

La prévalence déclarée d'IST supérieure en Ile-de-France souligne le fait que les comportements à risque y sont plus nombreux. De plus, la contamination par le VIH reste élevée chez les jeunes d'Ile-de-France âgés de 15 à 24 ans : parmi les nouvellement diagnostiqués séropositifs au VIH entre 2003 et 2006, 57% de ceux contaminés par voie homosexuelle l'ont été depuis moins de six mois, proportion plus élevée que leurs aînés (47%) et proche de la moyenne nationale des 15-24 ans (55%)¹³.

Une plus grande vulnérabilité de certains jeunes vis-à-vis des IST

La maîtrise de la contraception et de la prévention s'inscrit dans un domaine plus large de la santé et notamment de ses liens avec la pauvreté ou la précarité. L'accès à la prévention, une bonne maîtrise des moyens contraceptifs et l'adoption des comportements de prévention peuvent être plus complexes pour les jeunes en difficulté d'insertion sociale.

fig.3 Recours à la contraception d'urgence au cours de la vie chez les femmes et les hommes de 15-24 ans en Ile-de-France (en %)



Lecture : En Ile-de-France, 27,6% des femmes âgées entre 15 et 17 ans ont eu recours à la contraception d'urgence. Les hommes entre 15 et 17 ans sont 21,2% à déclarer que leur partenaire a eu recours à la contraception d'urgence.

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Ainsi, les **jeunes sous protection judiciaire** apparaissent particulièrement vulnérables vis-à-vis des IST et des IVG¹⁴. Mais de telles données récentes sont rares au niveau de l'Ile-de-France.

Une étude réalisée en 1998 à Paris et en petite couronne auprès des **jeunes sans domicile fixe**¹⁵ fait apparaître une moindre protection vis-à-vis des IST : 70% de ces hommes et 46% de ces femmes âgés de 16 à 19 ans ont dit avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel, proportions plus faibles que celles de l'échantillon francilien du Baromètre santé réalisé à la même période (respectivement 80% et 54%).

Les récentes enquêtes KABP réalisées auprès de la population générale francilienne indiquent également que les **jeunes moins diplômés** tendent à se caractériser aujourd'hui par une fragilisation des connaissances des modes de transmission du VIH.

Ainsi, les jeunes Franciliens âgés de 18 à 24 ans de faible niveau d'éducation (sans diplôme ou titulaire d'un CAP, CEP ou brevet) tendent en 2004 à être plus nombreux qu'en 1994 à penser que le virus du sida peut se transmettre «par une piqûre de moustique» (2,5% en 1994 et 28,3% en 2004, différence significative).

Les Franciliennes non diplômées sont également plus nombreuses que les Franciliennes titulaires du Bac ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur à considérer qu'effectuer un test de dépistage est efficace pour se protéger du sida.

Enfin, la probabilité d'utiliser un préservatif lors du premier rapport sexuel augmente avec le niveau d'études^{16,17}.

Les jeunes d'Ile-de-France sont encore nombreux à connaître des échecs contraceptifs et préventifs. On observe également une utilisation plus irrégulière du préservatif et une moins bonne maîtrise des moyens de contraception et de prévention parmi les jeunes Franciliens les moins diplômés. Mais si on ne peut affirmer une prévalence significativement plus élevée de ces échecs parmi les jeunes Franciliens en difficulté, car peu d'études récentes ont été réalisées spécifiquement auprès de cette population, elle semble grandement probable.

Références citées

- ¹ Pour cette raison, les données, lorsqu'elles sont disponibles, sont présentées selon les deux classes d'âges suivantes : 15-17 ans et 18-24 ans.
- ² BELTZER N., LAGARDE M., WU-ZHOU X. et al. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France : Evolutions 1992-1994-1998-2001-2004*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005.
- ³ BELTZER N., CAZENAVE A., GREMY I. *Sexualité, contraception et prévention en Ile-de-France, résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) 2006*. Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, 2008.
- ⁴ *L'interruption Volontaire de Grossesse en Ile-de-France - État des lieux et propositions, rapport des travaux préparatoires au SROS 3*. Drass Ile-de-France, 2005. <<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/sros3ivg.pdf>>.
- ⁵ VILAIN A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2004. *Etudes et résultats*, Drees, 2006, n°522.
- ⁶ Utilisation plus fréquente qui peut s'expliquer par une augmentation des prises de risque, mais également par une meilleure information et un meilleur accès à la contraception d'urgence.
- ⁷ EMBERSIN C., CHARDON B., GREMY I. *Jeunes en Ile-de-France : activités physiques, surpoids et conduites à risque : Exploitation régionale du Baromètre Santé 2005*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2007.
- ⁸ Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.
- ⁹ BAJOS N., OUSTRY P., LERIDON H., BOUYER J., JOB-SPIRA N., HASSOUN D. et le groupe COCON. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. In *Population*, Ined, 2004, 59(3-4), pp.479-502.
- ¹⁰ Source : données de l'enquête CSF exploitées par l'ORS Ile-de-France en 2009 dans le cadre de cet ouvrage.
- ¹¹ Les pourcentages présentés ici doivent être considérés avec prudence car ils sont calculés sur des effectifs faibles.
- ¹² <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/actualites_vih_sida_ist/synthese.pdf>. Dernière visite : 05/11/2009.
- ¹³ EMBERSIN C., HALFEN S., GREMY I. et al. Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France - Les jeunes face au VIH/sida : épidémiologie et aspects de la prévention. *Bulletin de santé*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006, n° 11.
- ¹⁴ CHOQUET M., HASSLER C., MORIN D. *Santé des 14-20 ans de la Protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après*. Inserm U 669, 2005, 193p. <<http://ifr69.vjf.inserm.fr/u669/Divers/RAPPORTPJJfinal4.pdf>>
- ¹⁵ FIRDION J.M., MARPSAT M., AMOSSE T. et al. Vie et Santé des jeunes sans domicile fixe ou en situation précaire - Enquête Ined, Paris et petite couronne, 1998. *Série Résultats*, Credes, 2001.
- ¹⁶ LYDIE N. Activité sexuelle et comportements préventifs. In LYDIE N. ed(s). Inpes, *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida*. Saint-Denis : Inpes, 2007, pp.109-124.
- ¹⁷ Une tendance identique est observée dans l'enquête KABP 2004 réalisée en Ile-de-France, mais la faiblesse des effectifs ne permet pas de noter de différences significatives entre niveaux de diplôme.

Contexte

Bien que la souffrance psychique soit un «concept multiforme, utilisé dans la littérature pour une série d'expressions de mal-être : consommation de psychotropes, actes de violence, dépression...»¹, ses manifestations concrètes, plus ou moins sévères, permettent une première approche quantitative de ce concept et de ses facteurs associés.

La manifestation la plus grave de la souffrance psychique, le suicide, concerne en France 10 415 personnes, parmi lesquelles plus de sept sur dix sont des hommes².

Les troubles dépressifs représentent une cause importante de morbidité, avec des prévalences variables selon les enquêtes et les instruments de repérage. Dans l'enquête Santé mentale en population générale³ (SMPG), 11% des individus de 18 ans ou plus ont connu un épisode dépressif au cours des deux semaines précédant l'enquête tandis que dans l'European Study of Epidemiology of Mental Disorders³, la prévalence est de 6% sur les douze derniers mois.

Une anxiété généralisée au cours des six derniers mois touche 13% des individus dans l'enquête SMPG.

Par ailleurs, la France est l'un des pays européens les plus consommateurs de médicaments psychotropes, avec une consommation concernant 14% des hommes et 25% des femmes en 2002⁴. Ce chiffre élevé ne s'explique pas pour autant par une prise en charge adéquate des troubles psychiatriques⁵, les durées des prescriptions étant peu respectées.

Enfin la consommation importante de produits psychoactifs, et notamment de l'alcool, est fortement associée à un niveau plus élevé de mal-être⁶ : 12% des consommateurs excessifs d'alcool ou alcoolo-dépendants ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois, contre 4% de ceux n'ayant pas une consommation à risque.

Faits marquants en Ile-de-France (Inpes - Baromètre santé 2005)

- > Des manifestations de la souffrance psychique différentes selon le sexe : chez les femmes, davantage d'épisodes dépressifs caractérisés (12% contre 6% des hommes), de tentatives de suicide (8% contre 3% des hommes) ; chez les hommes, davantage de décès par suicide et une consommation excessive ou dépendante d'alcool plus fréquente.
- > Une consommation de médicaments psychotropes pas plus élevée en Ile-de-France qu'en province mais néanmoins importante, surtout chez les femmes : 24% contre 14% des hommes.
- > En Ile-de-France comme en province, une plus grande souffrance psychique chez les personnes ayant subi des violences physiques, surtout les femmes.
- > Les jeunes de 16-25 ans au chômage ou inactifs semblent être plus souvent en souffrance psychique.

Souffrance psychique et facteurs associés en population générale

Des troubles dépressifs graves plus fréquents chez les femmes, 12% contre 6% chez les hommes

Les manifestations de la souffrance psychique diffèrent entre hommes et femmes. En Ile-de-France, parmi les 945 personnes décédées par suicide, 66% sont des hommes². Mais les femmes sont plus nombreuses à avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie (7,9% contre 2,8% des hommes en Ile-de-France), à avoir eu des pensées de suicide ou de

graves troubles dépressifs au cours de l'année, ces derniers concernant 11,5% des femmes contre 6,0% des hommes en Ile-de-France. Les femmes ont aussi plus fréquemment que les hommes eu recours à des professionnels pour des problèmes psychiques et consommé des médicaments psychotropes (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs) au cours des douze derniers mois (tab.1).

tab.1 Indicateurs de souffrance psychique chez les personnes de 15-75 ans en 2005 (en %)

	Hommes		Femmes	
	Ile-de-France	Hors Ile-de-France	Ile-de-France	Hors Ile-de-France
Tentatives de suicide au cours de la vie	2,8*	3,0*	7,9*	7,0*
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois	5,3	4,5*	6,1	5,8*
Episode dépressif caractérisé ¹ au cours des 12 derniers mois	6,0*	5,0*	11,5*	10,2*
Recours aux soins ² au cours des 12 derniers mois	7,1*	6,0*	12,8*	12,3*
Prise de tranquillisants, somnifères, antidépresseurs au cours des 12 derniers mois	13,8*	13,3*	24,4*	23,3*
Consommation excessive d'alcool, alcool-dépendance ³ au cours de la vie	16,5*	13,5*	6,2*	4,3*

Chiffres en gras : différence IdF / HdF significative. - Chiffres avec * : différence homme / femme significative.

(1) Episode dépressif caractérisé évalué à l'aide du Cidi Short Form.

(2) Avoir utilisé les services d'un organisme (hôpital, centre, etc.) et/ou avoir eu recours à un professionnel pour des problèmes émotifs, nerveux, psychol. ou de comportement.

(3) Avoir eu au moins deux réponses positives au test Deta.

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

L'utilisation de médicaments psychotropes est très élevée et concerne près d'une femme sur quatre et plus d'un homme sur dix, en Ile-de-France ou en province. Les hommes sont plus nombreux à déclarer une consommation excessive d'alcool ou de dépendance au cours de la vie : 16,5% contre 6,2% des femmes, en Ile-de-France.

L'évolution selon l'âge montre que les indicateurs ont des niveaux élevés aux âges jeunes, avec une prévalence des pensées suicidaires qui diminue avec l'âge : de 6,6% à 15-19 ans à 1,3% à 65-75 ans chez les hommes franciliens.

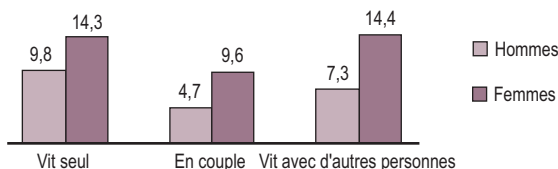
C'est à 15-19 ans que le niveau de tentative de suicide est le plus élevé chez les femmes (10,8%), proportion qui diminue pour atteindre 6,7% à 65-75 ans. Chez les hommes, la proportion la plus élevée est atteinte à 45-54 ans (4,7%).

La prévalence des troubles dépressifs est très élevée à 20-25 ans (10,1% des hommes et 16,1% des femmes), puis à 35-44 ans chez les hommes (7,5%) et à 45-54 ans chez les femmes (14,2%). Enfin, aucune différence significative n'est mise en évidence entre l'Ile-de-France et la province, ni chez les hommes ni chez les femmes.

Une souffrance psychique plus élevée chez les personnes ne vivant pas en couple, comme chez les personnes séparées ou veuves

Les personnes qui ne vivent pas en couple, qu'elles vivent seules ou qu'elles vivent avec d'autres personnes, sont plus nombreuses à avoir eu de graves troubles dépressifs au cours des douze derniers mois (fig.1). Cela est vrai aussi en province. Elles sont également plus nombreuses à avoir pensé au suicide (respectivement 8,8% et 9,4% des hommes et femmes vivant seuls, 7,7% et 9,0% des hommes et femmes vivant avec d'autres personnes contre 3,4% et 3,7% des hommes et femmes vivant en couple).

fig.1 Episode dépressif caractérisé chez les 15-75 ans selon le mode de vie en 2005 en Ile-de-France (en %)



Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Parallèlement, il existe une association entre souffrance psychique et statut matrimonial. Chez les femmes en Ile-de-France, les prévalences les plus élevées de troubles dépressifs concernent les femmes divorcées ou séparées (19,8%), puis les veuves (15,2%). Chez les hommes, ce sont les veufs (11,5%) puis les célibataires (7,2%) qui enregistrent les plus fortes prévalences. La prévalence la moins élevée concerne les personnes mariées ou pacées, avec 9,3% des femmes et 4,6% des hommes.

Une plus grande souffrance psychique chez les personnes victimes de violence, surtout chez les femmes

En Ile-de-France comme en province, les personnes ayant connu des violences physiques au cours des douze derniers mois sont plus nombreuses à connaître un niveau de souffrance psychique élevé. Par exemple, 41,7% des femmes en Ile-de-France ayant subi des violences physiques au cours des douze derniers mois ont eu un épisode dépressif caractérisé et 22,0% des pensées suicidaires, contre respectivement 10,7% et 5,7% des autres (tab.2). Parmi les personnes ayant subi des violences physiques, la proportion de femmes ayant connu des épisodes dépressifs caractérisés, des tentatives de suicide au cours de la vie ou des pensées suicidaires est supérieure à celles observées chez les hommes (sauf pour les tentatives de suicide en province).

tab.2 Souffrance psychique chez les 15-75 ans selon le fait d'avoir subi ou non des violences physiques au cours des 12 derniers mois en 2005 (en %)

	IdF		Hors IdF	
	H	F	H	F
Chez les personnes ayant subi des violences physiques*				
% épisode dépressif caractérisé - 12 mois	5,7	41,7	16,3	26,4
% tentative de suicide - vie	8,8	11,0	29,7	23,8
% pensées suicidaires - 12 mois	9,4	22,0	14,3	24,0
Effectifs	54	57	297	215
Chez les personnes n'ayant pas subi de violences physiques				
% épisode dépressif caractérisé - 12 mois	6,0	10,7	4,7	9,9
% tentative de suicide - vie	2,5	2,7	7,3	6,7
% pensées suicidaires - 12 mois	5,1	5,7	4,2	5,5
Effectifs	1 480	2 002	9 298	13 074

*Avoir été frappé ou blessé physiquement au cours des 12 derniers mois.

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Souffrance psychique et activité professionnelle

Les transformations du travail, de type intensification, recherche de rendement, augmentation de la précarité, peuvent avoir des retentissements physiques et psychiques (stress, anxiété, etc.) sur les individus. Ainsi, **40,5% des hommes et 38,7% des femmes en Ile-de-France (respectivement 39,6% et 35,7% en province) déclarent que le travail affecte leur santé.** Parmi les problèmes de santé d'ordre psychique (ou pouvant être des manifestations physiques de troubles psychiques) liés au travail, le stress est cité par 68,6% des hommes et 80,5% des femmes en Ile-de-France (tab.3). Les maux de dos sont fréquemment cités, par les hommes comme par les femmes, en Ile-de-France comme en province, et concernent environ six personnes sur dix. Les douleurs musculaires concernent 47,6% des hommes en Ile-de-France et 58,7% des femmes.

Une anxiété provoquée par le travail concerne plus de quatre hommes sur dix en Ile-de-France et plus de cinq femmes sur dix. Par ailleurs, une proportion plus importante d'hommes en Ile-de-France qu'en province déclarent que leur travail est «très ou plutôt fatigant nerveusement» (70,0% contre 65,3% en province) tandis que chez les femmes, les proportions sont comparables entre l'Ile-de-France et la province (68,9% et 68,2% en province). En Ile-de-France, 7% des hommes déclarant que le travail affecte leur santé

ont eu de graves troubles dépressifs (contre 3% parmi ceux ne se déclarant pas affectés), et 6% ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois (4% pour les autres). Chez les femmes, 18% de celles déclarant que le travail affecte leur santé ont eu de graves troubles dépressifs (9% pour les autres) et 10% ont pensé au suicide (4% pour les autres), au cours des douze derniers mois.

tab.3 Proportion de personnes citant les problèmes de santé suivants liés au travail* (en %)

	Ile-de-France		Hors Ile-de-France	
	H	F	H	F
Stress	68,6	80,5	68,1	79,0
Mal de dos	57,5	63,2	58,0	61,6
Douleurs musculaires	47,6	58,7	52,9	61,1
Anxiété	43,2	53,5	46,0	54,2
Maux de tête	26,5	42,4	29,1	35,2
Douleurs d'estomac	17,5	16,5	19,1	20,8
Douleurs respiratoires	7,9	11,2	11,8	6,2
Maladies de cœur dues au travail	3,2	2,7	3,7	1,7
Problèmes d'insomnie	33,5	36,3	32,2	37,7
Irritabilité	41,5	49,9	42,7	49,8
Effectifs	392	2 410	2 220	471

*Ont été retenus ici les problèmes de santé pouvant témoigner d'une souffrance psychique.

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Souffrance psychique et activité professionnelle des 16-25 ans

Si le travail peut générer de la souffrance, des difficultés d'insertion sociale sont associées à une moins bonne santé, difficultés qui peuvent commencer à l'adolescence par une sortie précoce du système scolaire. Une enquête montrait déjà en 1994 que les jeunes dans des dispositifs d'insertion avaient des niveaux de souffrance psychique plus élevés que les autres⁷.

Les données du Baromètre santé 2005 ne permettent pas de repérer les jeunes en grande désinsertion sociale. Néanmoins, il est possible de les distinguer selon leur situation professionnelle : en Ile-de-France, 87,1% des jeunes de 16-25 ans travaillent ou font des études, 6,6% sont au chômage ou inactifs (invalidité, congé longue durée, arrêt maladie, congé parental, au foyer) et 6,2% sont en apprentissage, en stage ou en formation.

Les jeunes au chômage ou inactifs semblent plus nombreux que les autres à témoigner d'une certaine souffrance psychique.

6,8% ont déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie, 17,0% ont connu de graves troubles dépressifs au cours des douze derniers mois, 43,7% ont eu des troubles des conduites alimentaires et 40,7% fument régulièrement (tab.4). Les différences entre chômeurs/inactifs et les autres ne sont pas significatives en Ile-de-France du fait de faibles effectifs (sauf pour le tabagisme quotidien) mais le sont en province. Par ailleurs, les jeunes qui sont en apprentissage, en

stage ou en formation ont, soit des niveaux comparables, soit des niveaux moins élevés de souffrance psychique que les jeunes qui travaillent ou font des études.

tab.4 Souffrance psychique et consommations de produits psychoactifs chez les Franciliens de 16-25 ans selon la situation professionnelle en 2005 (en %)

	Travail études	App., stage, form. (1)	Chômeurs inactifs	Ens.
Pensées suicidaires - 12 mois	5,4	2,2	4,3	5,0
Tentative suicide - vie	4,6	3,0	6,8	4,6
EDC (2) - 12 mois	10,6	9,7	17,0	11,2
Troubles alimentaires (3)	35,8	31,2	43,7	36,1
Alcool hebdo (4) - 12 mois	25,5	23,5	22,5	25,0
Tabac quotidien (5)	23,8	26,5	40,7	25,6
Cannabis répété (6) - 12 mois	16,3	19,9	24,3	17,4
Effectifs	1 844	132	132	2 108

(1) Apprentissage, stage, formation.

(2) Episode dépressif caractérisé selon le Cidi Short Form.

(3) Parmi manger énormément avec de la peine à s'arrêter, se faire vomir, redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter, manger en cachette, aucune envie de manger, manquer d'appétit.

(4) Avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois.

(5) Fumer au moins une cigarette par jour.

(6) Avoir consommé du cannabis au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois.

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Chez les jeunes de 16-25 ans qui travaillent ou sont étudiants, les prévalences de tentatives de suicide, d'épisodes dépressifs sont toujours plus élevés chez les filles que chez les garçons, que ce soit en Ile-de-France ou en province (tab.5). Il en est de même pour les troubles des conduites alimentaires, qui sembleraient aussi plus élevés chez les filles en province, même si la différence n'est pas significative. Les garçons sont en revanche plus nombreux à déclarer consommer de l'alcool au moins une fois par semaine et du cannabis au moins dix fois au cours des douze derniers mois. Quant à la consommation quotidienne de tabac, elle est plus élevée chez les garçons que chez les filles en Ile-de-France, tandis que les proportions sont comparables en province. Les comparaisons entre l'Ile-de-France et la province montrent que les prévalences sont comparables pour les pensées suicidaires, les tentatives de suicide, les épisodes dépressifs caractérisés, les troubles alimentaires ainsi que pour la consommation d'au moins dix fois au cours des douze derniers mois de cannabis. En revanche, la consommation hebdomadaire d'alcool est plus élevée en province qu'en Ile-de-France chez

les garçons (les proportions sont comparables entre l'Ile-de-France et la province chez les filles), et la consommation quotidienne de tabac est plus élevée en province qu'en Ile-de-France chez les filles (les proportions sont comparables chez les garçons).

tab.5 **Souffrance psychique et consommations de produits psychoactifs chez les jeunes de 16-25 ans travaillant ou étudiant en 2005 (en %)**

	Ile-de-France		Hors Ile-de-France	
	H	F	H	F
Pensées suicidaires - 12 mois	4,3	6,5	5,2	6,0
Tentative suicide - vie	1,8	5,1	1,6	7,3
EDC* - 12 mois	6,1	15,4	4,5	11,2
Troubles alimentaires	31,1	40,4	33,8	38,0
Alcool hebdo - 12 mois	33,4	17,5	45,3	18,5
Tabac quotidien	27,2	20,4	31,4	30,1
Cannabis répété - 12 mois	24,5	8,2	23,5	9,7
Effectifs	545	646	993	1 190

*Épisode dépressif caractérisé selon le Cidi Short Form.

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007

Références citées

- LOVELL A. *Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*. InVS, 2004.
- Les statistiques de décès par suicide ne reflètent pas l'intégralité de la mortalité par suicide - de nombreux décès par suicide étant codés en «traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention», notamment en raison de la perception sociale du suicide ou de l'incertitude sur la cause de décès. Source : Inserm - CépîDC 2009.
- BELLAMY V., ROELANDT JL., CARIA A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et résultats*, Drees, 2004, n°347.
- BECK F., LEGLEYE S., PÉRETTI-WATEL P. *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques - Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002*. OFDT, 2003.
- BRIOT M. *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2006.
- GUILBERT P. (sous la direction de), GAUTIER A. (sous la direction de). Baromètre santé 2005, premiers résultats. *Baromètres santé*, Inpes, 2006.
- CHOQUET M., IKSIL B. *Jeunes en insertion, enquête CFI-Pâque (dispositif 16-25 ans)*. DGS, Inserm, 1994.

Définition

Épisode dépressif caractérisé selon le Composite International Diagnostic Interview Short Form (Cidi SF) :

Présenter au moins quatre des symptômes ci-dessous - dont au moins un symptôme principal - et avoir ses activités habituelles perturbées par ces problèmes.

Symptômes principaux : vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé(e), sans espoir pratiquement toute la journée, presque tous les jours / vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

Autres symptômes : se sentir épuisé ou manquer d'énergie plus que d'habitude / avoir pris ou perdu au moins 5 kg / avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir / avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer / avoir beaucoup pensé à la mort / avoir perdu de l'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir.

Promouvoir la santé mentale pour les publics jeunes

Éléments de cadrage

A ce jour, il n'existe pas de données régionales produites en routine sur la promotion de la santé mentale pour les publics jeunes. Cependant, pour avoir une idée de l'objectif et de son degré d'atteinte, il est nécessaire de préciser les notions suivantes : la santé mentale doit être bien distinguée des maladies mentales. La définition d'une «bonne» santé mentale est celle d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux, et contribuer à la vie de sa communauté (OMS). La promotion de la santé mentale est ainsi une expression qui recouvre tout un éventail de stratégies visant à maintenir une bonne santé mentale.

Le plan national de santé mentale* préconise comme action pour atteindre cet objectif des méthodes de développement des capacités chez les enfants afin de diminuer la fréquence des troubles à l'adolescence (prévalence). Le rapport du docteur Tursz** préparatoire au plan « Violence et santé » recommande d'apporter un soutien à la parentalité et de mettre en place « des programmes précoces favorisant la socialisation des enfants, en particulier la gestion progressive des conflits interindividuels à partir du développement de compétences psychosociales ». Ceci correspond au cadre d'action demandé pour l'appel à projets 2007 du GRSP (cf. fiche action n°2-13-1).

Le bilan initial de cet objectif repose dans une première phase sur l'analyse de la mise en place et la quantification des actions pour la première année du PRSP. A la fin du PRSP, l'analyse devra prendre en compte l'ensemble des actions sur cinq ans. Une deuxième approche devrait consister à valider en parallèle l'efficacité d'un cadre d'actions démontrant l'amélioration individuelle de l'acquisition de compétences psychosociales. Ainsi, la phase finale de l'évaluation devrait permettre de valider qualitativement des modalités d'actions et de mesurer le nombre de jeunes ayant bénéficié de ces actions.

*Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Ministère de la Santé et des Solidarités.

**TURSZA. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 - Rapport général. Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005.

En l'absence d'indicateurs produits en routine

Les études ou enquêtes à réaliser pour améliorer les connaissances et définir de nouveaux indicateurs

- > Une étude de validation de l'efficacité d'une action visant à améliorer les connaissances et les savoir-faire de publics jeunes

Objectif :

Valider l'efficacité d'un type d'action dans le cadre de l'objectif 13 du PRSP.

Etat d'avancement fin 2007 :

Lancement prévu en 2008.

Durée et budget :

L'étude est prévue sur trois ans avec un budget de 30 000 euros par an.

Méthode envisagée :

Évaluation de l'acquisition de connaissances et de savoir-faire individuel et social mesurée par des grilles d'évaluation validées pour la France, avec groupe témoin et groupe bénéficiant de l'action. L'analyse des résultats de l'étude devrait comporter un volet d'analyse statistique.

Il s'agit d'une étude dont la méthodologie a été validée au Canada (Québec) et a donné lieu à des publications référencées.

Institutions pilotes de l'étude :

GRSP, Drass Ile-de-France

Les partenaires à solliciter :

Pr. Tremblay (université de Montréal), l'Inserm, l'Éducation Nationale et/ou les centres de PMI avec les Conseils généraux.

Justification et argumentation :

L'objectif 13 du PRSP est de promouvoir la santé mentale.

«La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.»

Cette promotion passe notamment par la mise en œuvre d'actions financées par le GRSP. La fiche-action correspondante est «mise en place de programmes de développement des compétences psychosociales chez les enfants et adolescents».

Plus de 6 000 jeunes devraient bénéficier de ces actions lors de l'appel à projets 2007.

L'étude envisagée vise à établir l'efficacité et les conditions d'efficacité d'actions réalisées dans le cadre de cet objectif 13 du PRSP - l'efficacité étant entendue comme l'obtention d'amélioration significative pour la population bénéficiaire de l'action.

**> Les éléments d'aide à la décision disponibles pour l'Ile-de-France :
l'analyse des actions lancées en 2007**

Les actions retenues dans l'appel à projets 2007 du GRSP ne correspondent pas entièrement à l'action type décrite ci-dessus, mais s'en approchent sur certains aspects (actions auprès des jeunes ou auprès des parents). Ce bilan initial présente les actions programmées dans le cadre de l'appel à projets 2007.

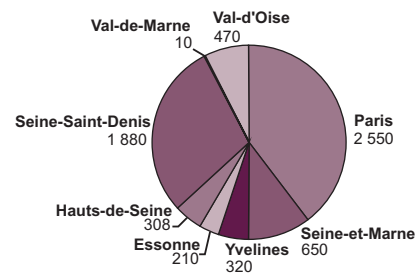
Nombre de bénéficiaires des actions par département

La figure 1 montre le nombre de jeunes de 0 à 19 ans qui devraient bénéficier des actions du PRSP pour l'année 2007. Il s'agit ici de projets et non d'actions réalisées.

Au total, 6 398 jeunes devraient bénéficier de ces actions menées pour atteindre cet objectif sur l'année 2007-2008 (la durée du PRSP est de cinq ans).

L'ensemble des départements développeront ces actions, mais avec des déclinaisons variables : Paris et la Seine-Saint-Denis sont les territoires principaux des actions.

fig.1 Nombre de bénéficiaires des actions par département



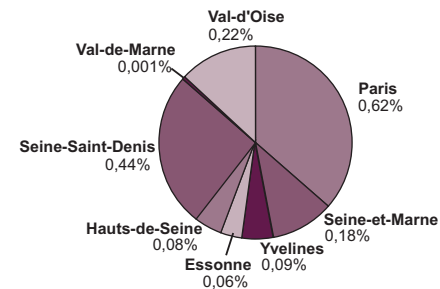
Lecture : 470 jeunes du Val-d'Oise bénéficieront d'une action.
Source : GRSP - extrait des dossiers de l'appel à projets 2007. Exploitation Drass Ile-de-France, 2007.

Proportion des bénéficiaires des actions relativement à la population

La figure 2 montre le nombre de jeunes de 0 à 19 ans qui bénéficieront des actions rapportées à la population des départements.

En l'absence de données sur les bénéficiaires potentiels, la référence à la population totale a été utilisée pour donner un ordre de grandeur de l'ampleur de l'intervention.

fig.2 Nombre de bénéficiaires des actions relativement à la population

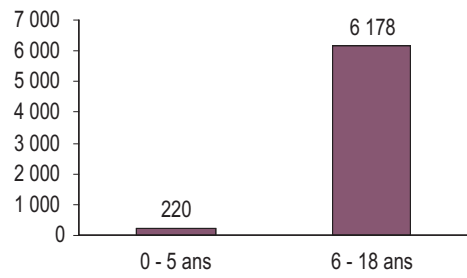


Lecture : 0,62% est le rapport entre les 2 550 jeunes bénéficiant de l'action par rapport aux 412 468 jeunes de cet âge à Paris. La surface est proportionnelle au nombre d'actions.
Sources : GRSP - extrait des dossiers de l'appel à projets 2007 ; Insee - projections démographiques 2005-2030 selon le scénario central, 2007. Exploitation Drass Ile-de-France, 2007.

L'âge d'intervention sur les bénéficiaires proposés et ceux recommandés dans des stratégies d'actions validées

Les âges d'intervention proposés par les porteurs d'action sont très majoritairement de 6 à 18 ans, comme le montre la figure 3. Cette tranche d'âge correspond aux besoins les plus importants. Mais les recommandations de stratégies d'actions sont d'intervenir le plus tôt possible (Pr. Tremblay).

fig.3 Age des bénéficiaires des actions

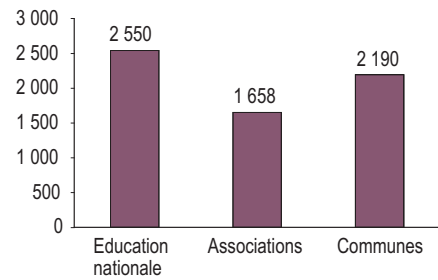


Source : GRSP - extrait des dossiers de l'appel à projets 2007. Exploitation Drass Ile-de-France, 2007.

Part des différents types de promoteurs réalisant ces actions

La figure 4 présente la part des différents types de porteurs d'action ayant proposé de mettre en œuvre ces actions de promotion de la santé mentale auprès de publics jeunes. La part est calculée en nombre de bénéficiaires concernés (et non en nombre d'acteurs). L'analyse des types de promoteurs renvoie à la fois à des promoteurs porteurs d'un savoir-faire (associations), concernés par des difficultés avec des jeunes (communes) ou des lieux de prise en charge de jeunes (Education nationale en partenariat avec des associations).

fig.4 Part des types de porteurs d'action suivant le nombre de bénéficiaires



Source : GRSP - extrait des dossiers de l'appel à projets 2007. Exploitation Drass Ile-de-France, 2007.

Population cible de ces actions

Il n'existe pas d'études de quantification des jeunes devant bénéficier prioritairement d'un appui. Néanmoins, les actions seront développées dans des zones considérées comme prioritaires avec des professionnels volontaires.

Il est important de préciser que ces actions concernent l'ensemble des jeunes d'une structure (classes, école, crèches...).

En termes d'âge, ce premier constat doit inciter à orienter les porteurs d'action vers des jeunes de 0 à 5 ans.

Un exemple d'engagement de cette mise en œuvre : les indicateurs de résultat proposés par les porteurs d'action en 2007

Le résultat est défini comme l'acquisition de compétences psychosociales par les bénéficiaires de l'action. L'indicateur permet cette mesure.

En 2007, 13 porteurs d'actions sur 14 ont proposé des indicateurs de résultat.

Les indicateurs les plus usuellement proposés sont par exemple :

- mesure de l'impact sur l'amélioration des compétences psychosociales, envies, besoins, bénéfices, émotions ;
- perception des jeunes de la capacité à faire des choix ;
- modification des comportements.

Objectif

14

Développer l'évaluation globale du vieillissement (en y intégrant une dimension de prévention primaire et secondaire) et l'étendre aux populations vulnérables vieillissantes

Contexte

La population francilienne, comme la population française, va connaître un léger accroissement de son effectif total d'ici 2030 - avec un fort vieillissement de sa population du fait de l'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom et de l'allongement de l'espérance de vie.

Les perspectives des personnes qui arrivent aujourd'hui à la retraite, âgées en moyenne de 57 ans¹, sont totalement différentes de ce qu'elles étaient il y a quelques décennies. Les vingt ou vingt-cinq années qu'elles ont désormais devant elles leur permettent d'envisager la pratique d'activités de plus en plus nombreuses et variées. Dans ce contexte, l'un des objectifs de la prévention est de permettre à un nombre grandissant de ces personnes de bien vieillir.

«Bien vieillir en France» fait l'objet depuis 2003 d'un programme national visant en particulier la promotion de la santé et du bien-être par la pratique régulière d'une activité physique et sportive associée à une alimentation équilibrée (en lien avec le Programme national nutrition santé). En effet, sédentarité et mauvaise alimentation sont reconnues comme ayant des effets néfastes sur la santé (pouvant entraîner des chutes accidentelles par exemple) et constituent des déterminants majeurs des principales maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, hypertension artérielle et certains types de cancers), lesquelles sont une cause de plus en plus importante d'incapacités et de décès prématurés. Le programme national met l'accent sur la nécessité de stratégies d'action différenciées selon l'âge - car «les paramètres du vieillissement montrent que les besoins et les problèmes sont différents à 55-69 ans, 70-79 ans et 80 ans ou plus³» - et d'expérimentations ciblées pour les populations défavorisées vieillissantes, comme les migrants ou les sans-domicile-fixe.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Peu de données de routine sur la santé des populations vulnérables âgées.
- > Aucune pratique d'activités physiques modérées pour près d'un quart des Franciliens de 55-69 ans.
- > Un Francilien sur quatre de 55-75 ans a chuté au moins une fois au cours de l'année. Parmi eux, 16% déclarent des limitations d'activité ou de déplacement par peur de retomber.

Les populations cibles

En 2006, un Francilien sur cinq a au moins 55 ans, en 2010 ce sera un sur quatre.

En 2006, 2 638 000 Franciliens sont âgés de 55 ans ou plus - effectif en augmentation de 15,6% par rapport à l'année 2000 (+15,3% en France métropolitaine). Parmi eux, 1 590 000 ont entre 55 et 69 ans, et 401 000 au moins 80 ans.

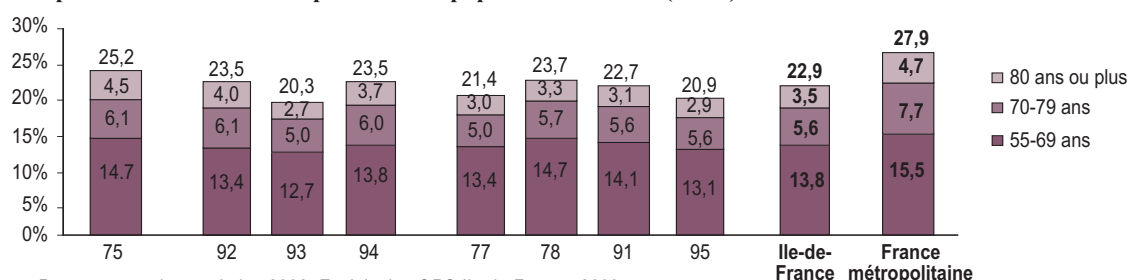
L'Ile-de-France reste néanmoins une région jeune : 22,9% de sa population a 55 ans ou plus, contre 27,9% en moyenne en métropole. Mais les disparités internes perdurent, entre un centre francilien âgé et une périphérie plus jeune (fig.1). Ainsi, la part des 55 ans ou plus varie de 25,2% à Paris à 20,3% en Seine-Saint-Denis.

Avec 160 000 personnes supplémentaires en 2010 (+6,0% par rapport à 2006), c'est un Francilien sur quatre (24%) qui sera âgé d'au moins 55 ans. Cette augmentation sera consécutive à la hausse de la part des 55-69 ans et de celle des 80 ans ou plus dans la population totale (respectivement 14,5% et 4,1% versus 13,8% et 3,5% en 2006), alors que celle des 70-79 ans restera stable³.

Les personnes retraitées

Fin 2006, l'Ile-de-France compte près de 1,58 million de personnes retraitées du régime général⁴, lequel représentait 91% de la population francilienne protégée en 2000⁵.

fig.1 Part des personnes de 55 ans ou plus dans la population en 2006 (en %)



Source : Insee - Recensement de population 2006. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

Les personnes vulnérables vieillissantes

Selon plusieurs enquêtes^{6, 7, 8}, les personnes immigrées, handicapées et les allocataires des minima sociaux semblent souffrir plus fréquemment que la population générale de certains problèmes de santé (sida, tuberculose et diabète pour les immigrés, problèmes bucco-dentaires, troubles sensoriels et cancers pour les personnes handicapées, problèmes de santé chronique et restrictions d'activité pour les allocataires des minima sociaux) à âge et sexe comparables. De même, l'isolement est une caractéristique souvent retrouvée chez les personnes handicapées et les allocataires des minima sociaux, ainsi que chez les immigrés lorsqu'ils sont âgés.

- Forte progression des personnes vieillissantes dans la population immigrée

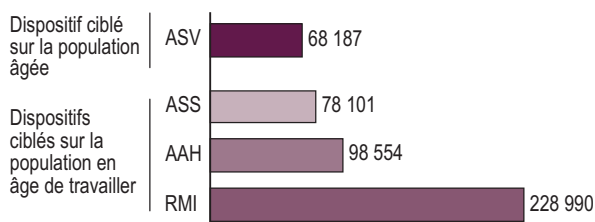
En 2006, plus de 1,9 million de personnes immigrées⁹ résident en Ile-de-France, soit 38,7% de celles recensées en métropole. Les deux tiers vivent à Paris ou en proche couronne, 490 000 ont au moins 55 ans¹⁰. L'effectif des 55 ans ou plus est en augmentation de 24% par rapport à 1999 (+12,1% en population générale francilienne). Le vieillissement de la population immigrée devrait se poursuivre : à Paris, le nombre d'immigrés de 60 ans ou plus devrait s'accroître de 45% entre 1999 et 2017 (1990-1999 : +7%, 1999-2008 : +17%, 2008-2017 : +16%)⁶.

- Peu de données sur les personnes handicapées vieillissantes

Comme le reste de la population française, les personnes handicapées connaissent aujourd'hui une augmentation marquée de leur espérance de vie, qui leur fait désormais traverser, en grand nombre, des âges que peu d'entre eux atteignaient auparavant. Comme en population générale, ce vieillissement peut être affecté par de (nouvelles) déficiences, à l'origine «d'incapacité ajoutée à l'incapacité originelle», contribuant à vulnérabiliser encore davantage des personnes déjà fragilisées⁷.

Un rapport¹¹ ministériel de 2006 pointe les difficultés pour estimer l'effectif représenté par les populations handicapées vieillissantes en l'absence de critères pertinents. Il n'existe pas d'estimation régionale. A partir des données de routine disponibles, une approche possible (mais non exhaustive) consiste à considérer les personnes ayant obtenu une reconnaissance administrative de leur handicap via l'allocation aux adultes handicapés (AAH) - seul minimum social en lien direct avec les problèmes d'état de santé (fig.2).

fig.2 Les allocataires des principaux minima sociaux en Ile-de-France au 31 décembre 2006



Sources : Cnaf et CCMSA - RMI et AAH ; Unedic - ASS. Exploitation Fnors - Score-Santé. CnavTS, MSA, SASV, CNRACL, FSPOEIE, Organic, Cancava, SNCF, CANSSM, Cavimac - ASV¹⁷.

- Les allocataires des minima sociaux¹² : une approche partielle de la pauvreté des personnes vieillissantes

«Le nombre d'allocataires des minima sociaux ne constitue pas directement un indicateur de mesure de la pauvreté [...], (notamment parce qu'elles [les personnes pauvres] peuvent ne pas recourir à ces dispositifs ou qu'elles ne remplissent pas les conditions d'âge et de résidence pour y accéder), mais [réflète] des populations dont les niveaux de vie figurent parmi les plus faibles»¹³. En 2006, 473 832 Franciliens bénéficient d'un des quatre principaux minima sociaux (fig.2) que sont le revenu minimum d'insertion-RMI, l'allocation aux adultes handicapés-AAH, l'allocation de solidarité spécifique-ASS ou l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse-ASV.

Parmi les 228 990 Franciliens RMISTes, 24,5% ont au moins 50 ans en 2006¹⁴. Cette information n'est pas disponible pour l'AAH et l'ASS.

Au niveau national, les 45-59 ans représentent quatre bénéficiaires sur dix de l'AAH en 2006¹⁵, soit un bénéficiaire de plus qu'en 1998, augmentation en lien avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du baby-boom et la progression de la proportion d'allocataires dans cette tranche d'âge de la population.

Les allocataires de l'ASS sont le plus souvent des chômeurs de longue, voire de très longue durée. En 2005, une majorité d'entre eux (53%) est âgée de plus de 50 ans¹⁶.

Quant aux bénéficiaires de l'ASV - dispositif ciblé sur les personnes âgées -, ils ont tous au moins 60 ans. Parmi les allocataires franciliens, 43 800, soit 64% (68% en France), sont «isolés» (célibataires, veufs ou divorcés) en 2006¹⁷.

En terme de répartition géographique, l'Ile-de-France est une région très contrastée avec, d'une part, la Seine-Saint-Denis où la proportion d'allocataires de minima sociaux dans la population âgée de 20 ans ou plus est particulièrement élevée (11% en 2005) - comparable à celle des départements où cette proportion est la plus élevée de France métropolitaine (entre 9% et 14% dans les départements du bassin méditerranéen et ceux du nord) - et, d'autre part, les Yvelines où la proportion d'allocataires de minima sociaux est la plus faible de France (moins de 4% versus 7% en moyenne métropolitaine). Ces disparités départementales sont fortement liées à celles du chômage¹³.

- Des inégalités sociales de santé caractérisent aussi les personnes vieillissantes

Selon l'enquête nationale HID 1998-1999, «les difficultés que rencontrent certaines personnes de 55 ans ou plus à accomplir les activités courantes de soins personnels ne touchent pas également les différentes professions et milieux sociaux : à âge égal, le risque de rencontrer des restrictions sévères face à ces activités est deux à trois fois plus élevé pour les ouvriers que pour les cadres»¹⁸. Ces disparités sont liées à des différences de prévalence de problèmes fonctionnels divers, mais aussi à des différences dans les ressources mobilisées pour y faire face. Or, bien que la région francilienne soit caractérisée par une surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures, dans près de 13% des ménages franciliens, la personne de référence relève de la catégorie socio-professionnelle ouvrière¹⁹.

Activité physique et alimentation : deux déterminants du «bien vieillir»

77% des Franciliens de 55-69 ans pratiquent une activité physique modérée

A tous âges et quel que soit le sexe²⁰, la pratique d'activités physiques intenses est rapportée par moins de Franciliens que la pratique d'activités physiques modérées (cf. fig.5, objectif 24). Parmi les 55-69 ans - première tranche d'âge définie par le programme national «Bien vieillir» -, l'activité physique intense concerne ainsi 45% des Franciliens et l'activité physique modérée 77% d'entre eux.

L'évolution avec l'âge²⁰ de la pratique d'activités physiques est caractérisée par une relative stabilité en

population francilienne adulte, et ce quelle qu'en soit l'intensité.

Ces mêmes constats se retrouvent au niveau national.

90% des Franciliens de 55 ans ou plus consomment des fruits ou des légumes verts «tous les jours ou presque».

En Ile-de-France, la consommations quasi quotidienne de fruits ou de légumes verts augmente régulièrement avec l'âge (cf. fig.4, objectif 24) : elle concerne 90% des Franciliens de 55 ans ou plus versus 74% des 18-54 ans, et se caractérise par une prédominance des femmes à tous âges²¹.

Maladies et situation à risque de dépendance, accessibles à la prévention

Près de 92 000 Franciliens admis en ALD pour un diabète de type II ou une pathologie cardio-vasculaire en 2006

Le diabète de type II et les maladies cardio-vasculaires sont des pathologies dont les liens avec certains déterminants de santé comme la nutrition (associant les dimensions alimentation et activité physique) sont désormais clairement établis. Ce sont des maladies de longue durée qui peuvent s'accompagner de limitations fonctionnelles à l'origine de restrictions d'activité.

En 2006, 196 268 Franciliens ont obtenu l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD). Près des deux tiers (64%) ont moins de 70 ans. Si les affections psychiatriques de longue durée prédominent chez les jeunes adultes, ce sont les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs malignes qui constituent les deux principaux motifs d'admission en ALD à partir de 40-50 ans.

A l'origine de 65 214 admissions en ALD en 2006, les maladies cardio-vasculaires représentent, selon la pathologie considérée, entre 63,6 (accident vasculaire cérébral invalidant) et 276,4 (hypertension artérielle sévère) admissions pour 100 000 personnes. Avec 26 756 admissions en 2006, le taux d'incidence du diabète de type II s'établit à 274,3 cas pour 100 000 (résultats détaillés par classe d'âge sur la fig.3).

Ces taux standardisés sont supérieurs aux taux

nationaux pour l'accident vasculaire cérébral invalidant et l'hypertension artérielle sévère.

En 2005, un Francilien sur quatre de 55-75 ans a chuté au cours de l'année.

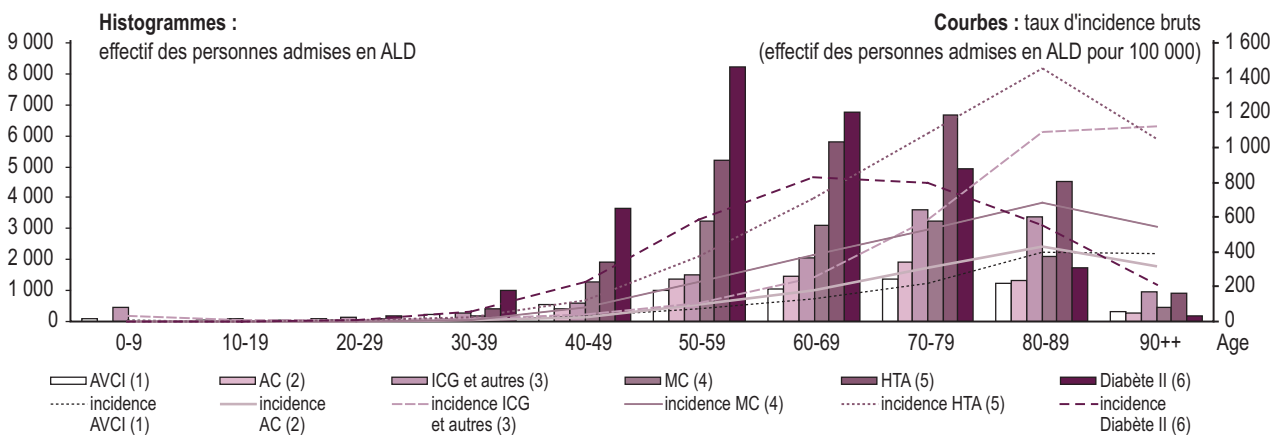
Dans le Baromètre santé 2005 de l'Inpes²⁰, 24,8% des Franciliens âgés de 55 à 75 ans ont répondu positivement à la question «Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de tomber ?» - davantage les femmes que les hommes (respectivement 28,8% et 20,4%).

La chute peut être à l'origine d'une «peur de retomber», avec des conséquences en terme de limitations dans les activités quotidiennes ou les déplacements rapportées par un «chuteur» sur six âgé de 55-75 ans en Ile-de-France en 2005.

Au niveau national, la proportion de «chuteurs» est comparable avec le niveau francilien, tout comme la proportion de «chuteurs» déclarant des limitations d'activité ou de déplacement par peur de retomber, proportion caractérisée en outre par une augmentation avec l'âge pour les femmes²⁰.

Les chutes peuvent s'accompagner d'un traumatisme physique grave : ainsi, selon les données du PMSI, les fractures du col du fémur (diagnostic principal) ont donné lieu à 4 000 séjours hospitaliers de Franciliens

fig.3 Les admissions en affections de longue durée pour diabète et maladies cardio-vasculaires en Ile-de-France en 2006



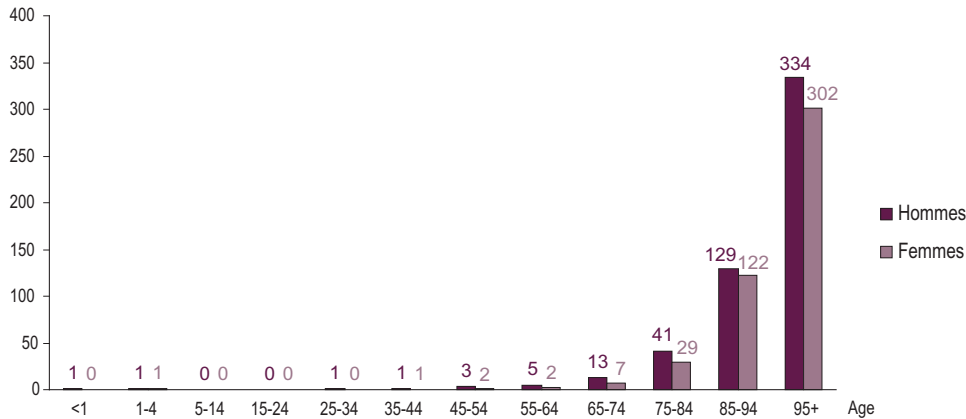
(1) Accident vasculaire cérébral invalidant ; (2) Artériopathie chronique ; (3) Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves et cardiopathies ; (4) Maladie coronaire ; (5) Hypertension artérielle sévère ; (6) Diabète non insulino-dépendant (type II)

Sources : Régime général, MSA, RSI. Exploitation Urcam et ORS Ile-de-France, 2007.

de 75 ans ou plus en 2006. Certaines chutes peuvent être mortelles : 545 Franciliens de 55 ans ou plus sont ainsi décédés d'une chute accidentelle.

telle en moyenne chaque année entre 2004 et 2006. Huit sur dix avaient au moins 75 ans. Une surmortalité masculine est observée pour toutes les tranches d'âge (fig.4).

fig.4 Taux de mortalité par chute, selon l'âge et le sexe, en Ile-de-France en 2004-2006 (nombre de décès annuels pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDC, 2007 ; Insee - estimations de population au 1^{er} janvier 2005, 2007. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

Références citées

- 1 Plan national «Bien Vieillir» 2007-2009. Ministère de la Santé et des Solidarités ; ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille ; ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.
- 2 Réussir son avancée en âge : le programme «Bien vieillir» pour les plus de 55 ans. *La lettre du gouvernement*, 20 mars 2003, n°138, p.3.
- 3 Source : Insee - évolution de la population régionale de 2005 à 2030 selon le scénario central, 2007.
- 4 Source : CnavTS - données au 31 décembre 2006.
- 5 La population protégée par les régimes de Sécurité sociale. *Dossier études et statistiques*, CnamTS, 2002, n°53.
- 6 JANKEL S., RENOUEVEL S., VALDANT D. et al. *Les migrants âgés à Paris - diagnostic, évolution et préconisations*. Atelier parisien d'urbanisme, 2006, 79p.
- 7 AZEMA B., MARTINEZ N. *Les personnes handicapées vieillissantes, espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs - Rapport d'étude pour la Drees*. Ministère des Affaires sociales du Travail et de la Solidarité, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Creai Languedoc-Roussillon, Montpellier : 2003, 317p.
- 8 BOISGUERIN B. Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins. *Etudes et résultats*, Drees, 2007, n°603.
- 9 Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'intégration, la population immigrée est constituée de l'ensemble des personnes nées à l'étranger, de nationalité étrangère à la naissance, qui vivent actuellement en France, même si elles ont acquis la nationalité française.
- 10 *Atlas des populations immigrées en Ile-de-France - Regards sur l'immigration*. Insee Ile-de-France, Fasild. 2004, 59p.
- 11 BLANC P. *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*. Rapport au ministre-délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 2006, 99p.
- 12 Le système français des minima sociaux comprend neuf dispositifs nationaux et un dispositif spécifique aux départements d'outre-mer. Il vise à garantir un revenu minimal aux personnes ayant de très faibles ressources.
- 13 ADJÉ B., NAUZE-FICHET E., RAYNAUD P. (avec la collaboration de). La répartition géographique des allocataires de minima sociaux fin 2005. *Etudes et résultats*, Drees, 2006, n°528.
- 14 Sources : Cnaf et CCMSA. Exploitation Fnors - Score-Santé. Données au 31 décembre 2006.
- 15 SAUTORY O., ADJÉ B. (avec la collaboration de). Les allocataires de minima sociaux en 2006. *Etudes et résultats*, Drees, 2007, n°617.
- 16 NIVIERE D. et al. Les allocataires de minima sociaux en 2005. *Etudes et résultats*, Drees, 2006, n°539.
- 17 AUGRIS N. L'allocation supplémentaire du minimum vieillesse - Bénéficiaires au 31 décembre 2006. *Série statistiques, Document de travail*, Drees, 2008, n°121.
- 18 CAMBOIS E., ROBINE J-M. Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social. *Etudes et résultats*, Drees, 2004, n°295.
- 19 Source : Insee - Recensement de population 2006.
- 20 Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.
- 21 Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2006 et 2007.

Définitions

Le Revenu Minimum d'Insertion s'adresse aux personnes ayant un niveau de ressources qui ne leur permet pas de vivre correctement et qui empêche toute action autonome d'insertion. Ces personnes doivent avoir au moins 25 ans (ou 18 ans si elles ont au moins un enfant à charge). Il est attribué sous condition de ressources.

L'Allocation Adulte Handicapé s'adresse aux personnes handicapées âgées de 20 à 59 ans (ou 16 ans et qui ne sont plus à charge), qui ne peuvent bénéficier d'un avantage vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail d'un montant supérieur à celui de l'AAH. Ces personnes doivent avoir une incapacité permanente d'au moins 80%, ou comprise entre 50% et 79% et être reconnues inaptes au travail. Elle est attribuée sous condition de ressources.

L'Allocation Spécifique de Solidarité s'adresse aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage et justifiant d'au moins cinq années d'activité salariée au cours des dix années ayant précédé la rupture du contrat de travail. Elle est attribuée sous condition de ressources.

L'Allocation Supplémentaire du minimum Vieillesse assure un minimum de ressources aux personnes âgées de 65 ans ou plus (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail) disposant de faibles revenus. Elle est servie de façon différentielle par les caisses de retraite, de manière à porter les ressources personnelles du requérant au niveau du minimum vieillesse, fixé chaque année par décret. Elle est attribuée sous condition de ressources.

Activité physique modérée et intense dans l'enquête Baromètre santé 2005 de l'Inpes : ces deux indicateurs ont été construits à partir des déclarations des personnes interrogées sur la durée, la fréquence et l'intensité des activités pratiquées dans les sept jours précédant l'interview. La version téléphonique courte du questionnaire Ipaq (International Physical Activity Questionnaire) a été utilisée et posée aux personnes de 15 ans ou plus. Les activités physiques modérées sont définies comme celles qui demandent un effort physique modéré et font respirer un peu plus difficilement que normalement (par exemple : porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement...). Les activités physiques intenses sont celles qui demandent un effort physique important et font respirer beaucoup plus difficilement que normalement (porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT...).

Objectif

15

Développer les bilans médico-psycho-sociaux pour les personnes atteintes de polypathologies chroniques avec un retentissement fonctionnel

(en particulier les personnes atteintes de détérioration intellectuelle et les personnes du grand âge) et s'assurer de leur suivi

Contexte

En France, au sortir de la Seconde Guerre mondiale, l'espérance de vie à la naissance était de 60 ans pour les hommes et de 65 ans pour les femmes. En 2006, elle atteint 77,2 ans pour les hommes et 84,2 ans pour les femmes (Insee). Jusqu'aux années 1960, les progrès de l'espérance de vie s'expliquaient principalement par la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis le début des années 1980, l'essentiel des gains est obtenu aux grands âges, notamment du fait de la réduction de la mortalité liée aux affections cardio-vasculaires. Cet accroissement de la durée de vie s'est accompagné d'une amélioration de l'état de santé des personnes âgées - la progression de l'espérance de vie sans incapacité ayant été au moins aussi rapide que celle de l'espérance de vie globale¹.

Néanmoins, l'une des caractéristiques de la santé des personnes âgées est la grande fréquence des situations de polypathologies - la quasi-totalité d'entre elles souffrant simultanément de plusieurs maladies chroniques. A ces maladies chroniques, s'ajoute, à partir de 80 ans, une fréquence importante des problèmes posés par la perte d'autonomie fonctionnelle². A cet âge, beaucoup de personnes âgées vivent encore chez elles³ (88,5% en Ile-de-France, 86% en France métropolitaine). Depuis 2002, la prise en compte de la personne dans toute sa dimension, y compris psychologique et socioculturelle, est inscrite dans un programme national de prévention et d'organisation des soins pour personnes âgées fragiles, qui vise à savoir reconnaître et prévenir la perte d'autonomie lorsqu'elle est évitable. Malgré cet accent mis récemment sur l'approche globale de la personne, peu de données croisant pathologies chroniques et retentissement fonctionnel sont disponibles en routine - au niveau régional comme au niveau national.

Dès lors, la situation initiale des indicateurs de suivi de l'objectif 15 du PRSP s'appuie sur une seule enquête en population générale : l'Enquête décennale de santé réalisée par l'Insee et, à titre complémentaire, sur des données issues de systèmes d'information différenciés : les admissions pour affection de longue durée (source : Assurance maladie) et les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (source : Conseils généraux).

Faits marquants en Ile-de-France

- > Peu de données de routine croisant pathologies chroniques et retentissement fonctionnel, issues des systèmes d'information et des enquêtes en population générale.
- > Selon l'exploitation régionale de l'Enquête décennale de santé 2002-2003 de l'Insee :
 - 73% des 80 ans ou plus déclarent la présence d'au moins une maladie chronique ;
 - la plupart des malades chroniques de 80 ans ou plus expriment des limitations fonctionnelles physiques, et 21% des restrictions d'activité pour les soins personnels.

Une enquête déclarative décennale pour appréhender la population cible

Une seule enquête nationale en population générale permet une approximation de la population ciblée par l'objectif 15: l'Enquête décennale de santé, qui a bénéficié pour la première fois d'une extension de l'échantillon francilien en 2002-2003.

En 2006, 401 526 Franciliens ont au moins 80 ans. Ils devraient être 16,8% de plus en 2010⁴.

Selon l'Enquête décennale de santé, près des trois quarts des Franciliens de 80 ans ou plus déclarent la présence d'au moins une maladie chronique.

Bien que la plupart des Franciliens de 55 ans ou plus se perçoivent en «bon état général de santé» (tab.1), ils sont plus de la moitié à déclarer être affectés par au moins une maladie chronique (54%) entre 55 et 69 ans -, proportion qui augmente avec l'âge pour concerner 73% des 80 ans ou plus.

tab.1 Etat de santé des 55 ans ou plus en 2002-2003, selon les trois questions du module minimum européen sur la santé (MMES*) (en %)

	Ile-de-France			Province		
	55-69	70-79	80++	55-69	70-79	80++
Déclarer un état de santé général moyen, bon ou très bon	95%	93%	87%	94%	90%	84%
Avoir actuellement une ou plusieurs maladies chroniques	54%	68%	73%	58%	70%	74%
Etre limité à cause d'un problème de santé dans les activités habituelles depuis au moins 6 mois	14%	26%	34%	21%	29%	43%
Effectifs**	704	225	91	3049	1192	383

*Le MMES est un outil synthétique de mesure de l'état de santé reposant sur l'association de trois instruments globaux (santé perçue, morbidité chronique et limitations d'activité). Il a été élaboré par un groupe rassemblant experts et décideurs (groupe Euro-Rêves).

**Compte tenu de la faiblesse des effectifs de l'échantillon francilien, l'analyse par sexe n'a pas été possible.

Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2006.

Selon l'Enquête décennale de santé, 86% des Franciliens de 80 ans ou plus souffrant d'au moins une maladie chronique expriment des limitations fonctionnelles physiques, et 21% des restrictions d'activité pour les soins personnels.

Parmi les Franciliens de 55 ans ou plus souffrant d'au moins une maladie chronique, près de la moitié (46%) expriment des limitations fonctionnelles physiques - proportion supérieure à celle des autres personnes (24%) et qui augmente avec l'âge (tab.2). Cette caractéristique demeure lorsqu'on s'intéresse aux *limitations fonctionnelles physiques résiduelles* (qui ne sont pas compensées par une aide technique de type canne ou déambulateur pour les troubles de la marche par exemple), déclarées par 18% des malades chroniques de 55-69 ans vs 9% pour les autres, et 43% des malades chroniques de 70 ans ou plus vs 35% pour les autres (différence non significative en Ile-de-France mais significative en province).

Autre caractéristique qui affecte davantage les malades chroniques, et qui s'accroît avec l'âge : *les restrictions d'activité pour les soins personnels*, déclarées par 6% des malades chroniques de 55-69 ans vs 2% pour les non-malades chroniques, et 21% des malades chroniques de 80 ans ou plus vs 10% pour les autres (différence non significative en Ile-de-France mais significative en province).

La similitude entre les restrictions d'activité pour les soins personnels dans l'Enquête décennale de santé et le concept de dépendance dans l'Enquête nationale Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) - défini comme le «besoin d'être aidé pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne [toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts lit-fauteuil] ou le besoin d'une surveillance régulière» - est à l'origine d'estimations assez proches de l'effectif des Franciliens de 80 ans ou plus, «dépendants» : respectivement 74 000⁵ et 78 000⁶ en 2005, selon l'enquête considérée. Néanmoins, ces estimations ne tiennent pas compte de la présence ou non d'une ou plusieurs maladies chroniques.

tab.2 Limitations fonctionnelles physiques et restrictions d'activité pour les soins personnels rapportées par les 55 ans ou plus selon la déclaration d'au moins une maladie chronique (en %)

Ile-de-France*	«Malades chroniques»			«Non-malades chroniques»		
	55-69	70-79	80++	55-69	70-79	80++
Avoir actuellement une ou plusieurs limitations fonctionnelles physiques**	30%	55%	86%	15%	37%	70%
Avoir actuellement une ou plusieurs limitations fonctionnelles physiques <i>résiduelles</i> ***	18%	43%	43%	9%	35%	35%
Avoir actuellement une ou plusieurs restrictions d'activité pour les soins personnels****	6%	14%	21%	2%	4%	10%
Province*						
Avoir actuellement une ou plusieurs limitations fonctionnelles physiques**	39%	61%	83%	19%	45%	69%
Avoir actuellement une ou plusieurs limitations fonctionnelles physiques <i>résiduelles</i> ***	25%	45%	45%	11%	29%	29%
Avoir actuellement une ou plusieurs restrictions d'activité pour les soins personnels****	6%	14%	37%	2%	4%	19%

*Les différences significatives par tranche d'âge entre malades chroniques et non-malades chroniques figurent en gras dans le tableau. Ainsi, en Ile-de-France comme en province, les malades chroniques déclarent plus fréquemment des limitations fonctionnelles physiques que les non malades chroniques, et ce, à tous âges.

**Difficultés pour : marcher 500 mètres ou monter et descendre un étage d'escalier ou utiliser ses doigts pour attraper/tenir un petit objet ou ouvrir un robinet ou se baisser/s'agenouiller ou soulever et porter un objet de cinq kilos sur une distance de dix mètres.

***Parmi ceux exprimant au moins une limitation fonctionnelle physique, et pour ceux ayant accès à une aide technique ou humaine leur permettant de compenser leur limitation fonctionnelle physique : soit un effectif restreint, d'où le regroupement des deux dernières classes d'âges en une seule - les 70 ans ou plus.

****Difficultés pour : se nourrir seul ou se coucher et se lever de son lit seul ou s'habiller et se déshabiller seul ou utiliser les toilettes seul ou faire sa toilette seul ou se baigner/se doucher seul.

Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Autres sources de données : l'APA et les ALD

L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) pour les restrictions d'activité

Depuis le 1^{er} janvier 2002, l'Apa est attribuée aux personnes dépendantes de 60 ans ou plus, c'est-à-dire celles qui ont des difficultés en terme de cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements et/ou communication.

En Ile-de-France, parmi les 103 156 bénéficiaires de l'Apa fin 2006, 54% d'entre eux demeuraient à domicile⁷.

Les admissions en affection de longue durée pour les maladies chroniques

En 2006, parmi les 196 268 Franciliens qui ont obtenu l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD), plus d'un tiers (36%) ont 70 ans ou plus⁸ -, soit un effectif de 71 442 personnes représentant une incidence médico-sociale de près de 7 000 admissions pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge.

Références citées

- ¹ CAMBOIS E. et al. L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter. In *Dossiers solidarité et santé, Etudes diverses*, Drees, 2006, n°2, pp7-22.
- ² BONTOUT O. et al. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. *Etudes et résultats*, Drees, 2002, n°160.
- ³ Y compris en logements-foyers. Source : Insee - Recensement de population 2006.
- ⁴ Source : Insee - Recensement de population 2006 et évolution de la population 2005-2030 (scénario central), 2007. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.
- ⁵ Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003 et ELP au 01/01/2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.
- ⁶ Source : Insee - Enquêtes HID 1998-1999 et ELP au 01/01/2005. Exploitations Drees, 2002 et ORS Ile-de-France, 2007.
- ⁷ BAILLEAU G. et al. Bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2006. In *Série statistiques, Document de travail*, Drees, 2008, n°122, p.45.
- ⁸ Sources : Régime général, MSA, RSI. Exploitation Urcam Ile-de-France, 2007.

Définition

Les limitations «fonctionnelles» reflètent les difficultés de certaines personnes pour exécuter des gestes qui sollicitent les fonctions sensorielles ou physiques. Dans le cadre de l'objectif 15, seules les limitations fonctionnelles physiques ont été considérées - les limitations fonctionnelles sensorielles n'étant en général pas (ou peu) liées à la présence d'une maladie chronique.

Les limitations fonctionnelles peuvent être atténuées par une aide technique (lunettes, appareillage spécifique, canne...) ou humaine. Si, suite à l'aide, les limitations ne sont plus ressenties, elles sont qualifiées de «compensées».

Objectif

16

Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, notamment celles atteintes de cancer, maladie d'Alzheimer, maladies rares et affections apparentées

Contexte

Plus d'une personne sur cinq, soit près de 15 millions, est atteinte de maladie chronique en France. Si les caractéristiques de ces affections sont très diverses, elles atteignent toutes en profondeur la qualité de vie des personnes qui en souffrent.

Le thème de la qualité de vie des malades chroniques constitue désormais une priorité sanitaire, tant au plan national^{1,2} qu'international³. Cet accent, mis récemment sur la qualité de vie, vient compléter les avancées significatives effectuées depuis plusieurs années sur le traitement et la prévention d'affections chroniques faisant l'objet de plans nationaux comme le cancer, le diabète, les maladies rares et la maladie d'Alzheimer.

Cependant, du fait de cette relative nouveauté, peu d'informations chiffrées sont actuellement disponibles en France et en Ile-de-France sur ce sujet. Malgré l'existence d'outils reconnus et validés de mesure de la qualité de vie (Duke, SF-36, Whoqol), aucun système d'information en santé et peu d'enquêtes fournissent ces données croisées avec la pathologie. Le Plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) comporte d'ailleurs un volet spécifique consacré au développement du recueil et de l'analyse des informations dans ce domaine.

La situation initiale des indicateurs de suivi de l'objectif 16 du PRSP s'appuie donc sur les seules sources d'information disponibles que constituent les exploitations franciliennes du Baromètre santé 2005 de l'Inpes et de l'Enquête décennale de santé 2002-2003 de l'Insee.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Les données disponibles sur la qualité de vie des malades chroniques sont encore très parcellaires et épisodiques, en France comme en région Ile-de-France.
- > En 2005, pour les deux sexes, la qualité de vie des Franciliens se déclarant atteints d'une maladie chronique est significativement inférieure à celle des Franciliens qui n'en déclarent pas.
- > La différence de qualité de vie entre les malades chroniques et le reste de la population concerne principalement la dimension physique et s'accroît avec l'âge.

Maladies chroniques et qualité de vie en population générale

Plus d'un Francilien sur cinq déclare une maladie chronique...

Selon le Baromètre santé 2005 de l'Inpes, 20,7% des Franciliens déclarent être atteints d'une affection chronique - les hommes étant moins fréquemment concernés que les femmes (19,2% contre 21,9%).

Ces proportions sont inférieures à celles observées en province (22,4% au total, 21,4% pour les hommes et 23,1% pour les femmes).

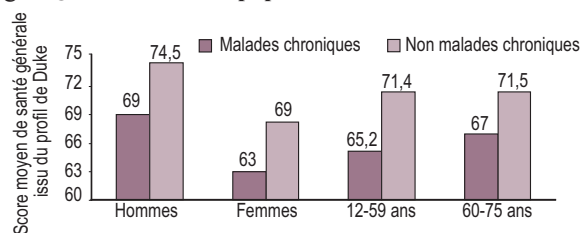
Ces différences s'expliquent par une structure démographique plus jeune de la population francilienne.

... réduisant sensiblement sa qualité de vie

La qualité de vie des Franciliens atteints de maladies chroniques, évaluée à travers un score de santé générale, est significativement réduite, pour les hommes comme pour les femmes, et pour les personnes «d'âge actif» (12-59 ans) comme pour les jeunes retraités (60-75 ans) (fig.1).

Les niveaux de qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques sont comparables en Ile-de-France et en province (fig.2).

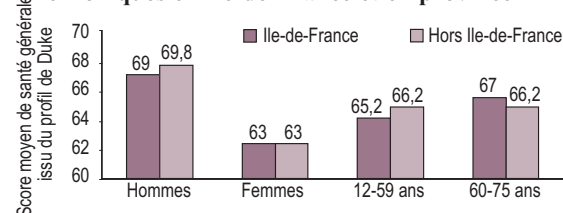
fig.1 Qualité de vie en population francilienne



Lecture : En Ile-de-France, le niveau moyen de qualité de vie des hommes atteints de maladies chroniques est inférieur à celui des hommes qui ne déclarent pas de maladies chroniques (69 versus 74,5).

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Expl. ORS et Urcam Ile-de-France, 2007.

fig.2 Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques en Ile-de-France et en province



Lecture : Le niveau moyen de qualité de vie des hommes atteints de maladies chroniques habitant l'Ile-de-France est proche de celui de leurs homologues de province (69 versus 69,8).

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Expl. ORS et Urcam Ile-de-France, 2007.

Retentissement des maladies chroniques sur la qualité de vie

Diminution plus rapide de la qualité de vie physique

chez les personnes atteintes de maladies chroniques

Si l'on considère la qualité de vie liée à la santé, on constate que les dimensions psychique et physique de la qualité de vie ne sont pas affectées de façon identique par la présence d'une maladie chronique (fig.3) :

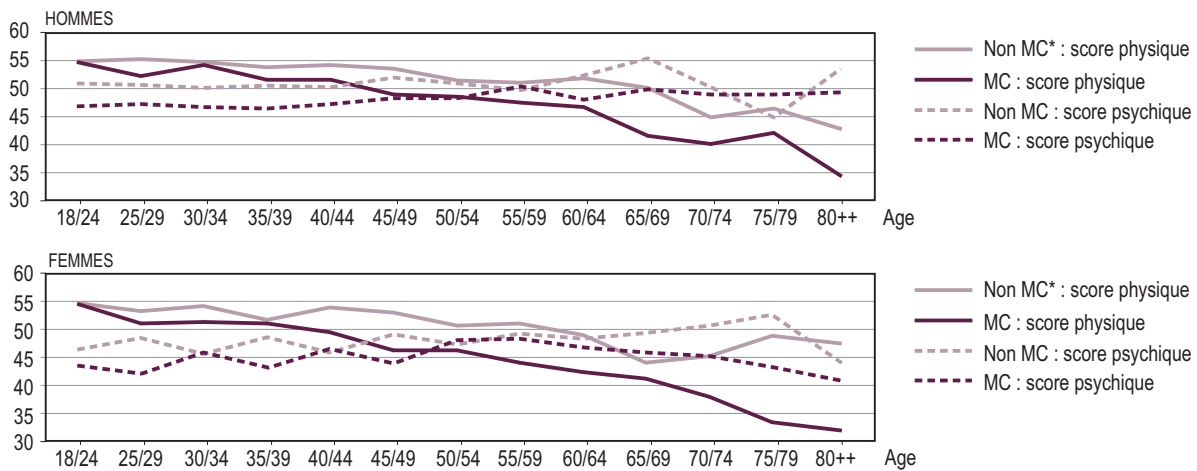
- la dimension psychique de la qualité de vie - relativement stable tout au long de la vie - est en Ile-de-France presque exclusivement diminuée pour les malades chroniques chez les hommes aux âges jeunes (avant 55 ans) ;
- la dimension physique de la qualité de vie se détériore avec l'avancée en âge pour les deux sexes, avec une atteinte plus marquée chez les Franciliens atteints de maladies chroniques et un déclin physique ressenti plus

tôt - les femmes précédant les hommes (18-24 ans pour les femmes atteintes de maladies chroniques versus 45-49 ans pour celles indemnes de maladies chroniques, 30-34 ans pour les hommes atteints de maladies chroniques versus 45-49 ans pour ceux indemnes de maladies chroniques).

En outre, l'écart entre le score physique de qualité de vie des malades chroniques et celui du reste de la population tend à s'accroître avec l'avancée en âge, pour les hommes comme pour les femmes.

Ces mêmes tendances se retrouvent en province, avec toutefois une dégradation physique rapportée moins tôt par les femmes (25-29 ans chez celles atteintes de maladies chroniques versus 60-64 ans chez celles indemnes de maladies chroniques).

fig.3 Qualité de vie en population francilienne, selon deux dimensions, par sexe et âge



*Non MC : personnes qui ne déclarent pas de maladies chroniques

**MC : personnes atteintes de maladies chroniques

Lecture : En Ile-de-France, le niveau moyen de qualité de vie «psychique» des hommes de 18-24 ans atteints de maladies chroniques est inférieur à celui des hommes qui ne déclarent pas de maladies chroniques.

Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS et Urcam Ile-de-France, 2007.

Références citées

¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

² Ministère de la Santé et des Solidarités. *Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011*, avril 2007.

³ OMS. *Former les personnels de santé du XXI^{ème} siècle : le défi des maladies chroniques*, octobre 2005.

Définitions

Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques dans le Baromètre santé 2005 de l'Inpes

Dans le Baromètre santé 2005, les personnes considérées comme « malades chroniques » sont celles qui ont répondu « Oui » à la question «Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps - au moins 6 mois - et qui peut nécessiter des soins réguliers ?». Afin d'obtenir un score de qualité de vie des malades chroniques, la réponse à cette question a été croisée avec les réponses à l'un des questionnaires de qualité de vie du Baromètre, le «profil de Duke» (l'autre questionnaire de qualité de vie, le Whoqol - World health organization quality of life, ayant été jugé trop lourd à administrer).

Composé de 17 questions, le profil de Duke permet de calculer des scores de qualité de vie sur neuf dimensions : santé physique, mentale, sociale - dont la combinaison constitue le score de santé générale présenté dans cette fiche, estime de soi, anxiété, dépression, douleur et incapacité. Les scores vont de 0 à 100, 100 étant le score optimal de qualité de vie, sauf pour les scores d'anxiété, de dépression, de douleur et d'incapacité où le rapport est inversé.

Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques dans l'Enquête décennale de santé 2002-2003 de l'Insee

Dans l'Enquête décennale de santé, les malades chroniques sont les personnes ayant déclaré «avoir actuellement au moins une maladie chronique». Concernant la qualité de vie, un auto-questionnaire spécifique - le SF-36 - permet d'apprécier la qualité de vie liée à la santé, à partir de 36 questions générales portant sur les limitations fonctionnelles physiques, les gênes dues à l'état physique, les douleurs physiques, la santé psychique, les gênes dues à l'état psychique, la vie et la relation avec les autres, la vitalité et la santé perçue. Rassemblées, ces dimensions permettent d'obtenir une approche globale de la personne en terme de qualité de vie liée à la santé via deux scores : un score physique et un score psychique. Les valeurs obtenues pour chacun d'entre eux (qui varient de 0-faible niveau de qualité de vie à 100-niveau élevé) ne sont pas directement interprétables. Par contre, le calcul de leur moyenne permet des premières comparaisons entre populations : par exemple, Franciliens versus habitants de la province.

Les résultats présentés s'appuient sur les réponses au SF-36 apportées par les personnes de 18 ans ou plus «aptes à répondre individuellement» (certaines personnes, handicapées, alitées ou ayant des difficultés avec la langue française, n'ont pu répondre au SF-36). Au total, 4 315 Franciliens ont été interrogés.

Objectif

17

Améliorer et valoriser l'action des aidants naturels et développer des dispositifs de soutien qui leur soient spécifiques

Contexte

L'aidant naturel, également qualifié de «familial», désigne «la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne»¹.

En France, les réflexions sur les aidants naturels se sont principalement développées depuis le début des années 1980, dans le cadre de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer - pathologie à retentissement majeur sur la vie quotidienne et sociale des personnes malades et de leur entourage. Depuis 2001, l'aide aux aidants naturels figure parmi les objectifs de programme et plans spécifiques Alzheimer (programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, plan national Alzheimer 2004-2007), ainsi que dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique à travers l'objectif 63 «maladie d'Alzheimer : limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients». Plus récemment, et pour la première fois en France, le développement d'une politique publique d'aide aux aidants familiaux, «en toute circonstance de perte d'autonomie d'un des membres de la famille», a été formellement recommandée par une instance nationale, la conférence de la famille (2006), dont les travaux ont donné lieu à la publication du *Guide de l'aidant familial*¹.

Selon l'enquête nationale Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) réalisée par l'Insee, 28% des 60 ans ou plus bénéficient d'une aide régulière à domicile en raison d'un handicap ou d'un problème de santé². Cette aide est apportée par près de deux personnes en moyenne, membres de l'entourage ou professionnels. Les «non-professionnels» représentent 60% des aidants, soit un effectif de 3 700 000 aidants naturels intervenant auprès de 3 230 000 personnes âgées de 60 ans ou plus en France. Près de la moitié sont aidées uniquement par l'entourage, principalement le conjoint, puis les enfants. L'âge moyen de l'aidant familial est de 71 ans quand il s'agit du conjoint, de 55 ans lorsque c'est l'enfant. L'aide est apportée par une femme dans la plupart des cas.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Absence de données régionales de routine permettant de préciser l'effectif représenté par les aidants naturels en Ile-de-France.
- > 918 places d'hébergement temporaire et 1 130 places d'accueil de jour, représentant des taux d'équipement respectifs de 1,3 place et 1,6 place disponibles pour 1 000 Franciliens de 75 ans ou plus en 2006.

La population aidante

En l'absence d'exploitation francilienne spécifique de l'enquête nationale HID sur les aidants, il n'est pas possible d'en préciser l'effectif régional - les informations disponibles portant davantage sur la population aidée que la population aidante.

Les quelques données disponibles s'appuient sur la population générale aidée...

- En Ile-de-France, 96% des personnes de 60 ans ou plus demeurent à domicile³. Selon une exploitation régionale de l'enquête HID⁴, près de trois sur dix parmi elles ont un besoin d'aide lié à leur état de santé, soit un effectif de près de 542 000 Franciliens en 2006.

- Au niveau national, l'enquête HID⁵ précise que le nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes (au sens de l'Apa, cf. objectif 15) est, depuis 2005, en phase de fort accroissement démographique du fait de l'arrivée des cohortes nées après la Première Guerre mondiale à des âges où les taux de prévalence de la dépendance sont élevés. En Ile-de-France, le nombre de personnes de 60 ans ou plus dépendantes a été estimé à 125 000 en 2005⁶.

- L'enquête HID indique aussi que les femmes et les hommes de 50-79 ans constituent la majeure partie des aidants naturels (respectivement 55% et 25%), et que leur progression démographique devrait être nettement moins importante que celle des personnes de 60 ans ou plus dépendantes. En Ile-de-France, 1,59 million de femmes et 1,40 million d'hommes sont âgés de 50 à 79 ans en 2006. Ils devraient être près de 2,1% de plus en 2010⁷.

... mais aussi sur les données épidémiologiques relatives à la maladie d'Alzheimer.

- L'application des données nationales de prévalence et d'incidence aux estimations de population francilienne de 2006 permet d'évaluer à 135 000 le nombre de Franciliens atteints de la maladie d'Alzheimer ou syndromes apparentés, et à près de 30 000 le nombre de malades supplémentaires chaque année⁸ -, soit quatre fois plus que l'effectif actuel d'admissions en affection de longue durée pour maladie d'Alzheimer ou apparentée (6 939 personnes en 2006⁹).

Les dispositifs d'accompagnement et de répit

Les lieux d'information ou de coordination gérontologique

- Les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic) constituent des «lieux-ressources» de proximité pour les personnes de 60 ans ou plus, en particulier concernant les services d'aide à domicile et leur coordination avec les services de soins pour les personnes âgées dépendantes bénéficiant d'un plan d'aide à domicile. L'Ile-de-France compte 62 Clic en 2006 (contre 29 en 2002), inégalement répartis sur l'ensemble du territoire (tab.1), et avec des niveaux d'intervention différenciés (de l'accueil/information à la mise en œuvre de prestations spécifiques, de type groupe de parole/soutien psychologique individuel pour les aidants naturels).

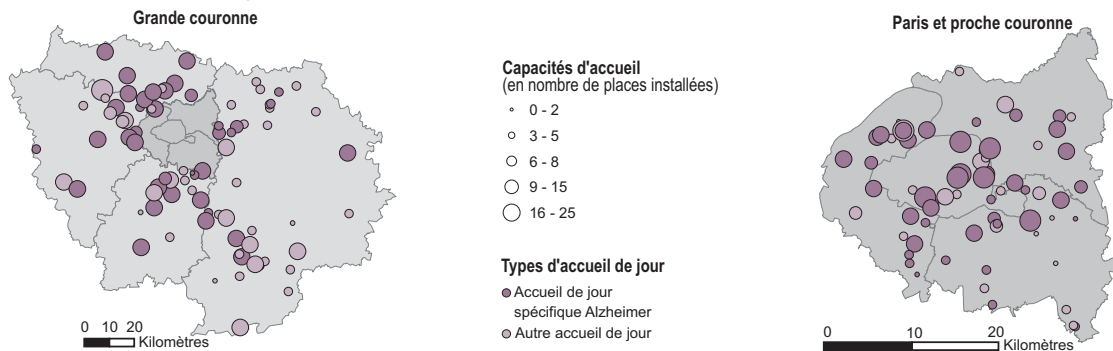
- D'autres structures proposent également de l'information/coordination gérontologique (CCAS «non Clic», services personnes âgées des Conseils généraux, Coderpa, associations de retraités...). Certaines sont spécialisées dans la prise en charge d'une pathologie comme la maladie d'Alzheimer.

Créés en 2000 par l'Etat, les Clic sont gérés depuis 2005¹⁰ par les Conseils généraux, désormais seuls pilotes de la coordination gérontologique. Dans certains départements¹¹, cette situation a entraîné la suppression de l'appellation «Clic», avec réorganisation de la coordination de proximité sous diverses appellations et modalités de fonctionnement.

Les principaux dispositifs de répit : l'accueil de jour et l'hébergement temporaire

Définis comme «une aide en terme de soulagement des familles ayant en charge à domicile des personnes

cartes 1 et 2 Les accueils de jour en Ile-de-France en 2006



Source : ORS - Mini-fichier des établissements pour personnes âgées en Ile-de-France - Données au 31 décembre 2006, 2007.

Références citées

- ¹ Le Guide de l'aidant familial. Ministère de la Santé et des Solidarités, 2007.
- ² DUTHEIL N. Les aides et les aidants des personnes âgées. *Etudes et résultats*, Drees, 2001, n°142.
- ³ Y compris en logements-foyers (source : Insee - Recensement de population 2006).
- ⁴ QUALITE L. 700 000 Franciliens ont un besoin d'aide lié à leur état de santé. *Insee Ile-de-France à la page*, Insee, 2002, n°208.
- ⁵ BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R. Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040. *Etudes et résultats*, Drees, 2002, n°160.
- ⁶ MARIA F. (de), PEPIN P. *Les personnes âgées en Ile-de-France : évolutions et perspectives de la prise en charge de la dépendance*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2003, 168p.
- ⁷ Source : Insee - Recensement de population 2006 et évolution de la population régionale de 2005 à 2030 selon le scénario central, 2007.
- ⁸ Sources : GALLEZ C. *Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2005 / Insee - estimations de population au 1^{er} janvier 2006, 2008 / Exploitation ORS Ile-de-France, 2008.
- ⁹ Sources : Régime général, RSI, MSA. Exploitation Urcam Ile-de-France, 2007.
- ¹⁰ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
- ¹¹ *Dispositifs de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées vivant à domicile et dispositifs d'aide à leurs aidants familiaux : annuaire national*. Fondation Médéric Alzheimer, édition 2007.
- ¹² ROSENHEIMER L., FRANCIS E.-M. Feasible without subsidy ? Overnight respite services for people with Alzheimer's disease. *Journal of gerontological nursing*, 1992, 18(4), pp21-29.
- ¹³ DALBARADE M., MITTON C. *L'offre en établissements pour personnes âgées en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, présentation du 6 décembre 2007 à la Drass Ile-de-France.

dépendantes, sur une base horaire, journalière ou hebdomadaire»¹², les dispositifs de répit peuvent prendre plusieurs formes comme de l'hébergement temporaire ou de l'accueil à la journée pour la personne dépendante.

tab.1 Les principaux dispositifs d'accompagnement et de répit en Ile-de-France

	60 ans ou plus		Clic		Accueil de jour		Hébergement temporaire	
	Effectif 2005	Nombre 2006	Capacité 2006	Taux* équipement	Capacité 2006	Taux* équipement	Capacité 2006	Taux* équipement
75	408 974	15	188	1,07	168	0,96		
77	192 159	4	219	3,58	193	3,16		
78	237 430	10	131	1,72	61	0,80		
91	196 809	10	120	1,94	172	2,78		
92	268 269	10	153	1,45	84	0,80		
93	214 620	6	62	0,83	83	1,11		
94	223 813	4	160	1,91	107	1,28		
95	170 087	3	97	1,75	50	0,90		
IdF	1 912 159	62	1 130	1,63	918	1,32		

*Nombre de places (capacité) pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

Sources : Insee, Fondation Médéric Alzheimer, ORS Ile-de-France.

- En 2006, l'Ile-de-France compte 918 places d'hébergement temporaire et 1 130 places d'accueil de jour, représentant des taux d'équipement respectifs de 1,3 place et 1,6 disponible pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus (tab.1). Les deux tiers de l'accueil de jour sont spécifiquement réservés aux malades Alzheimer¹³. Leur répartition est inégale sur le territoire francilien (cartes 1 et 2).

Quelques accueils de jour ont développé des actions pour les aidants familiaux (groupe de parole, soutien psychologique...) ainsi que des activités regroupant personnes aidées et aidantes.

Axe prioritaire

Promouvoir les comportements favorables à la santé



Objectif
18

Développer le repérage et la prise en charge précoce des usages à risque dans le domaine des addictions. Il s'agit notamment des consommations les plus répandues : alcool, tabac, cannabis et médicaments psychotropes

Objectif
19

Assurer un programme spécifiquement orienté vers le tabagisme féminin : réduire la prévalence du tabagisme féminin

Objectif
20

Renforcer la réduction des risques (RDR) chez les usagers de drogues afin de diminuer notamment les contaminations virales

Objectif
21

Diminuer les nouvelles contaminations par le VIH et les IST chez les populations prioritaires : les migrants et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ainsi que les détenus, les prostitués et les hétérosexuels multipartenaires

Objectif
22

Chez les personnes séropositives, améliorer la qualité de vie, induire une observance accrue des traitements et une réduction des prises de risque

Objectif
23

Prévenir l'obésité infantile (0-11 ans), notamment par l'éducation critique à la consommation, et dépister précocement le surpoids chez l'enfant

Objectif
24

Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée

Objectif
25

Développer la prévention et le dépistage de la dénutrition et de la déshydratation chez les personnes âgées

> Absence d'indicateurs de routine

Développer le repérage et la prise en charge précoce des usages à risques dans le domaine des addictions.

Il s'agit notamment des consommations les plus répandues : alcool, tabac, cannabis et médicaments psychotropes.

Contexte

Selon l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), la drogue est «un produit naturel ou synthétique, ayant un potentiel nocif d'abus ou de dépendance, consommé en vue de modifier l'état de conscience et dont l'usage peut être légal ou non». Les produits principalement consommés en Europe sont l'alcool, le tabac et le cannabis^{1,2}. Alors qu'il y a quelques décennies, la France arrivait largement en tête de la consommation d'alcool, elle se situe aujourd'hui, comparée aux pays de l'Europe des Quinze, dans la moyenne européenne tant chez les jeunes que chez les adultes³. En revanche, elle arrive dans le groupe des pays en tête pour les consommations de cannabis, particulièrement importantes en France chez les jeunes^{4,5}. Depuis les années 2000 environ, une tendance à la baisse est observée pour les consommations régulières d'alcool et de tabac. Concernant le cannabis (produit illicite le plus diffusé), après une décennie de forte hausse, d'abord en Ile-de-France⁶ puis sur le reste du territoire, des données récentes semblent indiquer une stabilisation de sa consommation, qui reste néanmoins à un niveau très élevé. Les consommations régulières et à risque d'alcool, de tabac et de cannabis sont plus fréquentes chez les hommes (jeunes et adultes) que chez les femmes^{7,8}. Ces consommations s'accompagnent de dommages sanitaires (accidents, dépendance, maladies et cancers des voies aérodigestives notamment) et sociaux. L'importance des conséquences de ces consommations a mis en évidence la nécessité de prévenir les consommations de ces trois produits en retardant l'âge moyen d'initiation et en favorisant la diminution et/ou l'arrêt de ces consommations. Un arsenal de mesures législatives, économiques et de prévention a été mis en place notamment durant les dernières années, et concourt à expliquer les tendances plutôt positives des consommations. Parmi les mesures de prévention auprès des adultes, les méthodes de «repérage précoce et d'intervention brève» (RPIB), lors d'une consultation en médecine de ville ou en médecine du travail, ont fait la preuve de leur efficacité⁹ vis-à-vis de l'alcool et sont actuellement recommandées par l'OMS¹⁰. Elles doivent être renforcées en France¹¹. Cette approche s'applique également pour le tabac via «le conseil minimal» et le cannabis.

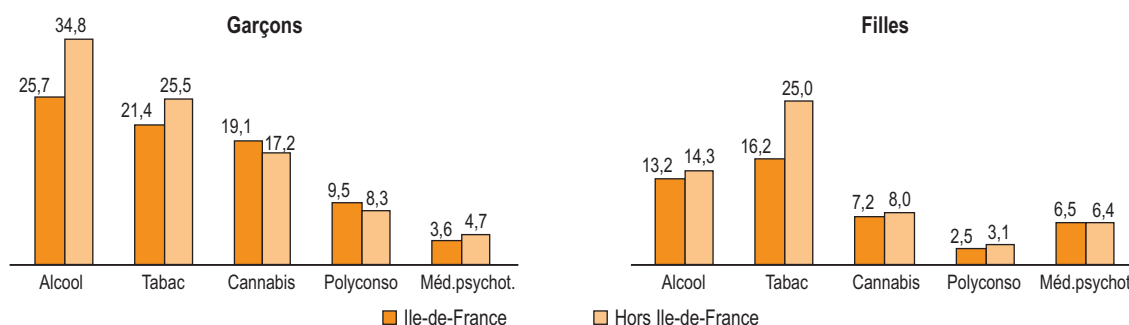
Pour les adolescents et les jeunes adultes, une méthode de prévention spécifique «Roc-Ado» (repérer, orienter, conseiller les adolescents consommateurs à risque d'alcool et de substances psychoactives) est en cours de validation en Ile-de-France depuis 2005.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Les consommations régulières d'alcool et de tabac sont moindres en Ile-de-France chez les jeunes.
- > Davantage d'ivresses et d'usages problématiques de l'alcool chez les Franciliennes adultes par rapport à la province, alors que l'inverse est constaté chez les hommes.
- > En Ile-de-France comme en France, baisse de la consommation d'alcool et de tabac depuis une décennie.
- > Après une décennie de forte hausse dans les années 1990, stabilisation de la consommation de cannabis chez les jeunes Franciliens.
- > L'Ile-de-France : une région engagée depuis 2003 dans la démarche RPIB alcool.

Les consommations régulières de produits psychoactifs chez les jeunes

fig.1 Consommations* et polyconsommations** régulières chez les jeunes âgés de 12 à 25 ans en 2005 (en %)



*Alcool hebdomadaire, tabac quotidien, cannabis au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois, médicaments psychotropes parfois ou souvent au cours des 12 derniers mois

**Alcool au moins 1 fois par semaine et/ou au moins 3 ivresses les 12 derniers mois + tabac quotidien + cannabis au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Les consommations régulières de tabac, d'alcool et de cannabis sont plus fréquemment déclarées par les garçons.

L'exploitation régionale du Baromètre santé 2005 permet de connaître les consommations déclarées par les jeunes Franciliens âgés de 12 à 25 ans (fig.1).

La consommation régulière des principaux produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis) est toujours plus élevée chez les garçons. L'alcool est le principal produit consommé de façon régulière chez les garçons, suivi par le tabac et le cannabis (consommés respectivement par 26%, 21% et 19% d'entre eux).

Chez les filles, c'est la consommation régulière de tabac qui prédomine, suivie par l'alcool et le cannabis (respectivement 16%, 13% et 7%).

Des consommations régulières d'alcool et de tabac moindres chez les jeunes Franciliens...

Les jeunes Franciliens se caractérisent par des consommations régulières d'alcool et de tabac moins élevées que leurs homologues provinciaux, quel que soit le sexe (différence non significative cependant pour la consommation d'alcool chez les filles). Par contre, les niveaux de consommation de cannabis et de polyconsommations sont comparables. Mais les garçons en Ile-de-France sont plus nombreux à avoir un «usage problématique» du cannabis.

... confirmées par l'enquête Escapad

L'enquête annuelle sur la santé et les consommations réalisée lors de la journée de préparation à la défense (enquête Escapad) vise notamment à mieux connaître les niveaux de consommation de différents produits psychoactifs des jeunes de 17-18 ans. L'édition 2005 confirme les tendances observées en matière de consommation régulière d'alcool, de tabac (région

moins consommatrice) et de cannabis (pas de différence Ile-de-France/province)¹².

Les médicaments psychotropes, seuls produits davantage consommés par les filles que les garçons

Environ 5% des jeunes Franciliens âgés de 12 à 25 ans ont déclaré avoir consommé des médicaments psychotropes (tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs) au cours des douze derniers mois.

Les médicaments psychotropes sont les seuls produits que les filles déclarent consommer davantage que les garçons (6,5% contre 3,6% en Ile-de-France).

Les niveaux de consommations sont comparables en Ile-de-France et en province.

Toutefois, les résultats relatifs aux médicaments psychotropes doivent être considérés avec réserve du fait de l'ignorance des contextes de consommation, objet ou non d'une prescription médicale.

Diminution de la consommation régulière d'alcool et de tabac entre 1997 et 2005

Entre 1997 et 2005, les consommations régulières d'alcool et de tabac ont diminué chez les jeunes Franciliens âgés de 12 à 19 ans, plus fortement chez les filles que chez les garçons (-55% contre -36% pour l'alcool, -62% contre -53% pour le tabac). Ces mêmes évolutions sont constatées en province, mais de façon moins marquée (tab.1).

Par contre, la consommation de cannabis et les polyconsommations ne connaissent pas d'évolution notable sur cette période en Ile-de-France, même si les tendances sont à la baisse (sauf pour le cannabis chez les garçons). Cette situation diffère fortement de celle observée en province, où l'on constate de très fortes augmentations de la consommation de cannabis.

tab.1 Evolution des consommations* et polyconsommations** régulières chez les jeunes âgés de 12 à 19 ans entre 1997 et 2005 (en %)

	Ile-de-France			Hors Ile-de-France		
	1997	2005	Evolution	1997	2005	Evolution
Garçons						
Alcool	24,2	15,5	-36%	29,1	23,4	-20%
Tabac	25,0	11,7	-53%	22,0	15,1	-31%
Cannabis***	24,2	27,1	+12% (NS****)	12,6	19,0	+51%
Polyconsommations***	13,5	10,0	-26% (NS****)	7,8	8,9	+14% (NS****)
Filles						
Alcool	13,8	6,2	-55%	15,2	9,4	-38%
Tabac	27,6	10,4	-62%	21,6	15,0	-31%
Cannabis***	10,6	9,0	-15% (NS****)	5,2	11,7	+125%
Polyconsommations***	5,2	2,4	-54% (NS****)	2,9	4,2	+45% (NS****)

*Alcool hebdomadaire, tabac quotidien, cannabis au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois, médicaments psychotropes parfois ou souvent au cours des 12 derniers mois

**Alcool au moins 1 fois par semaine et/ou au moins 3 ivresses les 12 derniers mois + tabac quotidien + cannabis au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois

***Cannabis et polyconsommations : consommations des jeunes de 15 à 19 ans.

****NS : Non significatif (test du Chi2 sur les effectifs pondérés et redressés).

Lecture : Chez les garçons âgés de 12 à 19 ans, la consommation déclarée d'alcool a diminué significativement de 36% entre 1997 et 2005.

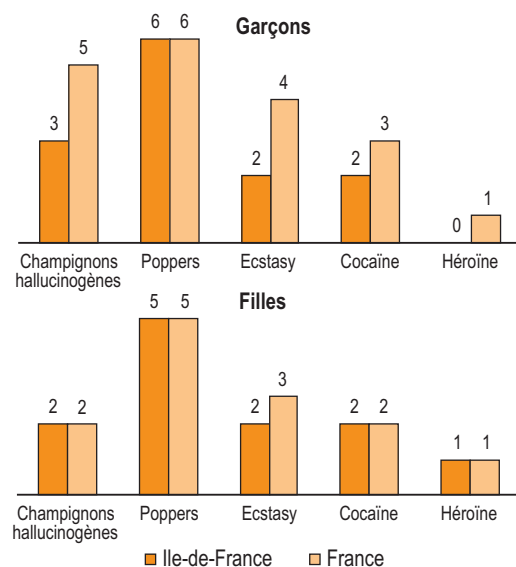
Source : Inpes - Baromètre santé jeunes 1997 et Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

L'expérimentation de produits psychoactifs chez les jeunes

En 2005, l'expérimentation de l'alcool et du tabac est commune à la plupart des jeunes Franciliens de 19 ans. Celle de l'alcool est déjà très présente parmi les 12-14 ans (entre six et sept Franciliens sur dix), alors qu'elle semble plus tardive pour le tabac : d'environ un Francilien sur dix à 12 ans, elle en concerne environ huit sur dix à 19 ans⁶. Le cannabis est la substance illicite la plus expérimentée par les jeunes, avec une prédominance masculine quel que soit l'indicateur ou l'enquête considéré. En 2005, parmi les Franciliens de 12-25 ans, 42% des garçons ont expérimenté le cannabis contre 26% chez les filles⁶. De même à 17 ans, avec 50% de garçons expérimentateurs contre 42% de filles¹². A cet âge, l'expérimentation d'autres produits psychoactifs illicites concerne entre 0 et 6% des jeunes Franciliens, selon le produit considéré (fig.2). Les niveaux d'expérimentation chez les garçons et les filles ne sont pas significativement différents sauf pour les champignons hallucinogènes, plus fréquemment expérimentés par les garçons.

Par rapport à la moyenne nationale, les Franciliens sont un peu moins nombreux à avoir expérimenté des champignons hallucinogènes et de l'ecstasy¹².

fig.2 Expérimentation d'autres* produits psychoactifs (les plus répandus) à 17 ans (en %)



*Produits autres que l'alcool, le tabac et le cannabis.
Source : Escapad 2005. Exploitation OFDT.

Consommation et expérimentation de produits psychoactifs chez les jeunes de 17 ans dans quatre départements franciliens

En Ile-de-France, une exploitation départementale de l'enquête Escapad a été possible en 2005 pour quatre départements : Paris, l'Essonne, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne (tab.2).

A Paris, les jeunes des deux sexes âgés de 17 ans concernés par un usage régulier de l'alcool et par des ivresses répétées sont plus nombreux que pour l'ensemble de la région. Une exploitation parisienne de l'enquête Escapad 2004¹³ montrait une variabilité des usages d'alcool déclarés selon les quartiers, avec un usage régulier et des ivresses répétées deux fois plus répandus dans les arrondissement du sud-ouest parisien (6^{ème}, 7^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème}, 16^{ème}) que dans ceux du nord-est (3^{ème}, 4^{ème}, 10^{ème}, 11^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème}).

En Essonne, c'est l'usage régulier d'alcool et de cannabis ainsi que l'expérimentation d'ecstasy et de cocaïne qui sont relativement importants. Le département des Hauts-de-Seine s'avère très consommateur (alcool, tabac, cannabis, expérimentation de poppers et de cocaïne), alors que le Val-de-Marne a un profil comparable à celui de l'Ile-de-France. Ces départements, à l'exception des Hauts-de-Seine, présentent des niveaux d'usage et d'expérimentation des principaux produits psychoactifs inférieurs à ceux de l'ensemble des jeunes métropolitains. Les jeunes des Hauts-de-Seine ont un usage se rapprochant de la moyenne nationale, avec cependant des consommations régulières de tabac et d'alcool moins marquées mais une expérimentation du poppers beaucoup plus répandue.

tab.2 Consommations et expérimentation de produits psychoactifs chez les jeunes de 17 ans dans quatre départements franciliens, en 2005 (en %)

	Principaux produits psychoactifs											
	Garçons						Filles					
	Paris	Essonne	Hauts-de-Seine	Val-de-Marne	Ile-de-France	Métropole	Paris	Essonne	Hauts-de-Seine	Val-de-Marne	Ile-de-France	Métropole
Alcool : usage récent	71	72	81	65	72	82	70	67	80	68	69	75
usage régulier	16	13	10	8	9	18	8	8	6	6	6	6
ivresse au cours de la vie	51	46	56	41	48	63	44	44	46	42	40	50
ivresses répétées	23	21	29	17	19	33	16	12	17	12	12	18
Tabac : expérimentation	69	65	71	56	64	71	69	69	77	68	70	74
usage quotidien	24	29	21	25	24	34	24	29	30	26	26	32
Cannabis : expérimentation	51	53	55	44	50	53	40	49	51	43	42	46
usage régulier	12	18	13	16	14	15	5	8	6	7	6	4
Médicaments psychotropes : expérimentation	11	12	11	9	10	11	23	31	23	30	26	29
Champignons hallucinogènes : expérimentation	3	3	5	4	3	5	1	3	2	3	2	2
Poppers : expérimentation	9	4	11	4	6	6	3	7	10	6	5	5
Ecstasy : expérimentation	2	5	2	5	2	4	1	5	3	3	2	3
Cocaïne : expérimentation	3	4	3	3	2	3	1	3	4	2	2	2
Héroïne : expérimentation	1	1	0	0	0	1	0	2	0	1	1	1

Source : Escapad 2005. Exploitation OFDT.

Les consommations de tabac et d'alcool chez les adultes

Plus de fumeurs en Ile-de-France, mais qui fument en moyenne un peu moins

Selon le Baromètre santé¹⁴, en 2005, 28% des Franciliens âgés de 25 à 75 ans déclarent fumer quotidiennement du tabac et 5% de façon occasionnelle (fig.3). La part des fumeurs quotidiens est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (32% contre 23%) et 45% des femmes déclarent n'avoir jamais fumé contre 32% des hommes. Par rapport au niveau national, la part des fumeurs quotidiens est légèrement plus élevée chez les Franciliens, pour les hommes comme pour les femmes, mais la proportion de gros fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour) est un peu moins élevée dans la région (17% contre 19%). Avec 16 cigarettes par jour, les hommes franciliens fument plus que les Franciliennes (moins de 14 cigarettes par jour).

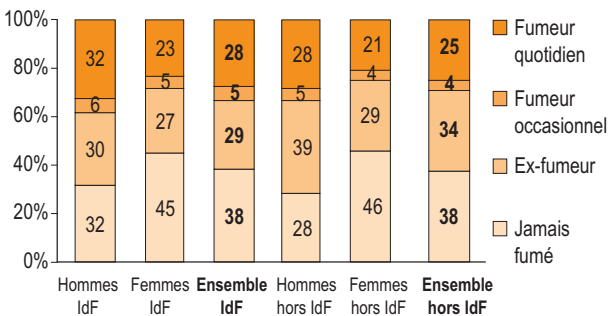
53% de fumeurs dépendants à des degrés divers

Si l'on tient compte à la fois du délai entre le réveil et la première cigarette, et des quantités fumées en moyenne chaque jour (mini-test de Fargerström), parmi les fumeurs âgés de 25 à 75 ans, 35% présentent des signes de dépendance moyenne et 18% des signes de dépendance forte en 2005. Cette dépendance s'avère plus fréquente parmi les hommes¹⁴.

Moins de consommateurs quotidiens d'alcool en Ile-de-France parmi les hommes

Au cours des douze derniers mois, 84% des personnes âgées de 25 à 75 ans déclarent avoir consommé de l'alcool : 13% quotidiennement, 36% hebdomadairement et 35% de façon occasionnelle¹⁴. En 2005, la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool augmente avec l'âge (fig.4). Elle est plus répandue chez les hommes, et l'écart se creuse avec l'avancée en âge. C'est également le cas en province, mais avec une prévalence chez les hommes toujours supérieure à celle de leurs homologues franciliens et une prévalence féminine comparable.

fig.3 Répartition des personnes âgées de 25 à 75 ans selon le statut tabagique* et le sexe, en 2005 (en %)



*Fumeur quotidien : au moins une cigarette par jour
Fumeur occasionnel : moins d'une cigarette par jour
Jamais fumé : y compris ceux déclarant «juste une fois pour essayer»
Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Davantage d'ivresses et d'usages problématiques d'alcool chez les Franciliennes que chez leurs homologues de province

En Ile-de-France, 69% des hommes déclarent avoir été ivres au moins une fois dans leur vie et 18% au cours des douze derniers mois. Chez les femmes, ces proportions s'élèvent à 41% et 7%. Les ivresses, au cours de la vie comme au cours des douze derniers mois, sont moins répandues en Ile-de-France que dans le reste de la France pour les hommes. A l'inverse, les Franciliennes déclarent avoir été plus souvent ivres que les provinciales.

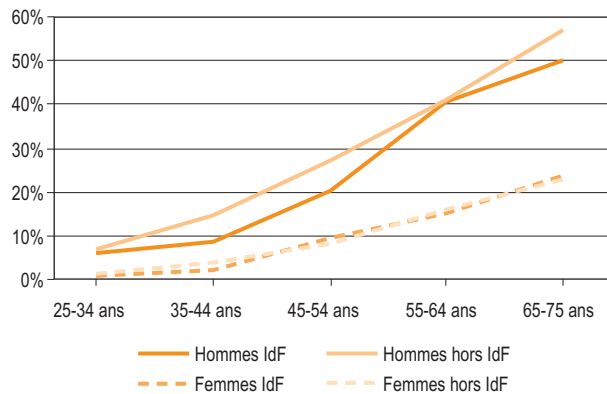
Le test Audit-C permet le repérage de la consommation excessive d'alcool. En 2005, parmi les Franciliens âgés de 25 à 75 ans, 25,6% présentent un risque d'alcoolisation excessive ponctuel (33,6% des hommes et 17,5% des femmes), 7,8% un risque élevé d'alcoolisation chronique (12,8% des hommes et 2,8% des femmes) et 0,9% un risque élevé de dépendance alcoolique (1,4% des hommes et 0,4% des femmes). L'ensemble de ces prévalences est inférieur à celles observées en province pour les hommes et supérieures pour les femmes, même si les différences ne sont pas toujours significatives¹⁴.

La question tabac plus souvent abordée avec un médecin que la question alcool

Pour les personnes interrogées ayant consulté un médecin dans l'année (84%), la question du tabac (au cours de la dernière visite) a été abordée lors de 37% des visites et celle de l'alcool lors de 5% des visites. Pour les fumeurs quotidiens, le tabac a été abordé dans 43% des visites. L'alcool a été abordé dans 10% des visites des buveurs quotidiens.

L'ensemble des patients déclarent que les questions portant sur leurs consommations d'alcool ou de tabac sont abordées le plus souvent à l'initiative du médecin¹⁴.

fig.4 Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool selon l'âge et le sexe, en 2005 (en %)



Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Une intervention particulière : le RPIB

Une méthode validée (voir définition ci-après) **mais dont la diffusion est complexe**

En 2007, le bilan intermédiaire des formations au RPIB pour les médecins généralistes d'Ile-de-France montre que treize sessions de formations ont été réalisées dans quatre départements (75, 77, 94, 95). Dans ce cadre, 2 344 médecins ont été contactés par télé-

phone suite à l'envoi d'un courrier d'invitation à s'inscrire à la formation : 145 médecins se sont inscrits à la formation et seuls 83 médecins l'ont suivie (6 pour le 75, 22 pour le 77, 32 pour le 94 et 23 pour le 95)¹⁷.

Les données de retour sur les actes pratiqués par les médecins formés seront prochainement disponibles.

La prise en charge des addictions au tabac, à l'alcool et au cannabis

116 consultations tabacologiques en Ile-de-France, dont 44 à Paris

En Ile-de-France, en 2007, on dénombre 116 consultations de tabacologie (tab.3), implantées le plus souvent dans des centres hospitaliers. Ces structures prennent en charge les fumeurs les plus dépendants et les personnes ayant déjà souffert d'une maladie liée au tabac. En 2006, parmi les 17 670 Franciliens venus dans les consultations tabacologiques, les femmes ont été légèrement plus nombreuses (51% contre 49%) et leur moyenne d'âge était moins élevée (43,5 ans contre 47,1). Elles fumaient en moyenne 21 cigarettes par jour, contre 25 pour leurs homologues masculins¹⁵.

50 centres de cure ambulatoire en alcoologie

Le dispositif de lutte contre l'alcoolisme est constitué des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), ciblés sur le soin et l'accompagnement social, des unités d'accueil en alcoologie en milieu hospitalier et des centres de postcure qui proposent des soins et une aide à la réinsertion sociale.

En Ile-de-France, on dénombre 45 CCAA (tab.3). En 2006, le nombre de buveurs venus consulter s'élève à 12 998, soit un taux de recours à ces structures de 189 pour 100 000 Franciliens âgés de 15 ans ou plus (251 au niveau national). Au sein de la région, ces taux de recours varient de 105 pour 100 000 à Paris à 439 pour 100 000 en Seine-Saint-Denis où le nombre de structures est plus conséquent que dans les autres départements¹⁶.

51 consultations cannabis

Depuis 2005, un réseau de consultations spécifiques a été mis en place. Gratuites et anonymes, elles sont destinées aux jeunes consommateurs de cannabis (et autres substances psychoactives) et à leur famille. Ces consultations ont été associées aux dispositifs d'addictologie existants (CSST, CCAA ou service hospitalier spécialisé). On estime qu'entre mars 2005 et février 2007, soit en deux ans d'activité de consultations, 3 520 consommateurs et 2 750 personnes de leur entourage ont été reçus en Ile-de-France. L'enquête menée entre le 15 mars et le 15 avril 2005 permet de connaître le profil des consommateurs reçus en consultation : la moyenne d'âge est de 20 ans dans la région et les garçons sont majoritaires (77%). Les modalités de recours aux consultations diffèrent selon le sexe : les démarches spontanées sont beaucoup plus élevées chez les filles (60% contre 36%), alors que les orientations judiciaires sont plus fréquentes chez les garçons (23% des recours contre 7%). Cependant, la

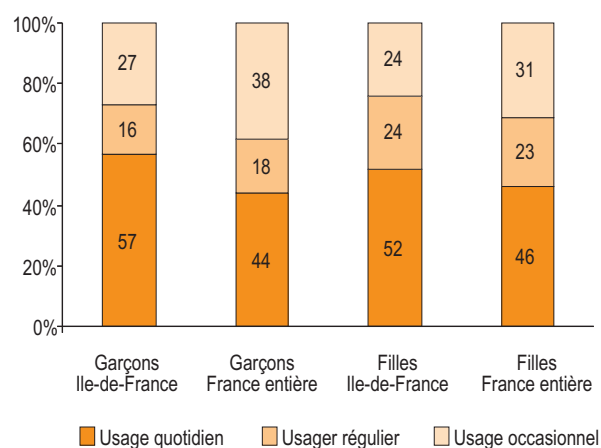
part des consommateurs adressés par la justice est relativement faible en Ile-de-France (20% pour les deux sexes confondus contre 38% pour l'ensemble du pays). Les niveaux de consommation des jeunes ayant recours à ces consultations diffèrent également (fig.5), avec un usage quotidien très important chez les jeunes Franciliens (56% contre 45% au niveau national) et une part plus faible d'usage occasionnel (26% contre 35%).

tab.3 Répartition des consultations tabac/alcool/cannabis par département en Ile-de-France en 2007

	Consultations de tabacologie	Centres de cure ambulatoire en alcoologie	Consultations cannabis
Paris	44	5	11
Seine-et-Marne	3	7	4
Yvelines	7	6	7
Essonne	5	4	5
Hauts-de-Seine	20	6	8
Seine-Saint-Denis	14	12	8
Val-de-Marne	16	5	7
Val-d'Oise	7	5	1
Ile-de-France	116	50	51

Sources : OFT, DGS-Drass Finess, Mildt. Exploitation ORS Ile-de-France.

fig.5 Répartition des consommateurs reçus en consultation cannabis par type d'usage* en 2005 (en %)



* Usage quotidien : usage quotidien au cours des trente derniers jours.
Usage régulier : entre 10 et 29 usages au cours des trente derniers jours.
Usage occasionnel : entre 1 et 9 usages au cours des douze derniers mois.

Source : Enquête sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné en 2005. Exploitation OFDT.

Références citées

- ¹ Source : OEDT - rapports annuels 2006 et 2007.
- ² *Drogues et dépendances. Données essentielles*. OFDT, La Découverte, 2005.
- ³ Sources : *World drink trends 2005*, www.ofdt.fr
- ⁴ Etat du phénomène de la drogue en Europe. *Rapport annuel*, OEDT, 2005.
- ⁵ BESSON D. Consommation de tabac : la baisse s'est accentuée depuis 2003. *Insee première*, 2006, n°1110.
- ⁶ EMBERSIN C., CHARDON B. *Jeunes en Ile-de-France : activités physiques, surpoids et conduites à risque*. ORS Ile-de-France, 2007.
- ⁷ GUILBERT P., GAUTIER A. Baromètre santé 2005 / Premiers résultats. *Baromètres santé*, Inpes, 2006.
- ⁸ LEGLEYE S., BECK F., SPILKA S. *Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad*. OFDT, mai 2007.
- ⁹ MICHAUD P., FOUILLAND P., DEWOST A.-V., ABESDRIS J., DE ROHAN S., TOUBAL S., GREMY I., FAUVEL G., HEATHER N. Repérage précoce et intervention brève auprès des consommateurs excessifs. *La Revue du praticien*, 2007, vol. 57, n°11, pp.1219-1226.
- ¹⁰ *Brief intervention for substance abuse : a manual for use in primary care*. OMS, Department of mental health and substance dependence, 2005.
- ¹¹ MILHET M., DIAZ GOMEZ C. Alcoolisations excessives en médecine de ville. La promotion du Repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB). *Tendances*, OFDT, 2006, n°47.
- ¹² BECK F., LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S. *Analyse régionale Escapad 2005*. OFDT, 2007. Disponible sur Internet : <<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas/2005.html>>.
- ¹³ BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S. Les usages de drogues des adolescents parisiens - Analyse de l'enquête Escapad Paris 2004. *Enquêtes en population générale*, OFDT, Mairie de Paris, 2005.
- ¹⁴ Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.
- ¹⁵ Source : Rapport d'activité des consultations tabacologiques informatisées. Disponible sur Internet : <<http://cdtnet.spim.jussieu.fr>>.
- ¹⁶ Sources : Iliad, ODFT, 2009.
- ¹⁷ Source : Cram Ile-France, 2007.

Définitions

Perspectives des CCAA et CSST : A terme, les CCAA (Centres de cure ambulatoire en alcoologie) ainsi que les CSST (Centres spécialisés de soins aux toxicomanes) deviendront des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa).

Le conseil minimal : Il consiste pour les médecins à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer. Le professionnel de la santé peut alors à minima proposer une brochure ou donner le numéro de téléphone de Tabac Info Service. Le conseil minimal est efficace : les résultats des études en médecine générale montrent 2% à 5% d'arrêts soutenus. Il devrait être donné par tous les médecins quels que soient leur statut professionnel, leur spécialité et leurs conditions d'exercice.

Expérimentation, désigne le fait de déclarer avoir déjà pris un produit au cours de la vie, quel qu'en soit le nombre de consommations. Par définition, la proportion des personnes ayant expérimenté un produit ne peut qu'augmenter avec l'âge.

Ivresse répétée, désigne le fait de déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois.

Mini-test de Fagerström : Il permet d'évaluer le degré de dépendance physique au tabac grâce à deux questions simples : «Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?» et «Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?», à partir desquelles on évalue le degré de dépendance de l'individu (pas ou peu de dépendance / dépendance moyenne / dépendance forte).

Le Repérage précoce intervention brève (RPIB) : Le RPIB est une méthode destinée aux professionnels de santé, particulièrement aux médecins généralistes. Elle consiste à effectuer un repérage précoce des consommateurs excessifs d'alcool grâce à l'utilisation de questionnaires spécifiques et simples (FACE ou AUDIT). Ce repérage est suivi d'une intervention brève dans laquelle le médecin délivre un conseil structuré visant à réduire les consommations de ces buveurs excessifs au-dessous des niveaux de risque définis par l'OMS. Cette méthode, validée par l'OMS, a été mise en place en Ile-de-France en 2003 par l'Anpaa (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) à travers les premières expérimentations du programme BMCM « Boire Moins C'est Mieux ». En 2006, dans le cadre de la mise en œuvre du PRSP, le RPIB s'étend sur la région. Pour cela, les structures subventionnées l'Anpaa et l'IPPSA (Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie), en lien avec des associations locales, agissent en direction des médecins généralistes. Des méthodes de marketing social (envoi de courrier, relances téléphoniques) sont utilisées pour inviter les médecins à suivre les deux sessions de formation du programme. Cette formation, assurée par des médecins formateurs et des formateurs Anpaa, dispense des outils aux médecins généralistes afin qu'ils soient en capacité d'intégrer le RPIB à leur pratique professionnelle. Les plus motivés seront invités à devenir eux-mêmes des formateurs. La principale difficulté au développement du RPIB est la mobilisation des médecins généralistes. En effet, cette proposition de formation s'ajoute à beaucoup d'autres sollicitations. De plus, des réticences existent par rapport au thème alcool : les médecins évoquent l'absence de patients concernés, le manque de temps, et la crainte d'être intrusifs. Le statut social du produit alcool s'ajoute à ces difficultés et des revendications se font entendre concernant la valorisation des actes de prévention.

Risque d'alcoolisation excessive : Il est dit «ponctuel» lorsque la consommation d'alcool ne dépasse pas 21 verres par semaine pour un homme et 14 pour une femme ou bien 6 verres ou plus au cours d'une même occasion moins d'une fois par mois. Les risques encourus sont les accidents de la route, les accidents domestiques, les bagarres, les violences conjugales, les rapports sexuels non protégés, le coma éthylique, le décès. Un risque «chronique» correspond à une consommation d'au moins 22 verres par semaine pour un homme et au moins 15 pour une femme, ou bien une consommation de 6 verres ou plus au cours d'une même occasion au moins une fois par semaine. Les risques encourus, en plus des précédents, sont les problèmes scolaires ou professionnels (absentéisme), les maladies induites par l'abus d'alcool (hypertension artérielle, cirrhose du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, dépendance alcoolique, psychose alcoolique). Une consommation à risque «dépendant» est soupçonnée lorsque la consommation d'alcool est d'au moins 49 verres par semaine (soit au moins 7 par jour) quel que soit le sexe, ou bien lorsqu'une consommation de 6 verres ou plus au cours d'une même occasion a lieu tous les jours, ou presque.

Usage problématique du cannabis : Il se manifeste soit par une dépendance, qui se traduit notamment par la prépondérance de la place du cannabis, rendant le produit nécessaire à l'accomplissement de certaines activités, soit par un abus ou un usage nocif, une consommation répétée entraînant des dommages physiques, psychiques, sociaux, judiciaires pour le sujet lui-même ou ses proches, sans qu'il y ait nécessairement dépendance.

Usage récent, désigne l'usage au cours des trente derniers jours.

Usage régulier, désigne le fait de déclarer avoir pris au moins dix fois un produit au cours des trente derniers jours, à l'exception du tabac, pour lequel il s'agit de l'usage quotidien.

Assurer un programme spécifiquement orienté vers le tabagisme féminin : réduire la prévalence du tabagisme féminin

Contexte

En France, l'usage quotidien de tabac concerne, selon l'enquête du Baromètre santé 2005¹, 22% des femmes de 12 à 75 ans (28% chez les hommes aux mêmes âges). La consommation quotidienne est en baisse depuis plusieurs décennies chez les hommes, alors que dans le même temps la consommation de tabac chez les femmes n'a cessé d'augmenter puis a présenté une certaine stabilité au cours de la dernière décennie. De plus, les comportements de consommations chez les plus jeunes femmes ne se différencient plus notablement de ceux des jeunes hommes. On note cependant un fléchissement de cette consommation chez les jeunes des deux sexes depuis le début des années 2000. Selon l'enquête Escapad², la consommation quotidienne chez les jeunes de 17 ans a baissé de 40 à 37% chez les filles, celle des garçons du même âge passant de 42 à 38%. Cependant, les quantités fumées en nombre moyen de cigarettes par jour sont plus faibles chez les femmes (13,5 contre 16,5 chez les hommes). Par ailleurs, certaines populations féminines sont plus vulnérables : 27% des ouvrières fument quotidiennement contre 18% des cadres¹.

Les conséquences sur la santé des consommations de tabac sont largement connues, notamment en terme de maladies et cancers des voies respiratoires et digestives hautes. Du fait que les femmes ont commencé leur consommation de tabac à une époque plus récente que les hommes, elles voient aujourd'hui la fréquence de ces maladies en forte hausse, même si la fréquence de celles-ci reste nettement plus élevée chez les hommes. Entre 1980 et 2005, le taux d'incidence standardisé du cancer du poumon sur la population mondiale est en très légère progression chez les hommes (+0,2% par an en moyenne) alors qu'il progresse fortement chez les femmes, au rythme annuel moyen de 5,1%. L'évolution de la mortalité depuis vingt ans est assez comparable à celle de l'incidence : la progression des taux standardisés de mortalité sur la population mondiale est de -0,1% par an en moyenne chez les hommes et de 3,5% chez les femmes³.

De plus, il semble que les femmes aient davantage de susceptibilité aux carcinogènes du tabac et aient tendance à développer plus fréquemment des cancers du poumon, notamment de cancers du poumon à petites cellules. Enfin, il existe des dommages sanitaires de la consommation de tabac qui leur sont spécifiques. Le risque de maladie cardio-vasculaire augmente avec la prise de contraceptifs oraux. Le temps moyen de conception est doublé chez les fumeuses. L'arrivée précoce de la ménopause et l'ostéoporose sont plus fréquentes chez elles. Enfin, la consommation de tabac a un très fort retentissement sur le développement du fœtus (hypotrophie, prématurité), et la part des femmes enceintes fumant au troisième trimestre de grossesse est importante (plus de 20%)⁴. En raison des multiples bénéfices que peut entraîner l'arrêt du tabac chez la femme, ainsi que chez le fœtus et sur la vie familiale après la naissance, la prévention et l'incitation à cesser sa consommation sont à privilégier, particulièrement pendant la grossesse.

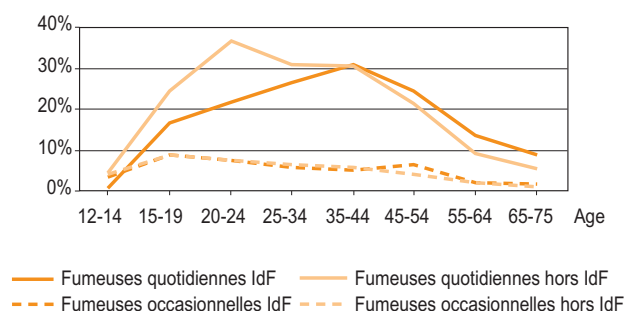
Faits marquants en Ile-de-France

- > La proportion de fumeuses quotidiennes atteint 31% chez les Franciliennes âgées de 35 à 44 ans.
- > En Ile-de-France, 60% des fumeuses ont envie d'arrêter, mais seulement 34% ont un projet précis.
- > L'incidence du cancer du poumon chez les femmes, toute comme la mortalité, est plus élevée en Ile-de-France qu'en France.

Les caractéristiques du tabagisme féminin

Avant 35 ans, moins de fumeuses quotidiennes en Ile-de-France qu'en province. En Ile-de-France, 22% des femmes âgées de 12 à 75 ans déclarent fumer quotidiennement du tabac, 5% de façon occasionnelle et 51% déclarent n'avoir jamais essayé (ou «juste une fois»)». La prévalence du tabagisme quotidien augmente avec l'âge jusqu'à 35-44 ans où elle concerne 31% des femmes, puis diminue progressivement après. Les prévalences par âge sont inférieures à celles observées hors de la région jusqu'à la tranche des 35-44 ans, et sont supérieures ensuite. La prévalence du tabagisme occasionnel est à son maximum chez les femmes âgées de 15 à 24 ans, en Ile-de-France comme en province (fig.1).

fig.1 Prévalence du tabagisme quotidien chez les femmes selon l'âge (en%)



Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

La majeure partie des fumeuses quotidiennes fument entre six et vingt cigarettes par jour.

Les fumeuses quotidiennes franciliennes âgées de 12 à 75 ans sont un peu moins nombreuses à fumer plus de vingt cigarettes par jour que leurs homologues de province (9% contre 11%, fig.2). Leur consommation journalière moyenne est donc légèrement inférieure (13 cigarettes par jour contre 13,5).

43% de fumeuses dépendantes à des degrés divers

Si l'on tient compte à la fois du délai entre le réveil et la première cigarette, et des quantités fumées en moyenne chaque jour (mini-test de Fargerström), parmi les fumeuses franciliennes actuelles âgées de 12 à 75 ans, 30% présentent des signes de dépendance moyenne et 13% des signes de dépendance forte (31% et 16% en province).

60% des fumeuses désirent arrêter

En Ile-de-France, parmi les femmes âgées de 12 à 75 ans, 22% sont des ex-fumeuses, quotidiennes ou occasionnelles. Une part élevée des fumeuses actuelles (60%) a envie d'arrêter, mais seulement 34% ont un projet précis. Parmi ces femmes, 43% ont l'intention d'arrêter dans le mois à venir, et 36% dans les six mois. Les projets d'arrêt du tabac des Franciliennes sont plus rapprochés dans le temps que ceux des provinciales. Une part plus élevée d'entre elles prévoient un arrêt sans aide. Elles sont en effet seulement 27% à envisager l'aide d'un médecin (contre 34% hors Ile-de-France, tab.1).

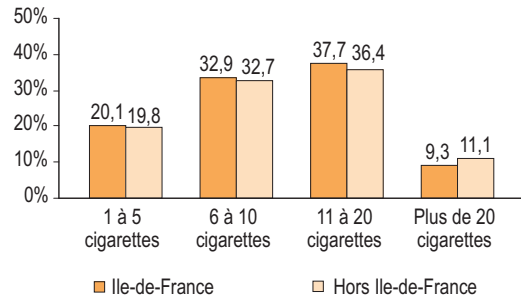
Un tabagisme féminin un peu moins répandu chez les femmes sous contraception orale

En Ile-de-France, les femmes âgées de 15 à 54 ans sous contraception orale sont moins nombreuses à fumer quotidiennement que les femmes du même âge ne prenant pas la pilule (23% contre 27%, fig.3) et elles fument moins en moyenne (11 cigarettes par jour contre 13). Près des deux tiers des femmes sous pilule le sont depuis plus de cinq ans, et on retrouve parmi elles une proportion de fumeuses quotidiennes un peu plus élevée (25%). Parmi les fumeuses (occasionnelles ou quotidiennes) ayant consulté un médecin dans l'année, la question du tabac (au cours de la dernière visite) a été abordée lors de 32% des visites pour les femmes sous pilule et lors de 27% pour celles n'utilisant pas ce mode de contraception, dans les deux cas en grande majorité à l'initiative du médecin. Mais la situation en Ile-de-France est globalement plus favorable qu'en province où les femmes sous pilule sont plus nombreuses à fumer quotidiennement (28%) et ont une consommation plus élevée (12,5 vs 11 cigarettes par jour). D'autre part, les fumeuses franciliennes sous pilule sont 54% à avoir envie d'arrêter, et 37% d'entre elles ont un projet précis.

6% de femmes enceintes parmi les patientes des consultations tabacologiques

En 2006, parmi les femmes se rendant dans les consultations tabacologiques (et dont la moyenne d'âge s'élève à 43,5 ans), 6% sont enceintes et 16,3% sont sous contraception orale. Ces femmes fumaient en moyenne 21 cigarettes par jour⁶.

fig.2 Répartition de la consommation de tabac* parmi les fumeuses quotidiennes de 12-75 ans (en %)



*En équivalent cigarettes, incluant la consommation de cigarettes roulées, cigares et pipes.

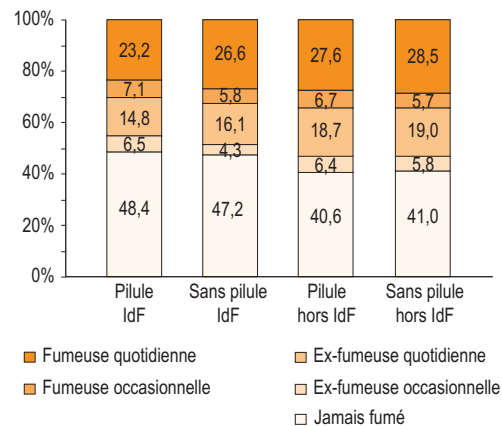
Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

tab.1 Répartition des projets d'arrêt du tabac (en %)

	IdF (%)	Hors IdF (%)
% de femmes ayant envie d'arrêter	60,0	58,8
% de femmes ayant le projet précis d'arrêter	34,2	35,6
Parmi les femmes ayant le projet précis d'arrêter :		
% dans le mois à venir	43,4	40,5
% dans les six prochains mois	35,7	33,0
% dans les douze prochains mois	5,1	5,8
% dans un avenir indéterminé	15,8	20,8
% d'arrêt envisagé sans aide	70,8	64,5
% d'arrêt envisagé avec l'aide d'un médecin	26,8	34,2
% d'arrêt envisagé avec l'aide de quelqu'un d'autre	2,4	1,3

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

fig.3 Répartition des femmes de 15-54 ans sous contraception orale selon leur statut tabagique* (en %)



*Fumeuse (et ex) quotidienne : au moins une cigarette par jour. Fumeuse (et ex) occasionnelle : moins d'une cigarette par jour. Jamais fumé : y compris celles déclarant «juste une fois pour essayer».

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

La situation actuelle en terme de morbidité

Une incidence du cancer du poumon plus élevée en Ile-de-France

En 2005, le réseau Francim des registres du cancer a estimé à 1 408 le nombre de nouveaux cancers du poumon chez la femme en Ile-de-France, soit 6% de l'ensemble des nouveaux cas de cancer (tab.2). Cette localisation est la quatrième chez la femme, après les cancers du sein, du côlon-rectum et de l'utérus. La part des femmes sur l'ensemble des nouveaux cas de cancers du poumon est en constante augmentation, et s'élève à 28% en 2005 (22% en 2000). Le taux d'incidence standardisé (population mondiale) est de 16,1 pour 100 000 femmes en 2005 et de 48,1 pour 100 000 hommes. Il est supérieur à celui observé au niveau national chez les femmes (12,6 pour 100 000), mais inférieur chez les hommes.

Cette incidence plus élevée est également confirmée pour les données d'admissions en affection de longue durée.

En 2006, 1 119 Franciliennes ont été admises en affection de longue durée pour cancer du poumon par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie (tab.3). Les admissions pour ce cancer représentent 5% des admissions en ALD pour cancer. Ces admissions ont lieu principalement entre 50 et 79 ans (71% des admissions dans la région). Le taux d'incidence médico-sociale standardisé sur l'âge est de 21,4 nouveaux cas pour 100 000 femmes en Ile-de-France, et de 61,4 pour 100 000 hommes. Ces taux sont légèrement plus élevés que ceux observés au niveau national pour les deux sexes (18,8 pour 100 000 femmes et 50 pour 100 000 hommes). Au sein de la région, seul Paris a un taux d'incidence chez les femmes largement supérieur à la moyenne régionale (29 nouveaux cas pour 100 000 femmes).

Comparaison des sources de données d'incidence

Le cancer est une pathologie grave, qui affecte un nombre important de personnes en France, mais pour laquelle il n'existe pas de système d'enregistrement homogène des cas sur l'ensemble du territoire.

Les estimations du réseau Francim et les admissions en ALD par les trois principaux régimes d'assurance maladie (voir les définitions et limites en annexe) fournissent une évaluation du poids des cancers broncho-pulmonaires en Ile-de-France, mais pas le nombre exact de Franciliens atteints par cette maladie.

Pour ce cancer, le nombre d'admissions en ALD est sensiblement inférieur à l'estimation Francim, conséquence possible d'un diagnostic parfois très tardif de ce cancer, notamment chez les hommes. Rappelons que les affections de longue durée ne sont pas déclarées à l'assurance maladie dans un but épidémiologique, mais pour que le malade bénéficie de l'exonération du ticket modérateur pour les frais qu'il engage. Cette «morbidité médico-sociale» est le reflet d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

La situation actuelle en terme de mortalité

Augmentation de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes, diminution chez les hommes

Compte tenu du décalage entre les effets observés du tabagisme et les habitudes de consommation, la mortalité observée aujourd'hui est la conséquence du tabagisme des années 1960-1980. Les tumeurs malignes du poumon ont causé 4 325 décès en Ile-de-France en 2006, dont 1 210 décès féminins (tab.4), soit 12,4% de l'ensemble des décès par cancer chez les femmes.

Avec la hausse des décès féminins et la relative stabilité des décès masculins, les femmes représentent désormais 28% des décès par cancer du poumon dans la région (15% en 1980)³. A Paris, cette proportion atteint 34%, alors qu'elle n'est que de 23% dans les Yvelines.

tab.2 Nouveaux cas de cancer du poumon estimés, par sexe et âge, en Ile-de-France en 2005

	Femmes	Hommes	% de femmes
0-39 ans	38	33	53,5
40-49 ans	202	271	42,7
50-59 ans	377	965	28,1
60-69 ans	294	1 035	22,1
70-79 ans	310	933	24,9
80 ans ou plus	187	384	32,7
Total	1 408	3 621	28,0

Source : Francim. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

tab.3 Admissions en ALD pour cancer du poumon par sexe et âge, en Ile-de-France en 2006

	Femmes		Hommes	
	Effectif	Taux brut pour 100 000	Effectif	Taux brut pour 100 000
10 à 19 ans	1	0,1	1	0,1
20 à 29 ans	4	0,5	3	0,4
30 à 39 ans	10	1,1	25	2,9
40 à 49 ans	161	19,6	175	22,6
50 à 59 ans	320	44,5	776	112,8
60 à 69 ans	241	57,2	756	190,2
70 à 79 ans	237	65,6	591	228,2
80 à 89 ans	128	62,5	235	223,5
90 ans ou +	17	26,1	15	72,3
Total	1 119	19,5	2 581	48,0

Sources : Régime général, RSI, MSA. Exploitation Urcam Ile-de-France, 2007.

tab.4 Décès par cancer du poumon selon le sexe, en Ile-de-France* en 2006

	Femmes	Hommes	% Femmes
Yvelines	108	358	23,2
Essonne	114	350	24,6
Val-d'Oise	96	287	25,1
Seine-Saint-Denis	146	429	25,4
Seine-et-Marne	120	344	25,9
Val-de-Marne	162	387	29,5
Hauts-de-Seine	163	378	30,1
Paris	301	582	34,1
Ile-de-France	1 210	3 115	28,0

*Les départements franciliens sont classés selon la part croissante de décès féminins dans l'ensemble des décès par cancer du poumon.

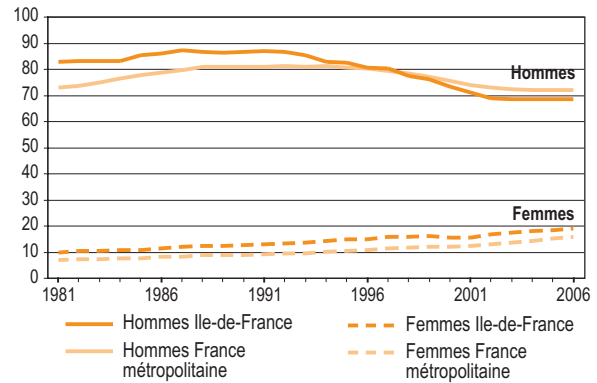
Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

La région présente pour les années 2005-2007, à structure par âge comparable, un taux comparatif de mortalité chez les femmes de 19 pour 100 000, supérieur de 20% au taux métropolitain (15,8 pour 100 000). Chez les hommes, le taux comparatif s'élève à 68,7 pour 100 000 hommes et il est inférieur de 5% au taux métropolitain. En vingt ans, si on tient compte du vieillissement et de l'augmentation de la population, la mortalité féminine a augmenté de 92% entre 1981 et 2006, contrastant avec la diminution de 17% sur la même période de la mortalité masculine. L'évolution en France métropolitaine est légèrement différente : augmentation plus marquée de la mortalité féminine (+126%), mais une mortalité masculine, qui après avoir augmenté, diminue (fig.4).

Surmortalité chez les femmes dans tous les départements d'Ile-de-France

La surmortalité des Franciliennes par cancer du poumon se retrouve dans tous les départements de la région. Elle est cependant plus marquée à Paris, dans le Val-de-Marne et en Seine-Saint-Denis, départements pour lesquels les taux comparatifs sont supérieurs à celui de la région. Encore une fois, la situation est très différente pour les hommes, pour qui les départements en surmortalité sont

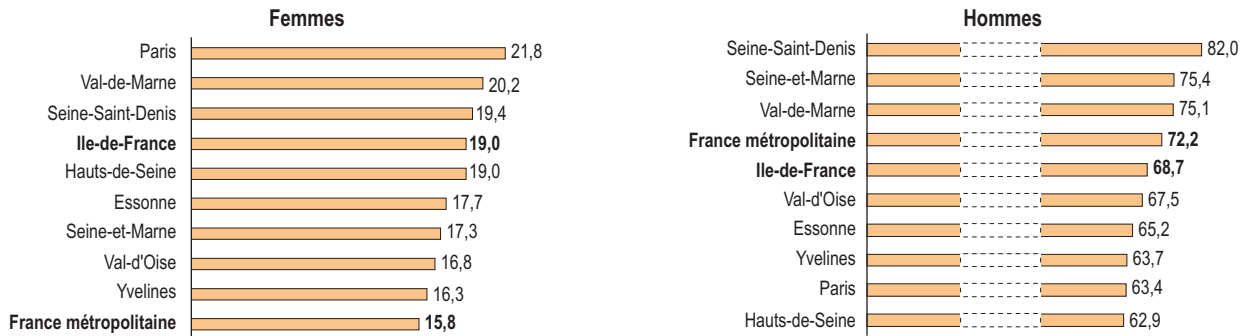
fig.4 Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon* entre 1981 et 2006** selon le sexe (nombre de décès pour 100 000)



* Comprend également la mortalité par cancer de la trachée et des bronches. ** Taux lissés sur trois ans (le taux 2006 correspond aux années 2005-2007). Standardisation sur la population française (RP 1990). Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitations Fnors et ORS Ile-de-France.

les départements les plus défavorisés de la région : la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et le Val-de-Marne. A contrario, les départements les plus favorisés (Yvelines, Paris et Hauts-de-Seine) ont les taux masculins les plus faibles de la région.

fig.5 Taux standardisé de mortalité par cancer du poumon*, selon le sexe, dans les départements d'Ile-de-France en 2006** Attention : les deux graphiques ne sont pas à la même échelle



* Il s'agit également de la mortalité par cancer de la trachée, des bronches. ** Taux lissés sur trois ans (le taux 2006 correspond aux années 2005-2007). Standardisation sur la population française (RP 1990). Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Références citées

- Source : Inpes - Baromètres santé 2000 et 2005.
- LEGLEVE S., BECK F., SPILKA S. *Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad*. OFDT, mai 2007.
- BELOT A., VELTEN M., GROSCLAUDE J. et al. *Evolution nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005*. Institut de veille sanitaire, 2008.
- VILAIN A., PERETTI C. (de), HERBET J.-B., BLONDEL B. La situation périnatale en France en 2003. *Études et résultats*, Drees, 2005, n°383.
- Ces proportions, relatives aux femmes de 12 à 75 ans, sont différentes de celles mentionnées dans l'objectif 18 qui distingue les jeunes (12-25 ans) des adultes (25-75 ans).
- Source : Rapport d'activité des consultations tabacologiques informatisées. Disponible sur Internet : <<http://cdtnet.spim.jussieu.fr>>.

Repères bibliographiques

- Gender, health and tobacco. WHO, 2003.
- International early lung cancer action program investigators, women's susceptibility to tobacco carcinogens and survival after diagnosis of lung cancer. *JAMA*, 2006; 296(2):180-184.
- NOVICE J. *Tabac et grossesse*. Urcam Ile-de-France, 2005.
- PATEL J.D., BACH P.B., KRIS M.G. Lung cancer in US women : a contemporary epidemic. *JAMA*, 2004; 291:1763-1768.
- PEPIN P. *Epidémiologie des cancers en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006.
- PEPIN P., LEFRANC A., DALBARADE M., GREMY I. *Atlas de la mortalité par cancer en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2007.
- ZANG E.A., WYNDER E.L. Differences in lung cancer risk between men and women : examination of the evidence. *Journal of the National Cancer Institute*, 1996, vol. 88, n°314.

Définitions

Cancer du poumon : Par cancer du poumon on entend cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

Mini-test de Fagerström : Il permet d'évaluer le degré de dépendance physique au tabac grâce à deux questions simples («Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?» et «Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?»), à partir desquelles on évalue le degré de dépendance de l'individu (pas ou peu de dépendance, dépendance moyenne et dépendance forte).

Renforcer la réduction des risques (RDR) chez les usagers de drogues afin de diminuer notamment les contaminations virales

Contexte

Initiée en 1987¹ avec la vente libre des seringues et poursuivie en 1995 - 1996 avec les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et Subutex®), la politique de réduction des risques (RDR) en direction des usagers de drogues² vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie. Selon le rapport de l'OFDT³ de 2003, «la substitution aux opiacés s'est développée rapidement, malgré un démarrage très polémique en France, où le sevrage a longtemps été considéré comme la seule option thérapeutique. Son bilan, après dix ans de prescription, montre un impact socio-sanitaire clairement positif. Au plan individuel, les traitements de substitution permettent une rupture du cycle de dépendance au produit beaucoup plus rapide que par le passé, une amélioration des conditions de vie et de l'accès aux soins. Au plan collectif, le point le plus remarquable réside dans la baisse importante du nombre des décès par surdose». Ainsi le nombre de décès par surdoses enregistrés, qui avait régulièrement progressé en France (passant de 350 à 564 décès entre 1990 et 1995), a considérablement baissé ensuite pour passer à 150 en 1998 et sous la barre des 100 en 2000. L'Ile-de-France reste toujours la région la plus touchée (un peu moins de 50% des surdoses⁴). La politique de réduction des risques a également conduit à une baisse des risques infectieux, notamment pour le VIH. Ainsi, dans un contexte de diminution du nombre de cas de découvertes de nouvelles séropositivités au VIH, la proportion des cas chez les usagers de drogues a diminué d'environ un quart dans le milieu des années 1990 à moins de 5% aujourd'hui, montrant l'efficacité de la politique de RDR et la capacité des usagers de drogues à adopter des comportements de prévention pour peu qu'on leur en donne les moyens. Plus difficiles à prendre en compte en raison de l'absence de données fiables, les risques d'infections telles que les abcès et septicémies ont probablement été considérablement réduits. Cependant, la politique de RDR a été beaucoup moins efficace en ce qui concerne les risques des hépatites, notamment des hépatites C. La séroprévalence du VHC, virus plus transmissible et résistant que le VIH, est ainsi particulièrement préoccupante chez les usagers de drogues de moins de 30 ans (28%) qui ont davantage recours à l'injection que leurs aînés⁵. La politique de RDR est efficace vis-à-vis de la transmission du VIH mais son effet reste aujourd'hui encore limité vis-à-vis de la transmission du VHC, ce qui suggère une adaptation des mesures de prévention.

Faits marquants en Ile-de-France

- > La région francilienne est particulièrement concernée par les problèmes d'usage de drogues illicites, notamment à Paris et en Seine-Saint-Denis.
- > En Ile-de-France comme en France, une baisse de la transmission du VIH, grâce à la politique de RDR.
- > Une moindre efficacité de la politique de RDR pour la transmission du VHC, dont la prévalence biologique est de 76% à Paris chez les usagers de drogues ayant déjà utilisé la voie injectable (UDI).
- > 20 Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager de drogues (Caarud) en Ile-de-France, fin 2007.

Les découvertes de séropositivité chez les UDI

Moins de contaminations par le VIH chez les UDI

Sur la période 2003-2006 (déclarations reçues par l'InVS au 31/12/2008), le nombre de découvertes de séropositivité chez les usagers de drogues injectables (UDI) en Ile-de-France s'élève à 118 (tab.1). La région représente à elle seule 34% des découvertes de séropositivité dans cette population. La politique de RDR a permis de réduire le nombre de nouvelles contaminations parmi les UDI. Ainsi, en Ile-de-France, en 2003-2006, ils représentent 1,9% des personnes découvrant leur séropositivité (3,2% en province). Au sein de la région, Paris se démarque avec une proportion plus faible de 1,4% contre 2,2% dans le reste de la région. Par ailleurs, les contaminations récentes (datant de moins de 6 mois) représentent seulement 14% des découvertes de séropositivité chez les UDI (28% pour l'ensemble des cas).

tab.1 Découvertes de séropositivités au VIH sur la période 2003-2006 chez les UDI

	Nombre de découvertes de VIH+ chez les UDI	Nbre total de découvertes de VIH+	Part des UDI*
Paris	38	3 508	1,4%
Seine-et-Marne	7	396	2,4%
Yvelines	8	378	3,0%
Essonne	10	487	3,2%
Hauts-de-Seine	9	847	1,4%
Seine-Saint-Denis	21	1 531	2,0%
Val-de-Marne	15	884	2,2%
Val-d'Oise	10	559	2,5%
IdF hors Paris	80	5 082	2,2%
Total IdF	118	8 590	1,9%
France hors IdF	234	10 843	3,2%
Total France	352	19 433	2,6%

* Calculée pour les cas dont le mode de transmission est connu.

Source : InVS - Déclarations obligatoires des cas de séropositivité au 31/12/2008.

La prévalence des contaminations virales chez les toxicomanes pris en charge à Paris

Parmi les usagers de drogues injecteurs pris en charge, 76% sont contaminés par le VHC, et plus d'un quart l'ignore.

L'enquête Coquelicot⁵ est une enquête réalisée dans cinq villes de France (Paris, Lille, Strasbourg, Bordeaux, Marseille) auprès d'usagers de drogues ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie. A Paris, la prévalence biologique du VHC parmi les usagers interrogés s'élève à 62% (33,4% chez les moins de 30 ans et 76% chez les usagers ayant déjà utilisé la voie injectable) et celle du VIH à 10,9% (0,4% chez les moins de 30 ans)⁶.

La problématique des co-infections VIH-VHC apparaît majeure parmi les usagers injecteurs.

La réduction des risques : vente et distribution de kits de prévention

La réduction des risques repose en particulier sur la mise à disposition de seringues, vendues notamment sous forme de Stéribox®, ou distribuées gratuitement dans le cadre de programme d'échange de seringues. Les ventes, les distributions ou les échanges sont assurés par différents acteurs de soins et de prévention, comme les pharmaciens ou les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud). L'Ile-de-France en compte vingt en 2007 (tab.2). Ce sont des dispositifs récents qui assurent, outre la mise à disposition de matériel de prévention des infections, des missions d'accueil collectif et individuel, d'information et de conseil personnalisé, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ainsi que l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers⁷.

La mise à disposition de seringues repose également sur un dispositif d'automates installés sur la voie publique.

La région se caractérise par une diffusion moins élevée via la vente en pharmacie des kits de prévention et une distribution plus élevée via les automates.

En 2006, 327 148 Stéribox® ont été vendus en pharmacie en Ile-de-France, soit un taux de vente de 1 188 pour 10 000 Franciliens âgés de 20 à 39 ans (taux de 1 557 au niveau national). Au sein de la région, les taux s'échelonnent de 1 482 à Paris (où se concentrent de nombreux UDI) à 746 dans le Val-d'Oise (fig.1). Les ventes en Ile-de-France représentent 13% de l'ensemble des ventes françaises de Stéribox® (32% en 1996).

D'autre part, en 2006, l'Ile-de-France dispose de 128 sites équipés d'automates distributeurs de seringues, dont 77 sites équipés d'automates échangeurs (distributeur couplé à un collecteur de seringues usagées) et/ou de 20 équipés de collecteurs. Paris et les départements de petite couronne sont mieux dotés que les départements de grande couronne (tab.3). En 2005, 201 245 kits de prévention ont été distribués via un automate dans la région, ce qui représente 44% de l'ensemble des kits distribués par ce dispositif en France (55% en 2003). Le taux de distribution est deux fois plus élevé dans la région qu'au niveau national (581 kits distribués pour 10 000 Franciliens âgés de 20 à 39 ans contre 276) (fig.2).

Dans l'enquête Coquelicot⁵, les données déclaratives des usagers sur leur sérologie VIH et les résultats de leur test sur prélèvement sanguin apparaissent très concordants (seuls 2% des usagers interrogés se sont déclarés séronégatifs à tort), indiquant un bon recours au dépistage. En revanche, pour le VHC, il existe de fortes divergences entre la prévalence du VHC déclarée par les usagers et les résultats de leur test (27% se sont déclarés séronégatifs au VHC à tort), indiquant un dépistage du VHC insuffisant.

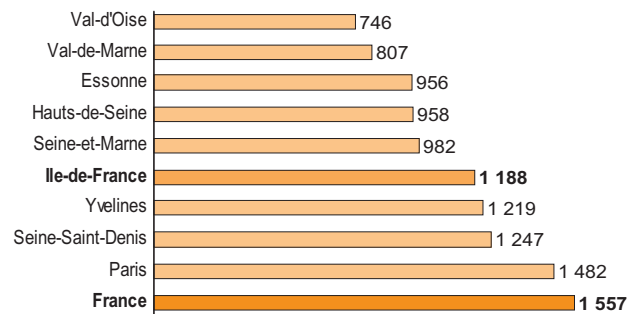
Les prises de risque des usagers de drogues lors d'incarcérations sont élevées : 12% ont eu recours à la voie intraveineuse en prison parmi eux 30% déclarent avoir partagé leur seringue dans cette circonstance.

tab.2 Répartition des Caarud par département en Ile-de-France en 2007

Paris	9
Seine-et-Marne	2
Yvelines	1
Essonne	1
Hauts-de-Seine	1
Seine-Saint-Denis	4
Val-de-Marne	1
Val-d'Oise	1
Ile-de-France	20

Source : Drass Ile-de-France, 2008.

fig.1 Ventes de Stéribox® en pharmacie en 2006 (pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans)



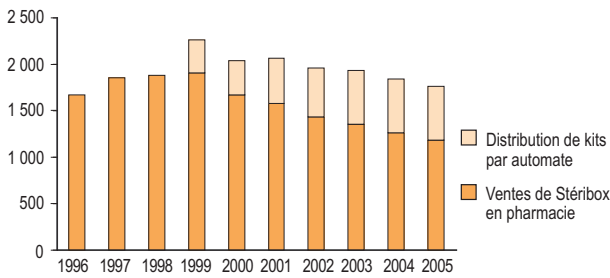
Sources : InVS (Siamois), Insee. Exploitation OFDT (Iliad).

tab.3 Implantation des automates de réduction des risques en Ile-de-France en 2006

	Distributeurs	Echangeurs	Collecteurs
Paris	33	21	10
Seine-et-Marne	2	2	0
Yvelines	1	1	0
Essonne	10	8	1
Hauts-de-Seine	29	19	6
Seine-Saint-Denis	16	5	2
Val-de-Marne	30	19	0
Val-d'Oise	7	2	1
Ile-de-France	128	77	20

Source : Association Safe. Exploitation ORS Ile-de-France.

fig.2 Evolution des taux de ventes de Stéribox® en pharmacie et des taux de distribution de kits de prévention par automate* entre 1996 et 2005, en Ile-de-France (pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans)**



*Données non disponibles avant 1999.

**La baisse des ventes de Stéribox® à partir des années 2000 est compensée en partie par l'augmentation de la distribution via les automates. Cependant une part importante de la distribution est assurée par les acteurs locaux de soins et de prévention (environ 30% au niveau national). Le manque de données sur ce type de distribution ne permet pas de connaître le taux exact de diffusion des kits de prévention en Ile-de-France.

Sources : InVS (Siamois), Association Safe, Insee. Exploitation ORS Ile-de-France.

Les décès par surdose

Baisse marquée des décès par surdose

La politique de réduction des risques a permis une diminution sensible du nombre de décès par surdose.

En Ile-de-France, selon les données de l'OCRIS qui comptabilise les décès faisant l'objet d'un signalement par la police ou la gendarmerie, alors qu'environ 250 à 300 décès par surdose (d'héroïne, dans plus de 90% des cas) étaient, chaque année, enregistrés dans la première moitié des années 90, ce chiffre serait désormais d'une trentaine (données OCRIS) à une cinquantaine (données CépIDC basées sur la nouvelle classification internationale des maladies de 2000, CIM-10).

tab.4 Nombre de décès par surdose en 2005 et 2006

	2005	2006
Paris	7	5
Seine-et-Marne	6	3
Yvelines	7	6
Essonne	8	7
Hauts-de-Seine	5	4
Seine-Saint-Denis	8	5
Val-de-Marne	2	0
Val-d'Oise	12	6
Ile-de-France	55	36
France	302	275

Sources : OFDT, données Iliad (à partir des données Inserm/CépIDC) et exploitation ORS Ile-de-France, à partir de la base Inserm/CépIDC.

La prise en charge des toxicomanes en CSST

58 CSST en Ile-de-France en 2006

Le dispositif des Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) a pour mission d'assurer la prise en charge médico-psychologique et socio-éducative des usagers de drogues mais aussi l'accueil, l'orientation, l'information de ces patients, ainsi qu'un soutien à l'environnement familial. En Ile-de-France, on dénombrait 58 CSST en 2006 (49 en 2004).

En 2006, le nombre de toxicomanes venus consulter s'élève à 21 767, soit un taux de recours à ces structures de 4,2 pour 1 000 Franciliens âgés de 20 à 39 ans (3,9 au niveau national). Au sein de la région, les taux de recours varient de 10,1 pour 1 000 à Paris à 1,9 pour 1 000 en Seine-et-Marne (tab.5).

Le taux de recours à Paris s'explique par un nombre élevé de structures, qui prennent en charge des toxicomanes ne résidant pas toujours dans le département.

Des patients plus âgés et plus précaires en Ile-de-France

En 2006, les patients pris en charge dans les CSST franciliens sont majoritairement des hommes (environ 80%), et 34% ont moins de 30 ans (fig.3). Ces patients sont peu nombreux à avoir une activité fixe : seul un tiers d'entre eux a comme ressource principale des revenus de l'emploi et 9% perçoivent des revenus du chômage. Environ 39% d'entre eux perçoivent des revenus de solidarité (RMI, AAH, autres prestations sociales). Ils sont 28% à présenter une situation instable vis-à-vis du logement : 21% d'entre eux occupent un logement précaire et 7% sont sans domicile fixe. Au niveau national, on retrouve la même proportion d'hommes, mais des patients plutôt moins âgés (la moitié a moins de 30 ans). Ils sont également plus nombreux à avoir une situation sociale stable.

tab.5 Répartition des CSST par département en 2006

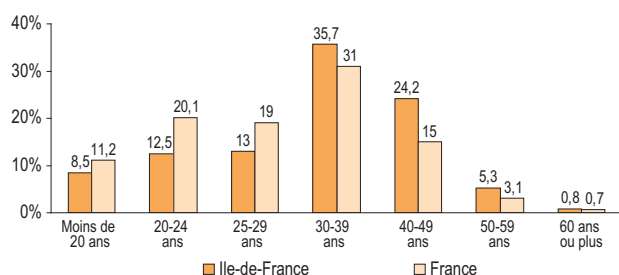
	Nombre de CSST	Nombre de consultants*	Nombre de consultants pour 1 000 hab. de 20 à 39 ans*
Paris	20	10 731	10,1
Seine-et-Marne	5	1 022	1,9
Yvelines	3	1 354	2,3
Essonne	6	1 140	2,2
Hauts-de-Seine	7	3 031	4,3
Seine-Saint-Denis	6	1 980	3,0
Val-de-Marne	8	1 382	2,4
Val-d'Oise	3	1 127	2,3
Ile-de-France	58	21 767	4,2
France	251**	96 136	3,9

*Il s'agit d'estimations.

** Hors milieu pénitentiaire.

Source : Cird.

fig.3 Répartition par âge* des patients pris en charge dans les CSST** en 2006 (en %)



*Les 20-29 ans ont été scindés en deux classes d'âges quinquennales en raison de profils bien différenciés entre les 20-24 ans et les 25-29 ans en Ile-de-France.

** Hors CSST proposant de l'hébergement.

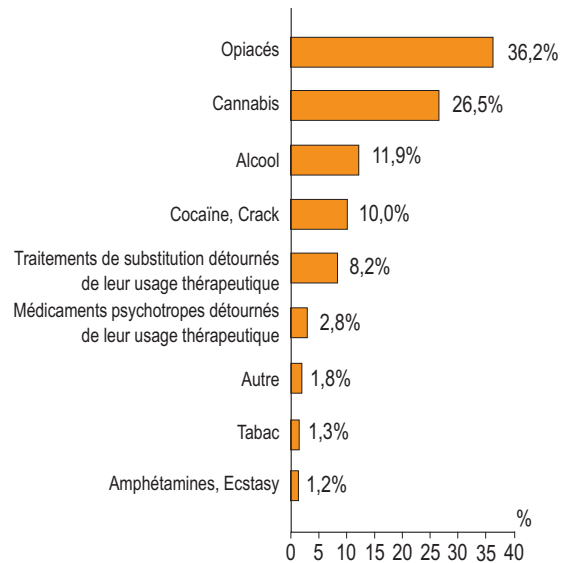
Source : DGS - Rapports d'activité des CSST en ambulatoire en 2006. Exploitation OFDT.

Les opiacés, principaux produits motivant le recours aux CSST

En 2005, l'exploitation des rapports d'activité des CSST permet de disposer des caractéristiques des patients. La majorité de ceux accueillis en Ile-de-France est dépendante du produit psycho-actif qu'elle consomme (68%), 15% en a un «usage nocif» et 17% un «usage à risques». Les opiacés sont à 36% les produits «posant le plus de problème» aux consommateurs⁸, suivis par le cannabis (27%), l'alcool (12%), la cocaïne ou le crack (10%), puis les traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique (8,2%) (fig.4).

La répartition des niveaux d'usage est peu différente au niveau national. Les opiacés, le cannabis et l'alcool constituent également les produits qui motivent le plus fréquemment le recours aux CSST, suivis par les traitements de substitution et la cocaïne ou le crack. Enfin dans la moitié des cas, en Ile-de-France comme au niveau national, la démarche de soins est à l'initiative du patient ou de ses proches.

fig.4 Répartition par produit principal consommé des patients pris en charge dans les CSST* en 2005 en Ile-de-France (en %)



*Hors CSST proposant de l'hébergement.

Source : DGS - Rapports d'activité des CSST en ambulatoire en 2005. Exploitation OFDT.

Références citées

- HALFEN S., GREMY I. *Toxicomanies et réduction des risques en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2000.
- Source : DGS / Sous direction santé-société / Bureau des pratiques addictives, 2006.
- Drogues et dépendances. Données essentielles*. OFDT, La Découverte, 2005.
- Source : OCRTIS - données FNAIS.
- JAUFFRET-ROUSTIDE M., COUTURIER E., LE STRAT Y., et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profil des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2006, n°33, pp.244-247.
- Source : InVS - étude InVS-ANRS Coquelicot 2004 (extractions parisiennes non publiées).
- Mis en place par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, les Caarud ont été précisés dans leurs missions par le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 et la circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n°2006-01 du 2 janvier 2006.
- Dans la plupart des cas, les produits consommés «posant le plus de problèmes» sont ceux qui motivent la prise en charge.

Repères bibliographiques

- HALFEN S., GREMY I. *Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2004 - Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend)*. ORS Ile-de-France, OFDT, 2005.
- HALFEN S., GREMY I. *Tendances récentes sur la toxicomanie et les usages de drogues à Paris en 2005 - Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend)*. ORS Ile-de-France, OFDT, 2006.
- HALFEN S., VINCELET C., GREMY I. *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2006 - Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend)*. ORS Ile-de-France, OFDT, 2007.

Définitions

Décès par surdose : Il s'agit de décès portés à la connaissance des services de police ou de gendarmerie. Ces décès correspondent à des surdosages «stricto sensu» ainsi qu'à des accidents divers directement et immédiatement liés aux conditions d'administration de la substance (le contexte d'une dépendance aux drogues n'est pas toujours connu). Le décès est enregistré dans le département où il a été constaté.

Perspectives des CSST : A terme, les CSST (Centres spécialisés de soins aux toxicomanes) ainsi que les CCAA (Centres de cure ambulatoire en alcoologie) deviendront des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa).

Stéribox® : kit de deux seringues, avec matériel nécessaire à la préparation du produit injecté (filtre, tampon, cupule, flacon d'eau stérile), l'ensemble étant stérile et à usage unique, spécifiquement destiné aux usagers de drogue par voie intraveineuse.

Syndrome de dépendance (définition Cim 10) : ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté de contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligation au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

UDI : usagers de drogues injectables.

Les différents types d'usages

- **usage à risques** : s'applique à un patient dont la consommation n'entraîne pas de dommages immédiats mais des dommages potentiels soit en raison des circonstances de la consommation (conduite), soit en raison des modalités de la consommation (précocité, cumul de consommations), soit en raison d'un niveau supérieur à certains seuils admis.

- **usage nocif (définition Cim10)** : mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (par exemple hépatite consécutive à des injections de substances psychoactives par le sujet lui-même) ou psychiques (par exemple épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool). Dans cette définition, seuls les dommages sanitaires sont abordés. Mais pour ce recueil de données, il est préconisé d'élargir la notion d'usage nocif en prenant également en compte certains dommages sociaux liés à la consommation de substances psychoactives (perte d'emploi, violences à l'égard de l'entourage, problèmes avec la loi, etc.).

Diminuer les nouvelles contaminations par le VIH et les IST chez les populations prioritaires :

les migrants et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ainsi que les détenus, les prostitués et les hétérosexuels multipartenaires

Contexte

Depuis le début de l'épidémie, l'Ile-de-France est la région de métropole la plus touchée par le VIH/sida. Elle concentre près de la moitié des nouveaux diagnostics de séropositivité enregistrés en France depuis la mise en place du système de surveillance en 2003.

Parmi ces nouveaux diagnostics, 70% concernent des personnes contaminées par voie hétérosexuelle, parmi lesquelles 8 sur 10 sont de nationalité étrangère, principalement d'Afrique subsaharienne. Les personnes contaminées par voie homo-bisexuelle représentent 25% des nouveaux diagnostics de séropositivité en Ile-de-France et l'ensemble des indicateurs (enquêtes comportementales, prévalence biologique et données sur les infections sexuellement transmissibles) montrent que la dynamique de l'épidémie est élevée dans cette population.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Le taux de recours au dépistage du VIH dans la population francilienne est élevé (110 tests réalisés pour 1 000 habitants contre 74 hors de la région).
- > Parmi l'ensemble des tests de dépistage du VIH réalisés en IDF, la proportion de sérologies positives a récemment diminué, que ce soit dans les laboratoires biologiques ou dans les CDAG.
- > Le nombre de tests réalisés rapporté à la population est plus élevé en Ile-de-France que dans le reste du territoire national, de même que le nombre de sérologies positives rapporté au nombre de tests réalisés.
- > Le taux annuel des découvertes de séropositivité est cinq fois plus élevé en Ile-de-France que dans le reste du territoire métropolitain. Certains départements (Paris et la Seine-Saint-Denis), mais surtout, certaines populations (les personnes originaires d'Afrique subsaharienne) apparaissent très touchées.
- > Une baisse particulièrement marquée du nombre de découvertes de séropositivité parmi les personnes étrangères contaminées par voie hétérosexuelle est notée depuis fin 2003, alors que ce nombre est quasiment constant parmi les hommes contaminés par voie homo-bisexuelle.
- > Les indicateurs relatifs aux IST (autres que VIH) semblent tous indiquer la poursuite de la hausse du nombre de cas, tant pour la syphilis que pour les gonococcies ou la lymphogranulomatose vénérienne rectale. La plupart de ces IST touchent des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, confirmant la hausse des prises de risques déclarées dans les enquêtes conduites chez les gays.
- > Il n'existe pas à l'heure actuelle de données régionales produites en routine sur les chlamydiae.

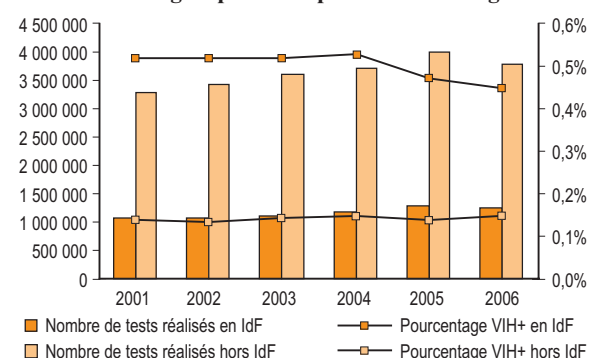
Activité de dépistage du VIH dans les laboratoires et dans les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

Baisse du pourcentage de sérologies positives dans les laboratoires franciliens depuis 2005

Les données issues de l'enquête auprès des laboratoires (LaboVIH) permettent d'estimer à 1 252 304 le nombre de sérologies réalisées en 2006 en Ile-de-France sur les 5 041 529 réalisées en France, soit un taux de dépistage rapporté à la population de 110 tests pour 1 000 habitants en Ile-de-France contre 74 en moyenne dans le reste du territoire national, plaçant l'Ile-de-France parmi les régions où l'activité de dépistage est la plus élevée. Parmi ces tests, le nombre de sérologies positives en 2006 est estimé à 5 586 en Ile-de-France sur un total de 11 149 en France, soit un nombre de sérologies positives rapporté aux sérologies réalisées trois fois supérieur à celui enregistré dans le reste de la France (taux de 0,45 sérologie positive pour 100 en Ile-de-France contre 0,15% hors Ile-de-France). Néanmoins, les données d'évolution (fig.1) permettent de noter une baisse en Ile-de-France de la proportion de sérologies positives depuis 2005, alors que celle-ci était

stable depuis la mise en place de cette enquête en 2001. Cette proportion est ainsi passée de 0,52% entre 2001 et 2004 à 0,47% en 2005, puis 0,45% en 2006. En province, en revanche, cette proportion est restée stable, aux environs de 0,14% entre 2001 et 2006.

fig.1 Evolution du nombre de sérologies réalisées dans les laboratoires et de la proportion de sérologies positives parmi les sérologies réalisées



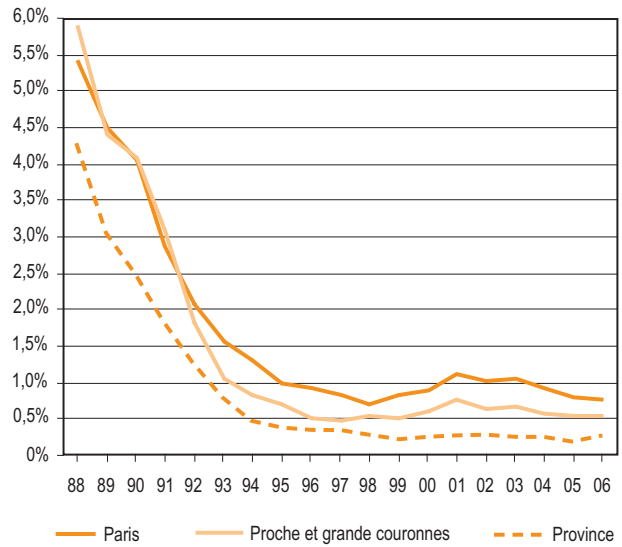
Source : InVS - LaboVIH. Exploitation InVS, 2007.

Baisse de la proportion de tests positifs depuis 2002 dans les CDAG

Le nombre de sérologies VIH effectuées dans les CDAG a régulièrement augmenté depuis la mise en place de ces structures, passant en Ile-de-France de 12 064 en 1988 à 99 296 en 2006. La population des consultants s'est largement féminisée et le sex-ratio est passé de 4,8 en 1988 à 1,7 en 2006. Parallèlement à l'accroissement du nombre de tests effectués en CDAG, une baisse importante de la proportion de sérologies positives est notée entre 1988 et 1998 (fig.2) : celle-ci est passée en Ile-de-France de 5,5 pour 100 tests en 1988 à 0,6% en 1998. Cette proportion de tests positifs a légèrement augmenté entre 1999 et 2001, rompant avec la tendance à la baisse qui était alors observée, puis semble de nouveau en légère diminution (de 0,9% en 2002 à 0,7% en 2006). Comparé au reste de la France, la proportion de tests positifs dans les CDAG franciliennes est trois fois plus élevée qu'en province. En moyenne, entre 2000 et 2006, la région a concentré 65% des tests positifs enregistrés dans l'ensemble des CDAG en France alors qu'elle n'a réalisé que 35% des tests. Au niveau de la région Ile-de-France, si les CDAG de Paris réalisent environ les deux tiers des tests effectués dans les CDAG franciliennes, Paris concentre les trois quarts des tests positifs de la région. Ainsi, en 2006, la proportion de tests positifs était une fois et demie plus élevée dans les CDAG de Paris que dans celles des autres départements franciliens (0,8% à Paris vs 0,5% en moyenne dans les autres départements franciliens).

Sur la période 2000-2006, la proportion de tests positifs réalisés dans les antennes de CDAG en prison est plus élevée que dans les CDAG en milieu ouvert : 1,4% vs 0,8% en Ile-de-France, montrant que la population carcérale présente des caractéristiques de risques face au VIH/sida¹.

fig.2 Evolution par année du pourcentage de sérologies positives dans les CDAG (hors prison)



Source : InVS - CDAG hors prison (activité VIH 1988-2006). Exploitation InVS, 2007.

Découvertes de séropositivité au VIH : caractéristiques

Un taux annuel des découvertes de séropositivité variable selon les départements

Entre mars 2003² et fin 2006 (déclarations reçues par l'InVS au 31/12/2008), 8 590 personnes vivant en Ile-de-France ont découvert leur séropositivité au VIH (3 628 femmes et 4 962 hommes), soit 44% des 19 433 découvertes de séropositivité enregistrées en France. Les découvertes de séropositivité en 2006 rapportées au nombre d'habitants montre que la région est, de loin, la plus touchée de l'hexagone avec un taux annuel de 17,5 cas pour 100 000 habitants contre 3,8 en province (6,4 en moyenne en métropole). Le taux des découvertes de séropositivité s'avère, pour tous les départements franciliens, supérieur à la moyenne hexagonale. Néanmoins, les huit départements de la région Ile-de-France sont diversement touchés par l'épidémie (tab.1). Paris et la Seine-Saint-Denis sont les deux départements les plus affectés.

La population étrangère vivant en Ile-de-France est très diversement touchée par l'épidémie

En Ile-de-France, parmi l'ensemble des découvertes de séropositivité en 2006 (déclarations reçues par l'InVS au 31/12/2008) pour lesquelles on dispose d'information sur le mode probable de transmission (soit 70% des cas), 65% concernent des personnes contaminées par voie hétérosexuelle (58% hors Ile-de-France), 33% par voie homosexuelle (39% hors Ile-de-France) et 1% des usagers de drogues utilisant la voie injectable.

tab.1 Taux annuel en Ile-de-France des découvertes de séropositivité en 2006 par département

Département	Nombre de nouveaux cas de séropositivité pour 100 000 habitants
Département 75	
Paris	37,9
Proche couronne	
Hauts-de-Seine	12,9
Seine-Saint-Denis	23,7
Val-de-Marne	16,6
Grande couronne	
Seine-et-Marne	7,2
Yvelines	6,6
Essonne	9,4
Val-d'Oise	11,1
Ile-de-France	17,5
Province	3,8
France métropolitaine	6,4

Sources : InVS - Déclarations obligatoires des cas de séropositivité au 31/12/2008 ; Insee - population estimée au 01/01/2007. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

L'épidémie francilienne se caractérise surtout par la proportion très élevée de découvertes de séropositivité parmi des personnes de nationalité étrangère : 58% contre 36% hors Ile-de-France en 2006.

Parmi les personnes étrangères dont la séropositivité a été découverte en 2006 et pour lesquelles la nationalité est connue, 81% (61% hors Ile-de-France) sont originaires d'Afrique subsaharienne dont une large majorité (les deux tiers) de quatre pays : République du Congo, République démocratique du Congo (RDC), Côte d'Ivoire et Cameroun.

Quand on se réfère aux découvertes de séropositivité 2003-2006, on note que les étrangers vivant en Ile-de-France sont nettement plus touchés par le VIH que les Français (taux annuel de 69 pour 100 000 habitants contre 6 pour 100 000, tab.2). Mais c'est principalement la population d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France qui apparaît très touchée par le VIH avec un taux trente fois supérieur à celui du reste de la population francilienne.

Et parmi ces populations africaines, celles originaires des quatre pays cités précédemment apparaissent très vulnérables avec un taux annuel proche de 700 pour 100 000 contre 145 pour 100 000 chez les autres Africains subsahariens vivant en Ile-de-France.

Baisse importante du nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité parmi les personnes étrangères contaminées par voie hétérosexuelle

La quasi-totalité des personnes étrangères chez lesquelles la séropositivité a été découverte en 2003-2006 ont été contaminées par voie hétérosexuelle (91% des cas) alors que, parmi les personnes de nationalité française, c'est le cas de 38% d'entre elles, 58% ayant été contaminées par voie homosexuelle.

tab.2 Taux annuel (moyenne 2003-2006) en Ile-de-France des découvertes de séropositivité par nationalité

	Nombre de nouveaux cas de séropositivité pour 100 000 habitants
Population vivant en Ile-de-France	16,1
Français	5,9
Etrangers	69,1
> dont Européens	7,6
> dont Asiatiques	12,3
> dont Américains / Caribéens	94,5
> dont Africains	127
- dont Maghrébins	13
- dont Africains subsahariens	294,5
- dont 4 nationalités*	683,4
- dont autres Africains	144,5

*Congolais (RDC, Congo), Ivoiriens, Camerounais.

Sources : InVS - Déclarations obligatoires des cas de séropositivité au 31/12/2006 ; Insee - Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2006. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

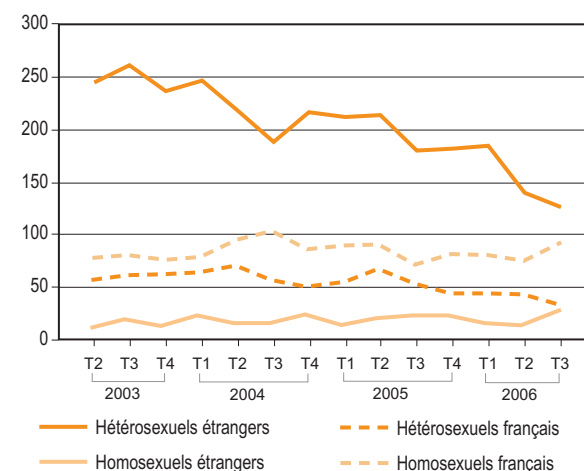
Néanmoins les données relatives aux découvertes de séropositivité en fonction des modes de transmission et de la nationalité des personnes concernées montrent des évolutions significatives entre 2003 et 2006.

On note, en effet, (fig.3) une baisse particulièrement marquée du nombre de découvertes de séropositivité en Ile-de-France parmi les personnes étrangères contaminées par voie hétérosexuelle (cela, depuis fin 2003) et, dans une moindre mesure, parmi les personnes françaises contaminées par voie hétérosexuelle (depuis fin 2005). La diminution du nombre de découvertes de séropositivité parmi les étrangers a touché toutes les nationalités. Ce résultat constitue un signe positif, dans l'hypothèse, très probable, d'une absence de diminution du recours au dépistage dans ces populations. En revanche, chez les hommes contaminés par voie homosexuelle (de nationalité française ou non) le nombre de découvertes de séropositivité est resté quasiment stable entre 2003 et 2006.

Un recours au dépistage et une dynamique de l'épidémie différents entre les personnes contaminées par voie hétérosexuelle et celles contaminées par voie homosexuelle

Parmi les nouveaux diagnostics de séropositivité enregistrés en Ile-de-France entre 2003 et 2006, 28% concernent des contaminations récentes, c'est-à-dire datant de moins de six mois. Cette proportion est bien plus élevée chez les hommes contaminés par voie homosexuelle (51%) que parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (18%) ou parmi les usagers de drogues utilisant la voie injectable (14%), montrant un recours au dépistage différencié selon les groupes mais aussi des dynamiques épidémiques différentes.

fig.3 Evolution par trimestre (2003-2006) du nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité par groupe de transmission (Ile-de-France)



Source : InVS - Déclarations obligatoires des cas de séropositivité au 31/12/2006 - Données redressées en 2005 et 2006 en fonction du délai de déclaration. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Données d'enquêtes sur les comportements face au VIH/sida

Chez les homosexuels masculins : hausse des prises de risque déclarées

La prévalence déclarée du VIH parmi les répondants de l'Enquête Presse Gay (InVS, EPG) est, quelle que soit l'année de l'enquête (1997, 2000 ou 2004³), plus élevée parmi les répondants franciliens que parmi ceux vivant en province⁴. En 2004, ce sont ainsi 15% des répondants franciliens qui ont déclaré être séropositifs au VIH contre 10% de ceux de province (en 1997, ces pourcentages étaient respectivement de 15% et 12%). Les premiers résultats d'une enquête de séroprévalence du VIH menée en 2009 auprès de 886 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant les lieux parisiens de convivialité gay⁵ (bars, saunas, etc.) montrent une prévalence biologique de 17,7%. Parmi les hommes dont le statut sérologique biologique était positif au VIH, 20% méconnaissaient leur séropositivité.

En Ile-de-France, la comparaison des déclarations de l'Enquête Presse Gay 2004 à celles des enquêtes antérieures (1997 et 2000⁴, fig.4) montre un accroissement des prises de risque, mesurées à partir de la proportion de répondants indiquant avoir eu, au moins une fois dans les douze derniers mois, une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel (PANP). Cette hausse des prises de risque est observée quel que soit le statut sérologique des déclarants, à l'exception des déclarants non testés chez lesquels on observe une stabilité. Globalement, la proportion d'hommes ayant déclaré au moins une PANP est passée de 20% des répondants franciliens en 1997 à 28% en 2000 puis 33% en 2004. C'est parmi les répondants séropositifs que les prises de risque sont les plus fréquentes. Comparés aux répondants de province en 2004, les séropositifs franciliens sont plus nombreux à déclarer au moins une PANP que ceux de province (54% vs

44%) et inversement les Franciliens non testés sont moins nombreux que ceux de province à déclarer avoir été dans ce cas (21% vs 35%).

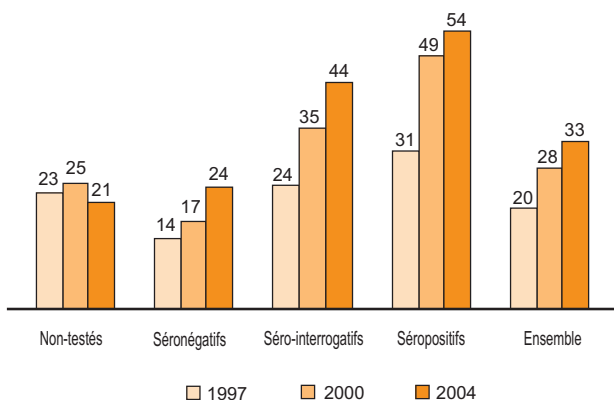
Parmi les populations africaines vivant en Ile-de-France : accroissement de l'utilisation du préservatif au premier rapport

Les données de l'enquête conduite en 2005 par l'Inpes auprès des populations africaines vivant en Ile-de-France⁶ montrent que l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, très prédictive de l'utilisation ultérieure des préservatifs au cours de la vie, a nettement progressé parmi cette population. Ainsi, alors que les hommes et les femmes qui ont eu leur premier rapport sexuel avant 1988 étaient environ 10% à avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel, ils sont désormais plus de 50% dans ce cas parmi ceux ayant eu récemment leur premier rapport sexuel (2000-2005, fig.5).

Malgré cette hausse de l'utilisation des préservatifs, celle-ci est à un niveau bien moindre que celle observée dans la population générale francilienne où elle est déclarée par 94% des hommes et 70% des femmes ayant eu leur premier rapport sexuel entre 2001 et 2004⁷.

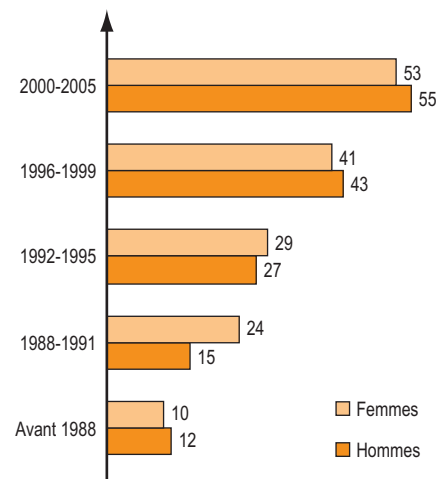
Chez les migrants africains ayant eu leur premier rapport sexuel entre 2000 et 2005, l'usage du préservatif ne diffère plus entre ceux qui ont eu leur premier rapport sexuel après leur arrivée en France et ceux qui l'ont eu avant, alors que pour les périodes précédentes, l'utilisation d'un préservatif était plus fréquente pour les migrants ayant eu leur premier rapport sexuel après leur arrivée en France, montrant un «processus de convergence des comportements des immigrés vers les comportements de la société d'accueil»⁶.

fig.4 Pourcentage de répondants en Ile-de-France de l'Enquête Presse Gay ayant déclaré une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel au cours des douze mois précédant l'enquête selon le statut sérologique du répondant



Source : InVS - Enquêtes Presse Gay (EPG) 1997, 2002, 2004. Exploitation InVS, 2007.

fig.5 Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif au cours du premier rapport sexuel selon l'année du premier rapport, en Ile-de-France



Source : Inpes - Enquête³ auprès des populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida, 2005⁶.

Chez les multipartenaires hétérosexuels : le recul de l'usage du préservatif chez les hommes s'est maintenu en 2004

Parmi les personnes interrogées dans l'enquête KABP en Ile-de-France⁷ ayant déclaré avoir eu plusieurs partenaires dans l'année («être multipartenaires»), 78% des hommes et 83% des femmes en 2004 ont indiqué avoir utilisé au moins une fois des préservatifs dans l'année (fig.6).

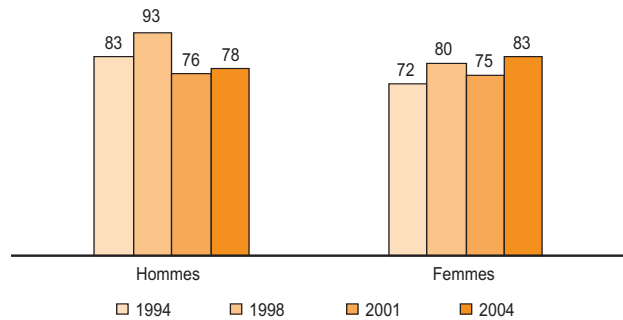
La tendance à la hausse de l'usage du préservatif parmi les multipartenaires, observée entre 1992 et 1994 puis entre 1994 et 1998, ne s'est pas poursuivie en 2001.

Chez les hommes multipartenaires, l'usage du préservatif a nettement reculé (-18% entre 2001 et 2004) et ce recul s'est maintenu en 2004, retrouvant un niveau proche de celui observé au début des années 90. Cette tendance est comparable à celle observée au niveau national. Dans la population féminine d'Ile-de-France, l'usage du préservatif est resté à un niveau relativement stable au cours des différentes vagues d'enquête, alors qu'au niveau national, l'usage du préservatif a reculé nettement entre 1998 et 2001 puis s'est maintenu en 2004, comme dans la population masculine. Ainsi, en 2004, compte tenu des évolutions différentes en France et dans la région, la proportion de femmes multipartenaires ayant déclaré une utilisation de préservatifs est supérieure en Ile-de-France (83% contre 70% en moyenne en France).

Les détenus : une population particulièrement exposée aux risques infectieux VIH et VHC

Malgré l'interdiction de produits illicites en prison, cannabis, héroïne, cocaïne, buprénorphine haut dosage hors d'un cadre prescrit circuleraient. Des initiations à l'injection existent également permettant de potentialiser l'effet de produits rares et difficiles à obtenir⁸. Dans l'enquête Coquelicot⁹, 61% des usagers de drogues ont

fig.6 Pourcentage, en Ile-de-France, de multipartenaires ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs au cours des douze derniers mois selon l'année d'enquête (population hétérosexuelle de 18-54 ans)



Source : ORS Ile-de-France - KABP Ile-de-France⁷.

été incarcérés au moins une fois dans leur vie. Parmi eux, 12% ont indiqué avoir eu recours à l'injection en prison dont 30% avoir partagé la seringue.

Malgré l'inscription de la politique de réduction des risques dans la loi de santé publique de 2004 et le principe d'équivalence des soins et de la prévention en prison et hors prison, la distribution de seringues n'est pas autorisée dans les prisons françaises, occasionnant des pratiques à risque, faute de matériel d'injection⁸. La distribution en prison d'eau de javel à 12° (réduisant les risques de VIH, en cas de désinfection du matériel d'injection) constitue la seule mesure de réduction des risques prise en direction des détenus injecteurs, attestant de la reconnaissance par l'administration pénitentiaire de telles pratiques⁸. Cette mesure apparaît néanmoins peu efficace pour limiter les risques de contamination par le VHB ou le VHC.

Les études récentes en prison font défaut et il est difficile d'estimer actuellement la prévalence et l'incidence du VIH chez les usagers de drogues incarcérés.

Surveillance des autres infections sexuellement transmissibles

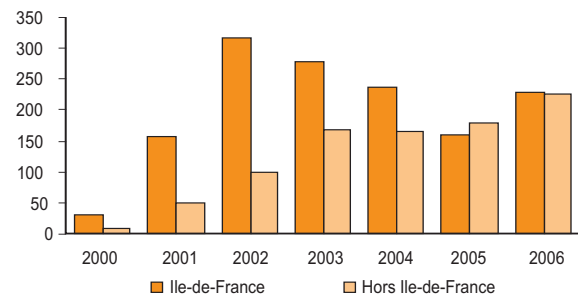
Syphilis : hausse de 42% du nombre de cas en Ile-de-France entre 2005 et 2006

Entre 2000 et 2006, 2 306 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés en France, avec près des deux tiers en Ile-de-France. Après une diminution du nombre de cas observée en Ile-de-France entre 2003 et 2005, l'année 2006 est caractérisée par une hausse tendancielle avec 42% de cas supplémentaires par rapport à l'année 2005⁴. Compte tenu des évolutions différentes entre la province et l'Ile-de-France (fig.7), la part des cas franciliens dans l'ensemble des cas français est passée de 81% en 2000 à 50% en 2006. Au niveau national, les cas de syphilis¹⁰ concernent quasiment exclusivement des hommes dont la grande majorité déclarent des rapports sexuels avec d'autres hommes. Parmi les personnes connaissant leur statut sérologique VIH au moment du diagnostic de syphilis, près de la moitié étaient séropositifs.

Gonococcies : poursuite de la hausse du nombre de cas en 2006 chez les hommes

En Ile-de-France comme en province⁴, le nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire

fig.7 Evolution du nombre de cas de syphilis 2000-2006

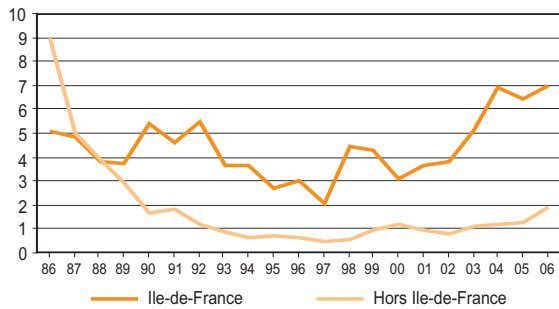


Source : InVS - Réseau de surveillance de la syphilis. Exploitation InVS, 2007⁴.

augmente depuis 1996 après une baisse constante observée entre 1986 et 1995. En Ile-de-France, la tendance à la hausse des gonococcies entre 1996 et 2006 concerne les deux sexes mais est cependant plus marquée chez les femmes (+153% vs +133%), bien que le sexe ratio soit d'environ dix hommes pour une femme. Les données comparées Ile-de-France/province⁴ montrent que le nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire est nettement plus élevé en Ile-de-France qu'en province, chez les femmes (de 2 à 4

fois pour les années 2001-2005) et de façon encore plus marquée chez les hommes (de 4 à 6 fois pour les années 2001-2005), (fig.8). Le réseau national Renago ne renseigne pas sur l'orientation sexuelle des patients, néanmoins dans une étude conduite en 2004 auprès d'un échantillon de laboratoires participant à ce réseau, la proportion de patients homosexuels masculins a été estimée à 38%¹¹.

fig.8 Evolution du nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire chez les hommes entre 1986 et 2006



Source : InVS - Réseau Renago. Exploitation InVS, 2007⁴.

Lymphogranulomatose vénérienne rectale (LGV) : nouvelle hausse des cas en 2006

Entre 2003 et 2006, 375 cas de LGV ont été diagnostiqués en France¹⁰. L'épidémie apparaît surtout francilienne (voire parisienne) avec 93% des cas enregistrés : 17 cas en 2003, 100 cas en 2004, 103 cas en 2005 et 127 cas en 2006. A la différence de l'épidémie de syphilis, il ne semble pas y avoir une extension de l'épidémie hors de la région, comme le suggère la baisse du nombre de cas entre 2005 et 2006 en province (-33%), alors que l'Ile-de-France enregistre une nouvelle hausse (+23%) après une phase de stabilité entre 2004 et 2005. Néanmoins, l'organisation de la surveillance (principalement en Ile-de-France) doit conduire à une certaine prudence dans l'interprétation

des données¹⁰. La surveillance de la LGV permet de préciser que tous ces cas concernent des hommes, très souvent co-infectés par le VIH, ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes¹⁰.

Hépatites B aiguës : incidence près de deux fois supérieure en Ile-de-France

Selon une enquête conduite par l'InVS en 2003-2004¹², la prévalence de l'infection due au virus de l'hépatite B en Ile-de-France, parmi la population des 18-80 ans est estimée à 0,8% (taux comparable à la moyenne métropolitaine). Au niveau national, les estimations les plus élevées de prévalence de l'antigène HBs sont observées parmi les personnes nées en Afrique subsaharienne : 5,3% (zone de forte endémie où la prévalence est supérieure à 8%).

Depuis la mise en place de la déclaration obligatoire des cas d'hépatites B aiguës date de mars 2003. Entre 2004 et 2006, 147 cas ont été déclarés en Ile-de-France (54 en 2004, 35 en 2005 et 58 en 2006) parmi les 461 déclarés au niveau national (soit 32%). Rapporté à la population, le nombre moyen annuel de cas d'hépatites B aiguës est de 3,87 par million d'habitants en Ile-de-France contre près de deux fois moins en province (2,2 pour 1 000 000)¹³.

Chlamydiae : pas d'indicateur au niveau régional

Seuls deux laboratoires en Ile-de-France participent à la surveillance des infections génitales à chlamydia (réseau national Renachla), ne permettant pas de fournir des données à un niveau régional. Les données nationales¹⁰ montrent que le pourcentage de dépistages positifs à *chlamydiae trachomatis* a progressé à partir de 2000 chez les femmes, et à partir de 2002 chez les hommes, après une baisse qui était observée depuis la mise en place du réseau en 1989. En 2006, la proportion de dépistages positifs est supérieure à 4% chez les femmes (soit 66% de plus qu'en 2003 : 2,7%) et de 4,5% chez les hommes (soit 55% de plus qu'en 2003).

Références citées

- Source : InVS - Activité VIH, CDAG prison et hors prison 1988-2006. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.
- En France, la déclaration des cas de séropositivité a débuté en mars 2003, comme celle des cas d'hépatite B aiguë.
- VELTER A. (sous la direction de). Enquête Presse Gay 2004. *Rapport InVS*, 2007.
- Source : InVS - Unité VIH/Sida- IST-VHC - extractions franciliennes non publiées, 2007.
- InVS et al. *Enquête Prevagay. Premiers résultats d'une enquête de séroprévalence VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant les établissements de convivialité gay parisiens*. InVS, 2009.
- LYDIE N. Activité sexuelle et comportements préventifs. In LYDIE N. ed(s), *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida*, Inpes, 2007, pp.109-124.
- BELTZER N., LAGARDE M., WU-ZHOU X. et al. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France : Evolutions 1992-1994-1998-2001-2004*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005.
- HALFEN S., MICHELS D., CHERON-LAUNAY M. et al. *Eléments diagnostics de la prise en charge des addictions en Ile-de-France en 2009 - Document réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma régional d'addictologie*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2009.
- JAUFFRET-ROUSTIDE M., COUTURIER E., LE STRAT Y. et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2006, n°33, pp.244-247.
- GALLAY A., HERIDA M., BOUYSSOU-MICHEL A. et al. L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (hors VIH). In *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2006*, InVS, 2007, pp.66-79.
- HERIDA M., BASSELIER B., LAURENT E. et al. Renago 2004 : gonocoques en hausse, progression importante de la résistance des souches à la ciprofloxacine. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2006, n°1, pp.2-4.
- Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. InVS, 2007.
- Sources : InVS - Déclarations obligatoires des cas d'hépatites B aiguës au 31/12/2005 ; Insee - population estimée au 01/01/2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Chez les personnes séropositives, améliorer la qualité de vie, induire une observance accrue des traitements et une réduction des prises de risque

Contexte

L'Ile-de-France est une région fortement touchée par le VIH/sida : 43% des patients suivis à l'hôpital en France métropolitaine pour une infection à VIH vivent en Ile-de-France.

L'arrivée des traitements antirétroviraux en 1996 a radicalement changé la vie des personnes séropositives. En freinant la progression de l'infection à VIH vers le stade sida, ces traitements ont entraîné une baisse importante de la mortalité causée par le VIH/sida. Cette baisse de la mortalité s'est accompagnée d'une diversification des causes de décès et de morbidité. Malgré les effets secondaires des traitements, la qualité de vie des personnes infectées par le VIH/sida a nettement progressé au cours de ces dix dernières années.

Faits marquants en Ile-de-France

- La mortalité des personnes touchées par le VIH/sida a nettement diminué avec l'arrivée des multithérapies en 1996. Actuellement, chaque année en Ile-de-France, 300 à 400 personnes décèdent d'une pathologie causée par le VIH/sida. Ce chiffre était d'environ 2 000 décès annuels entre 1993 et 1995.
- La mortalité s'est également diversifiée : alors que les décès des personnes touchées par le VIH/sida étaient principalement causés par le sida, c'est désormais majoritairement pour des causes non liées au sida que les patients infectés (par le VIH/sida) décèdent.
- Une proportion élevée de personnes découvrant leur séropositivité sont à un stade déjà avancé de l'infection VIH, parfois même déjà au stade sida. Ce retard au dépistage, qui altère nettement le pronostic vital des personnes touchées, concerne particulièrement les hommes (français ou étrangers) contaminés par voie hétérosexuelle.
- Les multithérapies ont permis de réduire la survenue du sida chez les personnes séropositives. De 2 000 nouveaux cas de sida en Ile-de-France enregistrés chaque année entre 1990 et 1995, ce nombre est de moins de 500 en 2006. En Ile-de-France, la pathologie inaugurale du sida la plus fréquente est la tuberculose.
- Ces traitements nécessitent un niveau d'observance particulièrement élevé (95%) pour assurer le succès thérapeutique et réduire les risques de morbidité et mortalité. Actuellement, parmi les patients franciliens suivis à l'hôpital pour le VIH/sida, près de 40% sont en situation de succès immunovirologique. Ce n'était le cas que de 2% d'entre eux en 1996.
- Les données déclaratives issues d'enquêtes comportementales montrent que, chez les personnes séropositives, les rapports sexuels non protégés avec des partenaires séronégatifs ou de statut sérologique inconnu ne sont pas rares, que ce soit parmi les hétérosexuels ou parmi les homosexuels masculins.
- La co-infection VIH-VHC, fréquente parmi les usagers de drogues par voie injectable¹ entraîne une morbidité spécifique, nécessitant une prise en charge adaptée.

La mortalité des personnes touchées par le VIH/sida

Baisse de la mortalité liée au VIH/sida et évolution des causes de décès chez les personnes touchées par le VIH/sida

Depuis le début de l'épidémie en 1978 jusqu'au 31 décembre 2006 (déclarations reçues par l'InVS au 31/12/2008), 28 240 personnes ont été diagnostiquées au stade sida en Ile-de-France et 58% d'entre elles sont décédées. La mortalité liée au VIH/sida a nettement diminué avec l'arrivée des traitements antirétroviraux hautement actifs dits «traitements Haart» en 1996. Dans une étude conduite dans les hôpitaux parisiens², la comparaison de la survie des patients ayant eu un diagnostic sida avant la période Haart et pendant la période Haart montre que la probabilité de survie à cinq ans est passée de 44% chez

les patients diagnostiqués entre 1994 et juin 1996 à 76% chez ceux diagnostiqués entre juillet 1996 et 2001 (année de fin de recueil pour l'étude en question). Chez les patients diagnostiqués au stade sida après 1996, les facteurs associés à un moins bon pronostic vital étaient : l'âge élevé des patients, la contamination par usage de drogues injectables (probablement liée à la fréquence des co-infections par les hépatites B et C), un système immunitaire déprimé (faible nombre de lymphocytes CD4), la prise d'un traitement antirétroviral avant le stade sida (ces patients sous traitement ayant développé un sida étant en échec thérapeutique) et certaines pathologies inaugurales (la leucoencéphalite multifocale progressive, le lymphome et l'infection à mycobactérie atypique).

Malgré les multithérapies antirétrovirales, chaque année en Ile-de-France, 300 à 400 personnes (environ un tiers de femmes et deux tiers d'hommes) décèdent d'une pathologie causée par le VIH/sida depuis la fin des années 1990. Ce chiffre était d'environ 2 000 décès par an entre 1993 et 1995 (fig.1).

Les taux standardisés de mortalité liée au VIH/sida³ montrent que chez les hommes comme chez les femmes, la région Ile-de-France est particulièrement touchée par l'épidémie, avec un taux de mortalité environ deux fois supérieur à celui de la moyenne métropolitaine : en 2004, 4,3 décès liés au VIH/sida pour 100 000 hommes en Ile-de-France contre 2,2 en métropole ; chez les femmes, respectivement 1,4 et 0,7. Ces taux ont nettement diminué puisqu'en 1993, en Ile-de-France, ils étaient de 30,3 pour 100 000 personnes dans la population masculine et de 5,2 pour 100 000 dans la population féminine.

Les données de la base hospitalière française sur l'infection à VIH (FHDH⁴) permettent d'apporter des précisions sur l'évolution de la mortalité des personnes contaminées suivies en milieu hospitalier. L'incidence des décès pour 1 000 patients-années à risque a également nettement diminué en Ile-de-France, passant de 136 décès pour 1 000 patients-années en 1992 à 11 pour 1 000 au 1^{er} semestre 2005. Mais au-delà de ce résultat, les données montrent que, chez les personnes prises en charge à l'hôpital pour une infection à VIH, la mortalité est de moins en moins causée par le VIH/sida (fig.2), même si elle reste supérieure à celle de la population générale.

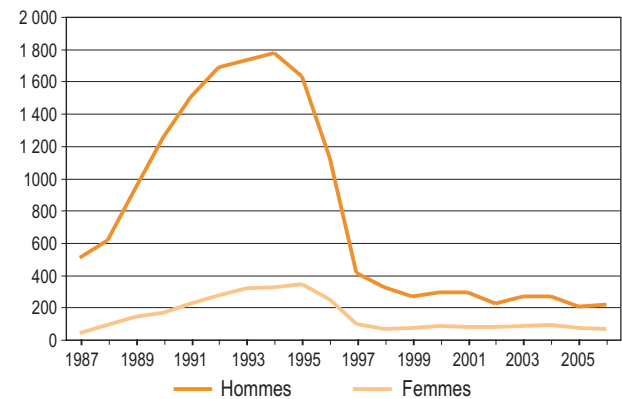
En 1993, par exemple, les décès causés par le sida représentaient la grande majorité (68%) des décès des patients (incidences de 86 décès causés par le sida pour 1 000 patients et de 40 décès non causés par le sida pour 1 000). Depuis 2000, seul un tiers des décès des patients sont causés par le sida (fig.2).

L'enquête nationale conduite en 2000 puis en 2005 sur les causes de décès des adultes infectés par le VIH⁵ montre que le sida reste néanmoins la première cause de mortalité chez les personnes infectées par le VIH, avec une part prépondérante des lymphomes malins non hodgkiniens. Dans l'enquête de 2005, 37% des décès des adultes infectés par le VIH étaient causés par le sida (47% en 2000), 17% par des cancers non classants sida ou non

liés aux hépatites (11% en 2000), 13% par une hépatite B ou C (11% en 2000), 9% par une atteinte cardio-vasculaire (7% en 2000) et 5% par un suicide (4% en 2000). L'évolution des causes de mortalité chez les personnes touchées par le VIH/sida peut notamment s'expliquer par le vieillissement des patients suivis (en 2002, 51% des patients franciliens suivis à l'hôpital étaient âgés de 40 ans et plus, ils étaient 60% dans ce cas en 2005⁴), par les effets secondaires des traitements (entraînant notamment des anomalies du métabolisme lipidique et de la répartition des graisses, des risques cardio-vasculaires, des complications hépatiques et osseuses, etc.⁶), ainsi que par l'infection prolongée par le VIH (en 2002, 10% des patients suivis à l'hôpital en Ile-de-France connaissaient leur séropositivité depuis plus de 16 ans ; ils étaient deux fois plus nombreux - soit 20% - en 2005⁴).

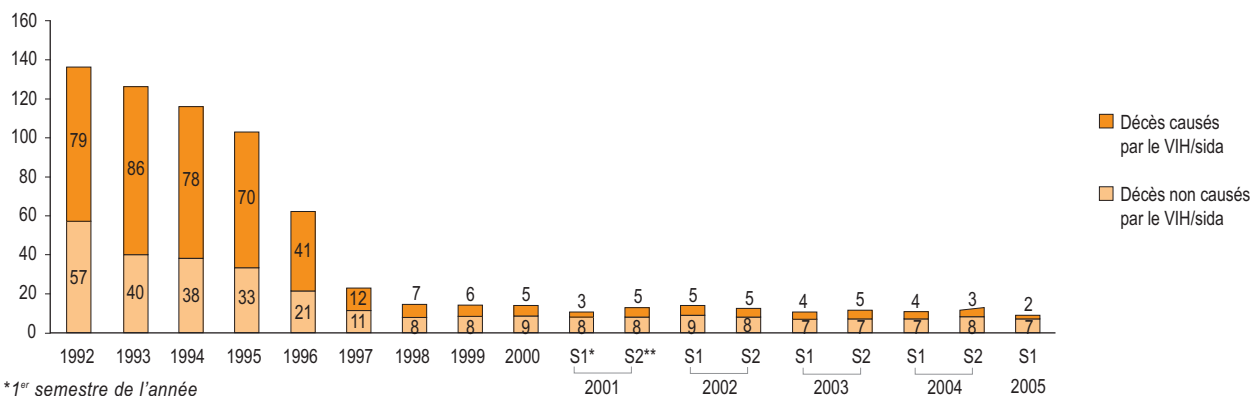
Malgré la baisse très importante de la mortalité des personnes infectées par le VIH depuis la diffusion des multithérapies en 1996, celle-ci demeure plus importante que dans la population générale. Néanmoins, les patients traités pour lesquels le système immunitaire n'est plus déprimé (taux de lymphocytes CD4 au moins égal à 500 cellules/mm³) ont une mortalité comparable à celle de la population générale⁶.

fig.1 Evolution du nombre de décès liés au sida et aux maladies à VIH entre 1987 et 2006 en Ile-de-France chez les hommes et les femmes



Source : Inserm CépiDC, 2009.

fig.2 Evolution de l'incidence des décès (causés ou non par le VIH/sida) pour 1 000 personnes-années à risque parmi les patients franciliens suivis à l'hôpital pour une infection VIH/sida entre 1992 et le 1^{er} semestre 2005



*1^{er} semestre de l'année

**2nd semestre de l'année

Source : Inserm - FHDH - Ile-de-France, janvier 2007⁴.

La morbidité des personnes séropositives

Un retard au dépistage fréquent parmi les hommes contaminés par voie hétérosexuelle

Le retard au diagnostic et à la mise sous traitements antirétroviraux constituent des facteurs qui grèvent nettement le pronostic vital des personnes touchées par le VIH/sida⁶. En effet, les personnes prises en charge tardivement (définies dans les données hospitalières comme ayant un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200/mm³ ou au stade sida lors du premier recours à l'hôpital) ont un risque relatif de décéder au cours des six mois qui suivent l'inclusion dans la file active hospitalière treize fois plus élevé que les personnes non prises en charge tardivement⁶. Or, chaque année, en Ile-de-France comme dans le reste du territoire, parmi les patients infectés par le VIH nouvellement inclus dans la file active hospitalière, environ 35% sont à un stade avancé de l'infection⁴.

L'analyse des déclarations obligatoires des cas de séropositivité et de sida montre que les personnes découvrant tardivement leur séropositivité présentent certaines caractéristiques : elles sont plus fréquemment contaminées par voie hétérosexuelle et de nationalité étrangère (tab.1).

Ainsi, parmi les personnes diagnostiquées au stade sida entre 2000 et 2006 en Ile-de-France, la proportion de celles qui ignoraient leur séropositivité au moment de ce diagnostic, et qui n'ont donc pas pu bénéficier de traitements, est plus élevée parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (61% versus 37% chez les autres) et parmi les personnes de nationalité étrangère (61% versus 40% chez les autres). Si, parmi l'ensemble des personnes contaminées par voie hétérosexuelle, les étrangers sont particulièrement nombreux à avoir découvert leur séropositivité au moment

du diagnostic sida (64% versus 53% chez les Français), dans la population masculine les écarts entre Français et étrangers sont peu importants, du fait d'un dépistage qui apparaît particulièrement tardif chez les hommes français contaminés par voie hétérosexuelle comparés aux hommes français non contaminés par voie hétérosexuelle (63% versus 34%).

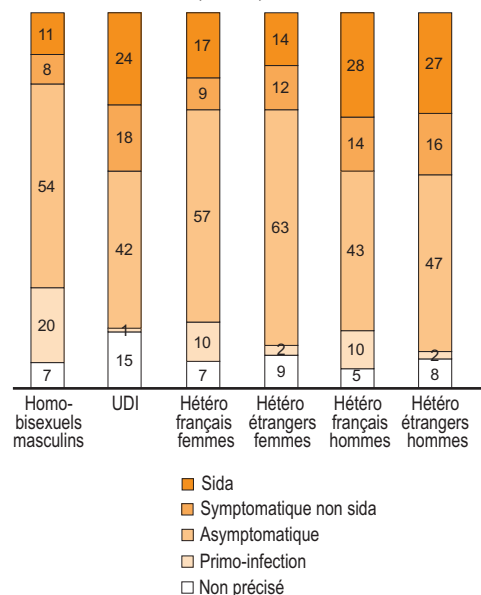
Ce recours tardif au dépistage chez les hommes contaminés par voie hétérosexuelle, qu'ils soient Français ou étrangers, est également observé parmi les découvertes de séropositivité (fig.3). Plus de quatre découvertes de séropositivité sur dix (cas franciliens 2003-2006) chez des hommes (français ou non) contaminés par voie hétérosexuelle sont à un stade déjà avancé de l'infection, soit au stade sida (27 à 28% des cas), soit à un stade symptomatique non sida (14 à 16% des cas). Ce résultat est supérieur à ce qui est observé chez les hommes contaminés par voie homosexuelle et, dans une moindre mesure, chez les femmes contaminées par voie hétérosexuelle. Les analyses conduites à partir de l'enquête nationale Vespa menée en 2003 auprès des personnes séropositives permettent d'étayer ces données en distinguant deux populations chez lesquelles le dépistage apparaît tardif⁷ : d'une part des migrants, principalement originaires d'Afrique subsaharienne, qui sont très majoritairement dépistés après leur arrivée en France (souvent dans l'année suivant celle-ci⁸) ; d'autre part des personnes qui, en métropole, ne constituent pas des cibles prioritaires pour la prévention du VIH/sida (hommes hétérosexuels, plus âgés, en couple stable depuis longtemps, ayant des enfants, etc.), décrites comme à faible risque d'infection à VIH mais à fort risque de dépistage tardif («people at low risk of HIV infection being at high risk of late detection»⁹).

tab.1 Pourcentage de personnes ignorant leur séropositivité au moment du diagnostic sida parmi les cas adultes diagnostiqués entre 2000 et 2006 en Ile-de-France

	Nationalité française	Autres nationalités	Total
Homo-bisexuels masculins	37,4	39,3	37,5
Usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI)	14,8	20,6	15,8
Hétérosexuels	52,6	63,8	60,7
Hommes	62,9	68,4	66,7
Femmes	39,5	58,9	53,8
Ensemble des cas	39,5	61,4	50,4
Hommes	40,6	63,1	50,8
Femmes	35,3	59,1	51,2

Source : InVS - Déclarations obligatoires des cas de sida au 31 décembre 2007. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

fig.3 Stade clinique des découvertes de séropositivité selon le mode de transmission, entre 2003 et 2006 en Ile-de-France (en %)



Source : InVS - Déclarations obligatoires des découvertes de séropositivité au 31 décembre 2007. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

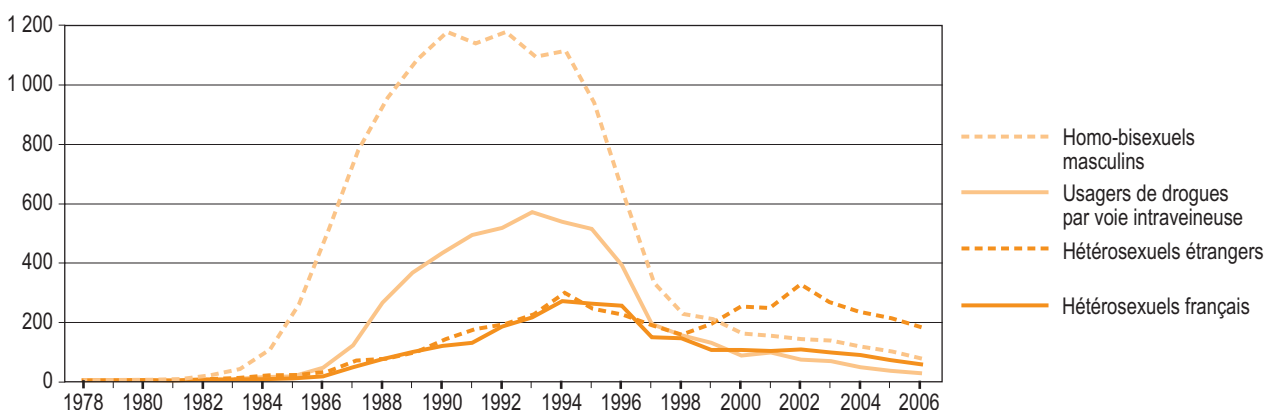
Si le dépistage intervient tardivement chez certaines populations, les données des déclarations obligatoires des cas de sida montrent aussi que parmi les personnes qui connaissaient déjà leur séropositivité, environ la moitié n'ont pas bénéficié de traitement avant le diagnostic sida. En Ile-de-France, ce retard à l'accès aux soins ne diffère pas selon le mode de transmission mais est, en revanche, plus fréquemment retrouvé parmi les hommes étrangers (59% n'ont pas bénéficié de traitement contre 49% des hommes français), que ce soit chez ceux contaminés par voie homosexuelle (respectivement 57% et 50%) ou hétérosexuelle (62% et 44%), alors que les femmes qui connaissaient leur séropositivité avant le stade sida, qu'elles soient françaises ou étrangères, ont pu bénéficier des traitements dans des proportions comparables (respectivement 52% et 49%, écart non significatif). Au total, l'accès tardif à une prise en charge médicale d'une proportion importante de patients nouvellement inclus dans la file active hospitalière s'explique par un retard au dépistage (délai élevé entre la contamination et le dépistage) ainsi que, dans une moindre mesure, par un retard de recours au système de soins chez certaines personnes se sachant séropositives (délai élevé entre le dépistage et la première prise en charge médicale).

Les personnes séropositives développent moins fréquemment qu'auparavant le sida

Le nombre de personnes déclarant un sida a nettement diminué depuis l'introduction des multithérapies anti-rétrovirales en 1996 qui, précisément, freinent la progression de l'infection vers le sida. En Ile-de-France, alors que de 1990 à 1995, plus de 2 000 personnes étaient chaque année diagnostiquées au stade sida, cet effectif se situe en 2006 à moins de 500. L'effectif annuel des nouveaux cas de sida a diminué quel que soit le groupe de transmission : depuis 1994 chez les usagers de drogues contaminés par voie intraveineuse, depuis 1995 pour les hommes contaminés par voie homosexuelle, plus récemment pour les personnes contaminées par voie hétérosexuelle (fig.4). Malgré cette baisse, la région reste fortement touchée. En effet, rapporté à la population¹⁰, le nombre annuel de cas de sida diagnostiqués en 2006¹⁰ est de 4,1 pour

100 000 habitants en Ile-de-France contre 1,0 en province. Au sein de la région, de fortes disparités existent : Paris et la Seine-Saint-Denis enregistrent les plus fortes incidences du sida (respectivement 8,7 et 5,0 cas pour 100 000 habitants) et l'Essonne la plus faible incidence (1,6 cas pour 100 000 habitants). En Ile-de-France, les pathologies inaugurales du sida les plus fréquentes sont la tuberculose (27% des cas de sida enregistrés de 2000 à 2006), la pneumocystose (20% des cas), la candidose œsophagienne (13% des cas) et le sarcome de Kaposi (9% des cas). Si on se réfère aux cas diagnostiqués depuis 2000, les pathologies inaugurales diffèrent selon le mode de transmission (avec par exemple : davantage de tuberculose parmi les personnes contaminées par voie hétérosexuelle, davantage de sarcome de Kaposi chez les hommes contaminés par voie homosexuelle) et selon la nationalité (par exemple : davantage de tuberculose parmi les personnes étrangères, davantage de pneumocystose et de sarcome de Kaposi chez les personnes de nationalité française). Compte tenu de l'évolution de l'épidémie en Ile-de-France (hausse de la proportion de cas de sida chez des personnes contaminées par voie hétérosexuelle et chez des personnes étrangères¹¹), la répartition des maladies inaugurales a quelque peu changé : la proportion de cas de sida dont la pathologie classante est la tuberculose a progressé (de moins de 10% des cas avant 1996 à plus de 25% depuis 2000) et, à l'inverse, celle dont la pathologie classante est le sarcome de Kaposi a diminué (de 26% des cas avant 1990 à 9% depuis 2000). Néanmoins, la morbidité des personnes infectées par le VIH est actuellement relativement diversifiée et désormais essentiellement constituée d'événements non classants sida survenant chez des personnes peu ou pas immunodéprimées⁶. Chez les personnes co-infectées par le VHC (principalement les usagers de drogues injecteurs), la morbidité liée au VIH ou au VHC présente certaines spécificités, nécessitant une prise en charge adaptée¹. Si le VHC ne semble pas influencer sur l'évolution de l'infection VIH, en revanche cette dernière augmente l'impact de l'hépatite C : augmentation de la charge virale VHC d'un facteur 2 à 8, du risque de transmission, diminution de

fig.4 Evolution du nombre de nouveaux cas de sida par groupe de transmission entre 1978 et 2006 en Ile-de-France



Source : InVS - Déclarations obligatoires des cas de sida au 31 décembre 2006 - Données redressées en 2005 et 2006 en fonction du délai de déclaration. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

la possibilité de guérison spontanée après une hépatite aigüe et aggravation du pronostic de l'infection VHC⁶. Aujourd'hui, les lésions hépatiques induites par l'infection chronique due au VHC sont une cause importante de morbidité et de mortalité chez les patients VIH.

Si les traitements antirétroviraux ont permis de réduire la mortalité et la morbidité des personnes atteintes par le VIH/sida, les enquêtes menées auprès des personnes séropositives montrent que socialement, les personnes touchées par le VIH prises en charge à l'hôpital sont plus défavorisées que la population générale¹². Le taux d'activité des personnes atteintes est peu élevé et baisse après le diagnostic. Pour l'ensemble des patients de

l'enquête nationale Vespa réalisée en 2003¹², le taux d'activité est de 55% au moment de l'enquête alors qu'il était de 73% au moment du diagnostic. La faiblesse des ressources financières concerne une grande partie des personnes atteintes. Dans l'enquête Vespa, 66% des répondants vivent avec des aides de l'Etat (RMI, AAH) ou avec des revenus de remplacement (indemnités journalières de la Sécurité sociale, Assedic, pension d'invalidité). Malgré la mise en place des traitements, vivre avec le VIH entraîne encore un bouleversement des conditions de vie, nécessitant de nombreux ajustements sociaux et psychologiques.

Observance aux traitements et succès thérapeutiques

L'observance aux traitements constitue une condition essentielle pour assurer le succès thérapeutique et réduire les risques de morbidité et de mortalité chez les patients infectés par le VIH⁶. Néanmoins, pour le VIH, le niveau d'observance requis apparaît particulièrement élevé puisque l'efficacité thérapeutique nécessite une observance supérieure à 95%. Le risque de réplication virale (et donc d'échec virologique) augmente extrêmement rapidement si l'observance diminue : avec une observance supérieure ou égale à 95%, on compte 22% d'échec virologique quand l'observance est comprise entre 80% et moins de 95%, il y a alors 61% d'échec virologique, et enfin lorsque l'observance est inférieure à 80%, on compte 80% d'échec virologique¹⁴. L'observance constitue donc bien un enjeu majeur pour les patients sous traitement. Les études portant sur l'observance ont pu mettre en évidence des facteurs, évoluant dans le temps, associés à la non-observance, liés à la fois aux contraintes et aux effets indésirables des traitements, au rapport à la santé et au système de soins, à l'environnement social et à la vulnérabilité de la personne.

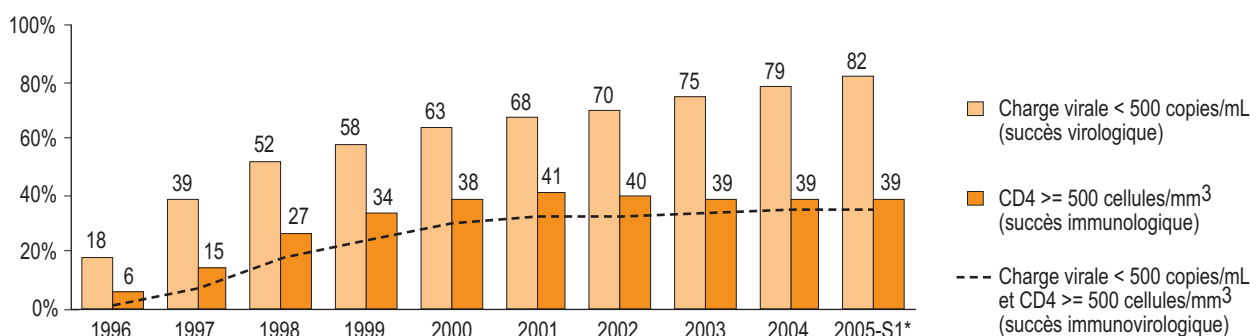
Chez les personnes traitées, deux indicateurs peuvent constituer des mesures de l'efficacité des traitements, et donc indirectement, et en partie, de l'observance et de la progression de l'infection : la charge virale plasmatique (quantité de particules virales dans le sang : plus elle est élevée, plus l'infection a progressé) et les taux de lymphocytes CD4 (mesure du système immunitaire : moins le taux est élevé, plus le système

est immunodéprimé).

Parmi les patients infectés par le VIH suivis dans la file active hospitalière en Ile-de-France⁴, 12% n'ont jamais été traités, 7% sont non traités mais ont des antécédents de traitements, 75% bénéficient d'un traitement Haart et 6% d'un traitement non Haart (données au 1^{er} semestre 2005). En 2005, parmi les patients franciliens traités depuis au moins six mois, 82% avaient une charge virale inférieure à 500 copies/mL (*succès virologique*), 39% avaient un taux de lymphocytes CD4 supérieur ou égal à 500 cellules/mm³ (*succès immunologique*), et 36% remplissaient les deux conditions (*succès immunovirologique*).

Les données d'évolution 1996-2005 (fig.5) montrent que la proportion de patients en succès virologique ou immunologique a nettement progressé depuis 1996, attestant d'une amélioration importante de l'efficacité des traitements et donc de la qualité de vie des personnes infectées. Au total, la proportion de patients en succès immunovirologique a augmenté : de moins de 2% en 1996 à 30% en 2000, puis 36% en 2005. A l'inverse, la proportion de patients en échec thérapeutique (charge virale supérieure à 30 000 copies/mL et CD4 inférieur à 500 cellules/mm³) est passée de 22% en 1996 à 5% en 2000, puis 3% en 2005. Néanmoins, l'absence de progression, depuis 2000, de la proportion de patients traités depuis au moins six mois en succès immunologique (environ 40% des patients) ternit quelque peu ces résultats. Des études ont en effet montré que la survie des patients traités en succès immunologique était comparable à celle de la population générale⁶.

fig.5 Evolution de la proportion de patients infectés par le VIH suivis à l'hôpital et traités depuis au moins six mois en fonction de la charge virale et du taux de lymphocytes CD4, entre 1996 et le 1^{er} semestre 2005 en Ile-de-France (en %)



*1^{er} semestre de l'année

Source : Inserm - FHDH - Ile-de-France, janvier 2007⁴.

Réduction des prises de risque parmi les personnes séropositives

La réduction des prises de risque chez les personnes séropositives peut concerner différents aspects : les risques sexuels, ceux liés au partage du matériel d'injection chez les usagers de drogues injecteurs, ceux liés au suicide, aux consommations de produits psychoactifs, à la malnutrition, etc. C'est la réduction des prises de risques sexuels, à travers les comportements de prévention des personnes séropositives, qui sera abordée dans ce suivi de l'objectif 22 du PRSP.

Parmi les homo/bisexuels masculins

Les données des différentes vagues d'enquêtes Presse Gay¹⁵ et Baromètre Gay¹⁶ montrent un net accroissement des prises de risques parmi les homo/bisexuels masculins séropositifs au cours de ces dernières années. Parmi les répondants du Baromètre Gay, enquête qui cible les hommes fréquentant les lieux de rencontres gays, la proportion de répondants séropositifs déclarant avoir eu au moins une pénétration anale non protégée dans les douze derniers mois avec un partenaire occasionnel (PANP) est ainsi passée de 55% en 2000 à 58% en 2002 puis 63% en 2005 (données sur Paris). Pour ce qui est de l'enquête Presse Gay, la proportion de répondants séropositifs franciliens déclarant des PANP est passée de 31% en 1997 à 49% en 2000 puis 54% en 2004¹⁷. Dans ces deux enquêtes, c'est parmi les répondants séropositifs que les prises de risque déclarées sont les plus élevées (cf. objectif 21).

Les données nationales de surveillance des infections sexuellement transmissibles (cf. objectif 21) montrent aussi qu'une part importante des cas de syphilis (comme de lymphogranulomatose vénérienne rectale) concerne des hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, attestant de prises de risque importantes dans cette population¹⁸. En France, parmi les personnes diagnostiquées avec une syphilis qui connaissaient leur statut sérologique VIH au moment du diagnostic (soit 95% des cas), 46% étaient séropositives au VIH. Cette proportion était de 52% parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, contre 14% parmi les hommes et les femmes hétérosexuels.

Parmi les hétérosexuel(le)s

L'enquête Vespa conduite en métropole en 2003 permet de préciser que les prises de risque sont loin d'être rares parmi les personnes séropositives hétérosexuelles¹⁹ : la proportion de celles déclarant avoir eu, au moins une fois dans les douze derniers mois, des rapports sexuels non protégés avec leur partenaire principal(e) non séropositif(ve) est de 26% chez les hommes et de 33% chez les femmes, soit des proportions près de deux fois supérieures à celles déclarées, dans la même enquête, par les hommes séropositifs homo/bisexuels avec leur partenaire régulier non séropositif (16%)²⁰.

Références citées

- HALFEN S., EMBERSIN C., GREMY I. et al. Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France - Les usagers de drogues face au VIH/sida et au VHC. *Bulletin de santé*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2009, n°15.
- COUZIGOU C., PINGET R., LE STRAT Y. et al. Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution 1994-2001. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2005, n°23, pp.112-114.
- Sources : Inserm - CépiDC, Insee. Exploitation Fnors - Score santé (site Internet <http://www.fnors.org/Score/accueil.ht>).
- Retour d'Informations Clinico-Epidémiologiques (données de la base FHDH). Inserm-Unité 720, 2007, n°14, données nationales et centres Ile-de-France.
- LEWDEN C., MAY T., ROSENTHAL E. et al. Causes de décès en France en 2005 des adultes infectés par le VIH et évolution par rapport à 2000. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2006, n°48, pp.379-382.
- YENI P. (sous la direction de). *Prise en charge des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts*. Flammarion, 2006.
- DELPIERRE C., DRAY-SPIRA R., CUZIN L. et al. Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. *International Journal of STD & AIDS*, 2007, volume 18, number 5, pp.312-317.
- CALVEZ M., FIERRO F., LAPORTE A. et al. Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH - Modalités d'accès et contextes socioculturels. *Rapport InVS*, 2006.
- DELPIERRE C., CUZIN L., LERT F. Routine testing to reduce late HIV diagnosis in France. *British Medical Journal*, 2007, volume 334, pp.1354-1356.
- Nombre de cas de sida diagnostiqués en 2006 (déclarations reçues par l'InVS au 31/12/2008) rapportés à la population estimée par l'Insee au 1^{er} janvier 2007.
- EMBERSIN C., HALFEN S., GREMY I. et al. Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France - Les jeunes face au sida : épidémiologie et aspects de la prévention. *Bulletin de santé*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006, n°11.
- OBADIA Y., MARIMOUTOU C., BOUHNIC A.-D. et al. Les aides apportées aux personnes atteintes par l'infection à VIH/sida, Une enquête auprès des patients des services de soins en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur. *Etudes et résultats*, Drees, 2002, n°203.
- LERT F., OBADIA Y. et l'équipe de l'enquête Vespa, Comment vit-on en France avec le VIH/sida ? *Population et Sociétés*, Ined, 2004, n°406.
- PATERSON D. L., SWINDELLS S., MOHR J. et al. Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection. *Annals of Internal Medicine*, 2000, volume 133, issue 1, pp.21-30.
- VELTER A. (sous la direction de). Enquête Presse Gay 2004. *Rapport InVS*, 2007.
- VELTER A., BOUYSSOU-MICHEL A., PILLONEL J. Baromètre Gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2006, n°25, 2006, pp.178-180.
- Source : InVS - Unité VIH-IST-VHC, 2007.
- GALLAY A., HERIDA M., BOUYSSOU-MICHEL A. et al. L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (hors VIH). In *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2006*, InVS, 2007, pp.66-79.
- BOUHNIC A.-D., PRAEU M., LERT F. et al. Unsafe sex in regular partnerships among heterosexual persons living with HIV: evidence from a large representative sample of individuals attending outpatients services in France (ANRS-EN12-Vespa Study). In *AIDS*, 2007, volume 21, supplement 1, S57-S62.
- BOUHNIC A.-D., PRAEU M., SCHILTZ M.-A. et al. Unprotected sex in regular partnerships among homosexual men living with HIV: a comparison between sero-nonconcordant and seroconcordant couples (ANRS-EN12-Vespa Study). In *AIDS*, 2007, volume 21, supplement 1, S43-S48.

Définition

L'acronyme **Haart** - highly active antiretroviral therapy - qui signifie «traitement antirétroviral hautement actif», est employé pour désigner une multithérapie destinée à obtenir une diminution maximale de la charge virale. (Source : Act Up-Paris. Sida - Un glossaire. Mise à jour juillet 2005.)

Prévenir l'obésité infantile (0-11 ans), notamment par l'éducation critique à la consommation, et dépister précocement le surpoids chez l'enfant

Contexte

Durant la décennie 1990-2000, les diverses études réalisées en France ont montré une augmentation de la surcharge pondérale chez l'enfant, augmentation relativement plus forte pour l'obésité que pour le surpoids. Le fait d'être obèse à l'adolescence augmente les risques de morbidité et de mortalité à l'âge adulte. Une majorité des adolescents obèses deviendront des adultes obèses. Afin de réaliser une prise en charge précoce, les enfants à risque doivent être repérés dès le plus jeune âge.

Interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants est l'un des neuf objectifs prioritaires du Programme national nutrition santé (PNNS) lancé en 2001. Rééquilibrer l'alimentation, lutter contre la sédentarité et promouvoir pour tous les enfants l'activité physique constituent les axes majeurs des recommandations du PNNS en matière de prévention de l'obésité.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Selon le Cycle triennal d'enquêtes réalisées en santé scolaire par la Drees et selon l'Enquête décennale de santé de l'Insee, les prévalences du surpoids et de l'obésité chez le jeune enfant sont légèrement plus élevées en Ile-de-France qu'en France.
- > L'importance des déterminants familiaux de l'obésité font de la famille un levier fondamental pour les actions de prévention.
- > La fréquence élevée de l'allaitement maternel en Ile-de-France comparée au niveau national ne doit pas occulter des durées d'allaitement souvent très courtes, bien en deçà des six mois d'allaitement exclusif recommandé.
- > Absence de prise régulière de petit déjeuner, sous-consommation de fruits et légumes, sédentarité excessive sont des habitudes de vie fréquemment retrouvées chez les jeunes enfants, en Ile-de-France comme en France.

Prévalence du surpoids et de l'obésité

Selon le Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire de la Drees, l'excès de poids concerne près d'un Francilien sur six à 5-6 ans...

En Ile-de-France, 16% des enfants scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans) présentent une surcharge pondérale (4,7% d'enfants obèses). Ces prévalences sont supérieures aux données France entière, avec 14,4% d'enfants en surcharge pondérale (3,9% d'enfants obèses). (fig.1)

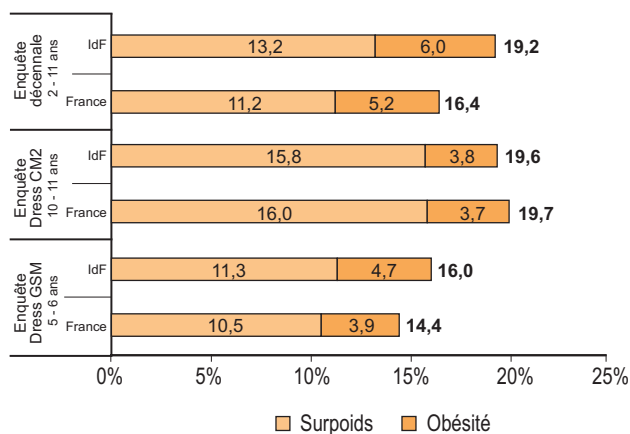
... et près d'un sur cinq à 10-11 ans

En CM2 (10-11 ans), la prévalence de la surcharge pondérale en Ile-de-France est de 19,6% (3,8% d'enfants obèses), résultats proches des données nationales (19,7% d'enfants en surcharge pondérale et 3,7% d'enfants obèses) (fig.1).

Des prévalences comparables

dans l'enquête décennale santé 2002-2003 de l'Insee
 Environ 19% des Franciliens de 2-11 ans présentent une surcharge pondérale (6% sont obèses) dans cette enquête. Sur l'ensemble de la France, ce sont 16,4% des enfants de 2-11 ans qui ont un excès de poids (5,2% d'enfants obèses).

fig.1 Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants en Ile-de-France et en France dans trois études nationales (en %)



Sources : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2006.
 Drees - Cycle triennal en milieu scolaire, enquête CM2 2004-2005 et enquête Grande section de maternelle (GSM) 1999-2000.

Environnement familial

Le risque d'excès de poids chez l'enfant augmente lorsque le niveau d'études parental décroît

Obésité et surpoids de l'enfant de 2-11 ans sont corrélés avec le niveau d'études parental : 1,4% des enfants sont obèses lorsque les deux parents ont un niveau d'études supérieur au bac contre 12,7% lorsque qu'au moins un parent a un «faible» niveau d'études sans que l'autre n'ait un niveau d'études supérieur au bac (fig.2).

Surpoids et obésité des enfants sont très liés à la corpulence parentale

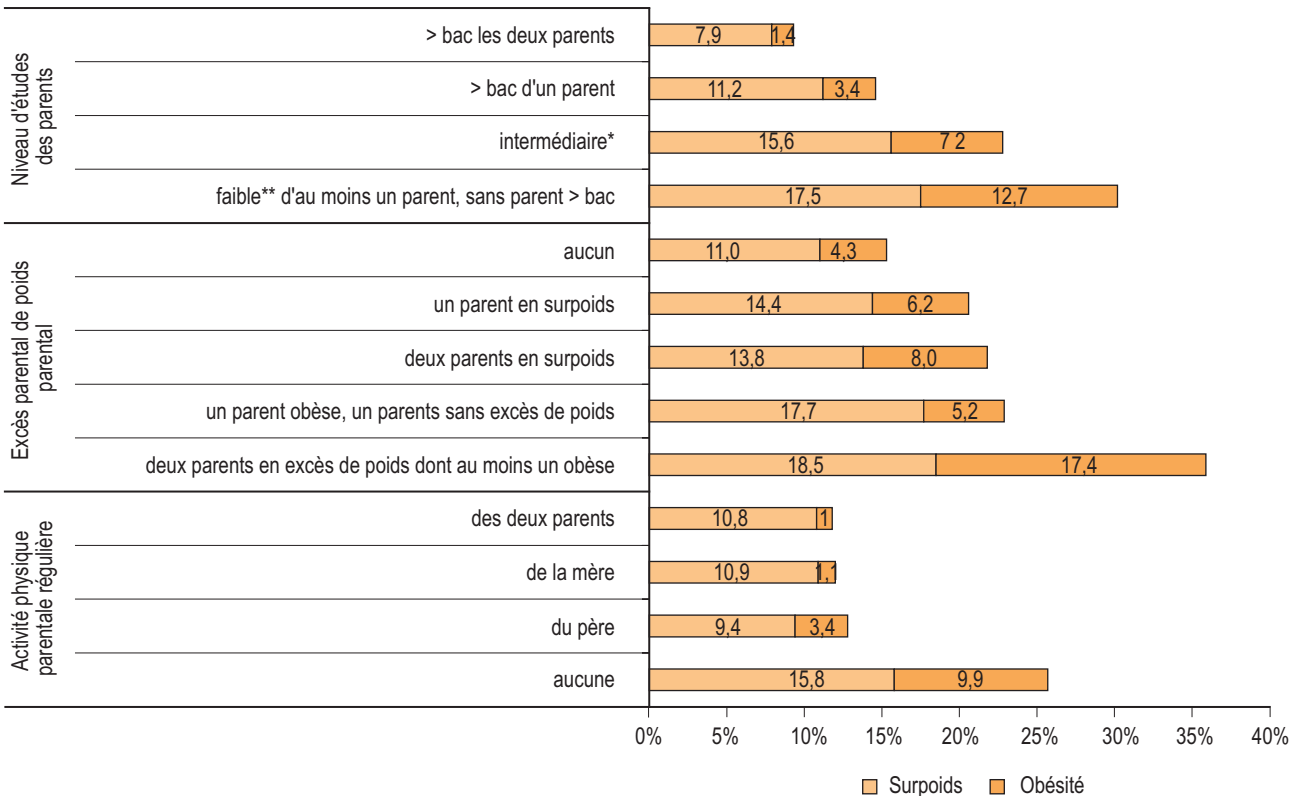
Environ 14% des enfants franciliens ont au moins l'un de leurs deux parents souffrant d'obésité.

Avec le nombre de parents concernés et le degré de l'atteinte parentale, la prévalence de l'obésité varie chez l'enfant de 4,3% (pas d'excès de poids parental) à 17,4% (deux parents en excès de poids et au moins un obèse). (fig.2)

Davantage d'enfants obèses en l'absence d'activité physique parentale régulière

Activité physique des parents et obésité de l'enfant sont également liées. Pour près de 52% des enfants franciliens âgés de moins de 12 ans, aucune activité physique parentale régulière n'est déclarée. Près de 10% de ces enfants sont obèses contre moins de 1% lorsque les deux parents pratiquent ce type d'activité. (fig.2)

fig.2 Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les Franciliens de 2-11 ans selon l'environnement familial (en %)



*Intermédiaire : secondaire ou bac.

**Faible : aucun ou primaire.

Lecture : Lorsque les deux parents ont un niveau d'étude supérieur au bac, 7,9% des enfants sont en surpoids et 1,4 % souffrent d'obésité.

Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2006.

Déterminants précoces de l'obésité

Des facteurs nutritionnels et/ou toxiques de l'environnement foetal et de l'environnement de l'enfant dans ses premiers mois de vie semblent jouer un rôle important, direct ou indirect, dans l'émergence d'une obésité ultérieure.

Des données existent pour l'un de ces déterminants précoces : l'allaitement au sein (l'OMS recommande un allaitement exclusif, si possible pendant six mois).

Des durées d'allaitement courtes

A la naissance, l'allaitement au sein, partiel ou exclusif, concerne près de trois enfants sur quatre en Ile-de-France (74,2% dans l'enquête périnatale 2003 et 72,8% selon les certificats de santé du 8^{ème} jour en 2003 - taux nationaux respectivement de 62,6% et 61,9%).

A l'âge de huit semaines, un peu plus d'un enfant sur deux est toujours allaité - de façon partielle ou exclusive (56% en 2003 selon les données issues des certificats de santé du 9^{ème} mois - taux national de 38,2%).

Habitudes de vie

Améliorer les habitudes alimentaires

En Ile-de-France, 4,8% des enfants scolarisés en CM2 (10-11 ans) prennent un petit déjeuner moins de quatre fois par semaine (6,5% en France). Parmi eux, 31,3% ont une surcharge pondérale (18% si le petit déjeuner est quotidien) (tab.1).

Les consommations en légumes et en fruits des Franciliens scolarisés en CM2 apparaissent très en deçà des recommandations du PNNS («5 fruits et légumes par jour») : 44,3% des enfants déclarent «consommer des légumes» sept fois par semaine, et 54,0% des fruits (respectivement 44,6% et 47,6% en France).

Favoriser la pratique sportive extrascolaire

Parmi les enfants scolarisés en CM2, 34,0% ne pratiquent pas de sport en dehors des horaires de classe (31,6% en France). Parmi eux, près d'un enfant sur quatre est en excès de poids (tab.1).

Combattre la sédentarité

L'estimation du temps passé devant la télévision, les jeux vidéo ou l'ordinateur montre qu'un peu moins de la moitié des enfants scolarisés en CM2 y consacre, les jours d'école, au moins une heure par jour (46,6% en Ile-de-France et en France), avec un lien fort avec le surpoids et l'obésité (tab.1).

tab.1 Habitudes de vie des Franciliens scolarisés en CM2 et prévalence du surpoids et de l'obésité (en %)

	Fréquence	Surpoids	Obésité
Habitudes alimentaires			
Prise d'un petit déjeuner			
7 fois / semaine	84,5	14,8	3,2
4 à 6 fois / semaine	10,8	22,3	4,3
< 4 fois / semaine	4,8	18,5	12,8
Activité physique			
Activité sportive extrascolaire			
> 2 fois / semaine	13,5	11,9	4,8
1 ou 2 fois / semaine	52,6	15,6	2,3
Aucune	34,0	18,1	5,2
Sédentarité			
Heures "écran" les jours d'école			
< 1 heure / jour	53,3	14,4	2,7
1 à 3 heures / jour	41,8	16,0	5,2
> 3 heures / jour	4,8	28,0	3,8

Lecture : 84,5% des enfants scolarisés en CM2 prennent un petit déjeuner 7 fois/semaine. Parmi eux, 14,8% sont en surpoids et 3,2% souffrent d'obésité (soit 18,0% en excès de poids).

Source : Drees - Cycle triennal en milieu scolaire, enquête CM2 2004-2005.

Repères bibliographiques

BLONDEL B., SUPERNANT K., MAZAUBRUN (du) C., BREARD G. *Enquête nationale périnatale 2003*. 2005.

CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION. Avis sur la prévention de l'obésité infantile. Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, ministère de la Santé et des Solidarités, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, décembre 2005, avis n° 54.

DUPORT N., CASTETBON K., GUIGNON N., HERCBERG. Corpulence des enfants scolarisés en grande section de maternelle en France métropolitaine et départements d'outre-mer : variations régionales et disparités urbaines. *In Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, avril 2003, n° 18-19, pp.82-84.

GUIGNON N., NIEL X. L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaires. *Études et résultats*, Drees, juillet 2003, n° 250.

OMS. *Soins à la mère et au nouveau-né : guide pratique*. 1999.

VINCELET C., GALLI J., GREMY I. *Surpoids et obésité en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, juin 2006.

Définition

Surpoids et obésité : L'indice de masse corporelle (IMC) est l'indicateur utilisé pour définir le surpoids et l'obésité. Il est calculé en divisant le poids (kg) par le carré de la taille (m). Chez l'enfant, compte tenu de l'évolution physiologique de la corpulence au cours de la croissance différente selon le sexe, les valeurs de référence tiennent compte de l'âge et du sexe. Les valeurs de références utilisées sont celles de l'International Obesity Task Force (IOTF). Elles permettent de distinguer surpoids et obésité au sein de la surcharge pondérale (ou excès de poids) et sont disponibles à partir de l'âge de 2 ans. Le tableau suivant les présente pour les 2-11 ans.

Âge	IMC du surpoids		IMC de l'obésité	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
2 ans	18,25	17,90	19,95	19,80
3 ans	17,80	17,50	19,50	19,30
4 ans	17,55	17,25	19,30	19,10
5 ans	17,45	17,15	19,40	19,25
6 ans	17,65	17,40	20,00	19,90
7 ans	18,05	17,90	20,85	20,75
8 ans	18,60	18,50	21,90	21,90
9 ans	19,30	19,30	23,10	23,15
10 ans	20,00	20,10	24,30	24,45
11 ans	20,75	20,95	25,35	25,75

Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée

Contexte

La relation entre la nutrition (associant les dimensions activité physique et alimentation) et de nombreux problèmes de santé (maladies cardio-vasculaires, certains cancers, obésité, ostéoporose...) est désormais clairement établie. Ainsi, le Programme national nutrition santé (PNNS) souligne l'importance d'accroître l'activité physique pour rééquilibrer les apports et les dépenses d'énergie. Les sujets se situant en dessous de l'équivalent de 30 minutes de marche rapide au moins 5 jours par semaine sont considérés comme sédentaires.

En matière d'alimentation, l'accroissement de la consommation de fruits et légumes constitue l'une des priorités du PNNS.

La forte augmentation de l'obésité sur les dernières décennies, ses liens avec sédentarité et déséquilibre alimentaire en font un indicateur de première ligne.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Environ un tiers de la population francilienne âgée de 12 ans ou plus est en surcharge pondérale.
- > Chez les adolescents franciliens, les prévalences de l'obésité et du surpoids atteignent des niveaux inquiétants qui tendent à dépasser les données nationales. Or, chez les jeunes, faible consommation de fruits et légumes, mauvais rythme alimentaire, et excès de sédentarité sont très souvent rencontrés.
- > L'obésité concerne plus de 10% de la population francilienne de 45 ans ou plus.
- > Des spécificités liées au sexe se dégagent avec, chez les femmes, moins de surpoids mais une proportion d'obésité plus importante chez celles en excès de poids, et surtout des inégalités sociales particulièrement marquées.
- > La pratique sportive des adultes mérite d'être encouragée, en particulier celle des jeunes femmes.

Prévalence du surpoids et de l'obésité

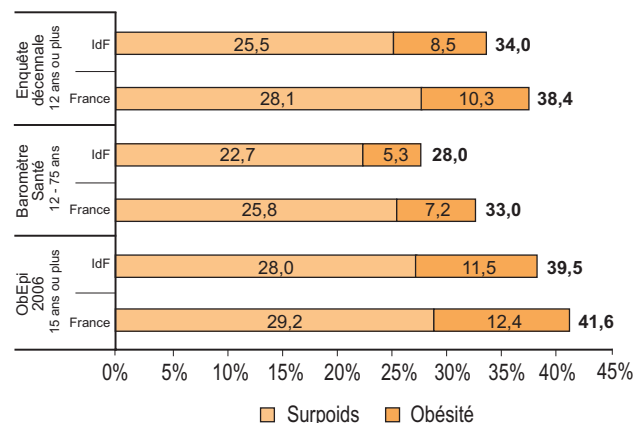
Environ un tiers de la population francilienne en excès de poids

En Ile-de-France, la prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) varie de 28% à 39,5% selon l'enquête considérée, et celle de l'obésité de 5,3 à 11,5% (fig.1). Ces différences reflètent, outre des méthodologies d'enquête distinctes, des populations cibles d'âges partiellement comparables.

Quelle que soit l'enquête, les prévalences estimées en Ile-de-France sont toujours, chez les adultes, moindres qu'au niveau national.

L'enquête ObEpi, réalisée tous les trois ans, permet d'estimer l'évolution de la prévalence de l'obésité depuis 1997 : 6,7% en 1997, 8,6% en 2000, 11,4% en 2003 et 11,5% en 2006 en Ile-de-France (respectivement 8,2%, 9,6%, 11,3% et 12,4% au niveau national). Ces résultats suggèrent, après des augmentations importantes entre 1997 et 2003, une stabilisation de la progression de l'obésité entre 2003 et 2006 en Ile-de-France, stabilisation qui n'est pas observée au niveau national.

fig.1 Prévalence du surpoids et de l'obésité en Ile-de-France et en France dans trois études nationales (en %)



Sources : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2006.
 Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.
 ObEpi 2006. Exploitation Inserm, 2007.

Près de 5% d'adolescents franciliens obèses en classe de troisième

Dans l'enquête réalisée en classe de troisième par la Drees lors de l'année scolaire 2003-2004, 18,7% des adolescents franciliens présentent un excès de poids (4,6% sont obèses) (fig.2).

Des prévalences plus élevées en Ile-de-France chez les jeunes

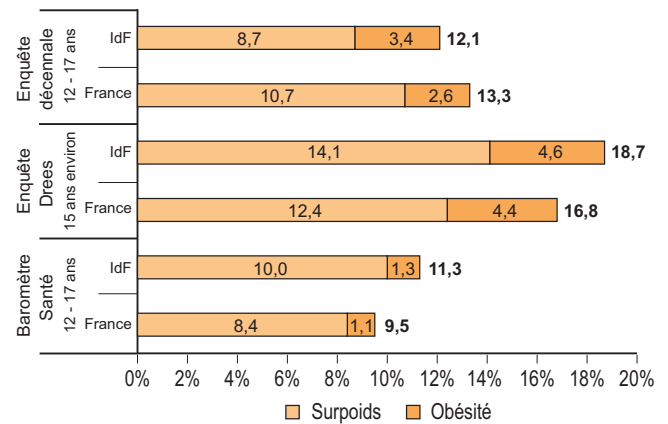
Un peu plus d'un jeune Francilien sur dix âgé de 12 à moins de 18 ans présente un excès de poids, que ce soit dans l'Enquête décennale de santé de l'Insee ou dans le Baromètre santé de l'Inpes. La prévalence de l'obésité varie de 1,3% à 3,4%.

Dans ces deux études ainsi que dans l'enquête Dress, les prévalences chez les adolescents franciliens tendent à être plus élevées que les prévalences nationales (à l'exception du surpoids dans l'Enquête décennale). (fig.2)

Une augmentation des prévalences du surpoids et de l'obésité avec l'avancée en âge

La prévalence de l'excès pondéral augmente avec l'âge (tab.1). Ainsi, dans l'Enquête décennale de santé de l'Insee 2002-2003, la prévalence de l'obésité, inférieure à 2% entre 18 et 24 ans, excède les 10% à partir de 45 ans (les prévalences sont, le plus souvent, moindres dans le Baromètre santé 2005 de l'Inpes). Les prévalences franciliennes de l'excès de poids à l'âge adulte, et plus particulièrement celles de l'obésité, sont le plus souvent inférieures aux données nationales.

fig.2 Prévalence du surpoids et de l'obésité en Ile-de-France et en France chez les adolescents (en %)



Sources : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2006.
Drees - Cycle triennal en milieu scolaire, enquête en classe de troisième 2003-2004.
Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Les femmes en excès de poids davantage obèses

La prévalence de la surcharge pondérale est plus importante chez les hommes que chez les femmes (tab.1). Cependant, la proportion de personnes obèses parmi celles en excès de poids tend à être supérieure chez les femmes : dans l'Enquête décennale de santé, entre 45 et 54 ans, une femme sur trois en excès de poids est obèse, alors que ceci ne concerne qu'un homme sur quatre (les prévalences du Baromètre santé nuancent ces résultats avec des écarts hommes/femmes moins systématiques et moins marqués).

tab.1 Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le sexe et l'âge en population adulte francilienne et française (en %)

	Enquête décennale de santé 2002-2003 Insee				Baromètre santé 2005 Inpes				ObEpi 2006 Inserm Roche			
	IdF		France		IdF		France		IdF		France	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Hommes												
18-24 ans*	11,9	1,8	10,9	2,5	7,6	1,1	8,9	1,6	9,4*	1,6*	8,7*	2,1*
25-34 ans	22,9	3,8	27,8	5,7	24,6	4,4	26,9	5,0	26,3	7,6	31,1	7,6
35-44 ans	34,8	7,0	37,2	8,4	30,6	6,8	36,5	6,9	34,9	10,1	36,5	11,5
45-54 ans	43,5	13,4	42,6	15,0	40,5	10,1	43,1	11,3	38,7	11,5	42,5	14,8
55-64 ans	48,7	12,3	49,2	15,3	40,7	9,4	46,4	12,9	47,6	19,5	46,5	18,7
>= 65 ans	46,0	10,6	46,6	16,4	46,2	10,6	49,7	12,4	49,6	15,2	48,6	17,1
Femmes												
18-24 ans*	4,5	2,3	8,5	4,0	9,4	0,8	10,3	1,4	9,0*	2,8*	8,2*	3,8*
25-34 ans	13,3	6,2	16,9	7,0	14,5	4,2	14,6	4,7	13,9	8,6	17,2	9,8
35-44 ans	21,1	9,0	19,7	9,7	22,7	4,8	17,2	6,7	15,5	14,3	19,8	14,7
45-54 ans	26,3	12,1	25,0	13,3	19,5	6,7	22,8	8,9	24,8	13,0	26,4	14,9
55-64 ans	32,3	15,9	32,0	15,7	26,2	10,1	27,3	12,0	29,6	18,9	31,2	17,9
>= 65 ans	29,4	15,6	33,9	15,1	30,7	7,7	33,2	11,4	34,7	16,8	34,1	16,0

*Pour l'étude ObEpi, la première classe d'âge concerne des personnes de 15 à 24 ans.
Sources : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2006.
Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.
ObEpi 2006. Exploitation Inserm, 2007.

Des disparités sociales plus marquées chez les femmes

Chez les femmes, on observe un gradient de l'excès de poids selon la catégorie socio-professionnelle : une femme sur cinq est concernée parmi les « professions supérieures », et deux femmes sur cinq parmi les « employées » et « ouvrières ». Même constat pour l'obésité, dont la prévalence varie de 4,7% chez les femmes de « professions supérieures » à 14,6% chez les « ouvrières » (fig.3).

Contrairement à beaucoup de maladies chroniques où les écarts sociaux sont davantage marqués chez les hommes, ces écarts sont moins importants pour l'obésité, du fait de prévalences plus élevées que celles des femmes chez les hommes de « professions supérieures » (6,5%) et moindres que celles des femmes chez les « ouvrières » (10,3%).

Alimentation et activité physique

Les fruits et légumes peu consommés par les jeunes

En Ile-de-France, 78% des adultes déclarent consommer des fruits ou des légumes verts « quotidiennement ou presque ». Cette proportion augmente de façon importante avec l'âge des individus : elle est ainsi multipliée par deux chez les hommes entre les deux classes d'âge les plus extrêmes (fig.4). La faible consommation quotidienne de fruits et légumes par les jeunes est confirmée dans l'enquête réalisée en milieu scolaire chez les élèves de troisième (respectivement pour les fruits et légumes 38,4% et 34,4% en Ile-de-France versus 36,4% et 37,1% au niveau national).

A tout âge, les femmes consomment plus de fruits ou de légumes verts que les hommes (fig.4).

Un petit déjeuner souvent négligé par les jeunes

En matière d'alimentation, l'étude en milieu scolaire en classe de troisième montre que plus d'un collégien francilien sur cinq prend un petit déjeuner moins de 4 fois par semaine (18,2% en France).

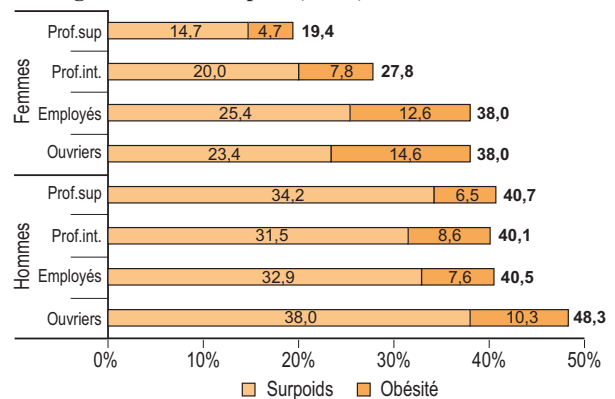
Trois adolescents sur dix ne pratiquent pas de sport en extrascolaire...

En Ile-de-France, 31,2% des adolescents de troisième ne pratiquent pas de sport en dehors des horaires de classe (32,6% en France) (tab.2). La prévalence de l'obésité atteint 6,6% chez ces enfants, alors qu'elle concerne moins de 4% de ceux qui pratiquent une activité sportive extrascolaire au moins une fois par semaine.

... et sept sur dix s'adonnent au moins à une heure de « temps écran » par jour

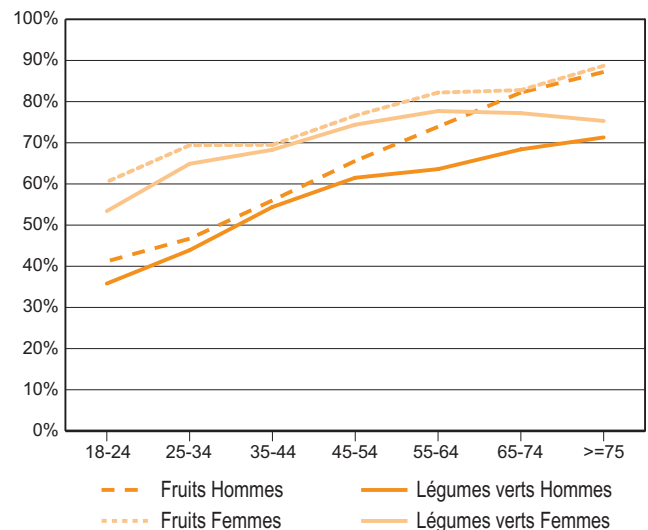
L'estimation du temps passé devant la télévision, les jeux vidéo ou l'ordinateur montre que près de sept adolescents franciliens sur dix, scolarisés en troisième, y consacrent, les jours d'école, au moins une heure par jour (68,4% en Ile-de-France et 61,8% en France). La prévalence de la surcharge pondérale tend à être plus importante chez ces jeunes (tab.2).

fig.3 Prévalence du surpoids et de l'obésité par sexe selon la profession chez les Franciliens âgés de 18 ans ou plus (en %)



Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2006.

fig.4 Pourcentage de consommateurs « tous les jours ou presque » de fruits ou de légumes verts par sexe et classe d'âge en Ile-de-France (en %)



Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2006.

tab.2 Activités sportives et sédentarité des adolescents franciliens de troisième et prévalence du surpoids et de l'obésité (en %)

	Fréquence	Surpoids	Obésité
Activité sportive extrascolaire			
> 2 fois / semaine	25,2	17,8	3,5
2 fois / semaine	22,2	12,9	3,3
1 fois / semaine	21,4	13,9	3,9
Aucune	31,2	14,4	6,6
Heures « écran » les jours d'école			
<1 heure / jour	31,7	10,8	3,0
1 à 3 heures / jour	55,3	14,5	5,3
> 3 heures / jour	13,1	21,3	4,8

Source : Drees - Cycle triennal en milieu scolaire, enquête troisièmes 2003-2004.

Une baisse importante des activités sportives au-delà de 18 ans

Selon le Baromètre santé 2005, un tiers des Franciliens de 12 à 75 ans déclarent pratiquer une activité sportive de loisir et près d'un sur trois une activité sportive en club (en France : 33,2% et 26,5%) (tab.3). Bien que le type de pratique sportive évolue avec l'âge, la baisse de l'activité sportive en club observée dès la classe d'âge 18-24 ans n'est pas compensée par la pratique d'activités sportives de loisir. La diminution de la pratique d'activités sportives se poursuit avec l'avancée en âge et concerne moins d'un Francilien sur deux dès 45-54 ans.

Faible pratique d'activités sportives et physiques intenses des jeunes femmes

L'activité sportive des femmes de 12 à 44 ans est très inférieure à celle des hommes (tab.3). Ainsi, elles sont plus du tiers à ne déclarer aucune pratique sportive entre 18 et 24 ans, soit le double des hommes. Dans le même sens, les données d'activités physiques, montrent que près d'un Francilien sur deux (48,2%) a une activité physique intense, contre seulement un peu plus d'une Francilienne sur trois (37%) (données nationales : 52,5% pour les hommes et 39,9% pour les femmes). Les écarts entre les deux sexes s'observent principalement avant 25 ans (fig.5).

Diminution des activités physiques modérées chez les plus de 65 ans

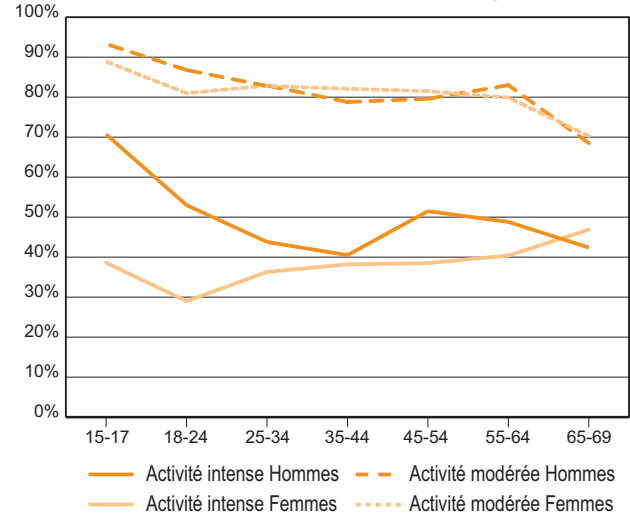
Bien que la pratique d'activités physiques modérées diminue à partir de 65 ans (fig.5), elle tend à rester élevée chez les Franciliens de 65-69 ans (70% d'entre eux), quel que soit le sexe.

tab.3 Type d'activité sportive des Franciliens selon le sexe et l'âge (en %)

Age (ans)	Hommes			Femmes		
	Non	Loisir	Club	Non	Loisir	Club
12-17	2,3	34,7	63,0	11,8	41,1	47,1
18-24	17,5	34,8	47,7	36,9	39,1	24,0
25-34	31,6	41,1	27,3	43,7	31,2	25,1
35-44	34,5	43,0	22,5	47,6	27,3	25,1
45-54	53,9	34,1	12,0	51,3	24,6	24,1
55-64	52,6	35,8	11,6	48,6	26,8	24,6
65-75	59,0	25,1	15,9	52,8	22,9	24,3
Ensemble	33,7	36,6	29,7	42,4	30,4	27,2

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

fig.5 Activités physiques modérées et intenses chez les Franciliens selon le sexe et l'âge (en %)



Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

Repères bibliographiques

DEBOUT C. Ni fruit ni légume vert au quotidien pour un Francilien sur cinq. Insee Ile-de-France. In *Regards sur... la santé des Franciliens*, Insee Ile-de-France, mars 2007, pp. 29-32.
 EMBERSIN C., CHARDON B., GREMY I. *Jeunes en Ile-de-France : activités physiques, surpoids et conduites à risque*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, mars 2007.
 GUIGNON N. La santé des adolescents scolarisés en 3^{ème} en 2003-2004. Premiers résultats. *Etudes et résultats*, Drees, 2007, n° 573.
 INSERM, TNS HEALTHCARE SOFRES, ROCHE. *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*. Roche. 2006.
 VINCELET C., GALLI J., GREMY I. *Surpoids et obésité en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, juin 2006.

Définitions

Surpoids et obésité : Ces deux indicateurs sont définis à partir de l'indice de masse corporelle (IMC = poids / taille²). L'obésité de l'adulte est définie par un IMC ≥ 30 kg/m², le surpoids par des valeurs comprises entre 25 et 30, l'ensemble constitue la surcharge pondérale ou excès de poids (IMC ≥ 25 kg/m²). Dans la plupart des études, les données statur pondérales portent sur le poids et la taille déclarés par les personnes enquêtées, à l'exception du recueil de données effectué en milieu scolaire où ces mesures sont effectuées lors d'un examen médical.

Activité physique : Les indicateurs «activité physique modérée» et «activité physique intense» ont été construits à partir des déclarations des personnes interrogées sur la durée, la fréquence et l'intensité des activités pratiquées dans les sept jours précédant l'interview (Inpes - Baromètre santé 2005). La version téléphonique courte du questionnaire Ipaq (International Physical Activity Questionnaire) a été utilisée et posée aux personnes de 15 ans ou plus. Les activités physiques modérées sont définies comme celles qui demandent un effort physique modéré et font respirer un peu plus difficilement que normalement (par exemple : porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement...). Les activités physiques intenses sont celles qui demandent un effort physique important et font respirer beaucoup plus difficilement que normalement (porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT...).

Développer la prévention et le dépistage de la dénutrition et de la déshydratation chez les personnes âgées

Éléments de cadrage

A ce jour, il n'existe pas de données régionales sur la prévalence de la dénutrition parmi les Franciliens âgés. Bien que certaines données régionales soient disponibles dans les enquêtes franciliennes Aggir-Morbidité-Soins (Drass Ile-de-France et AP-HP), leur exploitation nécessiterait de travailler à partir des 7 000 questionnaires en version papier. Ce sont en outre des enquêtes qui datent des années 2000 et qui ne seront pas renouvelées.

L'Enquête nationale nutrition-santé (ENNS) de l'Usen devrait comporter des résultats permettant la mesure de la dénutrition (protéino-énergétique) chez les personnes âgées de 70-75 ans vivant à domicile (via la mesure de l'albuminurie). Compte tenu de l'effectif initial de l'enquête (4 000 personnes âgées de 18 à 75 ans), une exploitation régionale n'est pas envisageable.

En l'absence d'indicateurs produits en routine

Les études ou enquêtes à réaliser pour améliorer les connaissances et définir de nouveaux indicateurs

Les éléments d'aide à la décision disponibles pour l'Ile-de-France

- > Ils seront définis à partir des résultats de l'Enquête nationale nutrition santé.

Axe prioritaire

Promouvoir la santé des personnes
en situation de vulnérabilité sociale



Objectif
26

Garantir les conditions de promotion de la santé
des personnes en situation de vulnérabilité sociale

Objectif
27

Développer une approche santé en direction des publics prioritaires

Objectif
28

Contribuer à la diminution de l'incidence et la gravité
de certaines pathologies touchant particulièrement les personnes
en situation de vulnérabilité sociale, notamment la tuberculose

- 28.1 Renforcer la surveillance et évaluer
les pratiques relatives à la lutte antituberculeuse
- 28.2 Adapter les stratégies de prise en charge et les organisations
en prenant en compte les évaluations et les évolutions réglementaires
- 28.3 Favoriser le recours et la continuité du traitement
- 28.4 Développer une promotion adaptée
de la santé bucco-dentaire auprès de publics cibles
- 28.5 Favoriser l'éducation à la santé bucco-dentaire
des jeunes enfants, des parents et des futurs parents

Introduction

L'axe 4 du PRSP francilien 2006-2010 est dédié aux personnes en situation de vulnérabilité sociale.

Différents éléments de leur santé sont abordés au cours des objectifs 26, 27 et 28 : la dynamique partenariale à l'œuvre en Ile-de-France, les pathologies fréquentes, l'accès aux soins et aux droits, la promotion de la santé.

Ces trois objectifs permettent notamment de prendre en considération des personnes vivant dans des lieux particuliers.

Quelques chiffres clés relatifs à la vulnérabilité sociale en Ile-de-France :

La région capitale est la région la plus riche et la plus jeune de France.

Elle est aussi celle où les variations de revenus sont les plus grandes. Elle concentre des populations précaires au nord et nord-est de la région (en Seine-Saint-Denis, 20% de la population appartient à un foyer allocataire à bas revenus, cf. les [indicateurs transversaux](#)).

Plus de 50 000 places en foyer de travailleurs migrants rendent prégnantes les difficultés des résidents vieillissants (cf. objectif 14).

Plus de 20 000 places en hébergement d'urgence et d'insertion illustrent les besoins en accès aux soins et aux droits.

L'Ile-de-France regroupe plus de 75% des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME), avec une concentration sur les départements de Paris et de la Seine-Saint-Denis (cf. objectif 26).

De plus, 19 000 personnes en habitat mobile sont dans la région¹.

Par ailleurs, 19% des bénéficiaires de la CMU complémentaire sont affiliés en Ile-de-France² ; la moitié d'entre eux sont recensés dans les départements de Paris et de la Seine-Saint-Denis (cf. objectif 26).

En France métropolitaine, 21% des allocataires du RMI résident en Ile-de-France (un taux de 66% de personnes âgées de 19 à 59 ans dans le département de Seine-Saint-Denis et 45,6% à Paris versus 32,7% en France métropolitaine).

Enfin, 20% des personnes détenues en France sont dans des établissements franciliens.

Un pilotage régional de la politique de santé des publics prioritaires

Suite à la loi de lutte contre les exclusions de 1998³, l'Etat a mis en œuvre dès 2001 un Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale. Celui-ci établit un programme d'actions visant à améliorer leur accès aux droits et aux soins de santé. Il comporte un volet de prévention/promotion de la santé porté par les associations, les collectivités et d'autres structures au niveau local.

Lors de la mise en œuvre du PRSP francilien par le GRSP en 2006, le Praps est réduit aux seuls objectifs 26, 27 et 28 du plan.

Les Ateliers santé ville (ASV)

Suite logique et déclinaison locale de ce volet de prévention/promotion de la santé, les ASV identifient les besoins spécifiques des publics prioritaires et proposent des actions visant l'amélioration de leur état de santé, en particulier dans les zones géographiques qui relèvent des Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs).

Au travers de leurs missions, les ASV participent à la mise en œuvre d'actions avec la participation des habitants «autant que faire se peut». Cette participation se décline dès la phase de diagnostic de l'état de santé et peut aller jusqu'à la concrétisation d'une véritable santé communautaire.

Les soins de santé pour les publics prioritaires assurés par les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass)

Faisant suite également à la loi de lutte contre les exclusions³, les Pass permettent aux populations en situation de vulnérabilité sociale d'accéder aux droits et aux soins de santé.

L'observation, l'accès aux droits, l'accès aux soins, la prise en charge sociale et la prévention constituent leurs cinq missions. Une mission d'orientation vers des dispositifs sociaux, médico-sociaux ou sanitaires succède à la phase d'ouverture des droits.

L'Ile-de-France possède également plusieurs réseaux Santé/précarité qui complètent les Pass, ainsi que 298 centres de santé concourant à la proximité des soins.

¹ Source : Mipes.

² Source : Statiss 2008.

³ Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Garantir les conditions de promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale

Contexte

La relation entre le niveau socio-économique et l'état de santé n'est plus à démontrer. Elle a notamment une incidence sur le recours et la continuité aux soins, la prévention et le dépistage.

Les personnes ciblées par les objectifs de l'axe 4 du PRSP sont celles pour lesquelles les risques liés à la santé constituent un obstacle à leur insertion professionnelle et sociale. Sont concernées aussi les personnes dont les difficultés économiques et sociales (chômage, bénéficiaires de minima sociaux, personnes ayant des problèmes de logement...) ne leur permettent pas de se soigner correctement. Les personnes majoritairement concernées par la tuberculose sont en situation sociale difficile. Leurs conditions de vie précaires augmentent les risques de contracter la maladie et entravent le suivi du traitement, dont la durée est aujourd'hui d'environ six mois.

L'accès à la couverture sociale constitue une condition fondamentale pour l'accès à la prévention et aux soins. Depuis janvier 2000, trois dispositifs ont été ainsi mis en place : la couverture maladie universelle (CMU) de base, la CMU complémentaire (CMUC) et l'aide médicale de l'Etat (AME). Un des objectifs du PRSP est de faciliter l'ouverture et l'effectivité des droits des populations vulnérables.

Faits marquants

- > Peu de données de routine sur les personnes en situation de vulnérabilité sociale.
- > Environ 1,1 million de personnes vivent dans un foyer allocataire des caisses d'allocations familiales (Caf), à «bas revenus», soit un Francilien sur dix.
- > Près de 7% de la population francilienne est bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire.
- > Trois prestataires sur quatre de l'aide médicale de l'Etat résident en Ile-de-France.

Les foyers allocataires des Caf, à «bas revenus»

Un Francilien sur dix vit dans un foyer allocataire à «bas revenus».

Fin 2006, selon les données des caisses d'allocations familiales, 514 000 foyers franciliens disposent de «bas revenus» - soit une augmentation de 2,8% par rapport à 2005. Parmi ceux-ci, 24% sont des familles monoparentales et 22% des couples avec enfants. Ce sont donc 1 160 000 personnes, dont 465 000 enfants de moins de 20 ans, qui vivent dans un foyer allocataire en dessous du seuil des bas revenus, soit un Francilien sur dix.

Derrière cette moyenne régionale, les disparités départementales sont relativement fortes. En Seine-Saint-Denis, c'est 19% de la population qui est

concernée, soit trois fois plus que celle des Yvelines. Le Val-d'Oise, le Val-de-Marne et Paris ont, quant à eux, un taux proche de la moyenne francilienne.

En ce qui concerne les moins de 20 ans, un Francilien sur six de cette tranche d'âge réside dans un foyer (allocataire des Caf) à bas revenus. C'est donc 16% des moins de 20 ans qui vivent dans un «environnement familial fragilisé», soit un point de plus qu'en 2005. Les écarts entre départements suivent la tendance générale. Ils sont 29% en Seine-Saint-Denis, soit plus de trois fois plus que les Yvelinois de moins de 20 ans. A Paris, ils sont 17% et 16% dans le Val-de-Marne et le Val-d'Oise, ce qui reste proche de la moyenne régionale.

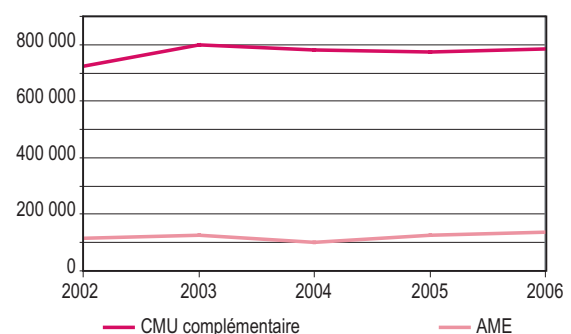
Les bénéficiaires de la CMU, de la CMUC et de l'AME

6,9% de Franciliens bénéficiaires de la CMU complémentaire

Fin 2006, 394 500 Franciliens sont affiliés à la couverture maladie universelle (CMU) de base et 786 500 à la couverture maladie universelle complémentaire, soit +1,5% par rapport à 2005 (fig.1).

Les allocataires du RMI sont éligibles de plein droit à la CMU complémentaire. C'est pourquoi l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire est en partie liée à la population couverte par le RMI (allocataires et ayants droit). Ainsi, l'augmentation entre 2002 et 2003 du nombre de Rmistes (+8,4%) explique principalement la hausse du nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire sur la même période.

fig.1 Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'AME entre 2002 et 2006, en Ile-de-France



Sources : Urcam et Cnam d'Ile-de-France.

Même si la population couverte par le RMI continue à croître (+7,8% entre 2004 et 2006), le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire semble se stabiliser sur les trois dernières années. A ceci, deux facteurs explicatifs : décalage dans le temps entre le fait de percevoir le RMI et de faire valoir ses droits à la CMU complémentaire, personnes entrant dans le dispositif du RMI mais bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire.

La part de la population francilienne bénéficiant de la CMU complémentaire reste légèrement supérieure à la moyenne nationale (6,9% contre 6,3%). En revanche, les situations varient fortement à l'échelon infrarégional (tab.1). Les pourcentages de certains départements traduisent une situation classique de pauvreté ou de

richesse : Paris et la Seine-Saint-Denis observent de forts pourcentages (respectivement 9% et 12,6%), les Yvelines un pourcentage très faible (3,8%). La Seine-et-Marne compte aussi une faible part de bénéficiaires de la CMU complémentaire parmi ses habitants (4,5%).

Situation spécifique de l'Ile-de-France pour l'AME

La place de l'Ile-de-France est aussi importante pour l'aide médicale de l'Etat. Plus de trois bénéficiaires sur quatre y résident (dont 37% à Paris et 19% en Seine-Saint-Denis). Après la période de baisse observée jusqu'en 2004 (fig.1), conséquence du souhait du gouvernement de restreindre l'accès à l'aide médicale, la hausse amorcée en 2005 se poursuit en 2006 (+8,9%), portant le nombre de bénéficiaires à 135 400 personnes (tab.1).

tab.1 Les bénéficiaires (assurés et ayants droit) de la CMU de base, de la CMU complémentaire et de l'AME au 31 décembre 2006, en Ile-de-France

	CMU	CMU complémentaire		AME
	Effectif	Effectif	Rapport CMUC / population estimée au 01/01/2005	Effectif
Paris	114 826	193 570	9,0%	64 206
Seine-et-Marne	20 439	56 876	4,5%	3 653
Yvelines	23 325	52 397	3,8%	4 577
Essonne	38 787	63 172	5,3%	5 812
Hauts-de-Seine	41 855	78 640	5,2%	9 431
Seine-Saint-Denis	91 184	183 891	12,6%	33 209
Val-de-Marne	27 356	82 956	6,5%	8 661
Val-d'Oise	36 657	75 014	6,5%	5 850
Ile-de-France	394 429	786 516	6,9%	135 399

Sources : CMU et CMUC : CnamTS, Urcam Ile-de-France, Insee - Estimations localisées de population 2005 / AME : les Cpm d'Ile-de-France.

Définitions

Foyer allocataire des Caf, à «bas revenus»

Un foyer allocataire, au sens des Caf, est composé de l'allocataire, de son conjoint, des enfants et autres personnes prises en charge pour le calcul de certaines prestations. L'ensemble de ces personnes constitue la population du foyer allocataire.

Un foyer allocataire est «à bas revenus» lorsque son revenu par unité de consommation (UC) est inférieur au seuil de pauvreté déterminé, en 2006, par la Caisse nationale d'allocations familiales en appliquant au seuil de bas revenus de l'année précédente (fourni par l'Insee) l'évolution du revenu disponible brut par habitant. Le seuil des bas revenus fourni par l'Insee est calculé à partir des données de l'enquête nationale « budget des familles » et actualisé tous les ans à partir de données de la comptabilité nationale. Ce seuil correspond à la moitié du revenu médian par UC avant impôt : il est de 771,47 euros pour les revenus de 2005 (revenus déclarés par les allocataires présents dans le fichier en décembre 2006).

Le nombre d'unités de consommation des foyers allocataires est obtenu en appliquant les coefficients de pondération suivants :

1 pour le premier adulte (l'allocataire) ; + 0,5 par adulte supplémentaire et enfant de 14 ans ou plus ; + 0,3 par enfant de moins de 14 ans ; + 0,2 pour une famille monoparentale.

A titre indicatif, un couple ayant deux enfants de moins de 14 ans est « à bas revenus » si ses ressources mensuelles sont au plus égales à 1 620 euros ; si les deux enfants ont plus de 14 ans, les ressources mensuelles doivent être au plus égales à 1 929 euros.

L'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence ou CMU de base

La loi portant création d'une couverture maladie universelle permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie, sur critère de résidence, toute personne résidant en France de façon stable et régulière si elle n'a pas de droits ouverts à un autre titre à l'assurance maladie (à titre professionnel, comme étudiant, ou comme ayant droit d'un assuré). En janvier 2000, la CMU de base s'est substituée à l'assurance personnelle.

L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès de la caisse d'assurance maladie (caisse de sécurité sociale) et au paiement des cotisations.

Les bénéficiaires ayant des ressources supérieures à un plafond (7 083 euros de revenu fiscal au 1^{er} octobre 2006) doivent acquitter une cotisation proportionnelle à leurs revenus.

La protection complémentaire en matière de santé ou couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

La loi portant création d'une couverture maladie universelle, mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2000, permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, sous conditions de ressources fixées par décret. Le plafond de ressources mensuelles (apprécié sur les douze mois précédant la demande) depuis juillet 2006 est de 598,23 euros en métropole pour une personne seule. Ce plafond évolue en fonction de la composition du foyer.

L'ouverture des droits est conditionnée au dépôt d'une demande auprès des caisses d'assurance maladie (régime général, agricole ou travailleurs indépendants), en fonction du régime de base. Le bénéficiaire de la CMU complémentaire choisit de faire gérer sa prestation soit par la caisse de son régime obligatoire, soit par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institut de prévoyance) ayant indiqué vouloir assurer la gestion de la CMU complémentaire.

L'aide médicale de l'Etat (AME) est accordée aux personnes résidant de façon permanente en France, mais ne remplissant pas la condition de régularité de séjour. Elle ne concerne pas les demandeurs d'asile (à qui est accordée la CMU en attendant qu'il soit statué sur leur demande) ni les personnes de passage qui sont sous la protection médicale de leur pays de résidence (notamment sous visa touristique).

Sont concernés des primo-arrivants en situation irrégulière, mais surtout des personnes qui ont perdu la condition de régularité de séjour (déboutés du droit d'asile, titres de séjour non renouvelés). L'aide médicale issue de la loi du 1^{er} janvier 2000 a permis à ces personnes d'accéder aux soins, ce qui se justifie autant pour des raisons humanitaires que pour des raisons de santé publique.

Le service de cette prestation est assuré par les caisses d'assurance maladie du régime général qui agissent pour le compte de l'Etat.

L'AME est accordée au demandeur et sa famille pour un an. Elle prend en charge les soins hospitaliers et les soins de ville.

Repères bibliographiques

BOISGUERIN B. Les bénéficiaires de la CMU. *Etudes et résultats*, Drees, n°381, 433 et 512.

Mipes. *Etat des lieux de la pauvreté et de l'exclusion en Ile-de-France en 2006 - Recueil et note de synthèse.*

Développer une approche santé en direction des publics prioritaires

Contexte

L'Ile-de-France est une région riche, avec des indicateurs de santé globalement favorables (cf. les indicateurs transversaux) mais à fortes inégalités. Elle compte ainsi des populations en situation de vulnérabilité sociale. Celles-ci se caractérisent par des modes de vie, un rapport à la santé, des comportements préventifs et des recours aux dispositifs de soins diversifiés, peu favorables à un état de santé satisfaisant. Il s'agit notamment des jeunes en rupture familiale et sociale ou hébergés en foyers de jeunes travailleurs, des personnes en centre d'accueil et d'hébergement, des personnes sans domicile fixe, des gens du voyage, des Roms, des populations en habitat insalubre ainsi que des personnes détenues ou sortant de prison. Ils sont considérés comme des publics prioritaires en Ile-de-France.

Aucune donnée sanitaire de routine n'est disponible pour ces groupes, mais la multiplication des actions de santé en leur faveur a pour conséquence l'amélioration progressive des connaissances relatives à leur état de santé et des pathologies fréquemment rencontrées.

L'action sanitaire reste souvent réalisée dans l'urgence mais des dynamiques partenariales sont progressivement mises en œuvre. Celles-ci se fixent pour objectif de mieux articuler les dispositifs afin de permettre un meilleur suivi et parvenir à une action davantage coordonnée et durable.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Comme dans les autres régions françaises, absence de données de routine sur la santé des publics prioritaires.
- > En 2006, deux tiers des personnes vues par la mission Roms de Médecins du Monde avaient un retard de recours aux soins.
- > Entre 1995 et 2006, le nombre de détenus atteints de la tuberculose dans les prisons franciliennes a presque été divisé par trois.

Les personnes inscrites dans un parcours de recherche d'emploi ou de réinsertion sociale

Les jeunes en rupture familiale et sociale

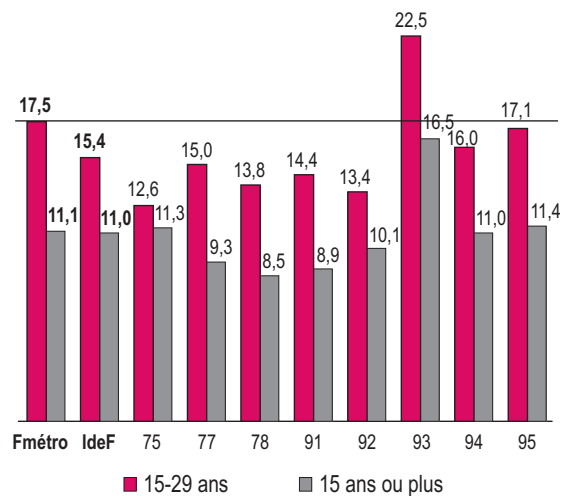
Le repérage des jeunes en rupture familiale et sociale est complexe. Ainsi, les données sanitaires les concernant sont difficiles à mettre en exergue.

Deux caractéristiques socio-économiques permettent une première approche de ces personnes : le chômage et le bénéfice du Revenu minimum d'insertion (RMI). Elles restent toutefois insatisfaisantes pour rendre compte de la complexité évoquée.

En 2006, le taux de chômage francilien des jeunes de 15-29 ans est moins élevé que celui observé au niveau national : 15,4% contre 17,5% en France métropolitaine (fig.1). Mais les disparités départementales au sein de la région sont fortes, avec un taux très élevé en Seine-Saint-Denis (22,5%) et un taux supérieur à la moyenne régionale dans le Val-d'Oise (17,1%) et le Val-de-Marne (16,0%).

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

fig.1 Taux de chômage des jeunes de 15-29 ans en 2006 (en % de la population active*)



*La population active regroupe les actifs ayant un emploi et les chômeurs. Ne font pas partie de la population active les personnes qui, bien que s'étant déclarées au chômage, précisent qu'elles ne recherchent pas d'emploi. Depuis 2004, le recensement permet de mieux prendre en compte les actifs ayant un emploi, même occasionnel ou de courte durée, et qui sont par ailleurs étudiants, retraités ou chômeurs. En outre, les militaires du contingent, tant que ce statut existait, constituaient, par convention, une catégorie à part de la population active.

Source : Insee - Recensement de population 2006.

Au 31 décembre 2006, 228 990 Franciliens bénéficient du RMI : 4 443 sont âgés de 18-24 ans et 44 275 de 25-29 ans. Ils représentent respectivement 0,4% et 4,9% de la population générale (0,6% et 5,6% en métropole, cf. fig.2).

Les allocataires du RMI sont éligibles de droit à la CMU complémentaire (cf. objectif 26), mais peu d'informations sanitaires les concernant sont disponibles en routine au niveau régional. Une enquête nationale menée par la Drees en 2006¹ auprès des allocataires du RMI, de l'API et de l'ASS (cf. encadré en fin de fiche) montre que leur état de santé est moins bon que celui de la population générale et qu'ils ont d'avantage de problèmes de santé affectant leur travail que les personnes sorties de ces dispositifs. De plus, près d'un tiers des allocataires du RMI disent avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières dans les douze derniers mois, principalement dentaire et d'optique.

Depuis le 1^{er} juin 2009, le RMI est remplacé par le Revenu de solidarité active (RSA) qui constitue un revenu minimum pour ceux qui ne travaillent pas et un complément de revenu (sur une période plus longue qu'avec le RMI) pour ceux qui travaillent.

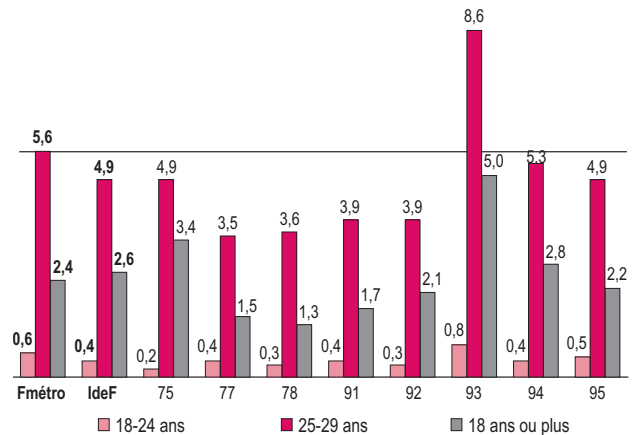
En termes d'état de santé, il semblerait que les jeunes Franciliens en difficulté scolaire, professionnelle ou sociale, présentent une plus grande vulnérabilité vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles, néanmoins peu de données de routine les concernant sont disponibles (cf. objectif 11).

Les jeunes hébergés en foyer de jeunes travailleurs

Les jeunes hébergés en foyer de jeunes travailleurs (FJT) sont recensés par l'Insee lors du recensement des communautés et classés au sein d'une vaste catégorie intitulée «autres hébergements». Elle comprend ainsi les personnes résidant dans des résidences d'étudiants, internats, foyers pour travailleurs, chambres meublées et pensions de famille, voitures-lits. Le détail selon les groupes de population n'est pas effectué. L'appréciation de l'effectif des jeunes hébergés en FJT n'est donc pas possible.

Par conséquent, aucune information sanitaire (en rou-

fig.2 Allocataires du RMI parmi les jeunes de 18-29 ans en 2006 (en % de la population générale)



Sources : CNAF, CCMSA. Exploitation Fnors - Score-santé.

tine ou ponctuelle) les concernant n'est publiée.

Les personnes en centre d'accueil et d'hébergement

Les informations en routine portent davantage sur le fonctionnement des dispositifs d'accueil ou d'hébergement (structures d'accueil de jour, centres d'hébergement et de réinsertion sociale-CHRS, foyers de travailleurs migrants-FTM, centres d'accueil des demandeurs d'asile-Cada, ...) que sur la santé des personnes qu'ils accueillent ou hébergent. Par exemple, la Drees publie tous les quatre ans une étude sur les caractéristiques des CHRS. Les seules informations sanitaires disponibles sont ponctuelles et concernent les personnes hébergées en FTM. Selon une étude menée par l'Atelier parisien d'urbanisme en 2006², tous les acteurs intervenant dans les foyers de travailleurs migrants à Paris notent que les résidents ne s'occupent que très peu de leur santé et ne se font soigner qu'à un stade avancé de la maladie, souvent dans des services d'urgence. En 2005, 40 des 46 FTM parisiens ont toutefois permis à leurs résidents de se faire dépister pour la tuberculose et de très nombreuses actions de prévention ont porté sur la thématique du VIH². Au niveau national, le CNRPA a réalisé en 2008 une enquête sur les difficultés d'accès aux droits et aux soins rencontrées par les immigrés vieillissants ainsi que les actions locales proposées (notamment en FTM)³.

Les personnes qui ne sont pas nécessairement repérées par les dispositifs d'aide sociale

Il s'agit des personnes en errance, en habitat caravanier et en habitat insalubre. Leur mode de vie en fait un groupe difficile à atteindre pour des actions de soins et de prévention et constitue de fait un obstacle pour disposer de données sanitaires en routine.

Quelques éléments sanitaires sont produits ponctuellement par deux associations : le Samu Social qui dispose d'un observatoire et Médecins du Monde à travers sa mission «Banlieue».

Les publics en errance

Les études sanitaires récentes sont peu nombreuses et ponctuelles. Elles portent sur la santé des personnes sans domicile fixe à Paris. En 2003, une étude menée par le Samu Social auprès de 592 personnes sans

domicile fixe à Paris a permis de constater qu'ils étaient davantage sujets à l'épilepsie (8%) que la population générale (<1%), et ce plus particulièrement chez les sujets âgés de plus de 60 ans et chez les personnes alcoolodépendantes⁴.

Une autre étude du Samu Social relative à la prévalence et aux caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant les centres d'hébergement d'urgence (CHU) à Paris en 2006, a mis en avant le constat de prévalences plus élevées pour le diabète au sein de ce groupe. La prévalence du diabète traité a été estimée à 6% comparée à 4,9% chez les assurés sociaux de plus de vingt ans, seule donnée de comparaison disponible⁵.

Les personnes vivant en habitat caravanier (gens du voyage, Rroms...)

> **Les gens du voyage**

Aucune donnée sanitaire - ponctuelle ou en routine - n'est disponible pour ce groupe.

Toutefois, depuis 1990⁶, les communes de plus de 5 000 habitants sont dans l'obligation de réserver des terrains aménagés aux gens du voyage, dans le cadre de schémas départementaux prévoyant «les conditions d'accueil spécifiques des gens du voyage», en particulier la possibilité de scolarisation des enfants, d'accès aux soins et d'exercice des activités économiques.

Ces aires géographiques constituent des points d'ancrage pour mener des interventions de santé et, à terme, disposer de premières informations sur l'état de santé des gens du voyage.

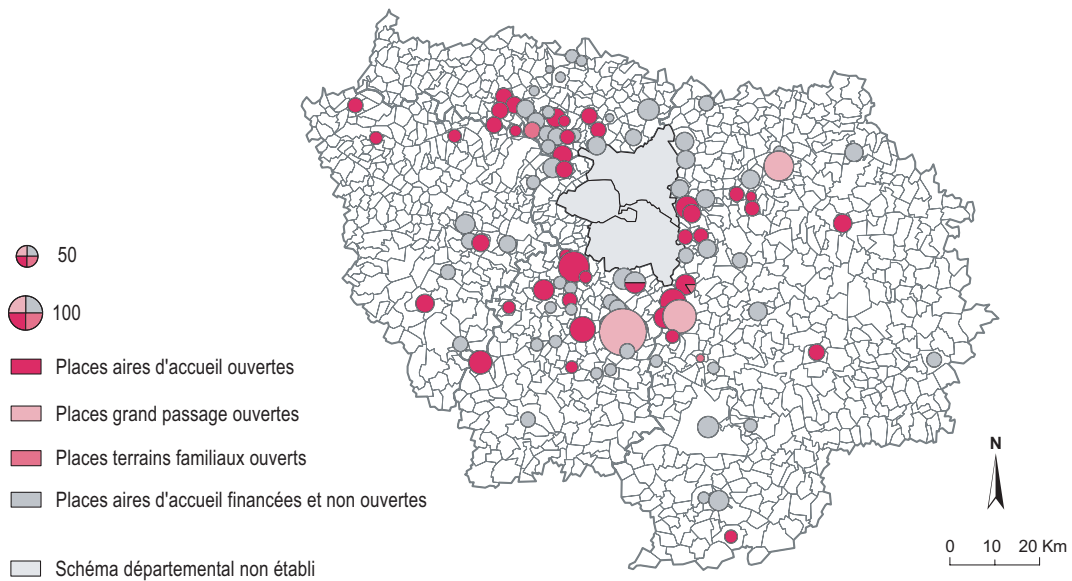
Le schéma départemental pour l'accueil des gens du voyage comporte un chapitre relatif aux actions d'accompagnement au sein duquel un volet santé est développé. Il rappelle la possibilité pour les gens du voyage d'accéder à la CMU et insiste sur le rôle que doivent jouer les services de PMI pour le suivi de la santé des mères et des enfants. Sa mise en application

est réalisée par des travailleurs sociaux.

Le schéma détermine les secteurs géographiques d'implantation des aires permanentes d'accueil, ainsi que les communes où celles-ci doivent être réalisées. En pratique, ces aires d'accueil peuvent être occupées de différentes façons : il peut s'agir de terrains destinés à des séjours longs - voire permanents -, au simple passage, ou à une utilisation temporaire liée à des rassemblements occasionnels. Depuis 2000⁷, le Préfet a le pouvoir de se substituer aux communes pour faire réaliser, aux frais de ces dernières, les aires d'accueil prévues par le schéma départemental qui devaient être aménagées dans les deux ans suivant la publication du schéma.

La carte 1 les présente pour l'Ile-de-France en 2008 : l'offre de places d'accueil proposées se concentre en grande couronne, souvent à la frontière administrative séparant les départements de la proche couronne de ceux de la grande couronne. Bien que trois départements franciliens n'aient pas établi de schémas, certaines communes de proche couronne proposent déjà des terrains d'accueil pour les gens du voyage.

carte 1 **Les différents dispositifs mis en place dans le cadre des schémas départementaux pour l'accueil des gens du voyage en Ile-de-France en 2008**



Source : DRE Ile de France/DHRU/GOLRU.

> **Les Rroms**

Bien que les Rroms ne vivent pas dans des caravanes mais dans des lieux relevant de l'habitat indigne (cf. objectif 29), de l'habitat sans confort, de l'habitat vétuste, voire de l'habitat «non décent» au sens de la loi relative à la Solidarité et au renouvellement urbains (SRU)⁸, ils représentent une partie des gens du voyage. C'est pourquoi ils sont considérés dans le Plan régional de santé publique francilien avec les personnes vivant en habitat caravanier.

Selon la «mission Banlieue» de Médecins du Monde, 2 700 Rroms environ vivent en Ile-de-France en 2005⁹. Entre 2005 et 2006, leur état de santé s'est fortement dégradé : le taux de retard de recours aux soins est passé d'un quart de la population (27%) à deux

tiers (67%). La nature de leur habitat les expose fortement à certaines pathologies (tuberculose, dermatose...) et rencontrent également de plus en plus de problèmes sanitaires en raison de leur forte mobilité.

Au niveau européen, le Conseil de l'Europe émet des recommandations relatives aux populations Rroms depuis plusieurs années.

En 2001, une de ses recommandations¹⁰ portait sur l'amélioration de la situation économique et de l'emploi des Rroms/tsiganes et des voyageurs en Europe. Celle-ci a été suivie en 2009 par une résolution du Parlement européen sur la situation sociale des Rroms et l'amélioration de leur accès au marché du travail dans l'Union européenne¹¹.

En ce qui concerne la santé, le Conseil de l'Europe a émis une recommandation spécifique en 2006, relative à un meilleur accès des Roms et des gens du voyage aux soins de santé en Europe¹². Elle n'a pour l'instant pas été suivie d'une résolution européenne.

Les populations en habitat insalubre

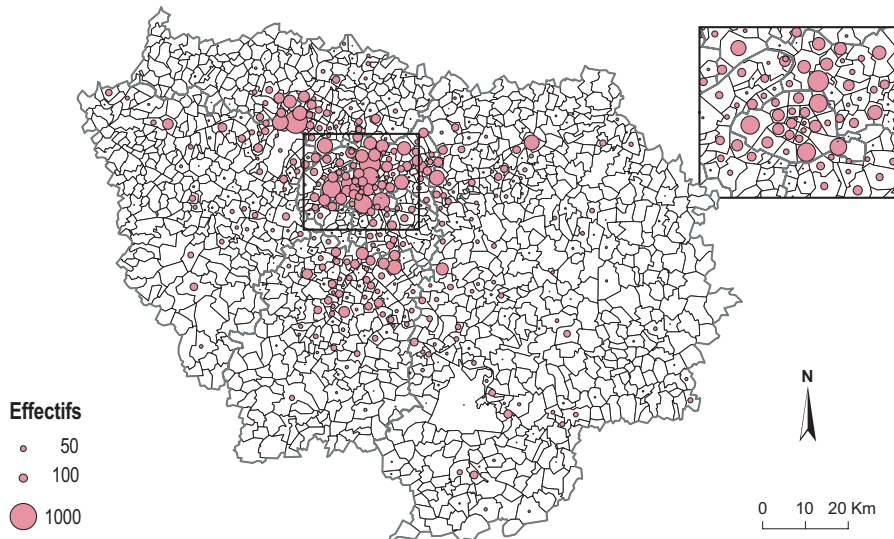
La «lutte contre l'habitat insalubre» constitue l'objectif 29.1 du Plan régional de santé publique d'Ile-de-France 2006-2010. Quelques indicateurs ont été attachés à cet objectif : ils concernent davantage l'activité de lutte contre l'insalubrité que la santé des populations vivant en habitat insalubre. Des éléments sont toutefois disponibles au sein de cet ouvrage, au niveau de l'objectif 29 (cf. introduction, objectifs 29.2 et 29.3 de l'axe 5) : ils portent sur les logements privés potentiellement indignes, le saturnisme infantile et les intoxications au monoxyde de carbone.

Une source démographique disponible en routine mais limitée : le recensement de la population

Lors du dernier recensement démographique, l'Institut national de la statistique et des études économiques a comptabilisé à part les gens du voyage, les personnes sans domicile fixe et les mariniers au sein d'une catégorie intitulée «habitat mobile». Le détail selon les trois groupes de population n'est toutefois pas disponible. L'appréciation de leur effectif respectif n'est donc pas possible.

La carte 2 est une «photographie» de l'habitat mobile recensé les 23 et 24 janvier 2006. Une part importante des personnes vivant en habitat mobile se situait à Paris et dans les départements limitrophes, là où les dispositifs dédiés à leur accueil, leur hébergement et leurs soins sont particulièrement développés en Ile-de-France. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas d'observer leurs déplacements, caractéristique principale de leur mode de vie, ce qui limite leur usage.

carte 2 Localisation des publics en habitat mobile entre le 23 et le 24 janvier 2006



Source : Insee - Recensement de population 2006. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Les personnes détenues ou sortant de prison

En 2006, l'Ile-de-France compte 16 établissements pénitentiaires¹³.

Les personnes détenues

En France, l'affiliation des personnes détenues au régime général de la Sécurité sociale est obligatoire¹⁴. Les détenus représentent ainsi un groupe de population pour lequel des informations sanitaires existent.

La loi du 18 janvier 1994¹⁵ garantit le même niveau de soins pour la population détenue que pour la population générale. Elle confie la prise en charge des personnes détenues au service public hospitalier, assurée auparavant par l'administration pénitentiaire. Chaque établissement pénitentiaire a été jumelé à un établissement de santé, chargé d'assurer au sein même de la prison, les soins courants et consultations aux détenus au sein d'une Unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa). L'équipe médicale et soignante doit également mettre en œuvre des politiques de prévention

et d'éducation à la santé. En 2006, l'Ile-de-France compte dix Ucsa.

La plupart des indicateurs sont issus d'enquêtes nationales. La taille des échantillons ne permet généralement pas une analyse des résultats au niveau régional.

Au niveau national, les informations concernent principalement la population détenue. Elles sont relatives à la santé des entrants, aux incapacités et déficiences des personnes détenues et aux suicides.

Ainsi, l'enquête «La santé des personnes entrées en prison en 2003»¹⁶ montre qu'en France 80% d'entre elles ont été jugées «en bon état de santé général» lors de la visite médicale d'entrée même si, par ailleurs, leur consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, médicaments psychotropes, antidépresseurs...) est plus élevée qu'en population générale.

L'enquête HID prison réalisée en 2001¹⁷ montre que 59,8% des personnes détenues en France rencontrent, dans leur vie quotidienne, des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales liées à des problèmes de santé, contre 23,8% dans le reste de la population.

En 2006, 93 personnes détenues se sont suicidées dans une prison française. Cela représente un taux de suicide de 159 suicides pour 100 000 détenus¹⁸, taux dix fois plus élevé qu'en population générale¹⁹. L'information équivalente pour les prisons franciliennes n'est disponible que pour l'année 2003 : 16 suicides ont été recensés, soit un taux régional de suicides de 143 pour 100 000 détenus.

Au niveau régional, seules les informations sur la prévalence de la tuberculose en population détenue sont disponibles. Réalisées à onze ans d'intervalle, deux études prospectives ponctuelles permettent d'observer l'évolution des prévalences de tuberculose entre 1994-1995 et 2005-2006 chez les personnes détenues en Ile-de-France^{20,21}.

Il ressort que la prévalence de la tuberculose dans les prisons franciliennes a presque été divisée par trois entre 1994-1995 et 2005-2006, passant de 294,8 à 106,9 malades pour 100 000 détenus²⁰.

Ce résultat régional favorable ne doit pas masquer les très fortes variations relevées entre les établissements en 2005-2006 (fig.3). De plus, la prévalence est fortement liée à la présence de migrants en provenance de pays endémiques, plus ou moins importante selon les années.

Perspectives

L'amélioration de l'état de santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale repose non seulement sur la mise en œuvre de dynamiques territoriales

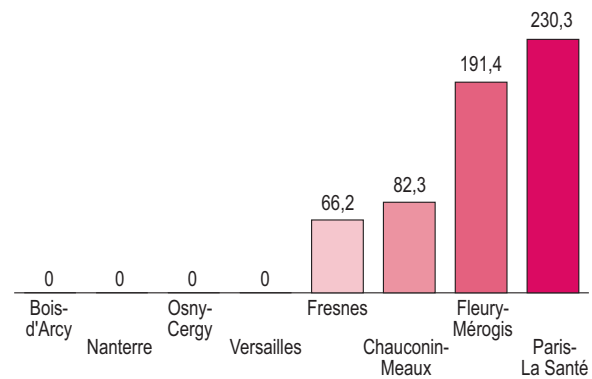
Les personnes sortant de prison

Selon l'Observatoire international des prisons (OIP), 85 000 personnes par an sortent de prison.

En Ile-de-France, selon le ministère de la Justice, ils étaient, au cours du premier trimestre 2008, 8 802 sortants dont 424 femmes.

Aucune information sur leur état de santé (en routine ou ponctuelle) n'est disponible.

fig.3 Prévalence de la tuberculose pour 100 000 détenus en 2005-2006 dans les différentes maisons d'arrêt franciliennes



Source : Cire Ile-de-France²¹.

mais également sur des actions de proximité englobant la famille. C'est précisément sur ce dernier point que les efforts doivent aussi porter.

Repères bibliographiques

CHARLEMAGNE J. Politiques sociales, exclusion, santé. In *Etudes tsiganes*, 2000, n°14, pp.10-33.

CHAUVIN P. (sous la dir.), PARIZOT I. (sous la dir.) et al. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. *Questions en santé publique*, Inserm, 2005, 325p.

DELEPINE S., LUCAS Y. *Les Roms migrants en France ou comment faire d'une population en danger une population dangereuse*. Actes du colloque international «La fabrique de populations problématiques par les politiques publiques», Nantes, 13-15 juin 2007, 10p.

Glossaire sur les Roms et les gens du voyage. Conseil de l'Europe, 2006 (mise à jour), 17p.

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ministère de la Santé et de la Protection sociale, ministère de la Justice, 2004, 177p.

LIEGEOIS J.P. (sous la dir.) et al. *L'accès aux droits sociaux des populations tsiganes en France. Rapport d'étude de la Direction générale de l'action sociale*. Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, ministère du Logement et de la Ville, Editions ENSP, 2007, 267p.

Rapport préliminaire. Mettre en œuvre des actions de médiation sanitaire auprès du public Rrom d'Europe de l'Est présent en France. Préfiguration de projets pilotes. Collectif national droits de l'Homme Romeurope, Direction générale de la Santé, 2009, 103p.

Références citées

- ¹ BOISGUERIN B. Les allocataires des minima sociaux : CMU, état de santé et recours aux soins. *Etudes et résultats*, Drees, 2007, n°603, 8p.
- ² ALTUN G., JANKEL S. *Les interventions sociales, sanitaires et culturelles dans les foyers de travailleurs migrants à Paris*. Atelier parisien d'urbanisme, Mairie de Paris/Délégation à la politique de la ville et à l'intégration, 2006, 55p.
- ³ *Enquête sur les immigrés vieillissants*. CNRPA, 2008, 31p.
- ⁴ LAPORTE A., ROUVEL-TALLEC A., GROSDIDIER E. et al. Epilepsy among the homeless : prevalence and characteristics. In *European Journal of Public Health*, 2005, vol.16, n°5, pp. 484-486.
- ⁵ ARNAUD A., FAGOT-CAMPAGNA A., REACH G. et al. Prévalence et caractéristiques du diabète chez les personnes sans domicile fixe fréquentant des centres d'hébergement d'urgence à Paris, 2006. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2008, n°43, pp. 418-420.
- ⁶ Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement, dite loi Besson.
- ⁷ Loi n° 2000-614 du 5 juillet 2000 relative à l'accueil et à l'habitat des gens du voyage, dite seconde loi Besson.
- ⁸ Décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application de l'article 187 de la loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains.
- ⁹ *Rapport d'activité 2006*. Mission Banlieue. Médecins du Monde, 2007, 85p.
- ¹⁰ Recommandation (2001) 17 sur l'amélioration de la situation économique et de l'emploi des Roms/Tsiganes et des voyageurs en Europe.
- ¹¹ Résolution du Parlement européen du 11 mars 2009 sur la situation sociale des Roms et l'amélioration de leur accès au marché du travail dans l'UE (2008/2137 INI).
- ¹² Recommandation (2006) 10 relative à un meilleur accès des Roms et des gens du voyage aux soins de santé en Europe.
- ¹³ Source : Observatoire international des prisons, section française, 2009.
- ¹⁴ Article L381-30 du Code de la sécurité sociale : «Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération».
- ¹⁵ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
- ¹⁶ MOUQUET M.C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes et résultats*, Drees, 2005, n°386, 12p.
- ¹⁷ DESEQUELLES A. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. *Insee première*, Insee, 2002, n°854, 4p.
- ¹⁸ *L'administration pénitentiaire en chiffres au 1^{er} janvier 2007*. Ministère de la Justice, 2007, 12p.
- ¹⁹ AOUBA A., PEQUIGNOT F., CAMELIN L. et al. La mortalité par suicide en France en 2006. *Etudes et résultats*, Drees, 2009, n°702, 8p.
- ²⁰ GREMY I., BREGEAULT A., RAFIRINGA O. et al. *La tuberculose dans les prisons d'Ile-de-France et de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Enquête rétrospective 1989-1993, enquête prospective juillet 1994-juin 1995*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur, 1996, 125p.
- ²¹ COCHET A., ISNARD H. Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Ile-de-France. Enquête prospective, 1^{er} juillet 2005-30 juin 2006. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2008, n°2, pp.12-14.

Définitions

API : L'allocation de parent isolé s'adresse aux personnes isolées assumant seules la charge d'un ou de plusieurs enfants de moins de trois ans ou à naître.

ASS : L'allocation spécifique de solidarité s'adresse aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage et justifiant d'au moins cinq années d'activité salariée au cours des dix années ayant précédé la rupture du contrat de travail. Elle est attribuée sous conditions de ressources.

CNRPA : Comité national des retraités et personnes âgées.

Gens du voyage : Ensemble des personnes qui vivent et se déplacent, en habitat mobile ou susceptible de l'être, pendant tout ou partie de l'année.

Habitat indigne : L'habitat indigne regroupe l'habitat insalubre (aérations insuffisantes, infiltrations d'eau, occupation d'une cave...), l'habitat présentant un risque d'exposition au plomb et l'habitat présentant un risque de péril (risque d'effondrement des murs, plafonds...). Il ne recouvre pas les logements inconfortables, c'est-à-dire ne disposant pas à la fois d'une salle d'eau, de toilettes intérieures et d'un chauffage central, ni les logements vétustes - notion qui renvoie à l'entretien -, ni les logements «non décents» au sens de la loi SRU⁷.

RMI : Le revenu minimum d'insertion s'adresse aux personnes ayant un niveau de ressources qui ne leur permet pas de vivre correctement et qui empêche toute action autonome d'insertion. Ces personnes doivent avoir au moins 25 ans (ou 18 ans si elles ont au moins un enfant à charge). Il est attribué sous conditions de ressources. Depuis 2009, il a été remplacé par le revenu de solidarité active (RSA).

Roms : Il n'y a pas de terminologie scientifique pour établir des distinctions claires entre les différents groupes qui forment la communauté Rrom (Gitans, Gypsies, Gitanos, Manouches, Sintés, Kalés, ...). La population Rrom francilienne est généralement originaire de Roumanie, de Bulgarie ou de Hongrie. Ce sont donc principalement des ressortissants de l'Union Européenne.

Unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) : Unité hospitalière, implantée en milieu pénitentiaire, assurant les soins somatiques et psychiatriques incluant la prévention, l'organisation des soins en milieu hospitalier, ainsi que la continuité de soins à la sortie de détention.

Contribuer à la diminution de l'incidence et la gravité de certaines pathologies

touchant particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité sociale, notamment la tuberculose

Outre «garantir les conditions de promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale» (objectif 26) et «développer une approche santé en direction de publics prioritaires» (objectif 27), la promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale repose également sur la réduction de l'incidence et de la gravité de la tuberculose, pathologie qui affecte lourdement en Ile-de-France les personnes en situation de précarité sociale et les personnes migrantes.

Elle repose aussi sur l'amélioration de la santé bucco-dentaire de populations prioritaires définies dans le cadre du plan national de prévention bucco-dentaire (2005).

Les objectifs spécifiques déclinant l'objectif 28 sont, de fait, très diversifiés.

Dans ce cadre, des indicateurs de suivi ont été définis d'une part pour les trois premiers objectifs spécifiques de l'objectif 28 relatifs à la lutte contre la tuberculose, et, d'autre part, pour les deux objectifs spécifiques portant sur la prévention et l'éducation pour la santé bucco-dentaire.

- 28.1 Renforcer la surveillance et évaluer les pratiques relatives à la lutte antituberculeuse
- 28.2 Adapter les stratégies de prise en charge et les organisations en prenant en compte les évaluations et les évolutions réglementaires
- 28.3 Favoriser le recours et la continuité du traitement

Contexte¹

La tuberculose est dans notre pays en décroissance très régulière depuis de nombreuses décennies, malgré un léger ralentissement de cette baisse au début des années 1990, attribué aux tuberculoses chez les personnes atteintes par le VIH à une époque où les traitements anti-VIH étaient quasi inefficaces. Cette décroissance est d'environ 4% par an depuis les années 2000, sauf entre 2005 et 2006 où elle n'était que de 1%. Il est cependant trop tôt pour avancer une hypothèse sur le récent ralentissement d'une décroissance réelle des cas, l'Institut de veille sanitaire penche plutôt pour une augmentation de la déclaration due au regain d'intérêt de mobilisation concernant la tuberculose.

En 2006, le nombre total de cas déclarés de tuberculose maladie était de 5 336 en France², soit une incidence de 8,5 cas pour 100 000 habitants, considérée comme faible parmi les pays européens dont l'incidence moyenne est de 17 pour 100 000. La proportion de cas non déclarés serait en moyenne de 35%, avec cependant une hétérogénéité importante selon les départements. L'Europe présente un fort gradient ouest-est d'incidence et de mortalité de tuberculose avec, dans les pays de l'Europe de l'Est, des taux beaucoup plus élevés.

En France, des variations épidémiologiques, notamment géographiques et populationnelles, encore très importantes subsistent : l'incidence de la tuberculose est particulièrement élevée en Ile-de-France ainsi qu'en Guyane.

La maladie est plus fréquente chez les personnes âgées, les populations en situation d'extrême précarité (SDF) ou vivant dans des conditions de logements insalubres, confinés et suroccupés, et chez les migrants en provenance de régions comme l'Afrique subsaharienne où les prévalences de la tuberculose et de l'infection à VIH sont élevées. Ces populations migrantes sont particulièrement vulnérables à cette maladie car elles cumulent une plus grande fréquence d'infections latentes, le plus souvent acquises dans leur pays, et des conditions de vie défavorables.

Le contexte épidémiologique ainsi qu'une efficacité modérée de la vaccination par le BCG chez l'adulte ont conduit à la suppression de la revaccination puis à l'abandon, en 2007, de l'obligation vaccinale dans les populations jugées à très faible risque, mais conservée dans les zones (Ile-de-France - cf. objectif 10, Guyane) ou dans les populations où la tuberculose est la plus prévalente.

Faits marquants en Ile-de-France

- > En 2006, près de quatre cas déclarés de tuberculose sur dix sont franciliens (1 970 cas sur 5 192 en métropole).
- > L'Ile-de-France a une incidence de la tuberculose déclarée (17,1 cas pour 100 000 habitants en 2006) plus de deux fois supérieure à l'incidence métropolitaine (8,5 cas pour 100 000).
- > De par la forte présence de populations à risque et l'existence de situations socio-économiques défavorables, les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis sont, en Ile-de-France, les plus touchés par la maladie, avec des taux d'incidence trois à quatre fois supérieurs à la moyenne métropolitaine.

1 970 nouveaux malades en Ile-de-France en 2006

La lutte contre la tuberculose touchant principalement les populations défavorisées se poursuit. L'Ile-de-France regroupe 37,9% des nouveaux cas déclarés de tuberculose en 2006. Paris et la Seine-Saint-Denis concentrent 53,7% de ces nouveaux cas. C'est en Essonne et en Seine-et-Marne que les nouveaux cas sont les moins nombreux (tab.1).

L'Ile-de-France a un taux d'incidence plus de deux fois supérieur à la moyenne métropolitaine (17,1 pour 100 000 habitants contre 8,5).

Depuis 2003, l'incidence en Ile-de-France diminue. En moyenne depuis 1997, elle est d'environ 24 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an. Sur cette période, les femmes représentent en moyenne 37% des nouveaux cas annuels.

tab.1 Les cas de tuberculose déclarés en Ile-de-France en 2006

	Nouveaux cas déclarés	Nouveaux cas déclarés pour 100 000 habitants
Paris	583	26,9
Seine-et-Marne	124	9,8
Yvelines	142	10,2
Essonne	110	9,2
Hauts-de-Seine	178	11,6
Seine-Saint-Denis	475	32,0
Val-de-Marne	164	12,7
Val-d'Oise	194	16,8
Ile-de-France	1 970	17,1
France métropolitaine	5 192	8,5

Sources : InVS 2008, Insee - Estimation localisée de population 2006, 2008. Exploitation ORS Ile-de-France, 2008.

Les jeunes migrants : 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 (fig.1). Il s'agit principalement des migrants originaires de pays à haute prévalence, qui ont probablement contracté une primo-infection dans leur pays, et développent une tuberculose en France. Ce développement est, de plus, grandement favorisé et entretenu par une situation socio-économique 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 89,6 et 116,9 cas pour 100 000 chez les 15-39 ans en 2006). 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 XX^{ème} siècle (à l'époque où le taux annuel d'infection était encore élevé en France).

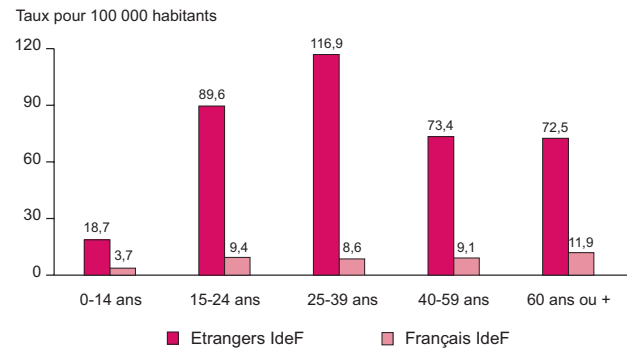
L'incidence de la tuberculose est élevée à Paris et en proche couronne

Les disparités départementales sont importantes en Ile-de-France et s'expliquent par la répartition des populations à risque. Si l'on s'intéresse à la nationalité (fig.2), on s'aperçoit que l'incidence de la tuberculose chez les étrangers est extrêmement élevée à Paris (112,9 cas pour 100 000) et dans les départements de proche couronne, où les taux varient de 51,6 à 109. 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 (81,8).

Des épidémies localisées

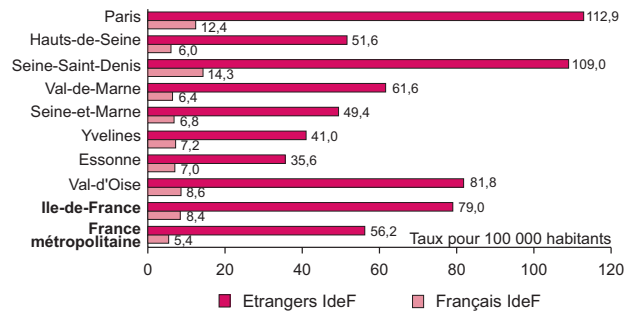
Le niveau élevé des taux d'incidence observé dans les départements du 93 et du 75 reflète non pas une répartition spatiale homogène des cas, mais la survenue d'épidémies de tuberculose localisées là où on observe une concentration de population à risque, un surpeuplement de logements souvent insalubres (cf. objectif 29) et des conditions sanitaires insatisfaisantes : dans les foyers de travailleurs migrants (58 en Seine Saint-Denis, 41 à Paris début 2006), dans les centres d'hébergement sociaux et en milieu carcéral.

fig.1 Taux d'incidence de la tuberculose déclarée en Ile-de-France en 2006*, selon l'âge et la nationalité



*La nationalité n'est pas connue pour 2% des cas déclarés.
Sources : InVS 2008, Insee - Recensement de la population 1999 et estimation localisée de population 2006, 2008. Exploitation ORS Ile-de-France, 2008.

fig.2 Les disparités sociales et géographiques de la tuberculose déclarée en 2006*, selon la nationalité (taux d'incidence)



*La nationalité n'est pas connue pour 3,2% des cas déclarés en France métropolitaine et 2% des cas déclarés en Ile-de-France.
Sources : InVS 2008, Insee - Recensement de la population 1999 et estimation localisée de population 2006, 2008. Exploitation ORS Ile-de-France, 2008.

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.

Références citées

- ¹ Extrait de : GREMY I. Tuberculose - Contexte national. Fnors, ORS Ile-de-France, 2008. Disponible sur Internet, sur le site de la Fnors, rubrique Score-santé <<http://www.score-sante.org/score2008/index.html>>.
- ² ANTOINE D., CHE D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2006. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2008, n°10-11, pp.69-72.

Repères bibliographiques

- COCHET A., ISNARD H. Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Ile-de-France. Enquête prospective, 1^{er} juillet 2005-30 juin 2006. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2008, n°2, pp.12-14.
- KERN T., LARDOUX C., TARTIERE S., EMMANUELLI X., LAPORTE A. Tuberculose chez les sans domicile fixe à Paris : mise en œuvre de la stratégie DOT, Directly Observed Therapy. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2005, n°17-18, pp.73-74.

Définition

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 Centre de lutte anti-tuberculose (CLAT) 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).

28.4 Développer une promotion adaptée de la santé bucco-dentaire auprès de publics cibles

Contexte

En novembre 2005, le ministre de la Santé Xavier Bertrand a lancé un plan national de «mobilisation pour la santé bucco-dentaire». Parmi les mesures annoncées, plusieurs s'adressent à des populations particulièrement fragiles :

- les jeunes de 15 et 18 ans, âges où l'état bucco-dentaire n'est pas une préoccupation comme semblent l'indiquer les faibles taux de participation aux consultations gratuites de prévention bucco-dentaire (entre 16 et 20% en moyenne en France en 2007) ;

- les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, publics pour lesquels il n'existe pas de données de routine concernant leur santé bucco-dentaire. En Ile-de-France, trois études départementales^{1,2,3} réalisées entre 2000 et 2004 ont montré la prise en compte insuffisante de la santé bucco-dentaire des personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Or un mauvais état bucco-dentaire a une incidence sur la qualité de vie et même sur la santé générale : états douloureux et infections, risques d'aggravation de pathologies générales (diabète par exemple) ou de dénutrition. Une étude du Service médical de l'assurance maladie⁴ réalisée en 2004 a mis en évidence des constats similaires pour les jeunes Franciliens handicapés de 6 à 20 ans fréquentant un institut médico-éducatif (IME), ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP).

Faits marquants en Ile-de-France

- > Seulement 10 à 15% des jeunes Franciliens de 15 et 18 ans ont participé aux consultations gratuites de prévention bucco-dentaire entre 2005 et 2007. C'est encore moins que sur l'ensemble du territoire.
- > Les données sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées sont parcellaires et ponctuelles. Elles montrent néanmoins que :
 - les Franciliens âgés dépendants résidant en Ehpad ont un état bucco-dentaire dégradé : un tiers ont besoin de soins conservateurs et plus d'un tiers ont au moins une dent à extraire ;
 - près de 60% des jeunes Franciliens handicapés fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés ont besoin de soins dentaires (17% en urgence).

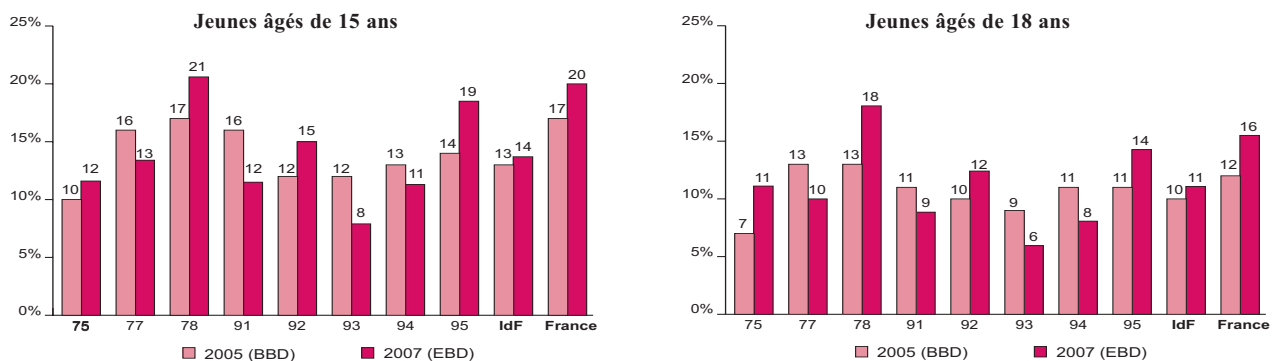
Recours des jeunes aux consultations gratuites de prévention bucco-dentaire

Les consultations gratuites de prévention bucco-dentaire désignent le «bilan bucco-dentaire» (BBD) proposé aux jeunes de 15 à 18 ans entre 1997 et 2006, auquel s'est substitué entre 2006 et 2007, l'«examen bucco-dentaire» (EBD) pour les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, mis en œuvre dans le cadre du programme national «M'Tdents» (les modalités et le contenu des consultations gratuites de prévention bucco-dentaire de type BBD et EBD sont comparables).

La consultation gratuite de prévention bucco-dentaire n'attire pas les adolescents.

Malgré des campagnes nationales média très ciblées sur ce public particulier (rap, podcast, blog «opentabouche», ...) et réactualisées tous les six mois, les statistiques de recours des jeunes de 15 et 18 ans aux consultations gratuites ne décollent pas (fig.1) depuis la mise en place du BBD en 1997. De plus, les taux de recours des jeunes Franciliens sont inférieurs aux moyennes nationales et les écarts tendent à s'accroître à 15 ans comme à 18 ans entre 2005 et 2007.

fig.1 Recours (en %) des jeunes à la consultation gratuite de prévention bucco-dentaire en 2005 et 2007* (régime général)



*Ce sont les statistiques des années 2005 et 2007 qui sont présentées, 2006 étant une année de transition entre le BBD et l'EBD. Il s'agit des consultations remboursées par le régime général de l'Assurance maladie hors sections locales mutualistes, qui couvre près de 80% de la population francilienne protégée en 2005 et 2007 (près de 75% en France).

Source : CnamTS - Erasme V1, 2008.

Selon une enquête ancienne⁵ (2000) réalisée à la demande de l'Urcam d'Ile-de-France, les motifs invoqués par les jeunes de 15 à 18 ans n'ayant pas utilisé le BBD sont le manque de temps (22%), le manque d'informations pratiques (21%), l'absence de problèmes dentaires (15%). Dans la même étude, il apparaît que 47% des jeunes de 13 à 19 ans estiment que les problèmes dentaires ne sont ni importants ni graves «tant que cela n'est pas douloureux». Par contre, ils sont 79% à se déclarer prêts à consulter un dentiste si leur médecin le conseille.

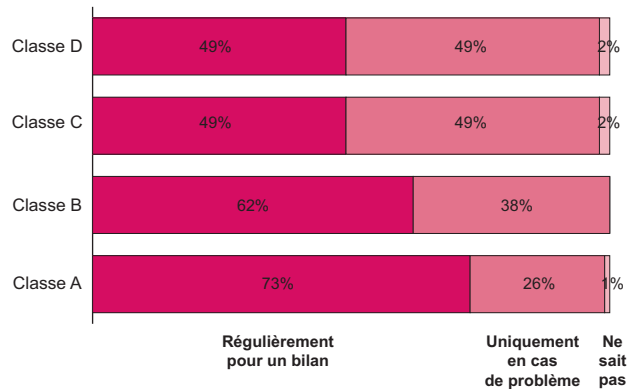
Cette même enquête s'intéresse aussi aux parents et montre que 35% d'entre eux n'emmènent leurs enfants âgés de 2 à 19 ans chez le chirurgien-dentiste qu'en cas de problème. Autour de cette moyenne, des différences notables existent selon la situation socio-économique de la famille, entre les foyers les plus aisés d'un point de vue financier (classe A sur la figure 2) dont trois sur quatre déclarent des recours réguliers au chirurgien-dentiste, et les moins aisés (classe D) qui sont un sur deux dans ce cas. Au-delà du motif financier, des facteurs culturels et d'environnement sont aussi à prendre en compte : il est constamment observé que les principaux facteurs de risque d'un mauvais état dentaire sont la précarité⁶, l'avancée en âge et la nationalité étrangère⁷.

Un recours qui n'évolue pas avec l'âge et est caractérisé par de fortes inégalités sociales, partiellement compensées par la CMUC

Le suivi régulier, «préventif», par un chirurgien-dentiste fait partie des quatre⁸ conseils de prévention (avec le brossage, le fluor et une alimentation équilibrée) pour garder un bon état de santé bucco-dentaire. Au niveau national, les personnes qui déclarent un recours au dentiste de manière préventive au cours des douze derniers mois ont un meilleur état de santé bucco-dentaire⁹.

Pourtant, trop de personnes attendent encore d'avoir des problèmes pour consulter : en Ile-de-France, le recours¹⁰ aux soins dentaires préventifs des adultes de 18 ans ou plus suivis sur une période de deux mois est

fig.2 **Motifs de recours au chirurgien-dentiste déclarés par les parents pour leur enfant de 2 à 19 ans, en fonction des revenus*, en Ile-de-France en 2000 (en %)**



*De la classe A : les plus aisés d'un point de vue financier, à la classe D : les moins aisés (classement établi selon une méthode statistique basée sur un croisement entre revenus mensuels et professions et catégories socio-professionnelles).

Source : Urcam Ile-de-France - Enquête Démoscopie 2000⁵.

deux à trois fois moins fréquent que les rendez-vous pris pour des soins curatifs et ce, quelque soit l'âge (fig.3). L'analyse multivariée des facteurs déterminants du recours montre notamment l'importance de la couverture complémentaire : son absence est significativement associée à un moindre recours (8,9%) alors que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC, cf. objectif 26) ou d'une mutuelle sont à des niveaux comparables (respectivement 14,4% et 13,4%). La CMUC, mise en œuvre depuis 2000, a permis ainsi une certaine compensation des inégalités sociales. Cependant, la typologie des recours varie : les bénéficiaires de la CMUC ont davantage de recours curatifs mais des recours préventifs marginaux (fig.4). Seulement 1,9% d'entre eux déclarent des recours préventifs alors qu'ils sont 4% chez les bénéficiaires d'une mutuelle.

fig.3 **Recours (en %) aux soins dentaires des Franciliens de 18 ans ou plus suivis sur une période de deux mois en 2002-2003, selon l'âge**

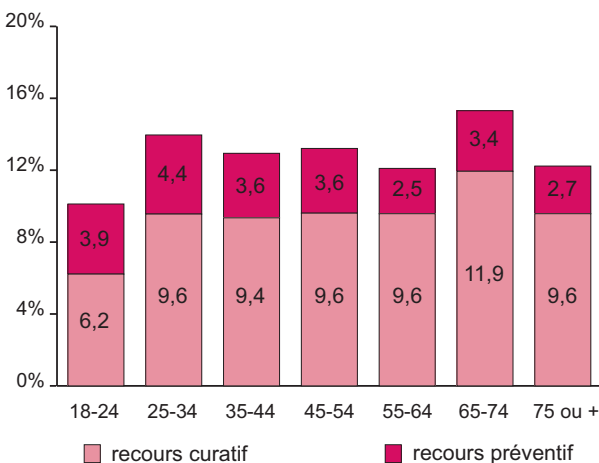
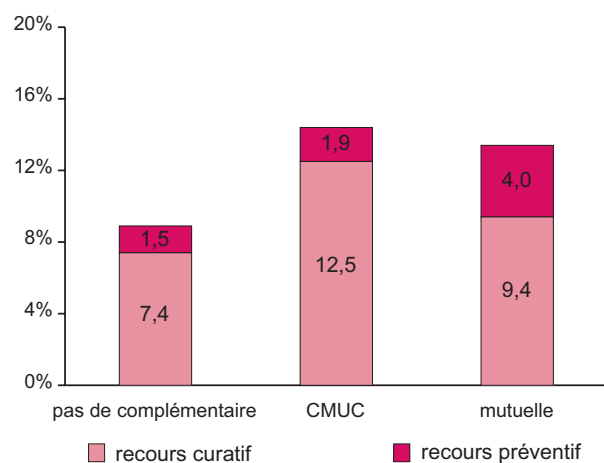


fig.4 **Recours (en %) aux soins dentaires des Franciliens de 18 ans ou plus suivis sur une période de deux mois en 2002-2003, selon la couverture complémentaire**



Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS Ile-de-France, 2008¹⁰.

La santé bucco-dentaire des personnes âgées

La perte des dents avec l'âge n'est pas naturelle.

Bien que l'état de santé bucco-dentaire de la population soit en constante amélioration, la perte des dents avec l'âge reste trop fréquente. Au fil des années, les prothèses fixées sont remplacées par des prothèses amovibles, signe d'une perte des dents support. A l'origine de ces pertes de dents : les maladies du parodonte, pourtant évitables grâce à une hygiène bucco-dentaire correcte.

Dans l'enquête décennale de santé 2002-2003 réalisée par l'Insee¹⁰, 44% des Franciliens de 75 ans ou plus qui demeurent à domicile portent un appareillage amovible (fig.5).

Un état bucco-dentaire dégradé en Ehpad.

En Ile-de-France, un mauvais état bucco-dentaire est observé dans trois études^{1,2,3} de méthodologie comparable, menées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ce constat est lié à une prise en compte insuffisante des besoins en prothèse dentaire et en soins conservateurs et chirurgicaux (fig.6). Les pathologies des muqueuses, de la langue et du parodonte, si leur fréquence est relativement faible (de l'ordre de 10% pour les formes sévères de la maladie parodontale au niveau national¹¹), ne font pas l'objet d'une prise en charge appropriée. Les édentements non appareillés et les pathologies non traitées contribuent à dégrader la qualité de vie, en générant des difficultés masticatoires (entraînant des troubles de l'alimentation), des douleurs et des infections locales susceptibles de générer ou d'aggraver des pathologies générales.

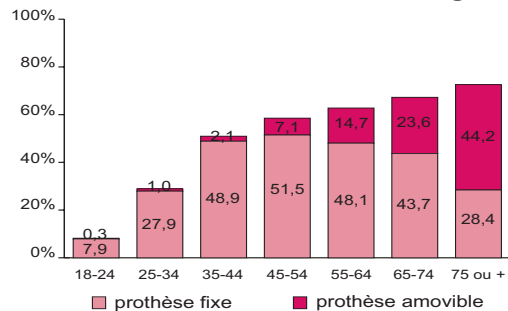
La santé bucco-dentaire des jeunes handicapés fréquentant un IME ou un EEAP

Près de la moitié des jeunes handicapés fréquentant un institut médico-éducatif (IME) ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) présentent un problème bucco-dentaire d'intensité importante à élevée.

Trop souvent dans les établissements pour handicapés, l'hygiène bucco-dentaire ne fait pas encore partie du protocole de la toilette générale.

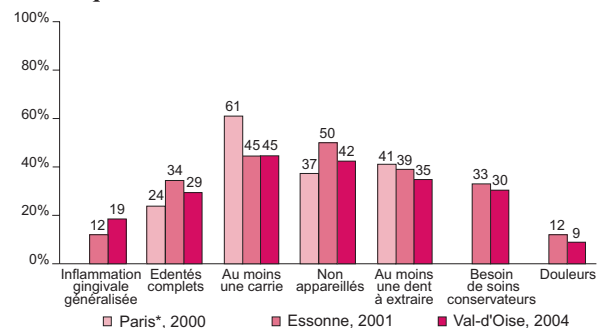
Ainsi, l'étude⁴ menée en 2004 par le Service médical de l'assurance maladie sur les enfants et adolescents âgés de 6 à 20 ans fréquentant un IME ou un EEAP montre qu'en Ile-de-France, 95% des établissements n'ont pas de pro-

fig.5 Appareillage dentaire (en %) des Franciliens de 18 ans ou plus suivis sur une période de deux mois en 2002-2003, selon l'âge



Source : Insee - Enquête décennale de santé 2002-2003. Exploitation ORS, 2008¹⁰.

fig.6 Proportion de Franciliens résidant en Ehpad avec des problèmes dentaires, selon trois enquêtes réalisées entre 2000 et 2004



*Les questions sur l'inflammation gingivale généralisée, le besoin de soins conservateurs et les douleurs ne figurent pas dans l'enquête parisienne. Les autres questions y figurent et sont identiques entre les enquêtes.

Sources : Cpm de Paris¹, ELSM de l'Essonne², ELSM du Val-d'Oise³.

fig.7 Fréquence des problèmes bucco-dentaires chez les jeunes Franciliens âgés de 6 à 20 ans fréquentant un IME ou un EEAP en 2004

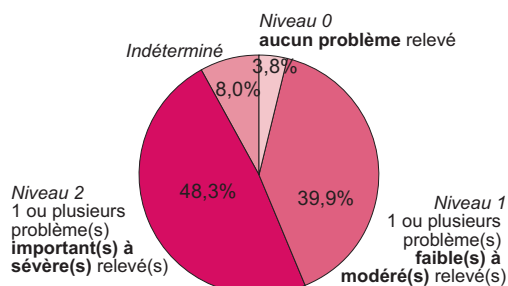
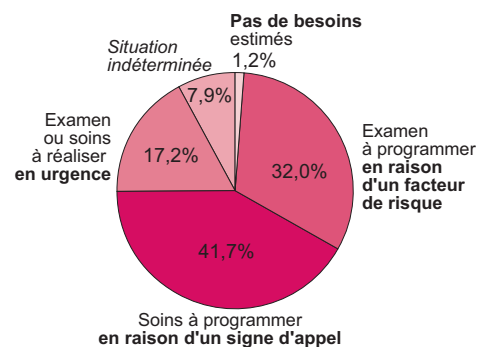


fig.8 Besoins d'actes dentaires (en %) des jeunes Franciliens âgés de 6 à 20 ans fréquentant un IME ou un EEAP en 2004



Source : Service médical de l'Assurance maladie - Programme national interrégime 2004⁴.

Références citées

- ¹ *Enquête sur la perte d'autonomie et l'état de santé bucco-dentaire de la personne âgée*. Caisse primaire d'assurance maladie de Paris, 2001.
- ² DORIN M. et al. *Etude sur l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en 2001*. Echelon local du service médical de l'assurance maladie de l'Essonne.
- ³ BAILLON-JAVON E. et al. *L'état bucco-dentaire des personnes hébergées en Ehpad - La situation du Val-d'Oise en 2004*. Echelon local du service médical de l'assurance maladie du Val-d'Oise, 2005.
- ⁴ DORIN M., MOYSAN V., COHEN C., COLLET C., HENNEQUIN M. Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France. In *Pratiques et organisation des soins*, 2006, volume 37, n°4, pp. 299-312.
- ⁵ *La santé dentaire des jeunes Franciliens de moins de 20 ans - 2000/2001*. Urcam Ile-de-France, 2001, tome 3. Disponible sur Internet : <<http://www.urcam.assurance-maladie.fr/ile-de-france.html>>.
- ⁶ Ont été définies comme «en situation de précarité», les personnes qui bénéficient de la CMUC ou de l'AME (cf. objectif 26) ou qui sont sans couverture maladie.
- ⁷ AZOGUI-LEVY S., BOURDILLON F., ITTAH-DESMEULLES H., ROSENHEIM M., SOUAMES M., AZERAD J. État dentaire, recours aux soins et précarité. In *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2006, volume 54, n°3, pp. 203-211.
- ⁸ La santé bucco-dentaire en quatre points. *Sourire santé*, UFSBD, Inpes.
- ⁹ AZOGUI-LEVY S., ROCHEREAU T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête «Santé et protection sociale» 2000. *Questions d'économie de la santé*, Irdes, 2005, n°94.
- ¹⁰ VINCELET C., AZOGUI-LEVY S., GREMY I. *Etat bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population francilienne adulte*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008, 6p.
- ¹ BOURGEOIS D., BOUCHARD P., MATTOUT C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. In *J Periodont Res*, 2007, volume 42, pp. 219-227.

Définitions

BBD : bilan bucco-dentaire proposé gratuitement de 1997 à 2006 aux jeunes de 15 à 18 ans (étendu aux jeunes de 13 et 14 ans en 2003).

EED : examen bucco-dentaire gratuit intitulé «M'Tdents» pour le grand public, qui succède à l'ancien bilan bucco-dentaire (BBD), consistant en un examen clinique et des conseils d'éducation sanitaire adaptés à l'âge. Il concerne les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

La protection complémentaire en matière de santé, ou couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

La loi portant création d'une couverture maladie universelle, mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2000, permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, sous conditions de ressources fixées par décret. Le plafond de ressources mensuelles (apprécié sur les douze mois précédant la demande) depuis juillet 2006 est de 598,23 euros en métropole pour une personne seule. Ce plafond évolue en fonction de la composition du foyer.

L'ouverture des droits est conditionnée au dépôt d'une demande auprès des caisses d'assurance maladie (régime général, agricole ou travailleurs indépendants), en fonction du régime de base. Le bénéficiaire de la CMU complémentaire choisit de faire gérer sa prestation soit par la caisse de son régime obligatoire, soit par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institut de prévoyance) ayant indiqué vouloir assurer la gestion de la CMU complémentaire.

Prothèses fixées : ce sont les couronnes qui reconstituent les dents délabrées par des éléments scellés et les bridges qui permettent de remplacer une dent absente, en s'appuyant sur les dents adjacentes.

Prothèses amovibles : prothèses pouvant s'enlever, remplaçant plusieurs dents en s'appuyant en partie sur les dents restantes, en partie sur la gencive et l'os sous-jacent.

Parodontite : ensemble des tissus de soutien des dents qui comprend la gencive, le cément, les ligaments périodontaires, les tissus conjonctifs et l'os alvéolaire. Les inflammations chroniques de la gencive liées à la plaque dentaire (dépôts alimentaires) peuvent conduire à la maladie parodontale et au déchaussement des dents. Une hygiène rigoureuse permet d'éliminer la plaque et ainsi la formation de tartre et la multiplication des bactéries. Laissés en place, ces dépôts vont entraîner la formation de poches entre les dents et la gencive. Cette infection chronique entraîne une parodontite, c'est-à-dire une inflammation des tissus qui entourent la dent. Le stade suivant est la destruction de l'os autour des dents. Ces dernières deviennent de plus en plus mobiles, puis tombent.

L'institut médico-éducatif (IME) est le terme générique qui permet de regrouper plusieurs catégories de structures fonctionnant en internat, en externat, en semi-internat ou en accueil temporaire. Elles proposent une prise en charge éducative, thérapeutique et pédagogique qui favorise le développement de l'enfant ou de l'adolescent, l'acquisition de l'autonomie, les apprentissages scolaires ou pré-professionnels. Autant que possible, l'intégration scolaire en milieu ordinaire est recherchée en complément de l'accueil en IME.

Les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) accueillent des enfants qui souffrent d'un polyhandicap (association d'une déficience mentale grave à une déficience motrice importante) entraînant une réduction notable de leur autonomie. L'accueil se fait en internat, en externat, en semi-internat ou en accueil temporaire. Les enfants sourds et aveugles, considérés comme pluri-handicapés, relèvent d'autres structures d'accueil.

28.5 Favoriser l'éducation à la santé bucco-dentaire des jeunes enfants, des parents et des futurs parents

Contexte

La santé bucco-dentaire est essentielle à la santé générale et au bien-être des populations. Son altération, la perte de dents, l'impact de la douleur et/ou des infections sont lourdes de conséquences.

C'est un domaine où l'on observe de très fortes inégalités sociales^{1,2,3}. Elles s'expliquent par un accès aux soins plus ou moins aisé selon le niveau de revenus, par l'existence ou non d'une couverture complémentaire, mais aussi par des facteurs comportementaux tels que l'hygiène bucco-dentaire, l'alimentation, la peur du dentiste, qui sont liés au milieu socioculturel.

Au cours des trente dernières années, on note une amélioration très sensible de la santé bucco-dentaire en France, en raison de la conjonction de plusieurs facteurs : développement des dentifrices fluorés et du sel de cuisine fluoré, déploiement d'actions d'éducation à la santé bucco-dentaire en milieu scolaire, évolution des techniques et comportements thérapeutiques privilégiant les soins conservateurs aux extractions.

Cependant, si on note chez les enfants de 6 et 12 ans une amélioration globale de l'état de santé bucco-dentaire, force est de constater que des écarts perdurent selon le niveau socio-économique de la famille : à 12 ans il y a chez les cadres 21,7% d'enfants ayant besoin de soins, contre 37,7% chez les ouvriers en France en 2006⁴. Pour ces deux catégories socio-professionnelles, c'est toutefois un peu moins qu'en 1998⁵ (respectivement 28,2% et 43,1%). Outre la catégorie socio-professionnelle, le fait d'être scolarisé dans un établissement situé en zone d'éducation prioritaire (Zep) est associé dans toutes les enquêtes à des inégalités de recours aux soins dentaires.

En Ile-de-France, la situation n'apparaît pas différente, comme le montrent les résultats de l'étude sur «La santé bucco-dentaire des jeunes Franciliens de moins de 20 ans» menée en 2000 par l'Urcam d'Ile-de-France⁶.

A partir de ces constats et dans le cadre d'un partenariat fort entre l'Assurance maladie, les collectivités territoriales, les professionnels de santé dentaire et l'Education nationale, permettant de mutualiser les compétences, se met en place en 2003 le programme francilien «Arcade» - Action régionale contre les atteintes dentaires des enfants. Son objectif est de promouvoir, soutenir et harmoniser les actions de prévention bucco-dentaire réalisées en milieu scolaire auprès des 0-12 ans, particulièrement en direction des populations précarisées. Il est construit autour d'un système de labellisation (action répondant à un cahier des charges) et bénéficie d'un pilotage régional (comité de pilotage et comité scientifique).

Un premier bilan en 2005⁷ démontre l'utilité de ce dispositif et Arcade devient un programme régional pérenne. Les financeurs (Etat et Assurance maladie) imposent la procédure de labellisation⁸, gage de qualité des pratiques mises en œuvre, pour accorder une subvention. L'arrivée en 2006-2007 du programme national «M'Tdents» (dont le cahier des charges pour l'accompagnement en milieu scolaire des enfants de 6 et 12 ans est largement inspiré d'Arcade) amène à certaines adaptations, afin d'assurer la complémentarité des deux programmes (cf. l'articulation entre ces deux programmes en fin de fiche).

En Ile-de-France, près de deux millions d'enfants sont âgés de 0 à 12 ans, soit un Francilien sur six en 2006⁹.

Une proportion élevée est scolarisée dans un établissement situé en Zep, évaluée en 2003 à 20,9% pour les Franciliens de 5 à 6 ans en grande section de maternelle (13,4% en moyenne en France)¹⁰.

En matière de prise en charge financière, les soins de caries chez les enfants sont bien remboursés par l'assurance maladie (exception faite pour les personnes dépourvues d'assurance maladie complémentaire qui supportent une charge financière de 30%). Néanmoins, même lorsque la prise en charge est totale, la nécessité d'avancer les frais peut gêner certaines familles.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Seuls les taux de recours à la consultation gratuite de prévention bucco-dentaire sont des données communiquées régulièrement. Il n'y a aucune autre donnée régionale de routine.
- > La proportion de Franciliens de 6 à 12 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année a progressé entre 1999 et 2004 (de 26,8% à 30,9%), mais reste encore très insuffisante compte tenu des recommandations professionnelles qui préconisent deux consultations par an.
- > Depuis 2003, l'Ile-de-France s'est dotée d'«Arcade», programme régional de prévention et d'éducation à la santé bucco-dentaire, qui octroie un label de qualité aux actions réalisées en milieu scolaire selon un cahier des charges. Le nombre de dispositifs labellisés augmente régulièrement. Fin 2006, 48 dispositifs étaient labellisés, couvrant plus de 370 000 familles.

Recours aux soins et suivi bucco-dentaire

Un moindre recours aux consultations et aux soins dentaires et un recours toujours insuffisant et tardif

Depuis 2007, dans le cadre du programme national «M'Tdents», les enfants de 6, 9 et 12 ans sont invités à une consultation gratuite de prévention bucco-dentaire réalisée en cabinet dentaire (libéral ou centre de santé) et intitulée «examen bucco-dentaire» (EBD). L'EBD s'est substitué au «bilan bucco-dentaire» (BBD) gratuit proposé auparavant aux adolescents et en a étendu le bénéfice aux enfants (6, 9 et 12 ans). Lors de la première année de fonctionnement en population enfantine, les réponses aux invitations d'un EBD gratuit sont apparues très faibles en Ile-de-France, de 15 à 20% selon l'âge (fig.1), et inférieures aux moyennes nationales (entre 25 et 30%).

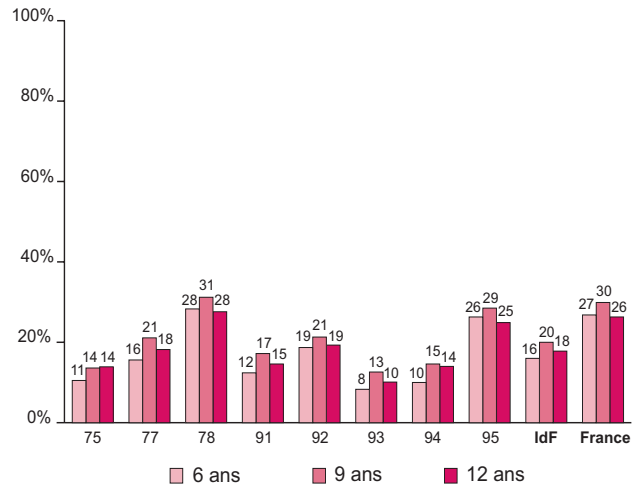
En 2000, l'étude Démoscopie réalisée à la demande de l'Urcam d'Ile-de-France⁶ montrait que 35% des parents n'emmenaient leurs enfants âgés de 2 à 19 ans consulter un chirurgien-dentiste qu'en cas de problème. Ils faisaient confiance à leur autodiagnostic ou au médecin généraliste qui suivait leur enfant. On constatait aussi dans cette même enquête une perception insuffisante de l'importance des pathologies bucco-dentaires et la persistance d'idées préconçues (peur, douleur).

Un suivi bucco-dentaire bien meilleur dans les communes où existe une action de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire labellisée Arcade
L'évaluation⁷ menée en 2005 dans le cadre du programme Arcade a permis de constater que dans les communes développant une action de prévention labellisée⁸ Arcade, la proportion d'enfants de 6 à 12 ans ayant consulté au moins une fois dans l'année un chirurgien-dentiste est le double de la moyenne départementale (tab.1). *Ce constat doit toutefois être interprété avec prudence en l'absence de disponibilité de ces mêmes données antérieurement à la mise en place d'Arcade.* Les animations en classe, les dépliants pédagogiques, les lettres personnalisées aux parents, et dans certains cas les interventions des infirmières scolaires semblent arriver à convaincre les parents d'emmener leurs enfants voir un chirurgien-dentiste. Ces résultats sont toutefois très inférieurs à celui de 100% attendu, compte tenu du consensus professionnel qui recommande deux consultations par an.

Etat de santé bucco-dentaire

En dehors des statistiques du programme Arcade, il existe **peu de données de routine franciliennes permettant d'apprécier l'état de santé bucco-dentaire des enfants.** Les enquêtes menées depuis 1987 en milieu scolaire par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) à la demande du ministère de la Santé constituent la principale source nationale de données. Réalisées tous les cinq ans environ, elles reposent sur un examen dentaire effectué par un chirurgien-dentiste auprès d'un échantillon représentatif de la population scolarisée au niveau national. Depuis 1999, un cycle triennal d'enquêtes est organisé par la Drees et ses partenaires auprès des élèves de

fig.1 Recours (en %) des jeunes de 6, 9 et 12 ans à l'examen bucco-dentaire* gratuit en 2007 (régime général)



* Il s'agit des EBD remboursés au cours de l'année 2007 par le régime général de l'Assurance maladie hors sections locales mutualistes (qui couvre 79% de la population francilienne protégée contre 74% en moyenne en France).

Source : CnamTS - Erasme V1, 2008.

tab.1 Proportion* d'enfants de 6 à 12 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année en 1999 et 2004 (régime général)

En %	75	77	78	91	92	93	94	95	IdF
1999	27,3	28,8	29,4	30,8	28,1	20,4	27,5	24,4	26,8
2004	27,9	30,9	35,6	33,3	38,1	26,3	30,4	27,2	30,9
> dans les communes avec des dispositifs labellisés⁸ Arcade	**	65,4	69,3	66,4	69,3	63,9	68,0	57,0	

* Nombre d'enfants de 6 à 12 ans ayant consulté au moins une fois dans l'année, quel que soit l'acte remboursé, rapporté à l'effectif des enfants de 6 à 12 ans pris en charge par l'Assurance maladie au titre du régime général hors sections locales mutualistes (qui couvre près de 80% de la population francilienne protégée en 1999 et 2004, contre près de 75% en moyenne en France).

** Absence d'actions labellisées Arcade à Paris en 2004.

Source : Service informationnel de l'Assurance maladie.

grande section de maternelle et d'un échantillon de ceux en CM2 (également en 3^{ème}) représentatif de la population scolarisée en France. L'examen dentaire pratiqué dans ce cadre par les médecins ou les infirmiers(ères) de l'Education nationale «ne peut avoir la précision d'un examen effectué par un dentiste et les résultats obtenus ne doivent donc pas être directement comparés à ceux issus des enquêtes conduites en milieu scolaire par l'UFSBD»¹¹. Si aucune exploitation régionale n'est envisageable à partir des enquêtes UFSBD, des données régionales peuvent être obtenues à partir du cycle triennal Drees. Leur diffusion est en cours de développement.

En France, des indices carieux encore améliorables

L'enquête nationale UFSBD réalisée en milieu scolaire en 2006⁴ (fig.2) montre une amélioration de l'indice CAO à 12 ans (CAO = 1,23) depuis l'enquête précédente de 1998⁵ (CAO = 1,94). Mais les pourcentages d'enfants «indemnes» (CAO = 0) sont encore insuffisants : 63,4% à 6 ans et 55,9% à 12 ans. Les objectifs de l'OMS pour 2010 sont encore loin d'être atteints : 80% d'enfants indemnes à 6 ans et un CAO = 1 à 12 ans.

Des inégalités sociales toujours fortes

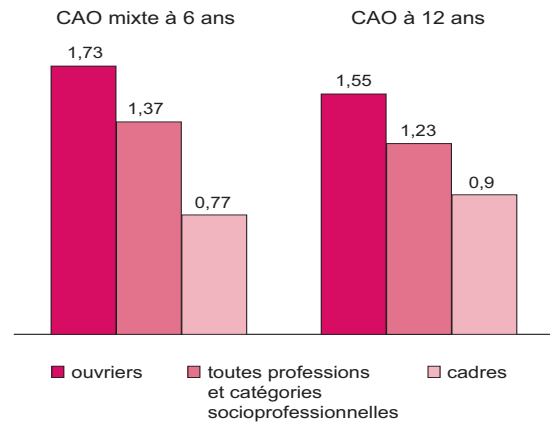
L'enquête nationale UFSBD 2006⁴ montre également que l'indice CAO des enfants de 6 et 12 ans est fortement marqué par la profession du chef de famille (fig.2).

C'est aussi ce qui ressort des enquêtes triennales de la Drees¹² menées auprès des enfants de CM2 en 2004-2005. Ainsi, la proportion d'enfants ayant au moins deux dents cariées non soignées est quatre fois plus élevée chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres (11,6% vs 2,7%). Les problèmes dentaires sont de ce fait plus courants chez les enfants scolarisés en Zep (15,5% ont au moins deux dents cariées non soignées contre 7,1% chez ceux scolarisés hors Zep).

Des indices carieux de valeur élevée, une importante proportion d'enfants ayant besoin de soins ainsi qu'une faible part d'enfants indemnes (CAO = 0) caractérisent aussi les zones de précarité franciliennes (Zep, Cucs,...) ciblées en premier lieu par les dispositifs de dépistage labellisés⁸ Arcade. Parmi les enfants dépistés en CE1 (âge moyen : 7 ans) par des chirurgiens-dentistes dans le cadre de ce programme régional, le CAO mixte moyen varie de 1,64 à 7,40¹³. En outre, près de quatre enfants sur dix ont besoin de soins et moins de six sur dix sont indemnes (fig.3). On ne dispose pas de données comparables en population générale. Les seules données qui peuvent être rapprochées sont nationales et concernent les enfants de 6 ans (enquête UFSBD 2006⁴). A cet âge, le CAO mixte moyen est estimé à 1,37 (fig.2), trois enfants sur dix ont besoin de soins (29,6%) et plus de six sur dix sont indemnes (63,4%).

De par leur forte corrélation avec les inégalités sociales, les indicateurs de santé bucco-dentaire constituent des informations pertinentes à suivre dans le cadre de diagnostics territoriaux de santé.

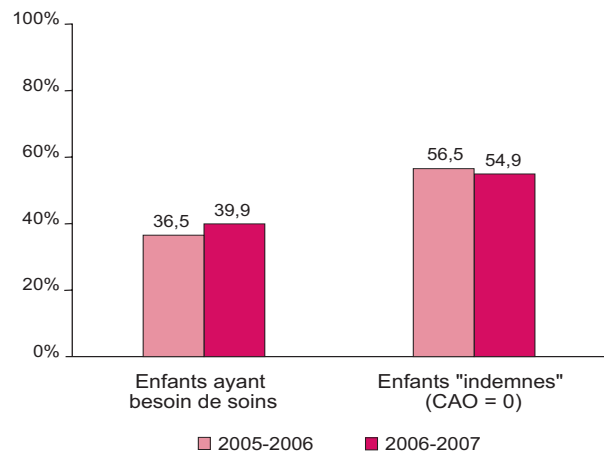
fig.2 Valeur moyenne de l'indice CAO* chez les enfants d'ouvriers et de cadres, à 6 et 12 ans en France en 2006



* Il s'agit de l'indice CAO mixte moyen pour les enfants de 6 ans.

Source : UFSBD - Enquête nationale 2006⁴.

fig.3 Proportion d'enfants ayant besoin de soins et d'enfants indemnes (CAO = 0) parmi ceux dépistés en CE1 entre 2005 et 2007* dans le cadre du programme francilien Arcade ciblant principalement les zones de précarité



* 9 977 enfants dépistés en CE1 en 2005-2006 et 12 673 en 2006-2007.

Les enfants dépistés en CE1 ont environ 7 ans. L'augmentation du nombre d'enfants dépistés entre les années scolaires 2005-2006 et 2006-2007 s'étant faite sur des zones de précarité, les indices moyens se sont - sans surprise - aggravés.

Source : Urcam Ile-de-France, 2008¹³.

Références citées

- 1 Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire. Graphiques Commentés. CreDES, 1995.
- 2 AZOGUI-LEVY S., BOURDILLON F., ITTAH-DESMEULLES H., ROSENHEIM M., SOUAMES M., AZERAD J. État dentaire, recours aux soins et précarité. In *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2006, volume 54, n°3, pp.203-211.
- 3 AZOGUI-LEVY S., ROCHEREAU T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête «Santé et protection sociale» 2000. *Questions d'économie de la santé*, Irdes, 2005, n°94.
- 4 HESCOT P., ROLAND E. *La santé dentaire en France - Enfants de 6 et 12 ans - 2006*. Union française pour la santé bucco-dentaire.
- 5 HESCOT P., ROLAND E. *La santé dentaire en France - 1998*. Union française pour la santé bucco-dentaire.
- 6 *La santé dentaire des jeunes Franciliens de moins de 20 ans - 2000/2001*. Urcam Ile-de-France, 2001, tomes 1 à 6. Disponible sur Internet : <http://www.urcam.assurance-maladie.fr/ile-de-france.html>.

Références citées (suite)

- ⁷ *Evaluation du programme «La santé dentaire des jeunes Franciliens de moins de 20 ans» - 2000/2005.* Urcam Ile-de-France, ELSM et Cpm du Val-d’Oise, 2005. Disponible sur Internet : <<http://www.urcam.assurance-maladie.fr/ile-de-france.html>>.
- ⁸ «Les promoteurs labellisés bénéficient d’un accès privilégié dans les établissements scolaires, dans le cadre d’une convention conclue avec les rectorats de Paris, Versailles et Créteil. Tout promoteur labellisé peut par ailleurs bénéficier, tout au long de son action, d’une aide méthodologique et d’un kit de formation.» (Extrait du *Guide de labellisation Arcade 2008*, document où figurent également les cahiers des charges. Disponible sur Internet : <<http://www.urcam.assurance-maladie.fr/ARCADE.56719.0.html>>).
- ⁹ Source : Insee - Estimation localisée de population au 1^{er} janvier 2006.
- ¹⁰ GUIGNON N., NIEL X. L’état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions. Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire. *Etudes et résultats*, Drees, 2003, n°250.
- ¹¹ GUIGNON N., BADEYAN G. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. *Etudes et résultats*, Drees, 2002, n°155.
- ¹² GUIGNON N., HERBET JB., FONTENEAU L., GUTHMANN JP. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats. *Etudes et résultats*, Drees, 2008, n°632.
- ¹³ *Rapport d’évaluation du programme Arcade - 2005/2006.* Urcam Ile-de-France, 2008. Disponible sur Internet : <<http://www.urcam.assurance-maladie.fr/ile-de-france.html>>.

Définitions

BBD : bilan bucco-dentaire proposé gratuitement de 1997 à 2006 aux jeunes de 15 à 18 ans (étendu aux jeunes de 13 et 14 ans en 2003).

EBD : examen bucco-dentaire gratuit intitulé «M’Tdents» pour le grand public, qui succède à l’ancien bilan bucco-dentaire (BBD), consistant en un examen clinique et des conseils d’éducation sanitaire adaptés à l’âge. Il concerne les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

Indice CAO : L’état bucco-dentaire d’un individu est défini par son indice CAO où l’indice C représente le nombre de dents permanentes cariées, l’indice A le nombre de dents absentes pour cause de carie et l’indice O le nombre de dents obturées (soignées).

L’indice CAO moyen d’une population est la somme des indices individuels CAO divisée par le nombre d’individus composant cette population.

On note «cao» les mêmes indices pour les dents lactéales.

Pour les enfants en denture mixte (coexistence à partir de 6 ans environ des dents de lait avec les premières dents définitives), on additionne cao + CAO pour obtenir l’indice «**CAO mixte**».

Enfants indemnes : enfants dont l’indice CAO est égal à 0, c’est-à-dire n’ayant aucune dent cariée, ni absente pour cause de carie ni soignée.

Arcade et M’Tdents : deux programmes complémentaires

Principales caractéristiques

Arcade et M’Tdents sont deux programmes de prévention bucco-dentaire qui s’adressent aux jeunes.

Arcade labellise des actions de prévention menées en milieu scolaire auprès des 0-12 ans.

M’Tdents propose aux jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans une consultation gratuite de prévention bucco-dentaire (y compris de dépistage) intitulée «examen bucco-dentaire» (EBD), effectuée par un chirurgien-dentiste et se déroulant en ville (cabinet libéral, centre de santé).

Arcade cible en priorité les populations précarisées repérées via des indicateurs socio-économiques (Zep, Cucs,...) alors que M’Tdents vise la population générale.

Arcade est un programme spécifiquement francilien mis en place en 2003.

M’Tdents est un programme national mis en œuvre en 2006/2007.

Articulation entre les deux programmes

Arcade assure en milieu scolaire, à travers ses labels «I» (Information) et «IES» (Information-éducation pour la santé), l’éducation précoce pour la santé bucco-dentaire des 0-5 ans et la promotion de l’examen bucco-dentaire gratuit M’Tdents à 6, 9 et 12 ans.

Le label «IDES» (Information-Dépistage-Education pour la Santé) est, lui, l’expression de la volonté régionale de lutter contre les inégalités sociales : les dépistages en milieu scolaire en CE1 (7 ans) sont un «filet de sécurité» pour les enfants qui n’ont pas répondu à l’invitation pour un examen en cabinet dentaire à 6 ans (EBD). Ils sont réalisés par des chirurgiens-dentistes dans un lieu adapté.

Le tableau suivant synthétise les caractéristiques et l’articulation entre ces deux programmes pour les enfants de 0 à 12 ans*.

Programme	Cible / âge	Niveau scolaire	Nature de l’action	Pilote de l’action	Commentaires
Arcade - Label I	Parents/enfants 0-3 ans Relais professionnels (pédiatres, puéricultrices...)	Pré-scolaire	Information et éducation bucco-dentaire des parents grâce à des supports pédagogiques adaptés Sensibilisation et formation des relais	Promoteurs locaux	Prévention primaire
Arcade - Label IES	Enfants 0-5 ans	Maternelle	Apprentissage du brossage	Promoteurs locaux	Prévention primaire
M’Tdents	6 ans	CP	Examen obligatoire** EBD au cabinet dentaire + action de promotion du programme M’Tdents	Assurance maladie	Prévention secondaire
Arcade - Label IDES	7 ans	CE1	Renforcement des acquis de la prévention primaire et dépistage scolaire puis suivi du recours au soins	Promoteurs locaux	Prévention secondaire «Filet de sécurité» si EBD 6 ans non fait
M’Tdents	9 ans	CM1	EBD au cabinet dentaire	Assurance maladie	Prévention secondaire
M’Tdents	11 ans	6 ^{ème}	Action de promotion du programme M’Tdents	Assurance maladie	Prévention secondaire
M’Tdents	12 ans	5 ^{ème}	Examen obligatoire** EBD au cabinet dentaire	Assurance maladie	Prévention secondaire

*L’invitation à l’EBD annuel gratuit du programme national M’Tdents est également envoyée aux adolescents de 15 ans et à ceux de 18 ans.

**La loi de financement de la Sécurité sociale du 21 décembre 2001 prévoit un examen bucco-dentaire de prévention obligatoire et gratuit pour les enfants à 6 ans et à 12 ans.

Axe prioritaire

Réduire les risques pour la santé
liés à des facteurs environnementaux



Objectif

29

Protéger la santé des populations vivant en habitat indigne

- 29.1 Lutter contre l'insalubrité
- 29.2 Améliorer la prévention du saturnisme chez l'enfant et la femme enceinte, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués
- 29.3 Prévenir les intoxications au monoxyde de carbone et les allergies

Objectif

30

Améliorer la qualité de l'environnement

- 30.1 Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle
- 30.2 Limiter les pollutions des eaux dues aux pesticides et à certaines substances potentiellement dangereuses
- 30.3 Protéger les captages d'eau potable
- 30.4 Réduire les nuisances sonores
- 30.5 Réduire l'incidence de la légionellose, en renforçant la sécurité des installations sensibles

Protéger la santé des populations vivant en habitat indigne

Contexte

L'*habitat indigne* regroupe l'*habitat insalubre* (aérations insuffisantes, infiltrations d'eau, occupation d'une cave...), l'*habitat présentant un risque d'exposition au plomb* et l'*habitat présentant un risque de péril* (effondrement des murs, plafonds...). Il ne recouvre pas les logements inconfortables, c'est-à-dire ne disposant pas à la fois d'une salle d'eau, de toilettes intérieures et d'un chauffage central, ni les logements vétustes - notion qui renvoie à l'entretien -, ni les logements «non décents» au sens de la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbains (SRU)¹.

Suite au constat de données existantes peu nombreuses et imparfaites sur l'habitat insalubre et dans le contexte de la loi SRU du 13 décembre 2000 - qui pose le principe d'un renforcement de la lutte contre l'habitat indigne -, la Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGUHC) a confié au bureau d'études Square la réalisation d'une étude sur le «Développement d'une méthodologie de repérage des situations d'insalubrité dans l'habitat». Cette étude répond à un objectif d'amélioration de la connaissance des zones prioritaires et du profil des ménages concernés par l'habitat indigne à l'échelle locale, afin de permettre l'engagement, avec les collectivités locales et les différents partenaires, de croisements d'informations ainsi que la mise en place de dispositifs opérationnels.

La méthodologie élaborée porte sur le repérage du parc privé potentiellement indigne (PPPI), à partir du fichier des logements par commune (Filocom) construit par la Direction générale des impôts pour les besoins du ministère de l'Équipement.

Elle a été reprise par l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) qui l'a déclinée pour chacune des 22 régions françaises sous forme de CD-Rom, fournissant aux services déconcentrés de l'Équipement et aux délégations régionales de l'ANAH des indicateurs d'alerte et des données de cadrage leur permettant, en lien avec les partenaires locaux, d'identifier des secteurs prioritaires devant faire l'objet d'un diagnostic approfondi en vue d'une éventuelle intervention. Les seules données statistiques régionales permettant une estimation de l'habitat indigne en Ile-de-France sont donc issues du CD-Rom de l'ANAH.

Faits marquants en Ile-de-France

- > En 2003, le nombre de logements franciliens privés potentiellement indignes est estimé à 224 773, soit 6,1% du parc privé.
- > Importante concentration de logements privés potentiellement indignes dans le centre de la région.
- > Mais également, forte proportion de logements privés potentiellement indignes du nord-ouest du Val-d'Oise au nord-est de la Seine-et-Marne

Repérage du parc privé potentiellement indigne (PPPI) en Ile-de-France (Source : ANAH - CD-Rom PPPI 2003. Exploitation francilienne DRE-DHRU)

Le parc privé potentiellement indigne (PPPI) est, par définition, un sous-ensemble de l'habitat indigne. En effet, le champ d'observation² du PPPI est constitué de l'ensemble des résidences principales privées «légalement occupées» (soumises à la taxe d'habitation). Sont exclus les résidences secondaires, les logements sociaux et les logements vacants.

Le PPPI est ainsi composé des ménages du parc privé (propriétaires occupants et locataires de résidences principales) habitant :

- soit un logement classé en catégorie cadastrale n°6 («impression d'ensemble ordinaire»), dont les revenus annuels imposables sont inférieurs à 30% des plafonds de ressources HLM ;

- soit un logement classé en catégorie cadastrale n°7 ou n°8 («impression d'ensemble médiocre» ou «ne présentant pas les caractères élémentaires d'habitabilité»), dont les revenus annuels imposables sont inférieurs à 60% des plafonds de ressources HLM.

En 2003, le nombre de logements franciliens privés potentiellement indignes est estimé à 224 773 et représente 6,1 % des 3 709 298 résidences principales privées (tab.1).

Cette proportion varie selon les départements : trois se situent au dessus de la moyenne régionale (la Seine-Saint-Denis, Paris et le Val-d'Oise, avec respectivement 10,4%, 8,2% et 6,3%), trois autres autour de 5% (le Val-de-Marne, les Hauts-de-Seine et la Seine-et-Marne), et deux autres bien en deçà - entre 2% et 3% (les Yvelines et l'Essonne).

Près des trois quarts du PPPI francilien sont situés dans les zones urbaines centrales.

Selon l'estimation francilienne du PPPI, Paris rassemble plus d'un tiers du total des logements privés potentiellement indignes de la région, et avec la proche couronne, près de 75%. (tab.1)

Le PPPI francilien est ainsi concentré dans le centre de la région. La part restante est plus diffuse (carte 1), répartie entre plusieurs centaines de communes à dominante plus rurale et à plus faible population.

Quelques communes comportant de 501 à 1 000 logements privés potentiellement indignes apparaissent de manière isolée dans la région : Pontoise (Val-d'Oise), Poissy (Yvelines), Meaux et Melun (Seine-et-Marne).

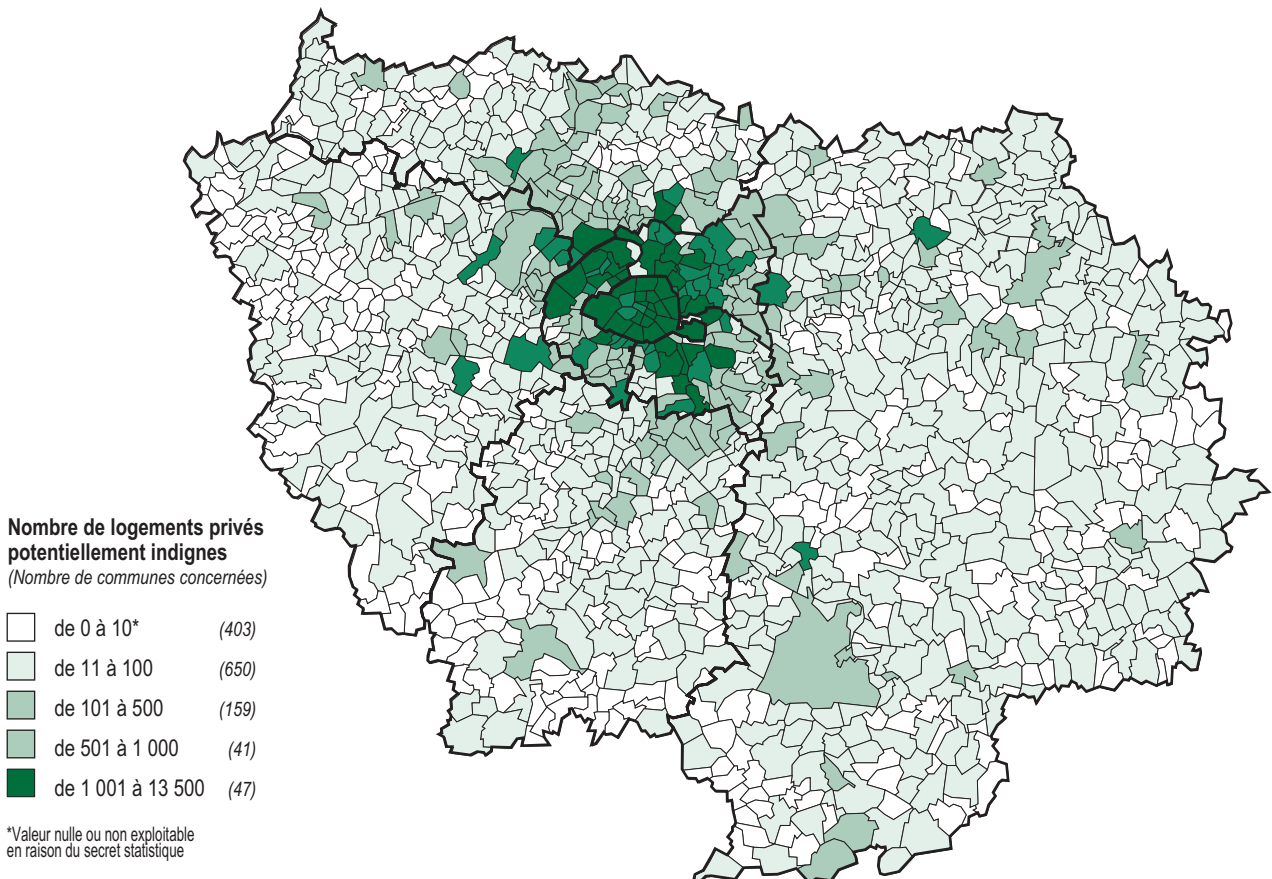
tab.1 Répartition des logements privés potentiellement indignes en Ile-de-France pour l'année 2003

	Estimation	% des résidences principales privées	Part de chaque département en %
Paris	80 587	8,2	35,9
Proche couronne			
Hauts-de-Seine	26 325	5,2	11,7
Seine-Saint-Denis	38 046	10,4	16,9
Val-de-Marne	21 152	5,5	9,4
Grande couronne			
Seine-et-Marne	18 510	4,9	8,2
Yvelines	12 442	2,9	5,5
Essonne	7 497	2,1	3,3
Val-d'Oise	20 214	6,3	9,0
Ile-de-France	224 773	6,1	100,0

Lecture : A Paris, le nombre de logements privés potentiellement indignes est estimé à 80 587 en 2003, ce qui représente 8,2% de l'ensemble des logements privés parisiens. Le PPPI parisien correspond à 35,9% du PPPI francilien.

Sources : Filocom 2003, METATM® d'après la DGI - traitement ANAH ; DRE Ile-de-France, 2007.

carte 1 Nombre de logements privés potentiellement indignes par commune en Ile-de-France pour l'année 2003



Source : Filocom 2003, METATM® d'après la DGI - traitement ANAH. Carte retravaillée par l'ORS Ile-de-France à partir de celle mise à disposition par la DRE Ile-de-France (cartographie : DRE Ile-de-France/DH/GOL/UPSCL/JD).

Forte proportion de logements privés potentiellement indignes du nord-ouest du Val-d'Oise au nord-est de la Seine-et-Marne

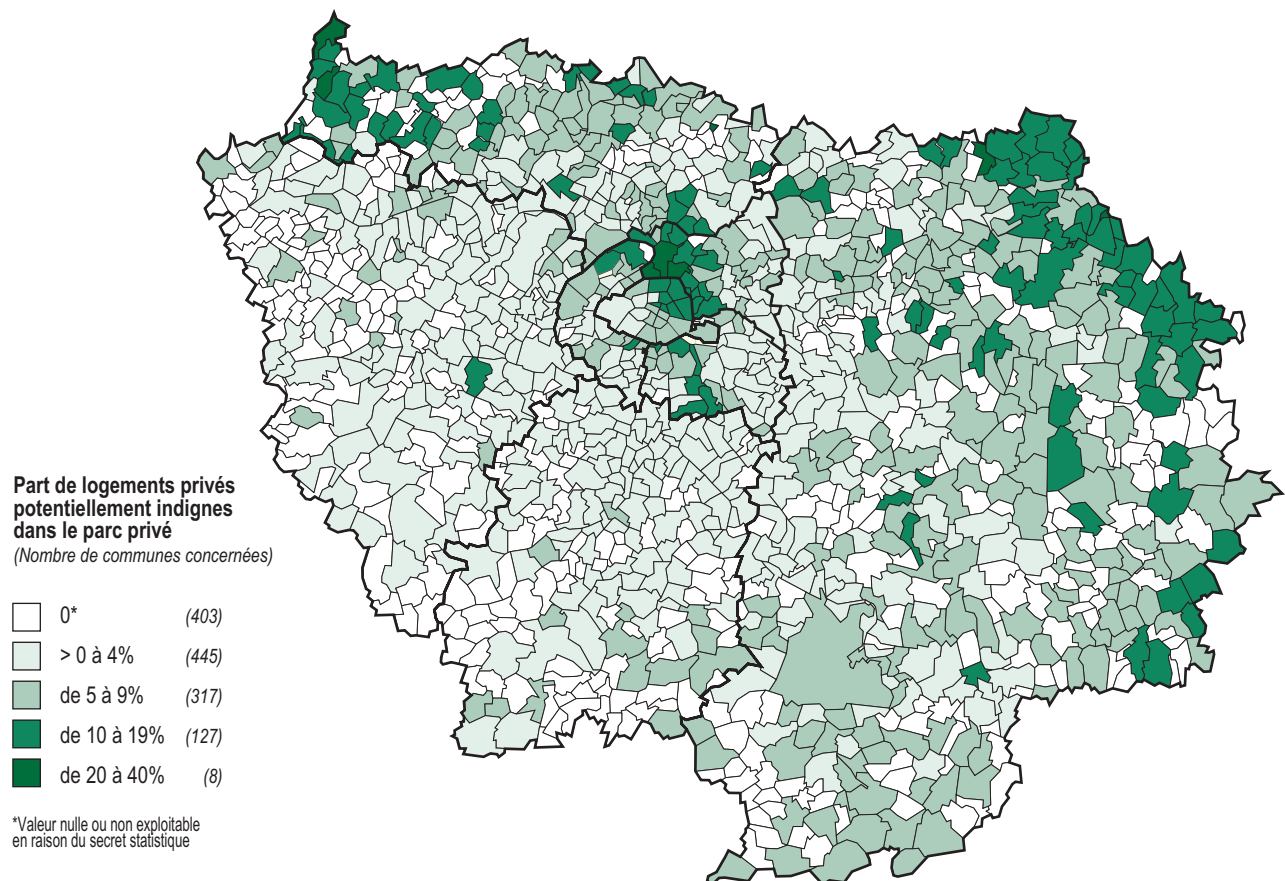
La carte 2, qui présente la part de logements privés potentiellement indignes dans le parc privé francilien, fait apparaître plusieurs zones à très forte proportion de logements privés potentiellement indignes :

- la première zone concerne bien évidemment le **centre urbain de l'agglomération** ; de forme approximativement triangulaire, elle présente un caractère nettement interdépartemental puisqu'elle couvre une partie du Val-d'Oise, de la Seine-Saint-Denis, des Hauts-de-Seine et de Paris ; parmi les huit communes franciliennes ayant une part de logements privés potentiellement indignes supérieure à 20%, trois (Saint-Denis, Saint-Ouen et Aubervilliers) constituent le centre de ce triangle, qui comprend, en outre, vingt communes et cinq arrondissements parisiens ayant une part de logements privés potentiellement indignes comprise entre 10% et 19% ;
- une deuxième zone, très étendue et assez homogène, se situe à la **limite nord-est de la Seine-et-Marne** ; elle comprend deux des huit communes franciliennes ayant une part de logements privés potentiellement indignes supérieure à 20% (Le Plessis-Placy et Nanteuil-sur-Marne) et 33 communes dont cette part varie de 10% à 19% ; cet ensemble est représentatif des petites communes à dominante rurale du départe-

- ment, dans lesquelles on trouve des petits propriétaires n'ayant pas les moyens d'entretenir leur bien ;
- une troisième zone, deux fois moins étendue que la précédente et moins homogène, se situe à la **limite nord-ouest du Val-d'Oise** ; elle comprend également deux des huit communes franciliennes ayant une part de logements privés potentiellement indignes supérieure à 20% (Saint-Clair-sur-Epte et Ambleville), et 21 communes dont cette part est comprise entre 10% et 19% ; il s'agit de la même population de petits propriétaires qu'en Seine-et-Marne ;
- d'autres communes ayant une part de logements privés potentiellement indignes comprise entre 10% et 19% sont dispersées à travers le territoire francilien : parmi les plus notables, Persan et ses communes avoisinantes (Val-d'Oise), Trappes (Yvelines) et Montereau-Fault-Yonne (Seine-et-Marne) ;
- enfin, la carte confirme la situation plus favorable de l'Essonne et des Yvelines en matière de part de PPPI par rapport aux autres départements franciliens.

L'estimation du PPPI issue du repérage cartographique doit être affinée par un croisement avec les sources locales d'information mobilisables afin de disposer, à terme, d'un fichier d'adresses permettant d'améliorer les démarches opérationnelles et donc d'engager un dispositif de lutte contre l'habitat indigne.

carte 2 Part de logements privés potentiellement indignes dans le parc privé en Ile-de-France pour l'année 2003 (en %)



Source : Filocom 2003, METATM³ d'après la DGI - traitement ANAH. Carte retravaillée par l'ORS Ile-de-France à partir de celle mise à disposition par la DRE Ile-de-France (cartographie : DRE Ile-de-France/DH/GOL/UPSL/JD).

Références citées

- ¹ Décret n° 2002-120 du 30 janvier 2002 relatif aux caractéristiques du logement décent pris pour l'application de l'article 187 de la loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains.
- ² *Parc Privé Potentiellement Indigne - Principales définitions*. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère délégué au Logement et à la Ville, ministère de l'Équipement, des Transports et de l'Aménagement du territoire, du Tourisme et de la Mer, Pôle national de lutte contre l'habitat indigne, Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat, 2005.
- ³ Ministère de l'Équipement, des Transports et de l'Aménagement du territoire, du Tourisme et de la Mer.

Définitions

*Entre habitat décent et habitat indigne : des modes d'action publique distincts pour un même objectif**

«Quatre modes opératoires différents intéressent l'amélioration de l'habitat privé vétuste, qui concourent à des objectifs communs, mais qui doivent être distingués car les bases et les effets juridiques, les processus de déclenchement et les modes opératoires sont spécifiques et ne doivent pas être confondus.

- Le premier mode opératoire est celui de la loi - Code civil, lois bailleurs/locataires : c'est dans ce champ qu'est applicable la notion de décence au sens défini par l'article 187 de la loi SRU.
- Le second recouvre les moyens de police administrative : cela concerne «l'indigne».
- Le troisième est celui des financements et des actions incitatives.
- Le quatrième relève du mécanisme des opérations d'aménagement foncier : cela concerne les opérations lourdes de restructuration ou de restauration immobilière.»

Le Fichier des LOGements par COMMune** est constitué par regroupement des fichiers relatifs à la taxe d'habitation, aux taxes foncières, au fichier des propriétaires et à l'impôt sur le revenu. Il comprend certaines caractéristiques relatives aux logements (surface, typologie, confort, catégories cadastrales, etc.), le statut d'occupation (résidence principale ou secondaire, vacance...), le nombre et les caractéristiques des occupants (taille du ménage, âge du chef de ménage, situation de famille, revenu imposable, etc.) ainsi que celles du propriétaire (personne physique ou morale, âge, lieu de résidence, mono ou copropriétaire...). Le fichier est remis à jour tous les deux ans depuis 1995.

*Méthodologie** de repérage du parc privé potentiellement indigne (PPPI)*

La méthode élaborée par le cabinet d'études Square pour le compte de la DGUHC repose sur le croisement de deux démarches :

- Une *démarche descendante* utilisant une source fiscale centralisée (Filocom).

Elle consiste à croiser les logements relevant des trois dernières catégories cadastrales - n° 6, 7 et 8, référencant respectivement des logements «d'impression d'ensemble ordinaire» à des logements «ne présentant pas les caractères élémentaires d'habitabilité» - avec les ménages à bas revenus (plafonds de ressources HLM), en faisant l'hypothèse d'une forte probabilité de logements indignes parmi les logements identifiés. Seules les résidences principales privées sont prises en compte (sont exclus les résidences secondaires, les logements sociaux et les logements vacants).

Le seuil de bas revenu varie selon la catégorie cadastrale considérée et la zone géographique.

Les revenus du fichier Filocom sont ceux de l'année N+1, déclarés au début de l'année N. Ici, l'année N étant 2003, il s'agit des revenus 2002 déclarés début 2003. Les plafonds de ressources HLM appliqués sont ceux de 2003.

- Une *démarche ascendante* afin de disposer, à terme, d'un fichier d'adresses permettant d'améliorer les démarches opérationnelles, en s'appuyant sur les expertises et sources de données disponibles au niveau local comme les arrêtés d'insalubrité - cf. *fiche 29.1*, les plaintes pour insalubrité, les relevés d'observation logement par les travailleurs médico-sociaux, les demandes HLM, les relevés des cas de saturnisme - cf. *fiche 29.2*, les relevés des intoxications oxycarbonées - cf. *fiche 29.3*.

*Les plafonds*** de ressources HLM*

L'attribution de certaines aides sociales (comme le 1% logement) peut être soumise au respect de conditions de ressources par référence à des plafonds de ressources. Pour la location de logement sociaux de type «habitation à loyer modéré», ce sont notamment les plafonds de ressources HLM qui s'appliquent : ils correspondent à des montants de revenus différenciés selon la composition du ménage et le lieu de résidence, et font l'objet d'une actualisation annuelle. Ainsi en 2003, le plafond des ressources HLM pour une personne seule sans personne à charge demeurant en Ile-de-France s'élevait à 15 248 euros (et à 13 257 euros dans les autres régions françaises).

*Source : <http://www2.logement.gouv.fr/actu/habitatindigne/default.htm>

**Source : *Méthodologie de repérage du Parc Privé Potentiellement Indigne (PPPI) - Etude du cabinet Square pour le compte de la DGUHC - Synthèse*. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère délégué au Logement et à la Ville, ministère de l'Équipement, des Transports et de l'Aménagement du territoire, du Tourisme et de la Mer, Pôle national de lutte contre l'habitat indigne, Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat, 2005.

***Source : *PPPI - Principales définitions*. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère délégué au Logement et à la Ville, ministère de l'Équipement, des Transports et de l'Aménagement du territoire, du Tourisme et de la Mer, Pôle national de lutte contre l'habitat indigne, Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat, 2005.

29.1 Lutter contre l'insalubrité

Contexte

La lutte contre l'insalubrité constitue l'un des volets de la lutte contre l'habitat indigne.

Selon le Code de la Santé Publique (article L 1331-26), tout immeuble, groupe d'immeubles, îlot ou groupe d'îlots - bâti ou non, vacant ou non, attenant ou non à la voie publique - constituant un danger pour la santé des occupants ou des voisins, du fait de son état ou de ses conditions d'occupation ou d'exploitation, est considéré comme insalubre.

Peu de données existent en routine permettant de rendre compte de l'insalubrité, en dehors de l'activité des services de l'Etat - compétents en matière de lutte contre l'insalubrité. Ces données d'activité sont reprises et analysées dans les enquêtes nationales «insalubrité» réalisées par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGHUC) en 2004 et 2006, en lien avec le Pôle national de lutte contre l'habitat indigne.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Un nombre important d'arrêtés d'insalubrité antérieurs à 2006, toujours en cours en 2006.
- > Une proportion d'insalubrité *irréremédiable* supérieure à celle d'insalubrité *remédiable* dans l'ensemble des arrêtés franciliens, à l'inverse du reste de la France.

Les outils concrets de traitement des logements insalubres

En 2006, il existe en Ile-de-France un grand nombre d'arrêtés d'insalubrité antérieurs à 2006, encore en cours¹ (tab.1).

Selon l'enquête DGS «insalubrité» 2006², la part d'insalubrité *irréremédiable* est toujours supérieure à celle d'insalubrité *remédiable* dans l'ensemble des arrêtés franciliens, à l'inverse du reste de la France - ce qui pourrait laisser supposer un habitat insalubre davantage dégradé et donc moins entretenu en Ile-de-France que dans le reste de la France. Cette hypothèse doit être considérée avec réserve car, outre l'activité des différents services (Ddass, SCHS), les arrêtés d'insalubrité correspondent à des situations diverses d'insalubrité, certains pouvant porter sur des parties communes, d'autres sur un logement ou un immeuble entier, etc.

Concernant le financement des travaux, l'enquête DGS insalubrité 2006² montre que cinq départements franciliens ont développé une importante activité en matière de traitement complet³ de l'habitat indigne en 2005, avec plus de 200 logements traités en Seine-Saint-Denis et à Paris, et entre 50 et 99 dans les départements du Val-d'Oise, du Val-de-Marne et des Hauts-de-Seine. «Ces données procédurales ou d'activité financière ne résument évidemment pas l'action des services, car nombre de départements développent des politiques actives qui n'apparaissent pas nécessairement au travers de ces résultats chiffrés.»

Elles ne reflètent pas non plus l'ensemble des situations d'insalubrité, en particulier celles réglées au niveau communal ou par courrier «simple».

tab.1 Indicateurs d'activité relatifs à la lutte contre l'insalubrité en Ile-de-France en 2006

	Nombre d'arrêtés d'insalubrité antérieurs à 2006, toujours en cours*	En 2006	
		Nombre d'arrêtés (tous types)	Nombre de levées d'arrêtés (tous types)
Paris	158**	138	47
Proche couronne			
Hauts-de-Seine	380	89	23
Seine-Saint-Denis	environ 1 000	85	48
Val-de-Marne	environ 620	40	28
Grande couronne			
Seine-et-Marne	9	12	0
Yvelines	982	8	50
Essonne	162	17	5
Val-d'Oise	54	42	3

*Données non exhaustives, sauf pour les départements des Yvelines et du Val-d'Oise qui ont réalisé un recensement de l'ensemble.

**Pour le département de Paris, il s'agit du nombre d'arrêtés d'insalubrité remédiable, celui concernant l'insalubrité irréremédiable n'étant pas disponible.

Sources : Drass, Ddass, SCHS, 2007.

Références citées

- ¹ Il s'agit des arrêtés d'insalubrité qui n'ont pas (encore) donné lieu à un arrêté constatant la conformité de la réalisation des travaux prescrits et leur date d'achèvement. Cet arrêté prononce la mainlevée de l'arrêté d'insalubrité et, le cas échéant, celle de l'interdiction d'habiter.
- ² DGUHC/IUH3, DGS/SD7C. *Questionnaire relatif aux actions engagées pour lutter contre l'habitat indigne, année 2005 - Eléments d'analyse*. Pôle national de lutte contre l'habitat indigne, 2007.
- ³ Evalué à partir des chiffres fournis par l'Agence nationale de l'habitat concernant spécifiquement les subventions pour sortie d'insalubrité et de péril, ainsi que celles affectées à la suppression du risque «plomb» dans l'habitat (en ne retenant, pour ces dernières, que les immeubles faisant l'objet d'une réhabilitation complète).

Définitions

De l'arrêté d'insalubrité à l'arrêté de mainlevée

Lorsqu'un logement est suspecté d'être insalubre, une *enquête d'insalubrité* est réalisée par la Ddass ou, s'il existe, par le Service communal d'hygiène et de santé (SCHS) - au nombre de 87 en Ile-de-France en 2006.

La Ddass ou le SCHS peut s'autosaisir ou être saisie par le maire, le président de l'établissement public de coopération intercommunale compétent en matière de logement ou d'urbanisme, ou tout occupant concerné. Toute personne, association, travailleurs sociaux, représentant d'une collectivité peut également signaler une situation présumée d'insalubrité aux services de l'Etat compétents, lesquels ont seuls qualité pour engager la procédure.

Si l'enquête d'insalubrité conclut au caractère insalubre du logement, le préfet, après consultation des personnes concernées (propriétaires et occupants) et avis de la commission départementale compétente en matière d'environnement, de risques sanitaires et technologiques, prononce un *arrêté d'insalubrité* et prescrit les mesures nécessaires pour y remédier.

En fonction de l'importance et de la nature des travaux à réaliser, l'insalubrité peut être considérée comme *remédiable* ou non. Si elle est déclarée *irremédiable*, le préfet est tenu de prononcer l'interdiction définitive d'habiter les lieux. Si l'insalubrité est remédiable, le préfet est tenu de prescrire les mesures appropriées pour mettre fin à l'insalubrité, c'est-à-dire une liste de travaux à réaliser ainsi que leur délai d'exécution, et le cas échéant de prononcer l'interdiction temporaire d'habiter les lieux.

Si les mesures prescrites n'ont pas été exécutées dans le délai imparti, le propriétaire est mis en demeure et les mesures peuvent être exécutées d'office (*travaux d'office*) par le maire ou le préfet, aux frais du propriétaire s'il est solvable, ou de l'Etat dans le cas contraire.

Lorsque la conformité de la réalisation des travaux prescrits est constatée, un second arrêté prononce la *mainlevée de l'arrêté d'insalubrité*.

Les différentes procédures en matière d'insalubrité à l'origine d'arrêtés préfectoraux :

- la procédure d'insalubrité (au titre de l'article L 1331-26 du Code de la Santé Publique)
- la procédure relative aux périmètres d'insalubrité (article L 1331-25 du Code de la Santé Publique)
- la procédure relative au surpeuplement et à l'utilisation inappropriée des locaux (articles L 1331-23 et L 1331-24 du Code de la Santé Publique)
- la procédure de mise en demeure visant à interdire la mise à disposition de caves, sous-sols, combles ou locaux dépourvus d'ouverture (article L 1331-22 du Code de la Santé Publique)
- la procédure qui peut être utilisée en cas d'urgence, pour le respect des règles d'hygiène dans l'habitat (article L 1311-4 du Code de la Santé Publique)
- la procédure de mainlevée de l'arrêté d'insalubrité (article L 1331-28-3 du Code de la Santé Publique)

29.2 Améliorer la prévention du saturnisme chez l'enfant et la femme enceinte, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués

Contexte

Le saturnisme désigne l'intoxication par le plomb qui s'accumule dans l'organisme et perturbe les fonctions neurologiques, rénales et hématologiques. Chez les très jeunes enfants, cela se traduit par un retard du développement psychomoteur. A très forte dose, l'intoxication peut être mortelle. Les symptômes sont peu spécifiques et le diagnostic est difficile à établir. Un dosage du plomb dans le sang, appelé plombémie, est indispensable pour établir l'existence d'une intoxication. Un cas de saturnisme se définit par une plombémie supérieure à 100 microgrammes par litre de sang. Les sources d'exposition au plomb sont multiples, mais la première cause d'intoxication est l'exposition aux peintures contenant du plomb. Les populations à risque sont les enfants, notamment ceux âgés de moins de 6 ans, et les femmes enceintes¹. Les populations les plus exposées au risque de contamination sont celles qui résident dans des logements anciens (antérieurs à 1949, année d'interdiction des peintures au plomb), en travaux, mal rénovés ou dégradés. La lutte contre l'habitat présentant un risque d'exposition au plomb constitue l'un des volets de la lutte contre l'habitat indigne. Suite à la découverte en 1985 de cas de saturnisme chez de jeunes enfants à Paris et en Seine-Saint-Denis, une lutte contre le saturnisme infantile s'est progressivement mise en place en Ile-de-France. Un système de surveillance du saturnisme infantile a été créé en 1992 et le saturnisme a été inscrit comme priorité régionale de santé publique en 1996².

Faits marquants en Ile-de-France

- > L'Ile-de-France, première région en nombre de cas de saturnisme dépistés parmi les moins de 18 ans, avec plus de la moitié des cas nationaux en 2006.
- > Un dépistage insuffisant et encore trop localisé dans quelques arrondissements parisiens et dans certaines communes de Seine-Saint-Denis, alors que les zones potentiellement à risque sont plus largement réparties sur le territoire régional.
- > Absence de données de routine régionales sur le dépistage des femmes enceintes.

Les zones potentiellement à risque

Un Francilien sur dix est âgé de 0 à 6 ans.

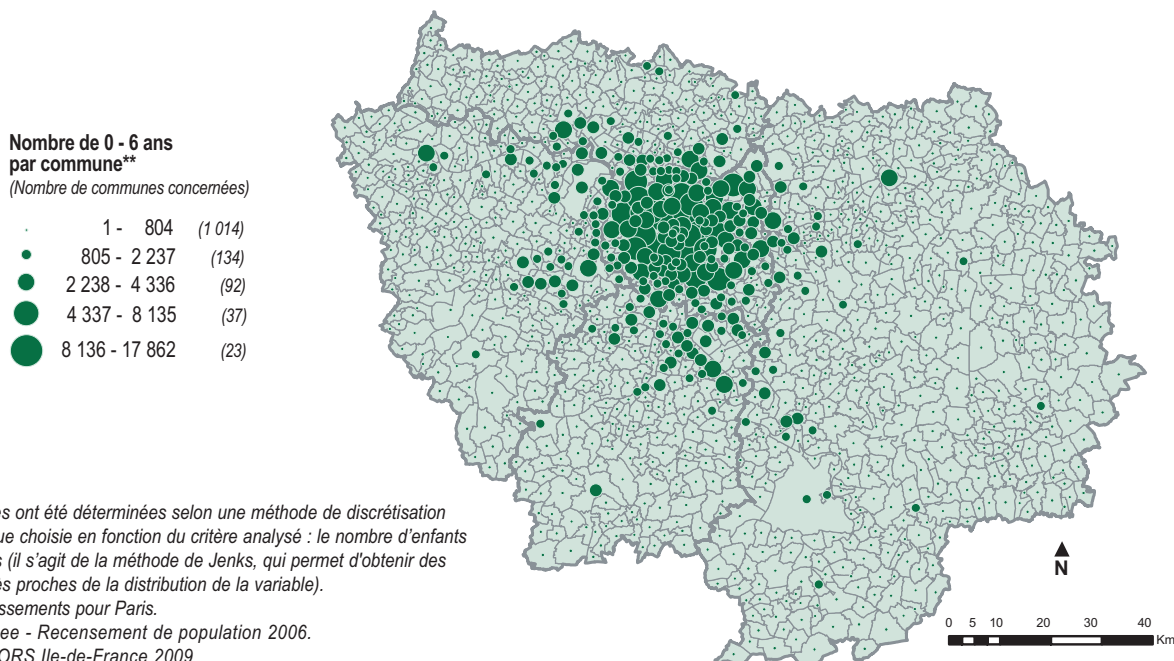
Les enfants, et plus particulièrement ceux âgés de moins de 6 ans, constituent une population à risque d'intoxication au plomb pour plusieurs raisons :

- les enfants en bas âge ont tendance à tout porter à la bouche, ingérant ainsi une grande quantité de poussières et d'écaillures de peinture ;
- près de 50% du plomb ingéré par l'enfant passe dans le sang (seulement 10% pour l'adulte) ;
- les effets toxiques du plomb sont plus sévères chez l'enfant que chez l'adulte ;

- le plomb passe la barrière placentaire et l'intoxication peut commencer dès la vie intra-utérine.

En 2006, plus d'un million d'enfants âgés de 0 à 6 ans (1 096 856) résident en Ile-de-France³, soit près de 10% de la population francilienne (11 532 409 d'habitants). La plupart d'entre eux résident en zone centrale (carte 1), en particulier dans le 19^{ème} arrondissement parisien et dans huit autres arrondissements situés en périphérie de la capitale (sauf le 14^{ème} et le 12^{ème}), ainsi qu'à Saint-Denis, Argenteuil et Montreuil - arrondissements et communes⁴ où l'effectif des 0-6 ans est supérieur à 9 730.

carte 1 Répartition des enfants de 0-6 ans en Ile-de-France en 2006*



L'Ile-de-France compte 1,5 million de résidences principales construites avant 1949.

L'Ile-de-France se caractérise par une forte densité de logements antérieurs à 1949. Parmi les 5,2 millions de logements franciliens recensés par l'Insee en 2006³, près de 4,8 millions correspondent à des résidences principales, parmi lesquelles 1,5 million sont antérieures à 1949. La plupart de ces logements sont situés en zone centrale ainsi que dans quelques communes de grande couronne (carte 2).

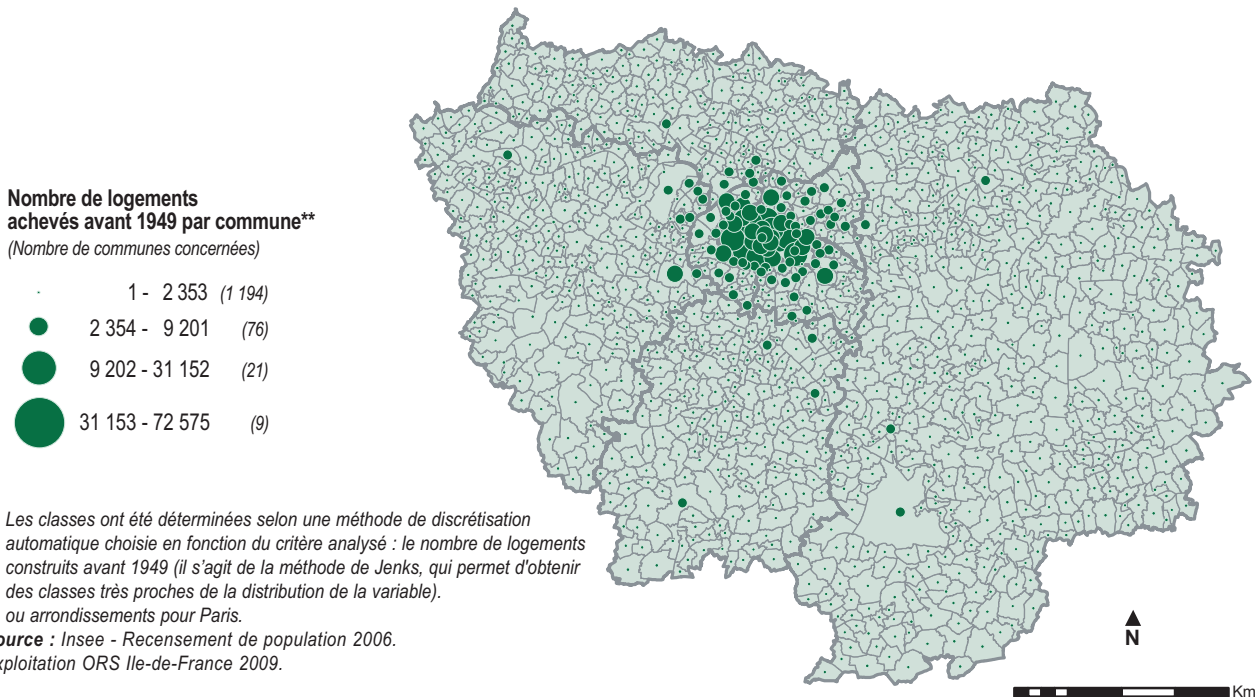
A noter : les communes⁴ comportant plus de 40 761 logements achevés avant 1949 sont toutes des arrondissements parisiens (le 10^{ème}, le 11^{ème} et les arrondissements situés en périphérie de la capitale, sauf le 19^{ème} et le 13^{ème})

Au final, lorsqu'on superpose les deux cartes, 77 communes⁴ franciliennes apparaissent comme

plus particulièrement à risque⁵ : quinze arrondissements parisiens (hormis les 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 6^{ème}), 53 villes de proche couronne (22⁶ dans les Hauts-de-Seine dont Boulogne, 17⁷ en Seine-Saint-Denis dont Saint-Denis, 14⁸ dans le Val-de-Marne) et 15 communes de grande couronne (Chelles, Meaux et Melun en Seine-et-Marne ; Chatou, Houilles, Mantes-la-Jolie, Saint-Germain-en-Laye, Sartrouville et Versailles dans les Yvelines ; Corbeil-Essonnes, Etampes et Savigny-sur-Orge en Essonne ; Argenteuil, Pontoise et Sannois dans le Val-d'Oise).

Outre le croisement entre la population francilienne de 0-6 ans et le parc de logements franciliens antérieurs à 1949, le groupe projet prévoit la prise en compte du PPPI (cf. objectif 29) afin d'affiner les indicateurs de l'objectif 29.2 du PRSP.

carte 2 Répartition des logements antérieurs à 1949, en Ile-de-France en 2006*



Les cas de saturnisme dépistés

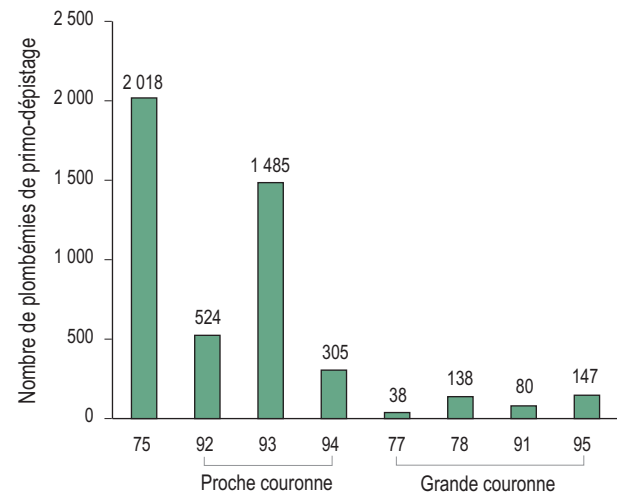
Le dépistage du saturnisme s'effectue en fonction de l'existence présumée de facteurs de risque - comme le fait d'habiter dans un logement antérieur à 1949 - et dans un but de prévention et de soins. Il s'agit d'un dépistage ciblé, qui n'informe donc que sur la population ayant fait l'objet du dépistage.

Un dépistage insuffisant, ciblé sur une partie des zones à risque

Parmi les 4 735 primo-dépistages réalisés chez les moins de 18 ans en Ile-de-France en 2006, près des trois quarts ont été effectués à Paris et en Seine-Saint-Denis (respectivement 43% et 31%) (fig.1).

Le dépistage est donc très localisé alors que les zones à risque sont plus largement réparties sur le territoire régional, en particulier dans les autres départements de petite couronne, mais aussi dans certaines villes de grande couronne (cartes 1 et 2).

fig.1 Répartition des plombémies de primo-dépistage chez les jeunes de moins de 18 ans en Ile-de-France, en 2006



Source : InVS - Système national de surveillance (mise à jour : mai 2009).

Une incidence élevée en Ile-de-France

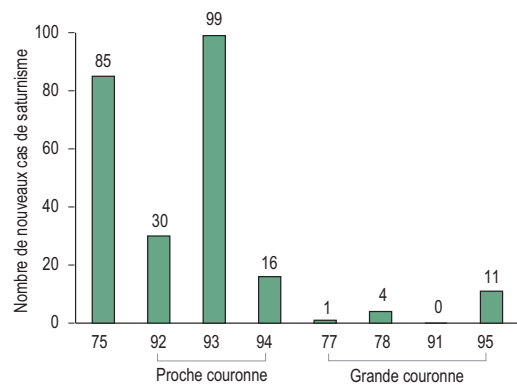
L'Ile-de-France est la première région en nombre de cas de saturnisme dépistés avec, en 2006, plus de la moitié des cas nationaux⁹.

En 2006, 246 nouveaux cas de saturnisme ont ainsi été déclarés en Ile-de-France chez les moins de 18 ans, que ce soit lors d'un primo-dépistage ou d'une consultation de suivi¹⁰.

Près de 75% de ces cas ont été identifiés en Seine-Saint-Denis et à Paris (respectivement 99 et 85 cas) (fig.2).

Ces différences entre départements s'expliquent en grande partie par l'activité de dépistage et par l'importance de l'habitat ancien.

fig.2 Répartition des nouveaux cas de saturnisme chez les jeunes de moins de 18 ans en Ile-de-France, en 2006



Source : InVS - Système national de surveillance (mise à jour : mai 2009).

Implication des autres sources d'exposition au plomb dans les cas de saturnisme infantile

Parmi les autres sources de plomb, l'eau de boisson distribuée par des canalisations en plomb constitue un facteur influençant la plombémie de l'enfant¹¹. «Cependant, le risque d'intoxication au plomb par l'eau de distribution publique en Ile-de-France doit être relativisé : en effet, **ces dernières années, un seul cas de saturnisme infantile dans lequel le plomb d'origine hydrique est suspecté d'avoir une part, a été mis en évidence.**»¹²

En 2006, sur les 1 200 analyses de plomb effectuées au robinet du consommateur en Ile-de-France¹², 7% dépassaient le seuil réglementaire (25 microgrammes/litre), le double - soit 14% - si l'on se réfère aux limites de qualité de l'OMS qui s'imposeront en France en 2013 (10 microgrammes/litre).

«Les caractéristiques de l'eau en Ile-de-France sont peu favorables à une forte dissolution du plomb des canalisations. D'où le faible nombre de cas. Quelques analyses

dépassent le seuil réglementaire, mais ce seuil est très bas par rapport au risque sanitaire réel¹³.»

Les sites industriels, en activité ou non, constituent aussi une des principales sources d'exposition au plomb pour l'enfant (portage main bouche, poussières, pollution atmosphérique, potager familial contaminé) et la femme enceinte¹⁴. Cependant, si le risque est potentiellement bien présent en Ile-de-France, aucun cas de saturnisme infantile n'est officiellement identifié comme lié à la présence d'un site.

Autres sources potentielles d'exposition au plomb : khôl et céramiques artisanales, ainsi que quelques produits utilisés en médecine traditionnelle (ayurvédique par exemple)¹⁵.

Enfin, il semblerait qu'en Ile-de-France, comme en France, le nombre de cas de saturnisme infantile de source de contamination inconnue ne soit pas négligeable (de l'ordre de 6% au niveau national)¹⁵.

Références citées

- Conférence de consensus «Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte - Prévention et prise en charge médico-sociale». Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Société française de pédiatrie, Société française de santé publique. Lille. Novembre 2003.
- Atlas de la santé en Ile-de-France. 2005. Disponible sur Internet : <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante/fen_atlas.htm>.
- Source : Insee - Recensement de population 2006.
- Chaque arrondissement parisien étant considéré comme une commune.
- Il s'agit des communes franciliennes qui satisfont aux deux critères suivants : effectif d'enfants de 0-6 ans supérieur à 2 237 et nombre de logements achevés avant 1949 supérieur à 2 353.
- 92 : Antony, Asnières-sur-Seine, Bois-Colombes, Boulogne-Billancourt, Châtenay-Malabry, Clamart, Clichy, Colombes, Courbevoie, La Garenne-Colombes, Gennevilliers, Issy-les-Moulineaux, Levallois-Perret, Malakoff, Meudon, Montrouge, Nanterre, Neuilly-sur-Seine, Puteaux, Rueil-Malmaison, Saint-Cloud, Suresnes
- 93 : Aubervilliers, Aulnay-sous-Bois, Bagnolet, Le Blanc-Mesnil, Bondy, La Courneuve, Drancy, Epinay-sur-Seine, Gagny, Livry-Gargan, Montreuil, Noisy-le-Sec, Pantin, Saint-Denis, Saint-Ouen, Stains, Villemonble
- 94 : Alfortville, Champigny-sur-Marne, Charenton-le-Pont, Choisy-le-Roi, Fontenay-sous-Bois, Ivry-sur-Seine, Maisons-Alfort, Nogent-sur-Marne, Le Perreux-sur-Marne, Saint-Maur-des-Fossés, Villejuif, Villeneuve-Saint-Georges, Vincennes, Vitry-sur-Seine
- LECOFFRE C., BRETIN P. Description des cas de saturnisme de l'enfant survenus au cours de l'année 2006. Note technique, InVS, mai 2008.
- Outre le repérage de nouveaux cas de saturnisme, le primo-dépistage permet le suivi d'enfants à risque. Une plombémie inférieure au seuil de 100 microgrammes par litre de sang ne permettant pas d'exclure totalement une exposition au plomb, un suivi est alors recommandé via des plombémies régulières tant que les facteurs de risque persistent dans l'environnement de l'enfant (tous les 6 mois à 1 an) jusqu'à l'âge de 6 ans. Un enfant à risque peut donc être identifié comme nouveau cas de saturnisme lors d'une consultation de suivi.
- Données d'imprégnation de la population française par le plomb. Données synthétiques. InVS. Disponible sur Internet : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/saturnisme/default.htm> (Consulté le 16 janvier 2008).
- Les contrôles réalisés pour la sécurité du consommateur. Le plomb. In La qualité de l'eau au robinet du consommateur d'Ile-de-France en 2006, Préfecture de la Région Ile-de-France, Ddass - Drass d'Ile-de-France - Santé-Environnement, juillet 2007, pp. 13-14.
- Sources : Drass, Ddass d'Ile-de-France, 2008.
- L'intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte : dépistage, prise en charge. Guide pratique. Environnement et santé. Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction générale de la santé, 2006.
- SCHAPIRO E., BRETIN P. Sources inhabituelles d'intoxication par le plomb chez l'enfant et la femme enceinte. Note technique. InVS, Département santé environnement, 2006.

29.3 Prévenir les intoxications au monoxyde de carbone et les allergies

Contexte

Le monoxyde de carbone (CO) se présente sous la forme d'un gaz incolore et inodore. Après inhalation, il se fixe à l'hémoglobine du sang. Lorsqu'il est inhalé à forte dose, le CO peut être mortel. Il constitue la première cause de mortalité par intoxication en France¹. Or les symptômes liés à une intoxication au CO sont peu spécifiques : fatigue, maux de tête, nausées, vertiges, pouvant aller jusqu'à des formes neurologiques et cardio-vasculaires graves. Ce manque de spécificité est à l'origine de difficultés quant à l'établissement du diagnostic d'intoxication. De ce fait, le nombre de cas d'intoxications au CO est encore mal évalué. La formation du CO est liée à la combustion incomplète de composés organiques (gaz, bois, pétrole). Les principales causes d'intoxications accidentelles sont d'origine domestique, liées à l'utilisation d'appareils à combustion (chaudières, chauffe-eau, cuisinières, etc.). Un système national de surveillance des intoxications au CO a été mis en place en France au milieu des années 1980, puis rénové en 2005.

Concernant les allergies, quelques informations portant sur les enfants scolarisés figurent dans le cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire menées par la Drees au niveau national, mais les résultats régionaux ne sont pas disponibles à ce jour. Elles ne seront donc pas développées dans cette fiche.

Faits marquants en Ile-de-France

- > En 2006, 206 affaires d'intoxication au CO en Ile-de-France, à l'origine de 13 décès (y compris lors d'incendies).
- > Des intoxications plus fréquentes dans l'habitat individuel.
- > Les appareils à combustion de type chaudière et chauffe-eau souvent en cause.
- > Un dispositif national de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone réformé en 2005.

Les cas d'intoxications au monoxyde de carbone

En 2006, 206 affaires² d'intoxications au CO ont été enregistrées en Ile-de-France (tab.1) impliquant 474 personnes, en particulier des moins de 15 ans et des adultes de 25-44 ans. Les manifestations cliniques étaient généralement peu sévères. Néanmoins, parmi les 474 personnes impliquées, 52 ont été hospitalisées et 13 sont décédées par intoxication au CO. La mortalité par intoxication au CO doit toutefois être interprétée avec prudence : d'une part les décès par intoxication au CO lors d'incendies étaient souvent pris en compte dans les données de 2006, d'autre part la mortalité varie en fonction du nombre de personnes présentes sur le lieu de survenue de l'accident.

tab.1 Nombre d'affaires² d'intoxications au CO en Ile-de-France entre 2005 et 2007*, par département

	2005	2006	2007
Paris	38	32	40
Seine-et-Marne	30	16	21
Yvelines	14	21	26
Essonne	22	34	19
Hauts-de-Seine	22	29	22
Seine-Saint-Denis	33	36	52
Val-de-Marne	25	17	37
Val-d'Oise	21	21	15
Ile-de-France	205	206	234**

*L'augmentation du nombre d'affaires d'intoxications au CO entre 2005 et 2007 reflète pour partie l'amélioration du système de signalement.

**En 2007, les données départementales sont manquantes pour deux affaires (total des départements : 232 affaires).

Source : Cire Ile-de-France, 2008.

Les circonstances des intoxications

Des intoxications plus fréquentes dans l'habitat

En 2006, les affaires² d'intoxications au CO ont eu lieu majoritairement dans l'habitat individuel (77%)³, les autres sources potentielles d'intoxication (incendie, lieu de travail...) étant marginales.

Les appareils à combustion souvent en cause

Lors des intoxications au CO, les appareils à combustion de type chaudières et chauffe-eau sont souvent en cause (respectivement 49,6% et 19,5% des affaires en 2006). Il peut s'agir d'une mauvaise évacuation des gaz brûlés et/ou d'un dysfonctionnement de l'appareil.

Des dispositifs de sécurité insuffisants, nécessitant de disposer de détecteurs de CO

En 2006, une analyse⁴ des causes d'intoxications au CO en région parisienne (Paris et proche couronne) montre que

«dans 61% des cas, ce sont des installations alimentées en gaz raccordées à un conduit de fumée qui sont impliqués». En cause, le refoulement des gaz de combustion des appareils, malgré la présence obligatoire depuis 1996 dans tous les appareils de chauffage ou de production d'eau chaude raccordés à un conduit de fumée à tirage naturel, d'une sécurité anti-refoulement qui se déclenche lors d'une élévation de température. Or il semblerait que des inversions de tirage puissent se produire sans hausse de température, provoquées soit par un dispositif d'extraction mécanique (hotte de cuisine, ventilateur...), soit par des conditions météorologiques particulières... Dans l'attente d'une solution technique, une proposition de loi visant à rendre obligatoire l'installation de détecteurs de CO dans tous les lieux d'habitation a été déposée en septembre 2005⁵.

Références citées

¹ DGS. *Intoxications par le monoxyde de carbone, enquête nationale*. 2002.
² L'analyse des données différencie d'une part les «affaires», soit l'intoxication au CO d'une ou plusieurs personnes exposées au même moment sur un même lieu, et d'autre part la description des personnes intoxiquées.
³ Evolution du nombre d'affaires d'intoxications au monoxyde de carbone entre 2005 et 2007 en Ile-de-France. In *Les intoxications au monoxyde de carbone en Ile-de-France*, Drass Ile-de-France, 2008, pp.3-4.
⁴ DELAUNAY C. Une des causes d'intoxication en région parisienne... In *Les intoxications au monoxyde de carbone en Ile-de-France*, Drass Ile-de-France, 2008, p.5.
⁵ <http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/detecteur_fumee_habitations.asp>.

En Ile-de-France, l'amélioration de la qualité de l'environnement constitue l'un des trente objectifs régionaux du plan de santé publique.

Définie à partir des actions prioritaires du Plan régional santé environnement (PRSE), elle repose sur l'amélioration de la qualité de l'air par une meilleure maîtrise du risque industriel (objectif spécifique 30.1), la réduction des risques infectieux à travers la limitation de la pollution des eaux (objectif 30.2), la protection des captages d'eau potable (objectif spécifique 30.3) et la réduction de l'incidence de la légionellose (objectif 30.5), mais aussi la prise de conscience des nuisances liées au bruit (objectif 30.4).

Les objectifs spécifiques déclinant l'objectif 30 sont, de fait, très diversifiés.

Dans ce cadre et en l'absence de production en routine d'un indicateur global permettant d'appréhender la qualité de l'environnement, des indicateurs de suivi ont été définis pour chacun des objectifs spécifiques de l'objectif 30.

30.1 Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle

Contexte

La région Ile-de-France est caractérisée par un réseau routier très dense et constitue la première région industrielle de France. De ce fait, la qualité de l'air extérieur représente un enjeu majeur de santé publique pour la région francilienne. Les sources d'émissions de polluants y sont multiples¹.

Afin de lutter contre les effets sanitaires de certaines substances toxiques, une circulaire du 13 juillet 2004² propose une stratégie nationale de réduction de leurs émissions aériennes d'origine industrielle à l'horizon 2010.

Identifiée comme l'une des actions phares du Plan national santé environnement (PNSE), cette stratégie nationale est inscrite dans le Plan régional santé environnement d'Ile-de-France (PRSE) et le PRSP Ile-de-France. L'objectif régional³ vise à réduire les émissions dans l'air, canalisées et diffuses, des installations concernées, de manière à ce que les objectifs globaux (nationaux) d'émission soient atteints.

Les substances visées sont au nombre de six : plomb, cadmium, mercure, benzène, chlorure de vinyle monomère et dioxines. Elles ont été déterminées par la Commission d'orientation du PNSE⁴.

Ces substances sont à l'origine de pathologies diverses de gravité variable. Certaines sont cancérigènes (cadmium, benzène, chlorure de vinyle monomère et dioxines) -, et ce dès les niveaux d'exposition les plus faibles.

Faits marquants en Ile-de-France

Emissions aériennes des installations industrielles *situées en grande couronne* en 2007 :

- > 5,6 tonnes d'une substance cancérigène avérée, le benzène, émises dans l'air -, soit 1% de moins qu'en 2000.
- > Réduction marquée du volume de dioxines rejetées entre 2000 et 2007 (-67%), en lien avec la mise aux normes des incinérateurs de déchets ménagers.
- > Des données non exhaustives, en particulier pour les métaux lourds.

Emissions aériennes d'origine industrielle des substances visées par la circulaire du 13 juillet 2004

En 2007, les installations industrielles situées en grande couronne ont été à l'origine de 5,6 tonnes d'émissions aériennes d'un composé organique volatil (Cov), le benzène (tab.1) -, soit 1% de moins qu'en 2000⁵.

La relative stabilité de quantité de benzène émis dans l'air par les sites industriels de grande couronne entre 2000 et 2007 doit être considérée dans le contexte global de baisse des émissions aériennes de composés organiques volatils (-46% en France entre 1988 et 2004). Cette diminution est liée aux progrès technologiques et aux normes mises en place sur les carburants (diminution du taux de benzène dans les carburants), à l'origine d'une évolution de la répartition par secteur d'activité des émissions aériennes de Cov, le secteur routier devenant minoritaire par rapport à l'industrie¹.

Concernant les dioxines, la faible quantité des émissions aériennes issues des installations industrielles (2 grammes en grande couronne en 2007) doit être rapprochée :

- de la dose journalière admissible, fixée en France pour chaque individu à 10^{-12} g/kg de poids corporel ; cette limite « repose sur l'hypothèse selon laquelle il existe un seuil de toxicité en dessous duquel l'exposition aux dioxines n'a pas de conséquences sur la santé » ; elle est toutefois controversée au sein de la communauté scientifique - certains organismes comme l'US EPA (agence américaine de l'environnement) considérant « qu'il n'existe pas de seuil en dessous duquel l'ingestion de dioxines n'a pas d'effet »⁶ ;

- de la détermination en 2000⁷ d'une valeur limite fixée à 10^{-10} g/m³ pour les émissions de dioxines issues des usines d'incinération, principale source d'émissions de dioxines, à l'origine d'une baisse marquée du volume émis entre 2000 et 2007 (-67% en grande couronne) en lien avec la mise aux normes des incinérateurs des déchets ménagers au regard de ce seuil.

Les quantités figurant dans le tableau 1 doivent être considérées à titre indicatif, car elles ne reflètent pas l'ensemble des émissions industrielles rejetées dans l'air en Ile-de-France, en particulier pour des substances comme les métaux lourds, pour lesquelles il existe encore très peu de mesures à l'heure actuelle.

tab.1 Emissions aériennes des substances toxiques d'origine industrielle visées par la circulaire du 13 juillet 2004², sur la base des données disponibles en grande couronne, en Ile-de-France en 2007

	Quantité émise en 2007 (en kg)	% de réduction par rapport à l'année 2000 ⁵
Métaux lourds :		
Cadmium	79	Nd*
Mercur	31	-76%
Plomb	569	-83%
Composés organiques volatils :		
Benzène	5 579	-1%
Chlorure de vinyle monomère	Nd*	Nd*
Dioxines	0,002	-67%

*Non disponible.
Source : Drire, 2009.

Références citées

- GRANGE D., HOST S., GREMY I. *Les composés organiques volatils (Cov) : Etat des lieux*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, décembre 2007.
- Circulaire du 13 juillet 2004 relative aux installations classées. Stratégie de maîtrise et de réduction des émissions atmosphériques toxiques pour la santé.
- Plan Régional Santé Environnement Ile-de-France - PRSE approuvé le 18 septembre 2006. Préfecture de la région d'Ile-de-France, 2006.
- Plan National Santé Environnement - Rapport final de la commission d'orientation. 12 février 2004, 256p.
- En 2000, un cadastre des émissions de polluants atmosphériques (dont les polluants industriels) a été réalisé par Airparif à la demande de la Drire. L'actualisation de cet inventaire par Airparif est prévue dans le cadre du Plan régional sur la qualité de l'air (résultats disponibles à partir de 2008), avec un objectif de mise à jour tous les deux ans par la suite.
- HOST S., FRANCONI A., CAMARD JP., LEFRANC A. Dioxines en Ile-de-France : état des connaissances. *Note rapide sur l'environnement et la santé*, Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006, n°417.
- Directive n° 2000/76/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 décembre 2000 sur l'incinération des déchets, traduite en droit français par les arrêtés ministériels du 20 septembre 2002 relatifs, d'une part, aux installations d'incinération et de co-incinération de déchets non dangereux et aux installations incinérant des déchets d'activités de soins à risques infectieux et, d'autre part, aux installations d'incinération et de co-incinération de déchets dangereux.

30.2 Limiter les pollutions des eaux dues aux pesticides et à certaines substances potentiellement dangereuses

Contexte

Composée à 80% d'espaces naturels et ruraux, l'Ile-de-France est une région consommatrice de pesticides, en particulier pour l'agriculture, l'entretien des parcs et jardins publics et privés, mais aussi du réseau routier et ferroviaire.

Les pesticides, appelés également produits phytosanitaires, sont des substances chimiques permettant de lutter contre les maladies des végétaux, les animaux ravageurs et les mauvaises herbes. Ils regroupent près de 3 800 spécialités, classées en fonction de la cible vers laquelle elles sont plus particulièrement destinées (herbicides, insecticides, fongicides, némacides, etc.) ou selon leur composition chimique (pesticides organo-phosphorés, carbamates, phénoxy, urées, pour ne citer que les principales).

L'eau est le milieu dans lequel les pesticides s'accumulent le plus facilement et durablement. Les travaux conduits sous l'impulsion du groupe régional «Phyt'eaux propres Ile-de-France»¹ piloté, par la Driaf et la Diren, ont permis d'améliorer les connaissances sur la contamination des eaux superficielles et souterraines à l'échelle de la région. Les résultats mettent en évidence une dégradation importante de la qualité de la ressource du fait des produits phytosanitaires, tant pour les eaux souterraines que pour les eaux de surface. Or, en Ile-de-France, 28% de la population reçoit des eaux d'origine souterraine, 44% des eaux de rivière dites «eaux de surface», et 28% des eaux mélangées des deux origines².

Les effets sanitaires des pesticides « sont surtout connus dans le cas d'intoxications professionnelles aiguës où ils sont à l'origine de troubles nerveux, digestifs, cardio-vasculaires ou musculaires. La connaissance de l'action à long terme des pesticides sur la santé humaine est encore aujourd'hui incomplète. Certains sont suspectés d'entraîner des effets cancérigènes, tératogènes³ et d'être des perturbateurs endocriniens⁴. Par ailleurs, les pesticides peuvent générer des problèmes d'odeur et de goût. »²

Faits marquants en Ile-de-France

- > Pour les pesticides :
 - En 2006, 95% des Franciliens sont alimentés par une eau conforme aux normes de qualité.
 - Plus de la moitié des prélèvements d'eau de surface (60%) et des prélèvements d'eau souterraine (68%) sont de qualité «médiocre» à «mauvaise».
- > Absence de données de routine sur la pollution des eaux due aux autres substances potentiellement dangereuses.

Pesticides : qualité des ressources en eaux souterraines

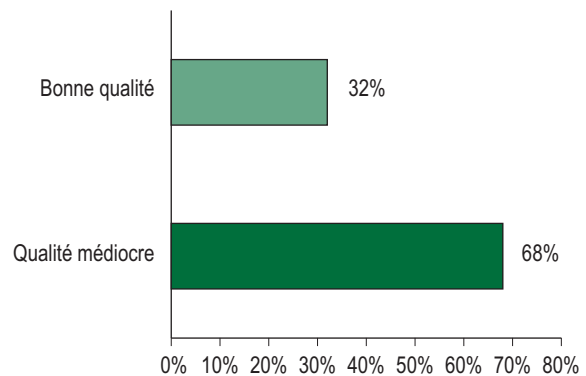
Une contamination préoccupante

Le réseau de suivi de la qualité des eaux souterraines s'appuie sur 82 points de prélèvement en Ile-de-France⁶.

En 2007, la qualité des eaux souterraines analysées au niveau des 82 points de prélèvement franciliens est plus fréquemment de qualité «médiocre», que de «bonne» qualité (68% versus 32%). Or, du fait de l'importance des surfaces imperméabilisées (milieu urbain) en Ile-de-France, les risques de transfert rapide des pesticides vers les eaux de surface ne sont pas négligeables⁷.

Le réseau est actuellement en cours d'évolution afin de répondre aux exigences de la directive-cadre sur l'eau⁸ (suivi plus poussé en fréquence et en nombre de molécules analysées, notamment pour les pesticides) : les prochaines analyses seront disponibles à partir de 2008.

fig.1 Qualité* des eaux souterraines au niveau des points de prélèvement franciliens (2007) (en %)



*La qualité des eaux est classée de manière synthétique et non selon le type d'usage.
Source : Driaf Ile-de-France - Phyt'eaux propres Ile-de-France.

Pesticides : qualité des ressources en eaux superficielles

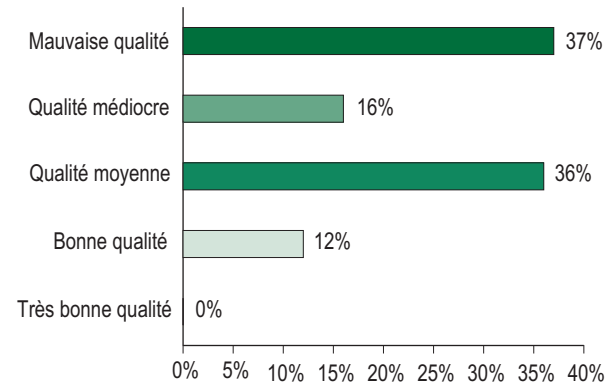
Une qualité toujours peu satisfaisante

Fin 2000, le «réseau phyto» a été mis en place par la Diren d'Ile-de-France afin de mesurer les impacts de la pression phytosanitaire sur les eaux de surface de la région.

Les résultats des quatre campagnes menées de septembre 2006 à août 2007 montrent un état de contamination important et marqué sur la région Ile-de-France. La classification synthétique des analyses réalisées en 2006-2007 indique que 53% des eaux superficielles analysées au niveau des 103 points de prélèvement franciliens sont de qualité «médiocre» à «mauvaise» (fig.2).

Néanmoins, lorsque l'on classe les résultats des analyses selon les normes de qualité des eaux destinées à la consommation humaine, il ressort que 70% des points de prélèvement ont une eau «non conforme - mais sans restriction d'usage nécessaire» (classe B1) : elle peut donc être consommée.

fig.2 Qualité* des eaux superficielles au niveau des points de prélèvement franciliens (2006-2007) (en %)



*La qualité des eaux est classée de manière synthétique et non selon le type d'usage.
Source : Driaf Ile-de-France - Phyt'eaux propres Ile-de-France.

Pesticides : qualité des eaux distribuées

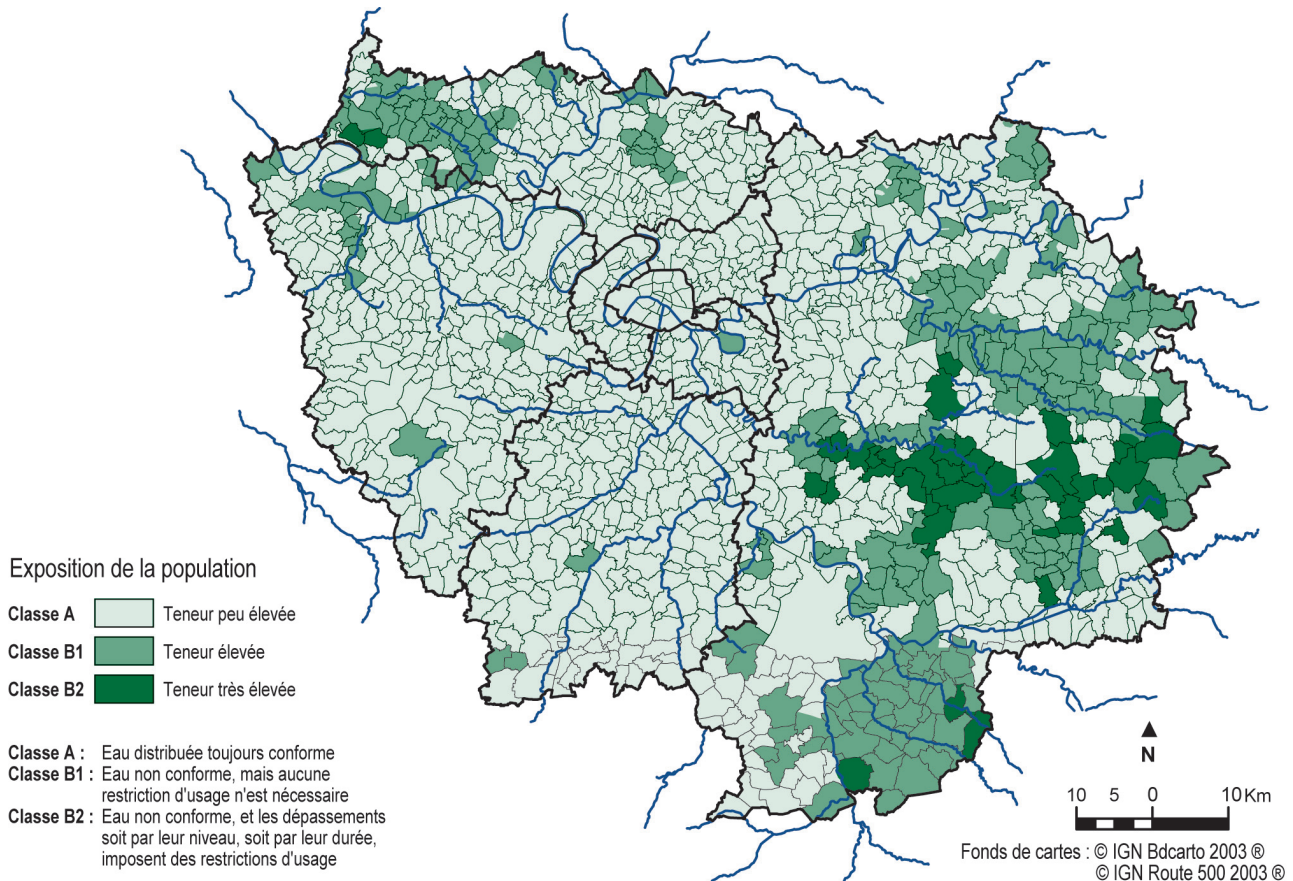
Une qualité optimale pour la majorité des Franciliens

L'eau distribuée aux Franciliens est de bonne qualité. Cependant, cette qualité est obtenue grâce à des traitements importants et coûteux, et non grâce à l'amélioration de la ressource.

En 2006, 95% des Franciliens ont consommé une eau de robinet «toujours conforme» aux limites de qualité, 4% ont reçu une eau «épisodiquement non conforme»

mais ne nécessitant pas de restriction d'utilisation et 0,3% - soit environ 38 000 personnes - ont reçu une eau «non conforme», c'est-à-dire avec une présence fréquente ou importante d'un ou plusieurs pesticides conduisant à une restriction de l'utilisation de l'eau distribuée pour la boisson et la préparation des aliments. Les dépassements des valeurs limites sont survenus essentiellement dans les départements ruraux, en Seine-et-Marne en particulier (carte 1).

carte 1 Qualité de l'eau au robinet du consommateur d'Ile-de-France pour le paramètre pesticides en 2006 : exposition de la population



Sources : Ddass, Drass Ile-de-France, 2007.

Les abandons de captage d'eau pour cause de pesticides

Les données relatives aux abandons de captage sont collectées par les Ddass. Les causes d'abandon de captage sont multiples, mais principalement liées à la dégradation de la qualité des eaux prélevées, devenues inaptes à la production d'eau potable ainsi qu'aux difficultés rencontrées (voire l'impossibilité) pour protéger les captages des pollutions accidentelles (sur ce point, cf. objectif 30.3). La recherche d'une nouvelle ressource doit alors être envisagée.

En 2006, cinq captages ont été abandonnés en Ile-de-France, pour tout ou partie à cause des pesticides (tab.1).

tab.1 Répartition des captages abandonnés en Ile-de-France en 2006 du fait notamment de la présence de pesticides

Paris	0
Seine-et-Marne	4
Yvelines	1
Essonne	0
Hauts-de-Seine	0
Seine-Saint-Denis	0
Val-de-Marne	0
Val-d'Oise	0
Ile-de-France	5

Sources : Ddass, Drass Ile-de-France - Sise-Eau, 2007.

Les autres substances potentiellement dangereuses

Absence de données de routine

Les substances visées sont celles de la directive-cadre sur l'eau⁸, parmi lesquelles figurent des métaux et des

hydrocarbures. Concernant la pollution des eaux due à ces substances, il n'existe pas à l'heure actuelle de données régionales produites en routine.

Références citées

¹ *Info phytos*, DRE, 2006, n°5, 26p.

² Les pesticides. In *La qualité de l'eau au robinet du consommateur d'Ile-de-France en 2006*. Préfecture de la région Ile-de-France, Ddass - Drass d'Ile-de-France - Santé-Environnement, juillet 2007.

³ Effets tératogènes : risques de malformations du fœtus.

⁴ Perturbateurs endocriniens : substances pouvant interférer avec la synthèse, le stockage, la libération, la sécrétion, le transport, l'élimination ou l'action des hormones naturelles.

⁵ Les autres substances dangereuses sont celles visées par la directive européenne 2000/60/CE du 23 octobre 2000, dite directive-cadre sur l'eau.

⁶ Le réseau de suivi de la qualité des eaux souterraines du bassin Seine-Normandie a été mis en place en 1997. Il s'est progressivement étoffé et affiné au fur et à mesure des années et compte aujourd'hui 82 points de prélèvement sur la région Ile-de-France (limites départementales).

⁷ *Plan Régional Santé Environnement Ile-de-France - PRSE approuvé le 18 septembre 2006*. Préfecture de la région d'Ile-de-France, 2006.

⁸ Directive européenne 2000/60/CE du 23 octobre 2000, dite directive-cadre sur l'eau.

Définition

La limite de **qualité de l'eau distribuée au robinet du consommateur concernant la présence de pesticides** est fixée à 0,5 µg/l pour le total des pesticides. Trois classes de qualité existent :

- classe A : «eau conforme aux limites de qualité en permanence», lorsque la teneur en pesticides varie de 0 à 0,5µg/l ;
- classe B1 : «eau épisodiquement non conforme, sans restriction d'utilisation de l'eau», lorsque la teneur en pesticides varie de 0,5 à 5 µg/l ;
- classe B2 : «eau non conforme par présence fréquente ou importante d'un ou plusieurs pesticides conduisant à une restriction d'utilisation de l'eau distribuée pour la boisson et la préparation des aliments», lorsque la teneur en pesticides excède 5 µg/l et/ou la teneur d'un pesticide est supérieur à 0,1 µg/l pendant plus de trente jours.

30.3 Protéger les captages d'eau potable

Contexte

Les captages d'eau potable sont les points de prélèvements d'une eau, d'origine souterraine ou superficielle, destinée à la consommation humaine. Depuis la loi sur l'eau de 1992¹, la mise en place de périmètres de protection est rendue obligatoire pour tous les captages d'eau, sauf s'ils bénéficient d'une protection naturelle. Cette loi impose la création de trois types de périmètres de protection :

- le périmètre de *protection immédiate*, destiné à assurer une protection matérielle du captage contre toute contamination par introduction directe d'un contaminant dans l'eau, qu'elle soit accidentelle ou intentionnelle ;
- le périmètre de *protection rapprochée* visant à maintenir la qualité des eaux à proximité du captage et à permettre un temps de réaction suffisant pour protéger la population en cas de pollution accidentelle à proximité du point de prélèvement, voire pour décontaminer le site avant que la pollution ne parvienne à l'ouvrage ; il délimite la zone à l'intérieur de laquelle les activités pouvant nuire directement ou indirectement à la qualité des eaux peuvent être interdites ou réglementées ; certaines pratiques agricoles sont particulièrement visées telles que l'épandage, le pâturage des troupeaux, l'utilisation de produits phytosanitaires et d'engrais chimiques ;
- le cas échéant, un périmètre de *protection éloignée* à l'intérieur duquel les activités peuvent également être réglementées.

La Déclaration d'utilité publique (DUP) est un dispositif qui instaure formellement les périmètres de protection et permet de fixer des conditions d'exploitation et de protection du point de prélèvement plus importantes que celles prévues par la réglementation générale². Les ouvrages privés alimentant des collectivités publiques peuvent bénéficier, sous certaines conditions, de DUP depuis la dérogation introduite par la loi de santé publique de 2004.

Le Plan national santé environnement (PNSE) prévoit que l'intégralité des captages soit protégée à l'horizon 2010³. Pour atteindre cet objectif en Ile-de-France, 160 ouvrages devront bénéficier d'une procédure de régularisation par an⁴.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Fin 2007, sur les 953 captages alimentant en eau potable la population francilienne, la procédure de DUP est effective pour 29% d'entre eux, et en cours pour 35%.
- > Sur les 761 captages dont la procédure de DUP relève des Ddass franciliennes du fait de leur implantation géographique en Ile-de-France, la DUP est effective pour 35% d'entre eux, et en cours pour 36%.

Les captages d'eau potable protégés par une DUP en Ile-de-France

Fin 2007, parmi les 953 captages de production d'eau collective, publique ou privée, qui alimentent la population francilienne, 280 bénéficient d'une protection par DUP (29% de l'ensemble) et 333 sont en cours de procédure (35%)⁵. La proportion de captages pour lesquels une procédure de DUP a été engagée ou achevée varie d'un département à un autre : 24% pour les captages alimentant en eau potable les habitants de Seine-Saint-Denis, 37% pour ceux alimentant les Parisiens, 54% pour ceux alimentant les habitants de Seine-et-Marne, entre 81% et 94% pour ceux alimentant le Val-d'Oise, les Yvelines ainsi que l'Essonne, et 100% pour les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne.

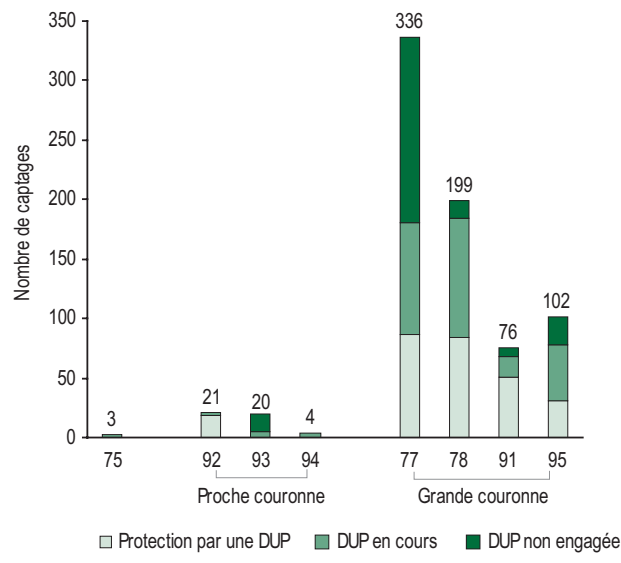
Ces taux sont fortement liés au nombre d'ouvrages dont l'implantation est très inégalement répartie dans les départements : de 3 à 336 suivant les départements franciliens.

Ces constats doivent également être précisés au regard des considérations suivantes :

- Seules les DUP des 761 captages situés en Ile-de-France sont instruites par les Ddass franciliennes.

En effet, la procédure de DUP est réalisée dans le département d'implantation du captage, à l'initiative du maître d'ouvrage du captage. Ainsi, les Ddass instruisent les dossiers de DUP dès lors qu'un maître d'ouvrage a engagé la procédure.

fig.1 Répartition des captages situés en Ile-de-France selon leur département d'implantation et l'état d'avancement des procédures de DUP en 2007 (nombre de captages AEP*, agroalimentaires, y compris les trois fontaines publiques parisiennes)



*Captages dits d'alimentation en eau potable.
Source : Drass Ile-de-France, 2008.

Sur les 953 captages alimentant en eau potable la population francilienne, 761 sont effectivement situés sur le territoire francilien, soit huit captages sur dix. Parmi ceux-ci, 35% sont protégés par une DUP et 36% étaient en cours de procédure fin 2007 (fig.1). A noter le cas particulier de Paris : 99% des ouvrages alimentant la population parisienne sont situés hors de Paris.

Les 192 captages alimentant la population francilienne et implantés hors Ile-de-France se répartissent entre les départements de l'Aube, l'Eure, l'Eure-et-Loir, l'Oise et l'Yonne. Les procédures de protection de ces captages sont gérées par les Ddass de ces départements.

- Les ouvrages privés ne peuvent bénéficier de DUP, sous conditions, que depuis 2004.

Or les ouvrages qui alimentent 80% de la population

francilienne appartiennent à des sociétés privées. Pour ces ouvrages, les procédures, longues, n'ont pu être engagées avant 2004.

- Le volume d'eau débité varie selon les captages, et donc *in fine* la taille de la population alimentée par un captage aussi.

En effet, l'absence de DUP pour un captage de «grand» volume n'a pas les mêmes implications en terme de santé publique que l'absence de DUP pour un captage de «faible» volume. C'est notamment le cas des départements de proche couronne alimentés par un petit nombre de captages privés de «grand» volume.

Le débit d'eau par captage constitue ainsi un critère qui sera prochainement pris en compte par le groupe projet afin d'améliorer les indicateurs de l'objectif 30.3 du PRSP.

Références citées

¹ Loi n°92-3 du 3 janvier 1992 sur l'eau.

² Code de la santé publique : Livre III, Titre II «Sécurité sanitaire des eaux et des aliments», chapitre 1 «Eaux potables».

³ *Plan National Santé Environnement 2004-2008*. Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Ministère de l'Ecologie et du Développement durable, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, Ministère délégué à la Recherche.

⁴ La protection des captages. In *La qualité de l'eau au robinet du consommateur d'Ile-de-France en 2006*, Préfecture de la Région Ile-de-France, Ddass - Drass d'Ile-de-France - Santé-Environnement, juillet 2007.

⁵ Sources : Ddass - Drass d'Ile-de-France - Santé-Environnement, janvier 2008.

30.4 Réduire les nuisances sonores

Contexte

L'impact sanitaire du bruit est la combinaison objective à des sources de bruit et de la perception qu'ont les individus de ces expositions. La perception, à niveau sonore égal, varie selon les individus et le contexte (fréquence du bruit, l'intensité, la durée, la soudaineté, etc.)¹.

Depuis de nombreuses années, le bruit est une préoccupation importante pour les Français, qui le considèrent comme la première nuisance² portant atteinte à leur qualité de vie. Toutefois, même si les nuisances sonores apparaissent comme une pollution du quotidien pour beaucoup, les individus s'inquiètent peu des effets sur leur santé.

Les expositions au bruit peuvent entraîner des effets sanitaires défavorables dont les plus caractéristiques sont les lésions de l'appareil auditif³ (sifflements, acouphènes, surdité réversible ou définitive). En France, cinq millions de personnes sont concernées par une déficience auditive dont deux millions sont âgées de moins de 55 ans⁴.

La gêne occasionnée par le bruit est également susceptible d'avoir des répercussions sanitaires indirectes ou plus subjectives notamment sur le sommeil, le système cardio-vasculaire ou la santé mentale (anxiété, dépression).

Les sources de bruit sont très diversifiées : voisinage, transports, utilisation de différentes machines (engins de chantier, bricolage...), ou encore écoute de musique amplifiée (baladeurs, concerts, discothèques...).

La forte urbanisation caractérisant l'Ile-de-France, notamment dans le centre de la région, contribue à l'amplification des nuisances sonores : concentration de l'habitat, importantes infrastructures de transports (réseau ferré, routier et aérien). Depuis peu, l'Ile-de-France dispose d'un réseau de mesure du bruit qui permettra à terme de mieux connaître l'exposition des personnes au bruit environnemental.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Une gêne liée au bruit davantage ressentie en Ile-de-France qu'en province.
- > L'exposition au bruit subi : révélatrice d'inégalités sociales.
- > En 2006, des discothèques et salles de concert encore non conformes au décret «lieux musicaux» de 1998.
- > Un réseau de mesure du bruit dans l'environnement mis en place en 2007 en Ile-de-France.

La gêne liée au bruit : très présente en Ile-de-France

Les Franciliens sont plus souvent gênés par le bruit que les habitants de province

La gêne ressentie en Ile-de-France est plus importante qu'en province⁵. En effet, 72% des Franciliens se déclarent gênés par le bruit à leur domicile contre 52% des habitants de province. De plus, un Francilien sur quatre déclare l'être «souvent ou en permanence» ; les habitants de province ne sont que 13%¹.

Une gêne ressentie très liée au degré d'urbanisation

La gêne ressentie par les habitants d'Ile-de-France est contrastée en fonction du degré d'urbanisation⁵. En effet, les Parisiens sont 39% à déclarer être «souvent ou en permanence» gênés par le bruit à leur domicile, alors qu'en proche couronne ils sont 25%, et en grande couronne 22% (fig.1). Les conditions de logement influent également fortement sur la gêne ressentie. Les personnes les plus gênées sont celles qui résident dans des logements collectifs, situés à proximité d'infrastructures bruyantes. Plus de la moitié des Franciliens insatisfaits de leur logement se déclarent souvent ou en permanence gênés par le bruit.

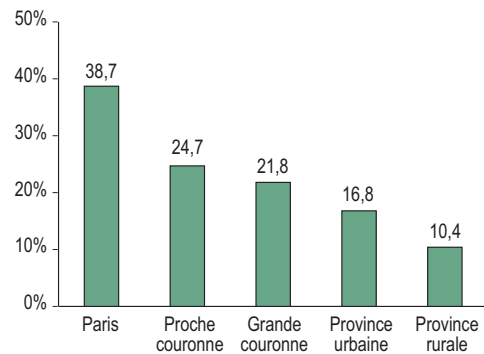
Le bruit subi : révélateur d'inégalités sociales

Les personnes se déclarant les plus gênées par le bruit à leur domicile sont celles dont les revenus du foyer sont les plus faibles. Parmi les Franciliens dont les

revenus mensuels du foyer sont inférieurs à 900 euros par unité de consommation (cf. indicateurs transversaux), 32% se déclarent souvent ou en permanence gênés par le bruit alors qu'il ne sont que 23% parmi les Franciliens dont les revenus par unité de consommation sont supérieurs ou égaux à 1 500 euros.

De plus, les personnes les moins diplômées et ayant les revenus les plus faibles sont les plus nombreuses à déclarer travailler dans un environnement bruyant, en Ile-de-France comme en province.

fig.1 Proportion de personnes se déclarant souvent ou en permanence gênées par le bruit à leur domicile selon leur lieu de résidence, en 2007 (en %)



Source : Inpes - Baromètre santé environnement 2007. Exploitation régionale ORS Ile-de-France, 2009.

De multiples sources de bruit

La circulation routière : première source de gêne

La première source de gêne est la circulation routière, citée par près de la moitié des personnes en Ile-de-France comme en province. Les deux-roues à moteur apparaissent comme une nuisance particulière : 16% des Franciliens et 17% des habitants de province les citent spécifiquement (fig.2).

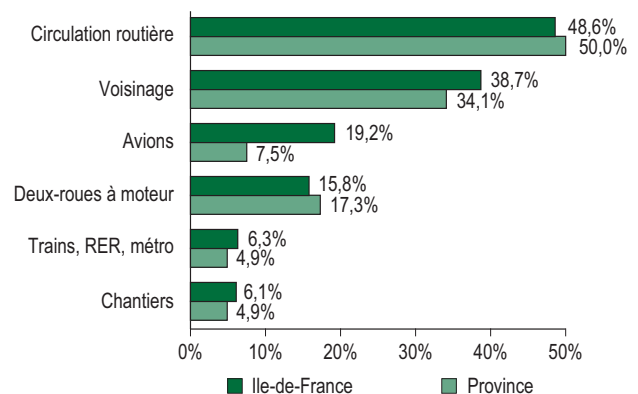
Le bruit du voisinage : très présent en Ile-de-France

Les Franciliens sont plus nombreux à citer les bruits du voisinage comme source de gêne que les habitants de province (39% contre 34%). Les bruits de voisinage sont d'autant plus présents que la densité urbaine est importante. Ainsi, plus on s'éloigne de Paris, plus la gêne diminue. La moitié des Parisiens citent les bruits de voisinage comme source de gêne à leur domicile contre 44% des habitants de proche couronne et 28% de ceux de grande couronne.

Des perceptions différentes selon les sources de bruit

Le ressenti d'effets sanitaires diffère selon les sources de bruit. Les types de bruit que l'on pourrait associer à des «fauteurs de troubles» (voisinage, deux-roues à

fig.2 Sources de gêne citées par les personnes gênées par le bruit à leur domicile, en 2007 (en %)



Source : Inpes - Baromètre santé environnement 2007. Exploitation régionale ORS Ile-de-France, 2009.

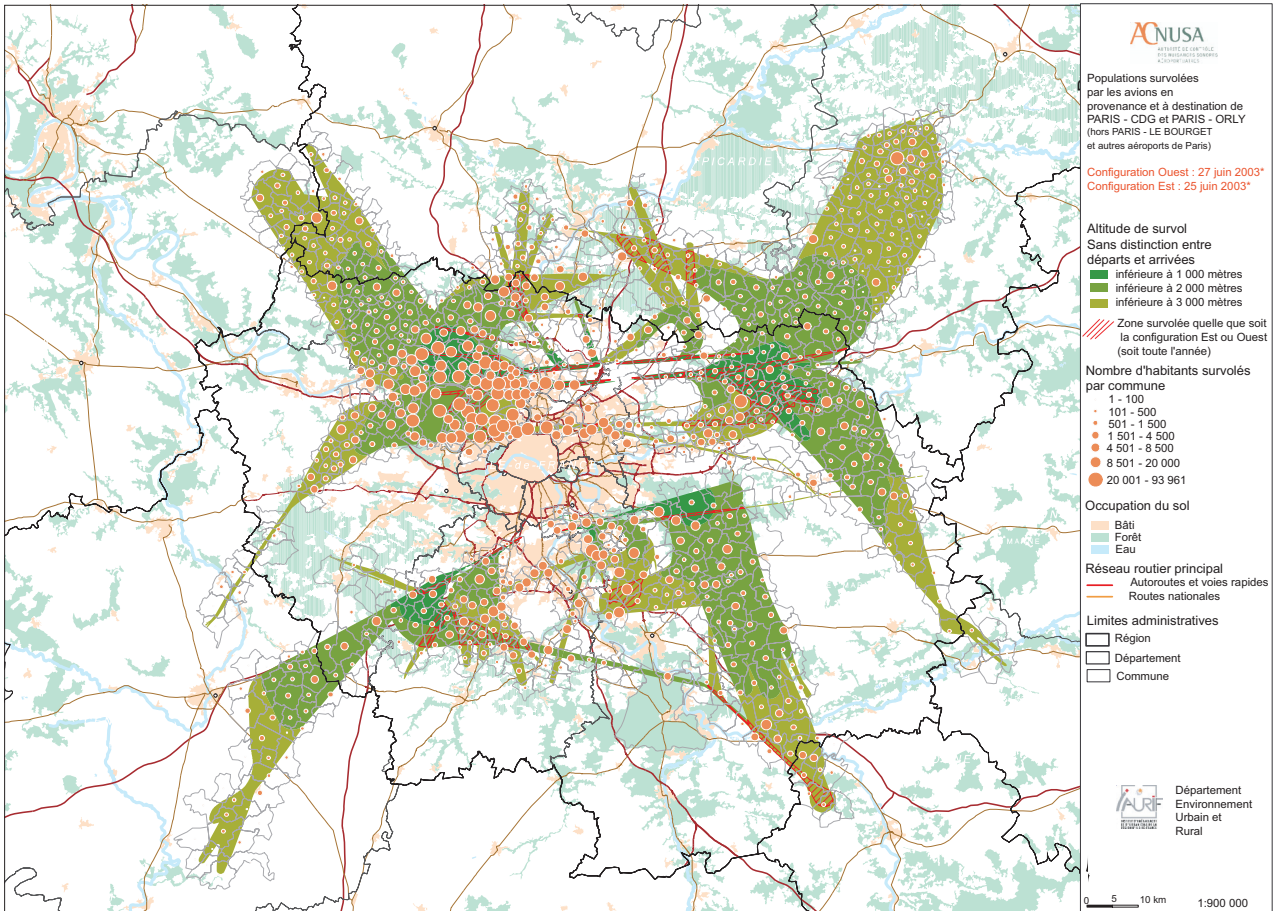
moteur) sont moins bien vécus que ceux issus de «décibels anonymes» (circulation routière, trafic aérien).

La gêne liée au trafic aérien : une spécificité francilienne

En Ile-de-France, 19% des habitants gênés par le bruit à leur domicile citent le bruit des avions comme source de leur gêne (ils ne sont que 7% en province). Cette gêne touche principalement les habitants de grande couronne : 33% d'entre-eux citent le bruit des

avions comme source de gêne, contre 1% des Parisiens. Les aéroports franciliens se situant en grande couronne, les zones de survol y sont nettement plus importantes que pour le reste de la région francilienne (carte 1).

carte 1 Populations survolées en 2003 par les avions en provenance et à destination des aéroports franciliens de Paris-Charles de Gaulle et de Paris-Orly (hors Paris-Le Bourget et autres aéroports de Paris)



**Avertissement : journée caractéristique définie par la DGAC comme étant une journée au cours de laquelle le trafic s'est écoulé normalement, selon des procédures habituelles en configuration de piste unique. Le découpage des zones de survol en trois tranches d'altitude correspond, à la date indiquée, aux territoires la plupart du temps survolés par des avions se situant dans ces tranches d'altitude. Cela n'exclut pas quelques survols à des altitudes plus basses ou plus élevées à l'intérieur des zones colorées, voire à l'extérieur de celle-ci. En outre, les survols peu fréquents (jusqu'à 7 par commune) n'ont pas été retenus.*

Sources : IAU Ile-de-France - Département Environnement urbain et rural, Acnusa.

Expositions volontaires fréquentes et «insouciance» chez les jeunes

L'écoute prolongée à un niveau sonore élevé des baladeurs : toujours dangereuse

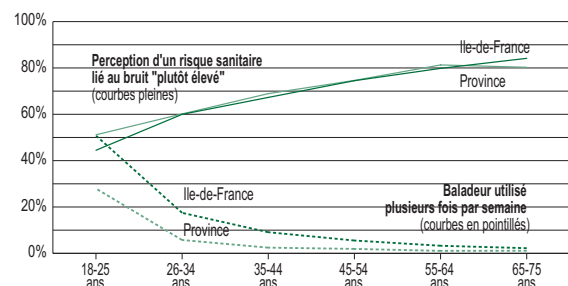
Une norme de sécurité européenne limite à 100 dB le niveau sonore des baladeurs, alors que le comité scientifique des risques émergents et nouveaux rappelle «qu'il suffit d'écouter de la musique cinq heures par semaine pendant cinq ans et à un niveau sonore de plus de 89 dB pour endommager son audition». Cela représente un risque de pertes auditives irréversibles pour 5 à 10% des utilisateurs de baladeurs⁶.

Baladeurs, concerts et discothèques : des loisirs très présents chez les jeunes Franciliens

Les Franciliens sont plus nombreux à déclarer utiliser régulièrement un baladeur que les habitants de province, et plus particulièrement les 18-25 ans (fig.3). De plus, la fréquence, la durée et le volume d'écoute sont supérieurs chez les jeunes Franciliens. Parmi les

Franciliens utilisant un baladeur plusieurs fois par semaine, 74% déclarent l'écouter plus d'une heure par jour (58% pour les habitants de province) et 38% à une puissance forte ou très forte (27% en province).

fig.3 Utilisation régulière d'un baladeur et perception des risques selon l'âge, en 2007 (en %)



Source : Inpes - Baromètre santé environnement 2007. Exploitation régionale ORS Ile-de-France, 2009.

Les Parisiens fréquentent davantage les discothèques ou les concerts que les habitants de province, mais également que les habitants de proche et de grande couronne. Les jeunes hommes de 18-25 ans sont ceux qui fréquentent le plus ces lieux.

Réglementation concernant la diffusion de musique amplifiée

Dix ans après les mesures réglementaires, des discothèques et des salles de concert encore non conformes en Ile-de-France

Une étude réalisée en 2001⁷ par les Ddass d'Ile-de-France montrait que 40% des discothèques visitées atteignaient un niveau sonore supérieur à 105 dB(A). Or, à partir de ce seuil, les effets sur la santé se manifestent par des lésions de l'oreille réversibles ou irréversibles (acouphènes, surdité temporaire ou définitive, partielle ou totale). C'est le seuil qui a été retenu par le décret «lieux musicaux» de 1998 pour les discothèques et salles de concert, lequel précise qu'«en aucun endroit, accessible au public, de ces établissements ou locaux, le niveau de pression acoustique ne doit dépasser 105 dB(A) en niveau moyen et 120 dB(A) en niveau de crête [...]»⁸.

En 2006, parmi les 63 établissements d'Ile-de-France visés par le décret et ayant fait l'objet d'un contrôle administratif ou de terrain, 29 n'étaient pas conformes, soit 46%. (tab.1)

Faible perception des risques chez les jeunes

Peu de jeunes Franciliens considèrent le risque sanitaire lié au bruit comme «plutôt élevé» (44% des 18-25 ans contre 84% des 65-75 ans, cf. fig.3). Ce sont également eux qui prennent le moins de précautions lorsqu'ils écoutent ou jouent de la musique à un niveau sonore élevé.

Concernant les traumatismes sonores aigus (TSA), un réseau expérimental de déclaration des TSA a été mis en place de mai 2004 à mai 2006. Les discothèques et les concerts en salle sont la cause de 39% des cas de traumatismes déclarés, soit près de 70 TSA en 2 ans⁹.

tab.1 Conformité des établissements franciliens en 2006 (discothèques et salles de concert, incluses celles des MJC*)

	Nombre d'établissements visés par le décret	Nombre d'établissements contrôlés		Nombre d'établissements contrôlés non conformes au décret
		administratif	sur le terrain	
75	LNE**	0	18	12
77	LNE	1	0	1
78	38	14	0	1
91	44	6	1	5
92	6	1	1	1
93	1	1	1	1
94	10	8	0	2
95	15	11	0	6
IdeF	LNE	42	21	29

*Maisons des jeunes et de la culture

**Liste non exhaustive

Sources : Ddass, Drass Ile-de-France, 2007.

Développement progressif des mesures du bruit en routine

Pas encore de mesure du bruit en continu...

L'Ile-de-France ne bénéficie pas actuellement de résultats de mesures du bruit en continu. Suite à une directive européenne sur l'évaluation et la gestion du bruit¹⁰, une cartographie stratégique du bruit en Ile-de-France a été amorcée en 2006. Ces cartes représentent le bruit dans l'environnement à proximité des grandes infrastructures de transports (axe routiers, ferroviaires et aéroports) et dans les agglomérations. La vocation de cette cartographie est d'élaborer des plans d'actions permettant de réduire les nuisances et de maintenir les zones calmes. L'observatoire du bruit en Ile-de-France «Bruitparif»¹¹ est chargé de collecter et d'agréger les informations des différentes cartes de

bruit de l'agglomération parisienne.

... mais mise en place d'un réseau de mesures

Bruitparif a mis en place en 2007 un réseau de surveillance du bruit dans l'environnement appelé Rumeur (Réseau urbain de mesure de l'environnement sonore d'utilité régionale). Les objectifs de ce réseau sont d'améliorer les diagnostics apportés par les cartes, d'évaluer les politiques locales de lutte contre le bruit mais aussi de suivre sur le long terme les évolutions du bruit et de ses nuisances. Différents paramètres sont mesurés comme le niveau de bruit mais aussi le trafic associé ou les données météorologiques, afin d'obtenir une analyse fine. Fin 2009, une trentaine de stations de mesures seront mises en place.

Références citées

- ¹ Baromètre Santé-environnement 2007. Inpes, 2008, 405p.
- ² Source : Insee - Enquête logement 2006.
- ³ CAMARD JP., LEFRANC A., GREMY I., FERRY R. Effets du bruit sur la santé : données épidémiologiques récentes. *Environnement, Risques et Santé*. 2004, vol.3, n°4, pp.235-242.
- ⁴ Impact sanitaire du bruit. *Etat des lieux. Indicateurs bruit-santé*. Agence Française de sécurité Sanitaire et Environnementale, 2004. 304p.
- ⁵ GRANGE D., CHATIGNOUX E., GREMY I. *Perceptions du bruit en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2009.
- ⁶ Potential health risks of exposure to noise from personal music players and mobile phones including a music playing function. European Commission Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks, 2008.
- ⁷ Les niveaux sonores dans les discothèques : protection des usagers. Drass et Ddass d'Ile-de-France, 2002. Disponible sur Internet : <<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/santenv/bruit/pasedisco/rapport.doc>>.
- ⁸ Décret n° 98-1143 du 15 décembre 1998 relatif aux prescriptions applicables aux établissements ou locaux recevant du public et diffusant à titre habituel de la musique amplifiée, à l'exclusion des salles dont l'activité est réservée à l'enseignement de la musique et de la danse.
- ⁹ Bilan du réseau expérimental de déclaration des Traumatismes sonores aigus d'Ile-de-France 2004-2006. Ministère de la Santé et des Solidarités, Drass et Ddass d'Ile-de-France, Préfecture de Police de Paris, Institut de Veille Sanitaire, 2006. 40p. Disponible sur Internet : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/bruit/tsa06.pdf>>
- ¹⁰ Directive européenne 2002/49/CE du 25 juin 2002 relative à l'évaluation et à la gestion du bruit dans l'environnement.
- ¹¹ Site Bruitparif : <<http://www.bruitparif.fr/cms>>.

Définition

Pour la mesure des effets sur la santé, les **niveaux sonores**, généralement mesurés en décibels (dB), 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. Ainsi, «le dB(A) est l'unité utilisée pour mesurer les bruits environnementaux. Il s'agit d'un décibel pondéré A qui constitue une unité du niveau de pression acoustique»⁶. Le niveau de référence (0 dB) représente le seuil de perception. Le seuil de douleur se situe à partir de 120 dB(A), mais la fatigue auditive et les pertes auditives (dont certaines sont irréversibles) apparaissent bien en dessous de ce seuil. En effet, si l'augmentation de 3 dB(A) constitue le minimum de différence entre deux sources sonores perceptibles, elle correspond à un doublement de la pression acoustique. De même, l'augmentation de 6 dB(A), qui est un peu plus nettement perçue, correspond au quadruplement de la pression acoustique. Enfin, entre 0 et 120 dB(A), la pression est un million de fois plus importante.

30.5 Réduire l'incidence de la légionellose, en renforçant la sécurité des installations sensibles

Contexte

La légionellose est une maladie infectieuse respiratoire aiguë grave, due à l'inhalation d'eau diffusée sous forme d'aérosols ou de microgouttelettes (par exemple à l'occasion de douches), contaminée par des bactéries *Legionella*. Elle peut être mortelle si elle n'est pas détectée rapidement et si les personnes atteintes présentent des affections respiratoires chroniques ou sont immunodéprimées.

«La surveillance de la légionellose est basée (depuis 1987) sur le système de la déclaration obligatoire (DO) et le signalement immédiat à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) du département où est diagnostiqué le cas de légionellose. Une fiche de DO est complétée par la Ddass et les informations sont centralisées par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Chaque cas fait l'objet d'une investigation à l'aide d'un questionnaire standardisé recensant les facteurs de risque individuels et les expositions à risque dans les deux semaines précédant la date de début des symptômes¹.»

«Ces dernières années, la surveillance de la légionellose en France s'est nettement améliorée suite aux nombreuses actions engagées pour améliorer la détection et le diagnostic de la maladie et pour sensibiliser les partenaires à la déclaration des cas et aux investigations. Certaines de ces améliorations ont été appuyées par des textes réglementaires, diffusés dans le cadre du plan gouvernemental de prévention des légionelloses de 2004, qui a pour objectif de réduire l'incidence de la légionellose de 50% d'ici 2008¹.»

Faits marquants en Ile-de-France

- > En 2006, l'Ile-de-France concentre 17% des cas français, avec 239 cas individuels de légionellose signalés.
- > L'incidence de la légionellose est de 2,1 cas déclarés pour 100 000 Franciliens en 2006 - première année de baisse tendancielle de l'incidence, en Ile-de-France comme en France, depuis la mise en œuvre du système de surveillance de la légionellose en 1987.
- > Parmi les 1 145 établissements sanitaires ou médico-sociaux, 5% ont fait l'objet d'une inspection dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme spécifique engagé par les Ddass franciliennes en 2006.
- > Un système d'information géographique (SIG) mis en place en 2008, permet un géoréférencement des cas de légionellose et des tours aéroréfrigérantes (Tar).

Les sources majeures d'exposition aux légionelloses

Les circuits de production et de distribution d'eau chaude sanitaire associés à un système de dispersion d'aérosols représentent la cause la plus fréquente d'infection.

Les établissements collectifs comme les hôpitaux ou les maisons de retraite sont ainsi particulièrement exposés au risque de légionellose, notamment du fait de la longueur de leurs canalisations qui accroît les possibilités de développement de la bactérie, et en raison de la présence d'une population fragilisée ainsi que d'actes médicaux particuliers (soins respiratoires, intubations, nébuliseurs...).

Or l'Ile-de-France concentre un nombre élevé d'établissements de santé et d'établissements médico-sociaux (tab.1).

En 2006, en application du Plan régional santé environnement, un programme d'inspection a été engagé par les Ddass portant sur les établissements sanitaires et médico-sociaux : 74 établissements franciliens en ont bénéficié en 2006 (tab.1), soit 5% d'un parc d'établissements particulièrement important.

tab.1 Répartition des établissements sanitaires et médico-sociaux (proposant un hébergement) et des inspections engagées par les Ddass d'Ile-de-France en 2006

	Etablissements sanitaires		Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées	
	Nombre	Inspections	Nombre	Inspections
Paris	76	3	191	5
Proche couronne				
Hauts-de-Seine	54	3	159	3
Seine-Saint-Denis	34	3	84	0
Val-de-Marne	29	10	120	3
Grande couronne				
Seine-et-Marne	36	6	155	0
Yvelines	45	6	139	0
Essonne	36	9	137	13
Val-d'Oise	32	4	118	6
Ile-de-France	342	44	1 103	30

Lecture : Parmi les 76 établissements sanitaires parisiens, trois ont fait l'objet d'une inspection en 2006 dans le cadre de la mise en œuvre du programme d'inspection engagé par les Ddass d'Ile-de-France.

Sources : Drass Ile-de-France - Finess, Ddass Ile-de-France, 2007.

Autres sources environnementales d'émissions possibles de légionelles : **les tours aéroréfrigérantes (Tar) humides à cycle ouvert.**

En 2006, les Tar humides à cycle ouvert ont fait l'objet d'un recensement exhaustif en Ile-de-France, qui en compte 2 720 (tab.2).

Un système d'information géographique (SIG), nommé Légéo, a été mis en place. Il est accessible via l'intranet du ministère de la Santé depuis 2008. Cet outil permet un géoréférencement optimum des cas de légionellose (domicile et déplacements) et des TAR, utile en cas de suspicions de cas groupés, particulièrement lorsque plusieurs départements sont impliqués.

tab.2 Répartition des Tar présentant un risque «légionelles» en Ile-de-France en 2006

	Nombre
Paris	955
Proche couronne	
Hauts-de-Seine	488
Seine-Saint-Denis	255
Val-de-Marne	220
Grande couronne	
Seine-et-Marne	248
Yvelines	241
Essonne	195
Val-d'Oise	118
Ile-de-France	2 720

Sources : Cire Ile-de-France, Ddass Ile-de-France, Drire - Stiic, 2007.

Les nouveaux cas de légionellose

Parmi l'ensemble des cas individuels français, un sur six est francilien.

Avec 239 cas individuels de légionellose signalés en 2006 (tab.3), l'Ile-de-France concentre 17% des cas français. L'incidence des cas déclarés s'établit ainsi à 2,1 pour 100 000 habitants (2,2 cas en 2005).

En France métropolitaine, l'incidence déclarée en 2006 est de 2,3 cas pour 100 000 (2,5 en 2005). En Europe, elle est de 1,1 cas pour 100 000.

«Depuis la mise en place de la surveillance de la légionellose [1987], c'est la première année que l'on observe une baisse de l'incidence des cas déclarés. Il est cependant trop tôt pour interpréter cette baisse et il est primordial d'attendre les prochaines années pour confirmer ou non cette tendance¹.»

Des cas groupés de légionellose peuvent survenir lorsque certaines conditions sont réunies. En 2006, quatre épisodes de cas groupés sur Paris et en proche couronne ont été recensés ainsi qu'une suspicion de cas groupés en Essonne (juillet-août 2006). Une origine environnementale a été établie pour deux épisodes de cas groupés parmi les quatre².

tab.3 Répartition, par département de domicile*, du nombre de cas** de légionellose survenus*** en Ile-de-France en 2006

	Nombre de cas individuels
Paris	54
Proche couronne	
Hauts-de-Seine	41
Seine-Saint-Denis	21
Val-de-Marne	29
Grande couronne	
Seine-et-Marne	13
Yvelines	20
Essonne	42
Val-d'Oise	19
Ile-de-France	239

*La déclaration obligatoire (DO) recueille le département de domicile des cas (code postal) - ce qui ne reflète pas obligatoirement les lieux d'exposition. La répartition géographique des cas n'est donc qu'en partie le reflet de la répartition des expositions.

**Les données reposent sur les DO effectuées par les médecins et biologistes. Cette exhaustivité n'est pas de 100% et varie fortement d'un département à un autre.

***Selon la date de début des signes.

Source : InVS, 2007.

Références citées

¹ CAMPESE C., MAINE C., CHE D. Les légionelloses survenues en France en 2006. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2007, n°43, pp365-367.

² Source : Cire Ile-de-France, 2007.

Définition

Cas groupés de légionellose : L'expression «cas groupés» désigne l'identification d'au moins deux cas de légionellose (avec au moins un de ces cas «confirmés») survenus dans un intervalle de temps inférieur à six mois chez des personnes ayant fréquenté un même lieu. Si l'intervalle de temps entre les cas est supérieur à six mois, on parlera de «cas liés».

Constats et perspectives



Le suivi du PRSP : un exercice qui donne de la visibilité à l'information sanitaire régionale, ses points forts comme ses limites

Un exercice qui plaide en faveur d'un décloisonnement des filières d'information existantes

> pour une consolidation de l'observatoire sanitaire

> et une évaluation de qualité renforcée au terme de l'échéance du PRSP



Le suivi du PRSP : un exercice qui donne de la visibilité à l'information sanitaire régionale, ses points forts comme ses limites

Outre la situation de l'état de santé des Franciliens au démarrage du plan, la réalisation de cet ouvrage a constitué l'opportunité de mettre en lumière les lacunes et les points forts de l'information sanitaire régionale, en distinguant les domaines de la santé publique pour lesquels l'information est disponible en routine de ceux où elle est peu développée, voire déficiente ou absente.

Ainsi, cet exercice a mis en évidence :

> La faiblesse de l'information concernant les populations défavorisées ou vulnérables, thématique transversale du PRSP Ile-de-France, pour lesquelles l'accès à la prévention (et aux soins) constitue pourtant un objectif prioritaire de la politique de santé publique, qu'il s'agisse :

- des populations «à l'écart» des stratégies de dépistage des cancers (notamment les cancers du sein, du col de l'utérus, des voies aérodigestives supérieures et colorectaux, cf. les objectifs 1, 2 et 5),
- des jeunes en difficultés - quelles qu'elles soient (scolaires, professionnelles, sociales...) - malgré une plus grande vulnérabilité vis-à-vis notamment des IST (objectif 11),
- des populations vulnérables âgées (objectif 14),
- des aidants naturels (objectif 17),
- des détenus (objectif 21),
- des prostitués (objectif 21),
- des femmes séropositives (objectif 22),
- des populations en situation de vulnérabilité sociale (objectif 26),
- des publics prioritaires (objectif 27).

> Le manque de croisements entre informations sanitaires et sociales (autres que mortalité avec CSP ou pathologies déclarées avec CSP, niveau d'études... dans les enquêtes en population), alors que ces informations existent mais dans des systèmes d'information discontinus et que les inégalités de santé, géographiquement marquées, sont très liées aux caractéristiques sociales.

> Des thématiques de santé publique encore mal renseignées à l'heure actuelle

Il s'agit notamment de :

- la souffrance psychique et la santé mentale en population jeune comme adulte, intégrant la composante travail (objectifs 12 et 13),
- les maladies chroniques et leur retentissement fonctionnel (objectifs 6, 15 et 16),
- la qualité de vie (objectifs 6 et 16),
- les infections sexuellement transmissibles (objectif 21),
- la dénutrition des personnes âgées (objectif 25),
- la santé bucco-dentaire (objectif 28.4 et 28.5),
- l'habitat insalubre (objectif 29.1),
- les allergies (objectif 29.3),
- la pollution des eaux due à des substances dangereuses autres que les pesticides (objectif 30.2),
- les nuisances sonores des grandes infrastructures de transport (objectif 30.4).

> Plusieurs domaines où l'information doit être affinée (objectif 30.3 par exemple)

> Des systèmes d'information insuffisamment exploités en routine, en particulier en terme de morbidité

Ces constats montrent les limites des systèmes d'information actuels. Dès lors des études devront les compléter, notamment par des enquêtes auprès des populations ou des territoires concernés. C'est d'ailleurs l'engagement pris par le GRSP déjà en 2007, à travers sa participation financière à des études régionales en santé mentale et sur les effets sanitaires des moisissures dans l'habitat.



Un exercice qui plaide en faveur d'un décloisonnement des filières d'information existantes...

La question de l'accès aux bases de données existantes reste ouverte. En effet, dans le cadre d'une politique de santé publique axée sur la prévention et la réduction des inégalités, le ciblage des populations et des territoires est nécessaire. L'accès aux systèmes d'information (notamment ceux de l'Assurance maladie et du PMSI), leur exploitation et leur croisement à un niveau régional ou sur des populations ou territoires plus ciblés, contribueront à la mise en cohérence de la santé publique en région telle qu'inscrite dans la loi du 9 août 2004, ainsi qu'au renforcement de l'observation sanitaire.



... pour une consolidation de l'observation sanitaire

Fort de ces constats, le groupe projet PES va orienter ses perspectives de travail sur plusieurs axes :

> L'engagement d'études

Le groupe projet PES sera associé au suivi d'études dans certains champs de la santé publique identifiés comme déficitaires, financées en partie ou en totalité par le GRSP.

> La mise en place de groupes de travail spécifiques pour des approfondissements et des croisements, notamment entre les systèmes d'informations sanitaires d'une part, et sociales d'autre part

La réalisation de l'ouvrage a en effet révélé des domaines dans lesquels l'information existe mais demande à être complétée et/ou affinée. C'est le cas par exemple du stade au diagnostic pour la survie des malades atteints de certains cancers, actuellement non disponible en routine (objectifs 1, 2, 4 et 5). C'est aussi le cas des indicateurs relatifs à la protection des captages d'eau potable qui nécessitent des investigations supplémentaires (objectif 30.3).

Le croisement entre données épidémiologiques et données sociales sera initié dans un premier temps sur quelques thèmes particuliers. Il pourra s'agir de la question du dépistage du cancer du sein chez les femmes «à l'écart» (croisement entre les femmes participant au processus de dépistage organisé et celles bénéficiaires de la CMU, celles bénéficiaires de l'AAH..., cf. objectif 1), ou encore du croisement entre maladies chroniques et qualité de vie (objectifs 6 et 16).



... et une évaluation de qualité renforcée au terme de l'échéance du PRSP

Les perspectives de travail du groupe PES seront menées en s'appuyant sur le processus partenarial engagé au sein du groupe depuis 2005 et sur les synergies créées lors de la réalisation de cet ouvrage.

Elles tiendront bien évidemment compte du contexte national de développement et d'ouverture des Systèmes d'information en santé comme le système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram), qui contient l'ensemble des informations issues des feuilles de soins présentées au remboursement et doit être progressivement enrichi d'informations médicales anonymisées (PMSI...).

Ainsi, lorsqu'arrivera le temps du renouvellement de cette publication, au terme de l'échéance du PRSP, l'évaluation de l'état de santé des Franciliens devrait être renforcée en plusieurs points, afin de pouvoir mieux rendre compte de l'impact spécifique éventuel de la politique de santé publique mise en œuvre en région Ile-de-France.

Annexes



Tableaux récapitulatifs des indicateurs

Les indicateurs sont régionaux. Le cas échéant, la précision de la déclinaison départementale est indiquée, comme les différentes désaggrégations.

<i>Indicateurs transversaux</i>	<i>Indicateurs retenus</i>	<i>Année de référence</i>
	> Caractéristiques démographiques	
	- Nombre d'habitants et part régionale	2006
	- Evolution démographique : taux annuel moyen	1990-2006
	- Projections démographiques : taux annuel moyen	2005-2030
	- Répartition départementale	1990, 2006, 2030
	- Indice conjoncturel de fécondité et répartition départementale	2006
	- Taux de natalité	2006
	- Taux de fécondité par âge	2006
	- Structure par âge de la population totale : part des moins de 20 ans, part des 20-59 ans, part des 60 ans ou plus dans les départements franciliens	2006
	- Espérance de vie à la naissance selon le sexe et évolution temporelle	1990-2006
	- Espérance de vie à la naissance selon le sexe dans les départements franciliens	2006
	> Caractéristiques économiques	
	- PIB par habitant	2006
	- Nombre d'entreprises et nombre d'emplois correspondant	2006
	- Répartition des ménages selon la CSP de la personne de référence	2006
	- Répartition départementale du revenu salarial net de prélèvement	2006
	- Répartition départementale du revenu fiscal par unité de consommation : 1er décile, revenu médian, 9ème décile	2006
	- Répartition communale du revenu fiscal médian par unité de consommation	2006
	- Taux de chômage annuel moyen, évolution temporelle depuis 1982, répartition départementale	2006
	> Mortalité	
	<i>Mortalité infantile</i>	
	- Nombre de naissances vivantes	2006
	- Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an	2006
	- Taux de mortalité infantile et évolution temporelle	1982-2006
	- Taux de mortalité néonatale/post-néonatale/infantile dans les départements franciliens	2005-2007
	<i>Mortalité prématurée</i>	
	- Nombre de décès de personnes de moins de 65 ans selon le sexe	2001-2003
	- Causes principales de mortalité prématurée par sexe	2001-2003
	- Evolution temporelle du taux comparatif de mortalité prématurée par sexe	1981-2006
	- Taux comparatifs de mortalité prématurée par sexe dans les départements franciliens	2005-2007
	- Indices comparatifs de mortalité prématurée par sexe dans les cantons franciliens	2004-2007
	<i>Mortalité en population générale</i>	
	- Nombre moyen de personnes décédées selon le sexe et l'âge	2005-2007
	- Taux de mortalité par sexe et âge	2005-2007
	- Causes de décès par sexe et âge : effectif et part dans la mortalité générale et prématurée	2005-2007
	<i>Mortalité dans les départements franciliens</i>	
	- Evolution par sexe et âge des taux de mortalité : rapport entre les taux de mortalité francilien/France métropolitaine, chaque département francilien/France métropolitaine	2005-2007
	- Pour chaque sexe, indices comparatifs de mortalité générale, prématurée, par tumeurs, maladies cardio-vasculaires et causes externes : comparaison Ile-de-France/France métropolitaine et chaque département francilien/France métropolitaine	2005-2007
	> Morbidité	
	<i>Affections de longue durée</i>	
	- Part de la population couverte par les trois principaux régimes d'assurance maladie	2006
	- Nombre d'admissions en ALD par sexe et âge	2006
	- Principaux motifs d'admission en ALD par sexe et âge	2006
	<i>Qualité de vie liée à la santé</i>	
	- Niveau moyen de qualité de vie, selon deux dimensions : physique et psychique, par sexe et âge	2002-2003
	- Etat de santé général déclaré, par sexe et âge	
	- Déclaration d'une ou plusieurs maladies chroniques, par sexe et âge	2002-2003
	- Déclaration de limitations dans les activités habituelles depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, par sexe et âge	2002-2003
	<i>Besoins de soins</i>	
	- Répartition des cantons franciliens en fonction du niveau de besoins de soins et part de la population régionale concernée	2004

Objectif	Indicateurs retenus	Année de référence	
Objectif 1 Promouvoir le dépistage des cancers féminins (cancer du sein et du col de l'utérus), en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables)	Cancer du sein		
	> Femmes de 50-74 ans		
	- Taux de participation à la campagne de dépistage organisé dans les départements franciliens	2006	
	- Taux de cancers détectés dans le cadre du dépistage organisé	2004	
	- Taux global de couverture dans les départements franciliens	2006	
	> Femmes de 18-75 ans, avec un focus sur les 50-74 ans		
	- Pratique déclarée de la mammographie selon l'âge, le motif, le niveau de diplôme	2005	
	- Proportion qui l'ont réalisée «il y a moins de 2 ans»	2005	
	> Femmes en population générale, avec un focus sur les 50-74 ans		
	- Evolution du taux standardisé d'incidence estimée du cancer du sein	1980-2005	
	- Nouveaux cas de cancer du sein estimés, selon l'âge	2005	
	- Taux standardisé d'incidence du cancer du sein et taux annuel d'évolution	1980-1990-2000-2005	
	- Admissions en ALD pour cancer du sein, selon l'âge	2006	
	- Décès par cancer du sein, selon l'âge	2003	
	- Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer du sein	1981-2006	
	- Taux standardisé de mortalité par cancer du sein et taux annuel d'évolution	1980, 1992 et 2006	
	- Taux standardisés de mortalité par cancer du sein dans les départements franciliens	2005-2007	
	Objectif 2 Promouvoir le dépistage du cancer colorectal, en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables)	Cancer du col de l'utérus	
		> Femmes de 18-75 ans, avec un focus sur les 25-69 ans	
		- Pratique déclarée du frottis selon l'âge, le motif, le niveau de diplôme	2005
- Proportion qui l'ont réalisé «il y a moins de 2 ans»		2005	
> Femmes en population générale, avec un focus sur les 25-69 ans			
- Evolution du taux standardisé d'incidence estimée du cancer du col de l'utérus		1980-2005	
- Nouveaux cas de cancer du col de l'utérus estimés, selon l'âge		2005	
- Taux standardisé d'incidence du cancer du col de l'utérus et taux annuel d'évolution		1980-1990-2000-2005	
- Admissions en ALD pour cancer du col de l'utérus, selon l'âge		2006	
- Décès par cancer de l'utérus, selon la localisation et l'âge		2006	
- Taux standardisé de mortalité par cancer de l'utérus (col, corps et autres parties) et taux annuel d'évolution		1980, 1992 et 2004	
- Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer du col de l'utérus (col, corps et autres parties)		1980-2004	
> Population âgée de 50-75 ans			
- Pratique déclarée du dépistage du cancer colorectal selon le sexe, le motif, le niveau de diplôme		2005	
- Proportion qui l'ont réalisé «il y a moins de 2 ans»		2005	
> Population générale, avec un focus sur les 50-74 ans			
- Evolution du taux standardisé d'incidence estimée du cancer colorectal selon le sexe		1980-2005	
- Nouveaux cas de cancers colorectaux estimés selon le sexe et l'âge		2005	
- Taux standardisé d'incidence du cancer colorectal selon le sexe, et taux annuel d'évolution		1980-1990-2000-2005	
- Admissions en ALD pour cancer colorectal selon le sexe et l'âge		2006	
- Décès par cancer colorectal selon le sexe et l'âge	2006		
- Taux standardisé de mortalité par cancer colorectal selon le sexe et taux annuel d'évolution	1980, 1992 et 2006		
- Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer colorectal selon le sexe	1981-2006		
- Taux standardisés de mortalité par cancer colorectal selon le sexe dans les départements franciliens	2005-2007		
Objectif 3 Renforcer la lutte contre les cancers professionnels	> Population active du secteur privé		
	- Proportion de salariés du secteur privé exposés à au moins un agent chimique cancérigène (classification Circ) selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle	2002-2003	
	- Estimation du nombre de salariés du secteur privé exposés aux différents agents cancérigènes	2002-2003	
	- Scores d'exposition des salariés du secteur privé (classification Circ)	2002-2003	
	> Population générale		
	- Suivi post-professionnel des salariés exposés par département	2006	
	- Nombre de cancers reconnus comme maladies professionnelles par le régime général, par sexe et par type de cancer	2006	
	- Décès par cancer de la plèvre, par sexe et par département	2005-2007	
	- Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer de la plèvre selon le sexe	1981-2006	
	- Taux standardisés de mortalité par cancer de la plèvre selon le sexe, dans les départements franciliens	2005-2007	
Objectif 4 Développer la prévention du mélanome	> Population générale		
	- Nouveaux cas de mélanomes estimés selon le sexe et l'âge	2005	
	- Taux standardisé d'incidence du mélanome selon le sexe et taux annuel d'évolution	1980-1990-2000-2005	
	- Evolution du taux standardisé d'incidence estimée du mélanome selon le sexe	1980-2005	
	- Admissions en ALD pour mélanome selon le sexe et l'âge	2006	
	- Décès par mélanome selon le sexe et l'âge	2005-2007	
	- Taux standardisé de mortalité par mélanome selon le sexe, et taux annuel d'évolution	1980, 1992 et 2006	
	- Evolution du taux standardisé de mortalité par mélanome selon le sexe	1981-2006	
- Taux standardisés de mortalité par mélanome selon le sexe dans les départements franciliens	2005-2007		
Objectif 5 Mettre en place une recherche action afin d'étudier la faisabilité du dépistage des cancers des voies aérodigestives (VADS) chez les sujets à haut risque	Absence d'indicateurs régionaux produits en routine		
	> Elément de cadrage		
	- Estimation du nombre de nouveaux cas de cancers des VADS en population générale	2005	
	- Nombre de décès annuels par cancer des VADS	2006	
	- Survie relative à 5 ans	Cohorte 1994-1999	
	- Estimation du nombre de buveurs excessifs d'alcool en population générale adulte, par sexe	2002-2003	
	- Estimation du nombre de fumeurs quotidiens en population générale adulte	2002-2003	

Objectif	Indicateurs retenus	Année de référence
Objectif 6 Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer	Absence d'indicateurs régionaux produits en routine > Éléments de cadrage - Admissions en ALD pour cancer	2006
Objectif 7 Repérer et accompagner les femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale vers les dispositifs de suivi de grossesse adaptés	Des éléments de suivi relatifs à cet objectif seront définis ultérieurement > Données de cadrage - Indice conjoncturel de fécondité - Nombre de naissances vivantes par département francilien - Part des naissances vivantes parmi les naissances françaises - Nombre d'enfants nés sans vie par département francilien - Nombre d'enfants décédés dans les 7 premiers jours de vie par département francilien - Nombre d'enfants décédés dans les 28 premiers jours de vie par département francilien - Taux de morti-natalité par département francilien - Taux de mortalité périnatale par département francilien - Taux de mortalité néonatale par département francilien - Taux de prématurité par département francilien - Taux de très grande prématurité - Proportion de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes par département francilien > Suivi de grossesses en population générale - Proportion de multipares ayant un antécédent d'enfant mort-né - Proportion de multipares ayant un antécédent d'enfant né prématurément ou de petit poids de naissance - Proportion de femmes enceintes qui consultent au 1 ^{er} trimestre de grossesse, au 2 ^{ème} , au 3 ^{ème} , par département francilien - Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié de la démarche de «préparation à la naissance», à Paris, en proche et en grande couronne - Proportion de femmes enceintes ayant eu moins de 7 consultations prénatales, à Paris, en proche et en grande couronne - Nombre de réseaux périnataux - Nombre de réseaux déclarant proposer systématiquement l'entretien individuel du 4 ^{ème} mois - Parmi les femmes ayant accouché dans les maternités couvertes par ces réseaux, proportion de femmes ayant effectivement bénéficié d'un entretien. > Les femmes séropositives au VIH - Part de femmes ayant découvert leur séropositivité pendant la grossesse - Part de femmes primipares ayant découvert leur séropositivité pendant la grossesse - Proportion de femmes bénéficiant d'un traitement selon le début temporel du traitement - Proportion d'enfants infectés	2006 2006 2006 2006 2006 2006 2006 2006 2006-2008 2006-2008 2006-2008 2006-2008 2006 2006 2007 2007 2003 2008 2007 2007 2006 2006 2006
Objectif 8 Renforcer le repérage précoce du handicap et l'aide aux parents concernés	- Nombre moyen de naissances vivantes et évolution temporelle - Estimation brute du nombre d'enfants atteints de déficiences sévères - Proportion de naissances prématurées et évolution temporelle - Prévalence de la prématurité, en Essonne et en Seine-Saint-Denis - Proportion de grands prématurés Proportion de grands prématurés et évolution temporelle - Proportion de naissances de poids inférieur à 2 500 grammes et évolution temporelle - Prévalence de la trisomie 21 parmi les naissances vivantes, et évolution temporelle - Prévalence des enfants nés vivants mal formés, et évolution temporelle - Facteurs de risque maternels de la prématurité et des malformations - Proportion de naissances issues de mères de 35 ans ou plus, et évolution temporelle - Taux d'accouchements multiples, et évolution temporelle > Le dépistage de la trisomie 21 - Part des femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du risque de trisomie 21 - Pourcentage de cas de trisomie 21 diagnostiqués en prénatal - Proportion d'interruption médicales de grossesse après diagnostic de trisomie > Les dépistages systématiques néonataux - Incidences cumulées des maladies rares depuis la mise en place des dépistages néonataux systématiques > Le repérage et la prise en charge des nouveau-nés à risque - Répartition des naissances selon le niveau des centres de périnatalité, en fonction du poids de naissance, du nombre de SA, de naissances multiples ou du fait d'être à bas risque - Nombre de réseau de suivi des nouveau-nés à risque - Nombre de Camps et répartition géographique File active annuelle Délais d'attente pour un premier rendez-vous, à Paris et dans le Val-d'Oise Délais d'attente, à Paris et dans le Val-de-Marne Répartition de la file active par âge au premier rendez-vous	1980-2007 1995 et 2003 2006 2006, 2007 1997 et 2003 1995, 1998 et 2003 2001-2005 1981-2000 1980-2006 1979 et 2006 2003 2001-2005 2001-2005 2007 2006, 2007 2006 2009 2008 2008 2006
Objectif 9 Renforcer le dépistage précoce des troubles de l'apprentissage du langage écrit et oral	- Nombre d'enfants âgés de 3 ans et de 6 ans, par département francilien ou académie - Nombre et part d'enfants scolarisés en école publique, à 3 ans et à 6 ans, par département francilien ou académie - Nombre et part d'enfants vus pour dépistage des troubles du langage, à 3-4 ans et à 5-6 ans, par département francilien ou académie - Parmi les enfants de 3-4 ans vus pour dépistage des troubles du langage, nombre de ceux chez qui un trouble spécifique du langage a été détecté, par département francilien - Parmi les enfants de 3-4 ans ou de 5-6 ans vus pour dépistage des troubles du langage, nombre de ceux adressés à un professionnel en orthophonie, par département francilien ou académie - Effectivité de la transmission du dossier médical de liaison entre les Conseils généraux et l'Education nationale - Nombre de centres de référence pour les troubles du langage et localisation géographique - Activité d'un de ces centres (provenance géographique des enfants, sexe, âge moyen, nombre moyen de visites par enfant en ambulatoire) - Part des jeunes de 17 ans en difficulté de lecture	2006/2007 2006/2007 2006/2007 2006/2007 2006/2007 2009 2006 2006 2007

Objectif	Indicateurs retenus	Année de référence
Objectif 10 Garantir le maintien d'une couverture vaccinale chez les adolescents et les jeunes adultes ainsi que dans les groupes à risques	> Vaccination contre la tuberculose	
	- Couverture vaccinale par le BCG des enfants selon les certificats de santé du 8 ^{ème} jour, du 9 ^{ème} mois et du 24 ^{ème} mois, par département	2007, 2006, 2005
	- Couverture vaccinale par le BCG des élèves de CM2	2001-2002
	- Couverture vaccinale par le BCG des élèves de 3 ^{ème}	2003-2004
	- Couverture vaccinale par le BCG des enfants âgés de 2 à 7 mois et de ceux âgés de 8 à 24 mois suivis par des pédiatres ou des médecins généralistes membres du réseau Infovac	2008
	> Vaccination contre l'hépatite B	
	- Couverture vaccinale contre l'hépatite B des enfants selon les certificats de santé du 8 ^{ème} jour, du 9 ^{ème} mois et du 24 ^{ème} mois, par département	2007, 2006, 2005
	- Couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves en grande section de maternelle	2002-2003
	- Couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves de CM2	2001-2002
	- Couverture vaccinale contre l'hépatite B des élèves de 3 ^{ème}	2003-2004
	> Vaccination contre la coqueluche	
	- Proportion de parents ayant reçu un rappel DTP avec une valence coqueluche depuis moins de trois ans, selon des pédiatres non représentatifs	2006
	- Couverture vaccinale contre la coqueluche des élèves de 3 ^{ème}	2003-2004
	> Vaccination contre la grippe	
	- Couverture vaccinale contre la grippe des personnes de 65 ans ou plus	2007
- Taux de couverture vaccinale contre la grippe des 65 ans ou plus, selon l'âge et les antécédents de vaccination	2007-2008	
- Couverture vaccinale contre la grippe des personnes en ALD	2007	
Objectif 11 Renforcer les actions d'éducation à la sexualité intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté	> Jeunes de 18-24 ans, selon le sexe	
	- Connaissance des méthodes préventives et contraceptives (préservatif masculin/féminin, efficacité, représentation) selon le niveau d'études	2004
	- Usage des méthodes préventives et contraceptives au premier/dernier rapport sexuel et type de méthode	2006
	- Proportion déclarant une IST autre qu'une mycose au cours des 5 dernières années	2006
	> Jeunes de 15-24 ans, selon le sexe	
	- Usage actuel des méthodes préventives et contraceptives, et type de méthode	2005
	- Recours à l'IVG au cours de la vie	2005
	- Recours à la contraception d'urgence au cours de la vie : situation actuelle et évolution depuis 1997	2005
	- Contamination par le VIH par voie homosexuelle depuis moins de 6 mois : découvertes de séropositivité	2003-2006
	> Jeunes de 16-19 ans à Paris et en proche couronne, selon le sexe	
	- Usage du préservatif lors du premier rapport sexuel en population générale versus chez les sans-domicile-fixe	1997-1998
	> Population générale, selon le sexe	
	- Usage des méthodes préventives et contraceptives au premier/dernier rapport sexuel et type de méthode	2006
	> Femmes de 15-49 ans	
	- Recours à l'IVG au cours de la vie : situation actuelle et évolution temporelle	2002-2006
Objectif 12 Mieux prendre en compte la souffrance psychique	> Population générale (15-75 ans)	
	<i>Selon le sexe</i>	
	- Décès par suicide	2006
	<i>Selon le sexe et l'âge</i>	
	- Tentatives de suicide au cours de la vie	2005
	- Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois	2005
	- Episode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois	2005
	- Recours aux soins au cours des 12 derniers mois	2005
	- Prise de tranquillisants, somnifères, antidépresseurs au cours des 12 derniers mois	2005
	- Consommation excessive d'alcool, alcoolodépendance au cours de la vie	2005
	<i>Selon le sexe et le mode de vie</i>	
	- Episode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois	2005
	<i>Selon le sexe et le fait d'avoir subi ou non des violences physiques au cours des 12 derniers mois</i>	
	- Tentatives de suicide au cours de la vie	2005
	- Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois	2005
	- Episode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois	2005
	> Population générale active, selon le sexe	
	- Proportion de personnes déclarant que le travail affecte leur santé	2005
	- Parmi celles-ci, part de celles qui ont eu de graves troubles dépressifs et part de celles qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois	2005
	- Proportion de personnes déclarant que leur travail est «très ou plutôt fatigant nerveusement»	2005
	> Jeunes de 16-25 ans, selon la situation professionnelle, avec un focus sur ceux qui travaillent ou qui sont étudiants	
- Répartition selon la situation professionnelle	2005	
- Tentatives de suicide au cours de la vie	2005	
- Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois	2005	
- Episode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois	2005	
- Troubles alimentaires	2005	
- Alcool hebdomadaire au cours des 12 derniers mois	2005	
- Tabac quotidien	2005	
- Cannabis répété au cours des 12 derniers mois	2005	

Objectif	Indicateurs retenus	Année de référence
Objectif 13 Promouvoir la santé mentale pour les publics jeunes	Absence d'indicateurs régionaux produits en routine > Validation d'une action type ayant montré son efficacité visant à améliorer les connaissances et les savoir-faire de publics jeunes - Réalisation d'une étude de validation d'une action type dans ce champ d'action > Eléments d'aide à la décision, relatifs aux actions financées par l'appel à projets du GRSP, sur les 5 ans du PRSP <i>Bénéficiaires d'actions de promotion de la santé mentale pour les publics jeunes :</i> - Nombre de bénéficiaires des actions financées sur les 5 ans du PRSP - Répartition géographique de ces bénéficiaires - Age des bénéficiaires	2008-2010 2006 2006 2006
Objectif 14 Développer l'évaluation globale du vieillissement (en y intégrant une dimension de prévention primaire et secondaire) et l'étendre aux populations vulnérables vieillissantes	> Population générale - Répartition des 55 ans ou plus selon les classes d'âges du «Bien vieillir» (55-69, 70-79, 80++), par département francilien - Nombre de personnes retraitées du régime général - Pratique d'une activité physique selon son intensité chez les 55-69 ans - Consommation «tous les jours ou presque» de fruits ou de légumes verts chez les 55-75 ans - Nombre d'admissions en ALD et part des moins de 70 ans - Maladies cardio-vasculaires par tranche d'âge : nombre d'admissions en ALD et taux d'incidence médico-sociale - Diabète de type II par tranche d'âge : nombre d'admissions en ALD et taux d'incidence médico-sociale - Proportion de personnes de 55-75 ans déclarant une chute au cours des 12 derniers mois, selon le sexe - Parmi celles-ci, part déclarant des limitations d'activité quotidienne ou de déplacement - Nombre de séjours hospitaliers pour fracture du col du fémur (diagnostic principal) chez les 75 ans ou plus - Décès par chute : nombre et taux de mortalité par sexe et âge > Allocataires de minima sociaux - Nombre d'allocataires de l'ASV et part des «isolés» - Nombre d'allocataires de l'ASS - Nombre d'allocataires de l'AAH - Nombre d'allocataires du RMI et part des 50 ans ou plus - Part d'allocataires de minima sociaux par département francilien > Population immigrée - Nombre de personnes immigrées résidant en Ile-de-France - Répartition par âge - Evolution temporelle de la part des 55 ans ou plus - Perspectives d'évolution démographique des 60 ans ou plus à Paris	2006 2006 2005 2002-2003 2006 2006 2006 2006 2006 2006 2005 2005 2006 2004-2006 2006 2006 2006 2006 2005 2006 2006 1999-2006 1999-2017
Objectif 15 Développer les bilans médico-psycho-sociaux pour les personnes atteintes de polyopathologies chroniques avec un retentissement fonctionnel (en particulier les personnes atteintes de détérioration intellectuelle et les personnes du grand âge) et s'assurer de leur suivi	> Population générale - Effectif des personnes de 80 ans ou plus et évolution démographique d'ici 2010 - Estimation de l'effectif des personnes dépendantes de 80 ans ou plus - Nombre de bénéficiaires de l'APA et part demeurant à domicile - Nombre d'admissions en ALD et part des 70 ans ou plus, incidence médico-sociale > Population générale de 55 ans ou plus, selon 3 classes d'âges : 55-69, 70-79, 80++ - Proportion de personnes déclarant un état de santé général moyen, bon ou très bon - Proportion de personnes déclarant actuellement la présence d'une ou plusieurs maladies chroniques - Parmi celle-ci, part de celles déclarant des limitations fonctionnelles physiques, part de celles déclarant des limitations fonctionnelles physiques résiduelles, et part de celles déclarant des restrictions d'activité pour les soins personnels - Proportion de personnes déclarant des limitations dans les activités habituelles depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé	2006 2005 2006 2006 2002-2003 2002-2003 2002-2003 2002-2003
Objectif 16 Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, notamment celles atteintes de cancer, maladie d'Alzheimer, maladies rares et affections apparentées	- Proportion de personnes déclarant être atteintes d'une maladie chronique, par sexe - Niveau moyen de qualité de vie (évaluée à travers un score de santé générale) selon le fait de déclarer la présence d'une maladie chronique, par sexe et par âge - Niveau moyen de qualité de vie physique liée à la santé selon le fait de déclarer la présence d'une maladie chronique, par sexe et âge - Niveau moyen de qualité de vie psychique liée à la santé selon le fait de déclarer la présence d'une maladie chronique, par sexe et âge	2005 2005 2002-2003 2002-2003
Objectif 17 Améliorer et valoriser l'action des aidants naturels et développer des dispositifs de soutien qui leur soient spécifiques	- Proportion de 60 ans ou plus demeurant à domicile - Parmi ceux-ci, estimation de la part et de l'effectif de ceux qui ont un besoin d'aide lié à leur état de santé - Estimation de l'effectif des personnes dépendantes de 60 ans ou plus - Effectif des 50-79 ans selon le sexe et projection démographique d'ici 2010 > Maladie d'Alzheimer - Estimation du nombre de personnes atteintes - Estimation du nombre annuel de nouveaux cas - Nombre d'admissions en ALD maladie d'Alzheimer ou apparentée > Dispositifs d'accompagnement et de répit - Clics : nombre et répartition départementale - Accueil de jour : nombre de places (en fonction d'une priorité aux malades Alzheimer) et taux d'équipement par département - Hébergement temporaire : nombre de places et taux d'équipement par département	2006 2006 2005 2006 2005 2005 2006 2006 2006 2006

Objectif	Indicateurs retenus	Année de référence
<p>Objectif 18 Développer le repérage et la prise en charge précoce des usages à risque dans le domaine des addictions. Il s'agit notamment des consommations les plus répandues : alcool, tabac, cannabis et médicaments psychotropes</p>	<p>> Population générale jeune (12-25 ans), selon le sexe, avec un focus sur les 17 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consommations régulières d'alcool, de tabac, de cannabis, polyconsommations régulières, et évolution depuis 1997 (chez les 12-19 ans) 2005 - Consommations régulières de médicaments psychotropes 2005 - Expérimentation de l'alcool, du tabac et du cannabis, selon l'âge 2005 - Consommation et expérimentation de l'alcool, du tabac, du cannabis, des médicaments psychotropes et des autres produits psychoactifs à 17 ans dans quatre départements franciliens 2005 <p>> Population générale adulte (25-75 ans), selon le sexe</p> <p><i>Tabac</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Répartition selon le statut tabagique 2005 - Proportion des personnes qui fument plus de 20 cigarettes par jour 2005 - Nombre moyen de cigarettes fumées par jour 2005 - Répartition des fumeurs par type de dépendance (moyenne, forte) 2005 - Parmi les personnes ayant consulté un médecin dans l'année, proportion de consultations où la question du tabac a été abordée lors de la dernière visite, et initiative 2005 <p><i>Alcool</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proportion de consommateurs d'alcool selon la fréquence de consommation 2005 - Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool selon l'âge 2005 - Ivresse au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois 2005 - Proportion de consommateurs d'alcool par type de risque d'alcoolisation excessive (ponctuel, chronique, dépendance) 2005 - Parmi les personnes ayant consulté un médecin dans l'année, proportion de consultations où la question de l'alcool a été abordée lors de la dernière visite, et initiative 2005 - RPIB : nombre de sessions de formations, nombre de médecins contactés, nombre de médecins inscrits, nombre de médecins ayant effectivement suivi la formation et répartition départementale 2007 <p>> Dispositifs de prise en charge 2007</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations tabac, alcool, cannabis et répartition départementale 2006 - Nombre de personnes venues en consultations tabacologiques par sexe et âge moyen, nombre moyen de cigarettes fumées par jour selon le sexe 2005 - Nombre de personnes venues en CCAA et taux de recours 2005-2007 - Nombre de consommateurs et de personnes de leur entourage reçus en consultations cannabis 2005 - Profil des consommateurs reçus en consultations cannabis : âge moyen, sexe, modalités de recours, niveaux de consommation 	
<p>Objectif 19 Assurer un programme spécifiquement orienté vers le tabagisme féminin : réduire la prévalence du tabagisme féminin</p>	<p>> Population féminine générale (12-75 ans)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répartition selon le statut tabagique et selon l'âge 2005 - Parmi les fumeuses quotidiennes, répartition de la consommation de tabac, et nombre moyen de cigarettes fumées par jour 2005 - Répartition des fumeuses par type de dépendance (moyenne, forte) 2005 - Intention d'arrêt du tabac, avec ou non un projet précis 2005 - Pour les fumeuses ayant le projet précis d'arrêter, répartition des projets d'arrêt du tabac en terme de délai et en terme d'aide 2005 <p><i>Femmes de 15-54 ans sous contraception orale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Répartition selon le statut tabagique et nombre moyen de cigarettes fumées par jour 2005 - Parmi les fumeuses ayant consulté un médecin dans l'année, proportion de consultations où la question du tabac a été abordée lors de la dernière visite et initiative 2005 - Intention d'arrêt du tabac, avec ou non un projet précis 2005 <p>> Femmes se rendant dans les consultations tabacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Age moyen 2006 - Nombre moyen de cigarettes fumées par jour 2006 - Proportion de femmes enceintes 2006 - Proportion de femmes sous contraception orale 2006 <p>> Population féminine générale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nouveaux cas de cancer du poumon estimés, selon l'âge et le sexe 2005 - Part des femmes sur l'ensemble des nouveaux cas de cancers du poumon et évolution depuis 2000 2005 - Taux standardisé d'incidence du cancer du poumon selon le sexe 2005 - Admissions en ALD pour cancer du poumon, selon l'âge et le sexe 2006 - Taux standardisé d'incidence médico-sociale du cancer du poumon, selon le sexe et par département 2006 - Décès par cancer du poumon selon l'âge, le sexe et par département 2006 - Evolution temporelle du taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, selon le sexe 1981-2006 - Taux standardisés de mortalité par cancer du poumon, selon le sexe et par département 2006 	

Objectif	Indicateurs retenus	Année de référence
Objectif 20 Renforcer la réduction des risques (RDR) chez les usagers de drogues afin de diminuer notamment les contaminations virales	<ul style="list-style-type: none"> > Population générale <ul style="list-style-type: none"> - Décès par surdose : nombre et répartition départementale > Usagers de drogues injectables <ul style="list-style-type: none"> - Découvertes de séropositivité : nombre, part régionale, part au sein des nouvelles contaminations selon le département, proportion de contaminations récentes > Usagers de drogues parisiens ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie, avec un focus sur les moins de 30 ans d'une part, sur les usagers de drogues injecteurs d'autre part <ul style="list-style-type: none"> - VHC et VIH : prévalences biologique et déclarée, dépistage au cours de la vie - Incarcération au cours de la vie : recours à la voie intraveineuse en prison, partage de seringue > Réduction des risques <ul style="list-style-type: none"> - Caarud : nombre et répartition départementale - Stéribox® vendus en pharmacie : nombre, taux de vente par département, part régionale des ventes en pharmacie - Automates : nombre de sites équipés par département - Kits de prévention distribués via les automates : nombre, part régionale, taux distribution - Stéribox® vendus en pharmacie et kits de prévention distribués via les automates : évolution des taux de vente > Prise en charge en CSST <ul style="list-style-type: none"> - Nombre et répartition départementale - Toxicomanes venus consulter : nombre par département, taux de recours par département - Profil socio-démographique : sexe, âge, emploi, revenus, minima sociaux, logement - Profil de consommation : produit principalement consommé, dépendance au produit, usage, initiative de la démarche de soins 	<ul style="list-style-type: none"> 2005, 2006 2003-2006 2004 2004 2007 2006 2006 2005 1996-2005 2006 2006 2006 2005
Objectif 21 Diminuer les nouvelles contaminations par le VIH et les IST chez les populations prioritaires : les migrants et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ainsi que les détenus, les prostitués et les hétérosexuels multipartenaires	<p data-bbox="571 898 651 920"><i>VIH/sida</i></p> <ul style="list-style-type: none"> > Dépistage <ul style="list-style-type: none"> <i>Activité des laboratoires</i> <ul style="list-style-type: none"> - Sérologies réalisées : estimation du nombre et évolution temporelle, taux de dépistage - Sérologies positives : estimation du nombre, part dans l'ensemble des sérologies réalisées et évolution temporelle <i>Activité des CDAG hors prison et des antennes CDAG en prison</i> <ul style="list-style-type: none"> - Evolution du sex-ratio des consultants - Sérologies réalisées : nombre et évolution temporelle, part départementale, part régionale - Sérologies positives : nombre, part dans l'ensemble des sérologies réalisées et évolution temporelle, part départementale, part régionale, part dans les antennes de CDAG en prison > Découvertes de séropositivité en population générale, avec un focus sur les groupes de transmission et sur les populations de nationalité étrangère <ul style="list-style-type: none"> - Nombre - Répartition par sexe - Part régionale - Part des personnes de nationalité étrangère dans l'ensemble - Taux annuel par département - Taux annuel par nationalité - Mode probable de transmission et évolution temporelle par trimestre - Proportion de contaminations récentes > Homosexuels masculins <ul style="list-style-type: none"> - Prévalence déclarée du VIH - Prévalence biologique du VIH, connaissance du statut sérologique - Pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois avec un partenaire occasionnel : proportion et évolution temporelle selon le statut sérologique du répondant > Multipartenaires hétérosexuels <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'un préservatif dans les 12 derniers mois : proportion et évolution temporelle selon le sexe > Populations africaines vivant en Ile-de-France <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation du préservatif au cours du premier rapport selon l'année du premier rapport : proportion et évolution temporelle > Usagers de drogues <ul style="list-style-type: none"> - Incarcération au cours de la vie : proportion, recours à la voie intra-veineuse en prison, partage de seringue - Présence ou non de programmes d'échanges de seringues dans les prisons <p data-bbox="571 1771 979 1794"><i>Autres infections sexuellement transmissibles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> > Syphilis : nombre de nouveaux cas, évolution temporelle, part régionale > Gonococcies : nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire selon le sexe, évolution temporelle selon le sexe > Lymphogranulomatose vénérienne rectale : nombre de nouveaux cas, part régionale, évolution temporelle, profil des cas > Hépatite B <ul style="list-style-type: none"> - Prévalence parmi les 18-80 ans - Hépatites B aiguës : nombre de nouveaux cas, part régionale, incidence 	<ul style="list-style-type: none"> 2001-2006 2001-2006 2006 1988-2006 1988-2006 2003-2006 2003-2006 2003-2006 2006 2003-2006 2003-2006 2003-2008 1997, 2000, 2004 2009 1997, 2000, 2004 1992,1994, 1998, 2001, 2004 1988-2005 2004 2000-2006 1986-2006 2003-2006 2003-2004 2003-2005

Objectif	Indicateurs retenus	Année de référence
Objectif 22 Chez les personnes séropositives, améliorer la qualité de vie, induire une observance accrue des traitements et une réduction des prises de risque	Qualité de vie	
	> Population générale	
	- Nombre annuel de personnes décédées d'une pathologie causée par le VIH/sida selon le sexe et évolution temporelle	1987-2006
	- Taux standardisés de mortalité liée au VIH/sida par sexe et évolution depuis 1993	2004
	- Causes de décès des adultes infectés par le VIH, évolution temporelle et facteurs explicatifs	2000, 2005
	> Personnes diagnostiquées au stade sida	
	- Nombre et proportion de personnes décédées	1978-2006
	- Probabilité de survie à cinq ans avant et après la période Haart pour les patients d'hôpitaux parisiens	1994-1996, 1996-2001
	- Facteurs associés à un moins bon pronostic vital parmi ceux diagnostiqués après 1996	depuis 1997
	- Pourcentage de personnes ignorant leur séropositivité au moment du diagnostic sida selon la nationalité, par mode de transmission et sexe	2000-2006
	- Accès aux traitements chez les personnes qui connaissaient leur séropositivité, selon le sexe, la nationalité et le mode de transmission	
	> Personnes contaminées suivies en milieu hospitalier	
	- Décès causés ou non par le VIH/sida : incidence, évolution temporelle, causes de décès	1992-2005
	> Personnes séropositives	
	- Stade clinique des découvertes de séropositivité selon le mode de transmission, la nationalité et le sexe	2003-2006
	- Evolution temporelle du nombre de nouveaux cas de sida, par groupe de transmission et selon la nationalité	1978-2006
	- Incidence du sida par département	2000-2006
	- Pathologies inaugurales du sida selon le mode de transmission et selon la nationalité, évolution temporelle	2000-2006
	- Profil : taux d'activité, ressources financières (minima sociaux...)	2003
	Observance	
	> Patients infectés par le VIH suivis dans la file active hospitalière	
- Répartition selon le type de traitement	2005	
- Proportion des patients traités depuis au moins 6 mois en succès virologique/immunologique/immunovirologique	2005	
- Evolution temporelle de la proportion de patients infectés par le VIH suivis à l'hôpital et traités depuis au moins 6 mois, en fonction de la charge virale et du taux de lymphocytes CD4	1996-2005	
Prises de risque sexuels		
> Hommes homosexuels/bisexuels séropositifs		
- Proportion déclarant avoir eu au moins une fois une pénétration anale non protégée dans les 12 derniers mois avec un partenaire occasionnel, évolution temporelle entre 1997 et 2004 (données régionales), et entre 2000 et 2005 (données parisiennes)	1997, 2000, 2004 2000, 2002, 2005	
> Personnes hétérosexuelles séropositives		
- Proportion déclarant avoir eu, au moins une fois au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels non protégés avec leur partenaire principal(e) non séropositif/ve selon le sexe	2003	
Objectif 23 Prévenir l'obésité infantile (0-11 ans), notamment par l'éducation critique à la consommation, et dépister précocement le surpoids chez l'enfant	> Population générale infantile	
	- Proportion d'enfants allaités à la naissance et à l'âge de 8 semaines	2003
	- Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 2-11 ans	2002-2003
	- Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 2-11 ans selon l'environnement familial : niveau d'études des parents, excès de poids parental, activité physique parentale régulière	2002-2003
	> Enfants scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans)	
	- Prévalence du surpoids et de l'obésité	1999-2000
	> Enfants scolarisés en classe de CM2 (10-11 ans)	
	- Prévalence du surpoids et de l'obésité	2004-2005
	- Prise d'un petit déjeuner : fréquence et prévalence du surpoids et de l'obésité	2004-2005
	- Pratique du sport en dehors des horaires de classe : fréquence et prévalence du surpoids et de l'obésité	2004-2005
- Estimation du temps passé devant un écran les jours d'école : fréquence et prévalence du surpoids et de l'obésité	2004-2005	
Objectif 24 Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée	> Population générale	
	- Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les 12 ans ou plus, et évolution avec l'âge selon le sexe chez les 18 ans ou plus	2002-2003
	- Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les 12-75 ans, et évolution avec l'âge selon le sexe chez les 18-75 ans	2005
	- Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les 15 ans ou plus, évolution depuis 1997, évolution avec l'âge selon le sexe	2006
	> Population adolescente (12-17 ans)	
	- Prévalence du surpoids et de l'obésité	2002-2003, 2005
	<i>Adolescents scolarisés en classes de 3^{ème} (environ 15 ans)</i>	
	- Prévalence du surpoids et de l'obésité	2003-2004
	- Prise d'un petit déjeuner : fréquence	2003-2004
	- Pratique du sport en dehors des horaires de classe : fréquence et prévalence du surpoids et de l'obésité	2003-2004
	- Estimation du temps passé devant un écran les jours d'école : fréquence et prévalence du surpoids et de l'obésité	2003-2004

Objectif	Indicateurs retenus	Année de référence
Objectif 24 (suite) Lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie en associant une alimentation équilibrée et diversifiée	> Population générale adulte <i>De 18 ans ou plus</i>	
	- Prévalence du surpoids et de l'obésité, selon la catégorie socioprofessionnelle et par sexe	2002-2003
	- Proportion de consommateurs «tous les jours ou presque» de fruits ou de légumes verts, par sexe et selon l'âge	2002-2003
	<i>De 18-75 ans</i>	
	- Pratique d'une activité sportive selon le type, par sexe et âge	2005
	- Pratique d'activités physiques selon l'intensité, par sexe et âge	2005
Objectif 25 Développer la prévention et le dépistage de la dénutrition et de la déshydratation chez les personnes âgées	Absence d'indicateurs régionaux produits en routine	
Objectif 26 Garantir les conditions de promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale	> Foyers à bas revenus parmi les foyers allocataires des Caf	
	- Nombre de foyers et évolution par rapport à 2005	2006
	- Part de familles monoparentales et de couples avec enfants	2006
	- Effectif démographique représenté, dont les moins de 20 ans	2006
	- Part de la population concernée par département	2006
	> Focus sur les moins de 20 ans	
	- Part de cette tranche d'âge concernée et évolution par rapport à 2005	2006
	- Part de cette tranche d'âge concernée, par département	2006
	> Bénéficiaires de la CMU	
	- Nombre et répartition départementale	2006
	> Bénéficiaires de la CMUC	
	- Nombre, évolution depuis 2002, répartition départementale et part dans la population totale du département	2006
> Bénéficiaires de l'AME		
- Nombre, évolution depuis 2002 et répartition départementale	2006	
Objectif 27 Développer une approche santé en direction des publics prioritaires	Localisation géographique des publics en habitat mobile	23-24 janv. 2006
	> Jeunes en rupture familiale et sociale	
	Taux de chômage des jeunes de 15-29 ans et des 15 ans ou plus, par département francilien	2006
	Proportion d'allocataires du RMI chez les jeunes (18-24 ans, 25-29 ans) et en population générale (18 ans ou plus)	2006
	> Personnes en centre d'accueil et d'hébergement	
	Nombre de foyers de travailleurs migrants à Paris	2005
	> Les personnes sans-domicile-fixe	
	Proportion de ceux atteints d'épilepsie (Paris)	2003
	Proportion de ceux atteints de diabète parmi ceux fréquentant les CHU parisiens	2006
	> Les gens du voyage	
	Répartition géographique des différents dispositifs mis en place dans le cadre des schémas départementaux pour l'accueil des gens du voyage	2008
	> Les Roms	
	Taux de retard de recours aux soins et évolution temporelle	2005 et 2006
	> Les personnes détenues	
	Nombre d'établissements pénitentiaires	2006
	Nombre d'Ucsa	2006
	Nombre de suicides de personnes détenues et taux	2003
Prévalence de la tuberculose en population détenue et évolution temporelle	1994/1995 et 2005/2006	
Prévalence de la tuberculose en population détenue, selon les maisons d'arrêt franciliennes	2005/2006	
Objectif 28.1-2-3 Renforcer la surveillance et évaluer les pratiques relatives à la lutte antituberculeuse Adapter les stratégies de prise en charge et les organisations en prenant en compte les évaluations et les évolutions réglementaires Favoriser le recours et la continuité du traitement	> Tuberculose	
	- Nombre de nouveaux cas déclarés et part régionale	2006
	- Taux d'incidence, selon l'âge et la nationalité	2006
	- Evolution temporelle du taux d'incidence, par sexe	1997-2006
	- Nombre de nouveaux cas déclarés, par département	2006
	- Taux d'incidence par département, selon la nationalité	2006
	- Nombre de foyers de travailleurs migrants (75 et 93)	2006
Objectif 28.4 Développer une promotion adaptée de la santé bucco-dentaire auprès de publics cibles	> Jeunes en population générale	
	- Proportion de jeunes de 15 ans et de 18 ans recourant à la consultation gratuite de prévention bucco-dentaire, par département	2005, 2007
	- Motifs de non-recours des jeunes âgés de 15 à 18 ans	2000
	- Motifs de recours des parents pour leurs enfants âgés de 2 à 19 ans, en fonction des revenus	2000
	- Type de recours aux soins dentaires des 18 ans ou plus, selon l'âge	2002-2003
	- Type de recours aux soins dentaires des 18 ans ou plus, selon la couverture complémentaire	2002-2003
	> Personnes âgées	
	- Type d'appareillage dentaire des 18 ans ou plus, selon l'âge	2002-2003
	- Proportion de personnes en Ehpad avec des problèmes dentaires	2000, 2001, 2004
	> Jeunes handicapés de 6 à 20 ans fréquentant un IME ou un EEAP	
	- Fréquence des problèmes dentaires	2004
	- Besoins d'actes dentaires	2004

Objectif	Indicateurs retenus	Année de référence
Objectif 28.5 Favoriser l'éducation à la santé bucco-dentaire des jeunes enfants, des parents et des futurs parents	- Nombre d'enfants âgés de 0 à 12 ans, et part régionale	2006
	- Proportion d'enfants scolarisés en Zep parmi les élèves de grande section de maternelle	2003
	- Proportion de jeunes de 6, 9 et 12 ans recourant à la consultation gratuite de prévention bucco-dentaire, par département	2007
	- Motifs de recours des parents pour leurs enfants âgés de 2 à 19 ans	2000
	- Proportion d'enfants de 6 à 12 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année, par département	1999, 2004
	- Proportion d'enfants de 6 à 12 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année dans les communes franciliennes avec des dispositifs labellisés Arcade	2004
	- CAO mixte moyen à 6 ans et CAO moyen à 12 ans en France, selon les professions et catégories socioprofessionnelles	2006
	- Proportion d'élèves de CM2 ayant au moins deux dents cariées non soignées en France, selon les professions et catégories socio-professionnelles	2004-2005
	- Proportion d'élèves de CM2 ayant au moins deux dents cariées non soignées en France, selon la scolarisation en Zep	2004-2005
	- CAO mixte moyen des élèves de CE1 dépistés dans le cadre du programme francilien Arcade	2005-2006
	- Proportion d'élèves ayant besoin de soins parmi ceux dépistés en CE1 dans le cadre du programme francilien Arcade	2005-2006, 2006-2007
	- Proportion d'élèves avec un CAO = 0 parmi ceux dépistés en CE1 dans le cadre du programme francilien Arcade	2005-2006, 2006-2007
	- Proportion d'enfants de 6 ans ayant besoin de soins en France	2006
	- Proportion d'enfants de 6 ans avec un CAO = 0 en France	2006
	Objectif 29 Protéger la santé des populations vivant en habitat indigne	> Parc privé potentiellement indigne
- Estimation du nombre de logements concernés		2003
- Part dans l'ensemble des logements privés		2003
- Répartition départementale et part départementale		2003
- Répartition communale et part communale		2003
Objectif 29.1 Lutter contre l'insalubrité	- Nombre d'arrêtés d'insalubrité antérieurs à 2006 et toujours en cours en 2006	2006
	- Part d'insalubrité irrémédiable dans l'ensemble des arrêtés d'insalubrité	2006
	- Nombre d'arrêtés (tous types)	2006
	- Nombre de levées d'arrêtés (tous types)	2006
	- Traitement complet de l'habitat indigne : nombre de logements traités par département	2005
Objectif 29.2 Améliorer la prévention du saturnisme chez l'enfant et la femme enceinte, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués	- Nombre d'enfants âgés de 0-6 ans, et part régionale	2006
	- Répartition communale des enfants de 0-6 ans	2006
	- Nombre de logements antérieurs à 1949, et part dans l'ensemble des résidences principales	2006
	- Répartition communale des logements antérieurs à 1949	2006
	- Nombre de plombémies de primo-dépistage chez les moins de 18 ans et répartition départementale	2006
	- Nombre de cas de saturnisme dépistés, part régionale et répartition départementale	2006
Objectif 29.3 Prévenir les intoxications au monoxyde de carbone et les allergies	- Nombre d'affaires d'intoxications au CO, et répartition départementale	2005, 2006, 2007
	- Nombre de personnes impliquées/hospitalisées/décédées	2006
	- Sources des intoxications	2006
Objectif 30.1 Réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle	> Cadmium, mercure, plomb, benzène, chlorure de vinyle monomère et dioxines en provenance des installations industrielles situées en grande couronne	
	- Quantités émises dans l'air	2007
	- Evolution par rapport à l'année 2000 (sauf pour le cadmium et le chlorure de vinyle monomère)	2000- 2007
Objectif 30.2 Limiter les pollutions des eaux dues aux pesticides et à certaines substances potentiellement dangereuses	> Pesticides	
	- Nombre de points de prélèvement pour les eaux souterraines	2007
	- Qualité des eaux souterraines	2007
	- Nombre de points de prélèvement pour les eaux superficielles	2006/2007
	- Qualité des eaux superficielles, et classement des analyses selon les normes de qualité des eaux destinées à la consommation humaine	2006/2007
	- Qualité de l'eau au robinet du consommateur, répartition communale, population concernée	2006
- Nombre de captages abandonnés en lien avec la présence de pesticides et répartition départementale	2006	
Objectif 30.3 Protéger les captages d'eau potable	- Nombre de captages alimentant en eau potable la population francilienne	2007
	- Répartition départementale des captages alimentant en eau potable la population francilienne, selon l'état d'avancement des DUP	2007
	- Nombre de captages alimentant en eau potable la population francilienne, situés en Ile-de-France	2007
	- Répartition départementale des captages alimentant en eau potable la population francilienne situés en Ile-de-France, selon l'état d'avancement des DUP	2007
	- Répartition départementale des captages alimentant en eau potable la population francilienne, situés en dehors de l'Ile-de-France	2007
	- Part de la population francilienne alimentée en eau potable par des ouvrages privés	2007

Objectif	Indicateurs retenus	Année de référence
Objectif 30.4 Réduire les nuisances sonores	> Population générale	
	- Part de la population générale gênée par le bruit à domicile, selon le degré d'urbanisation, selon les revenus du foyer	2007
	- Sources de gêne citées par les personnes gênées par le bruit à leur domicile	2007
	- Localisation géographique des populations survolées par les avions en provenance et à destination des aéroports de Paris-Charles de Gaulle et Paris-Orly	2003
	- Proportion de la population utilisant régulièrement un baladeur, selon l'âge, selon la durée d'écoute, selon la puissance	2007
	- Proportion de la population qui considère le risque sanitaire lié au bruit comme «plutôt élevé», selon l'âge	2007
	> Etablissements visés par le décret «lieux musicaux»	
	- Proportion de discothèques visitées par les Ddass dont le niveau sonore est supérieur à 105 dB(A)	2001
	- Nombre d'établissements visés par le décret et répartition départementale	2006
	- Nombre et conformité au décret de ceux ayant fait l'objet d'un contrôle administratif ou de terrain	2006
	- Nombre de TSA déclarés par les ORL pour les discothèques et salles de concert	début 2004
Objectif 30.5 Réduire l'incidence de la légionellose, en renforçant la sécurité des installations sensibles	- Etablissements sanitaires et établissements médico-sociaux pour personnes âgées : nombre et inspections réalisées par département	2006
	- Nombre de TAR présentant un risque «légionelles» et répartition départementale	2006
	- Nombre de cas individuels de légionellose signalés, part et incidence régionales, évolution depuis 1987, répartition départementale	2006
	- Nombre d'épisodes de cas groupés de légionellose, localisation départementale, suspicion d'une origine environnementale	2006



Les principales sources de données

Les données socio-démographiques de l'Insee

(indicateurs transversaux, objectifs 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 14, 19, 27, 28, 29.2)

Il s'agit des informations recueillies lors des recensements de la population générale et de celles issues des bulletins de décès, à l'origine notamment des projections démographiques élaborées par l'Insee.

Les taux standardisés de mortalité ont été construits à partir des données de recensement.

«Avec la mise en œuvre de la nouvelle méthode de recensement, basée sur des enquêtes annuelles étalées sur un cycle de cinq ans, la situation démographique de 2007, comme celle des années précédentes, sera établie de façon définitive quand les résultats des cinq enquêtes annuelles 2004 à 2008 seront connus.»

Source : PLA A. Bilan démographique 2007 - Des naissances toujours très nombreuses. *Insee Première*, Insee, division Enquêtes et études démographiques, 2008, n°1170.

De nombreux indicateurs socio-démographiques présentés dans ce document sont accessibles sur le site de la base de données Score-Santé (www.score-sante/score2008/index.htm) de la Fédération nationale des ORS (Fnors).

La statistique nationale des causes médicales de décès de l'Inserm CépiDC

(indicateurs transversaux, objectifs 1, 2, 3, 4, 5, 14, 19, 22)

Etablie à partir du certificat et du bulletin de décès, la statistique nationale des causes médicales de décès est élaborée annuellement depuis 1968 par le CépiDC de l'Inserm, en collaboration avec l'Insee.

Le dernier fichier disponible concerne l'année 2005. 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. Dans certains cas - en ce qui concerne, par exemple, l'évolution de la mortalité, notamment prématurée (avant 65 ans) -, les analyses portent sur les vingt-sept dernières années, plus précisément les années 1979 à 2005.

Le fichier des admissions en affection de longue durée de l'Assurance maladie

(indicateurs transversaux, objectifs 1, 2, 4, 6, 14, 15, 17, 19)

En cas d'affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) comporte trente affections ou groupes d'affections, dont la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (ALD n°15), les cancers (ALD n°30). Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour cancer fournit donc une évaluation de l'incidence de cette maladie. Cependant, les ALD ne sont pas déclarées aux caisses d'assurance maladie dans un but épidémiologique et cette incidence, aussi qualifiée «d'incidence médico-sociale», comporte des biais. Ceux-ci conduisent le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle mais aussi, dans certains cas, à une sur-déclaration. Les motifs de sous-déclaration sont le plus souvent liés au fait que le patient bénéficie déjà d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une autre affection (surtout s'il est âgé), ou bénéficie d'une complémentaire santé suffisante qui ne justifie pas d'entrer dans ce dispositif. Le traitement d'un cancer peut d'ailleurs être constitué d'un acte chirurgical unique intégralement remboursé par l'Assurance maladie. Une autre cause de sous-déclaration réside dans la définition même de la maladie : des critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité de la pathologie non observés chez un patient peuvent conduire le médecin à ne pas entreprendre la démarche d'admission en ALD. Mais dans le cas précis des cancers, ce phénomène peut parfois conduire, au contraire, à une sur-déclaration, en particulier dans le cas d'états pré-cancéreux dont le traitement est lourd, ou lorsque la limite entre tumeur bénigne et tumeur maligne n'est pas très nette.

Les estimations du réseau Francim

(objectifs 1, 2, 3, 4, 5, 19)

Une quinzaine de départements de France métropolitaine disposent d'un registre recensant l'ensemble des cancers (registres généraux) ou uniquement certains types de cancers (registres spécialisés). C'est à partir des données d'incidence issues de ces registres que le Réseau français des registres des cancers (Francim) propose des estimations de l'incidence des cancers en France et dans les 22 régions de France métropolitaine. Ces estimations sont réalisées selon une méthode statistique qui repose sur l'utilisation du rapport entre incidence et mortalité (par sexe et âge) dans les unités géographiques couvertes par un registre, avec application ensuite aux différentes régions. Cette démarche repose sur l'hypothèse d'une relative homogénéité des rapports entre incidence et mortalité sur l'ensemble du territoire métropolitain.

Les déclarations obligatoires

(objectifs 20, 21, 22, 28.1-2-3, 29.2, 30.5)

«Le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire repose sur la transmission de données entre trois acteurs :

- les médecins et les biologistes, libéraux et hospitaliers,
- les médecins inspecteurs de santé publique (Misp) et leurs collaborateurs des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass),
- les épidémiologistes de l'Institut de veille sanitaire (InVS).

L'objectif est de détecter et de déclarer les trente maladies à déclaration obligatoire pour agir et prévenir les risques d'épidémie, mais aussi pour analyser l'évolution dans le temps de ces maladies et adapter les politiques de santé publique aux besoins de la population.»

Source : <<http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/index.htm>> Dernière visite : 18/03/08

Parmi ces trente maladies figurent l'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B, l'infection par le VIH quel qu'en soit le stade, la tuberculose, le saturnisme de l'enfant mineur, et la légionellose.

Le Baromètre santé 2005 de l'Inpes

(objectifs 1, 2, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 24)

Le Baromètre santé est une enquête nationale qui concerne la population générale et les professionnels de santé (médecins généralistes et pharmaciens d'officine), dont l'objectif est d'étudier les principaux comportements, attitudes, perceptions qui sont liés à des degrés divers à l'état de santé actuel et futur des personnes interrogées : consommation de tabac, d'alcool, usages de drogues illicites, vaccination, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, santé mentale, qualité de vie, etc.

Répétées régulièrement depuis 1992, ces enquêtes permettent de suivre les évolutions des comportements de santé au regard des programmes de santé publique (mesure législative, campagne de prévention, programme d'éducation, etc.) et de faire des hypothèses sur l'impact de ces politiques de prévention.

Pour l'édition 2005, les interviews ont été réalisées par téléphone après un tirage au sort de la personne à interroger. Le tirage au sort s'est fait tout d'abord au niveau de la base de sondage, c'est-à-dire au niveau de la liste des numéros de téléphone d'où sont issus les ménages contactés. Pour interroger 30 514 personnes âgées de 12 à 75 ans parmi lesquelles 4 425 sont franciliennes, les interviews ont d'abord été réparties entre ménages équipés d'une ligne fixe (87,5%) et ménages équipés uniquement d'un téléphone portable (12,5%). Quel que soit son équipement téléphonique (listes blanche, orange, rouge ou portable), une seule personne participait à l'enquête au sein du foyer. La personne choisie était celle dont l'anniversaire à venir était le plus proche.

Comme cela avait été le cas en 2000, plusieurs régions ont réalisé une enquête reprenant le même questionnaire (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne, Lorraine, Poitou-Charentes, Ile-de-France). Afin de pouvoir analyser l'évolution des comportements de santé des jeunes Franciliens entre le Baromètre jeunes 1997/1998 (exploité en 2000 par l'ORS Ile-de-France) et celui de 2005, un sur-échantillon régional a été mis en œuvre par l'ORS Ile-de-France. Au total, les données de l'enquête nationale et de ce sur-échantillon permettent de disposer d'un effectif de 6 008 jeunes de 12 à 25 ans pour la France métropolitaine, parmi lesquels 2 109 sont franciliens.

L'Enquête décennale de santé 2002-2003 de l'Insee (indicateurs transversaux, objectifs 14, 15, 16, 23, 24, 28.4)

L'Enquête décennale de santé est une enquête réalisée auprès de l'ensemble de la population métropolitaine dont les principaux objectifs sont d'appréhender la consommation individuelle annuelle de soins et de prévention, la morbidité déclarée ainsi que la santé perçue. Elle met en relation les consommations de soins avec l'état de santé déclaré et les caractéristiques socio-démographiques des individus et des ménages.

Les Enquêtes santé sont réalisées tous les dix ans environ par l'Insee auprès des ménages ordinaires. La première enquête a été réalisée en 1960. Les suivantes se sont déroulées en 1969-1970, 1980-1981 et 1991-1992. La dernière édition a eu lieu d'octobre 2002 à octobre 2003. Elle a bénéficié d'extensions régionales de l'échantillon national en régions Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Champagne-Ardenne, Ile-de-France (pour la première fois) et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Celles-ci sont effectuées à la demande des partenaires locaux. Elles permettent de disposer d'un échantillon représentatif et suffisamment important pour obtenir des résultats sur la région.

Au niveau national, 16 800 ménages (40 000 individus) ont répondu à l'enquête 2002-2003, dont 3 800 ménages (9 200 individus) en Ile-de-France. L'édition 2002-2003 a duré un an, avec cinq vagues. Chaque vague s'est déroulée en trois visites de l'enquêteur sur une période d'environ huit semaines. L'enquête est organisée de telle sorte que les adultes concernés soient présents à chaque visite, puisque le questionnement de chaque adulte est strictement individuel. Entre les visites, les ménages consignent l'ensemble de leurs consommations médicales dans un carnet de soins et conservent les emballages des médicaments achetés et les ordonnances pour des relevés en deuxième et troisième visites. De plus, chaque membre du ménage âgé de 11 ans ou plus remplit lui-même un questionnaire (dit « auto-administré ») destiné à saisir un certain nombre de pathologies particulières.

Les autres sources de données (liste non exhaustive)

1. Les données issues de systèmes d'information pérennes

- les certificats de santé du 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois, en provenance des Conseils généraux (objectifs 7, 8, 10 et 23)
- le Finess (objectifs 18 et 30.5)
- le PMSI (objectifs 7, 8 et 14)
- les réseaux, par exemple Rénago et Rénachla (objectif 21)
- le dispositif Siamois, mis en œuvre par l'InVS (objectif 20)
- les registres comme le Rheop (objectif 8)
- les structures de gestion pour le dépistage organisé du cancer du sein (objectif 1)
- les systèmes nationaux de surveillance du saturnisme de l'enfant (objectif 29.2) et des intoxications au monoxyde de carbone (objectif 29.3)

2. Les données issues de grandes enquêtes nationales

- le Baromètre Gay 2005 de l'InVS (objectif 22)
- le Baromètre santé environnement 2007 de l'Inpes (objectif 30.4)
- le Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire de la Drees, auprès des élèves de GSM en 1999-2000, CM2 en 2001-2002 et en 2004-2005 et de 3^{ème} en 2003-2004 (objectifs 23, 24, 28.5)
- l'enquête Coquelicot 2004 de l'InVS-ANRS, auprès des usagers de drogues (objectif 20)
- l'enquête de l'OFDT sur les personnes accueillies en consultation cannabis un mois donné en 2005 (objectif 18)
- l'enquête CSF 2006 de l'Inserm-Ined (objectif 11)
- EROPP 2002 de l'OFDT (objectif 12)
- Escapad 2005 de l'OFDT, auprès des jeunes de 17 ans (objectif 18)
- l'enquête HID de l'Insee (objectif 17)
- les enquêtes KABP 1994, 1998, 2001 et 2004 de l'ORS Ile-de-France et leurs extensions franciliennes (objectifs 11, 21)
- les enquêtes annuelles de l'InVS auprès des laboratoires VIH (objectif 21)
- les enquêtes ObEpi 1997, 2000, 2003 et 2006 de l'Inserm-Institut Roche (objectif 24)
- l'Enquête périnatale 2003 de l'Inserm (objectif 7)
- l'EPF 2006 de l'Inserm (objectif 7)
- l'enquête Inpes auprès des populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida (objectif 21)
- les enquêtes Presse Gay 1997, 2000 et 2004 de l'InVS (objectifs 21, 22)
- l'enquête Sumer 2002-2003 de la DRT-Dares (objectif 3)
- les enquêtes sur la santé dentaire de l'UFSBD à la demande du ministère de la Santé (objectif 28.5)
- l'enquête Vespa 2003 de l'ANRS-EN12 (objectif 22)



Liste des acronymes et des sigles

Les acronymes débutent par une majuscule, à la différence des sigles dont toutes les lettres sont épelées et apparaissent en majuscules.

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AC	Age corrigé
AEP	Alimentation en eau potable
AFDPHE	Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant
Aggir	Autonomie gérontologique - Groupes iso-ressources
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'Etat
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANECAMSP	Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce
Anpaa	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida
Apa	Allocation personnalisée d'autonomie
AP-HP	Assistante publique - Hôpitaux de Paris
API	Allocation parent isolé
Arcade	Action régionale contre les atteintes dentaires des enfants
ARS	Agence régionale de santé
ASNR	Association de suivi des nouveau-nés à risque
ASS	<i>Selon le contexte</i> : allocation de solidarité spécifique ou atelier santé ville
ASV	Allocation supplémentaire du minimum vieillesse
BBD	Bilan bucco-dentaire
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BIT	Bureau international du travail
BMCN	Programme "Boire moins c'est mieux"
BREV	Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives
BSEDS	Bilan de santé Evaluation du développement pour la scolarité
Caarud	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
Cada	Centre d'accueil des demandeurs d'asile
Caf	Caisse d'allocations familiales
Camsp	Centre d'action médico-sociale précoce
Cancava	Caisse nationale de compensation d'assurances vieillesse des artisans
CANSSM	Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines
CAO (indice)	Nombre de dents permanentes cariées, absentes pour cause de carie ou obturées
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
Cavimac	Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisses centrales de la mutualité sociale agricole
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit

CDD	Contrat à durée déterminée
CDTnet	Site Internet sur l'activité des consultations de dépendance tabagique
CE1	Cour élémentaire première année
CEP	Centre d'enseignement professionnel
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHU	Centre d'hébergement d'urgence
Cidi SF	Composite international diagnostic interview Short Form
Cim	Classification internationale des maladies
Circ	Centre international de recherche sur le cancer
Cire	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CLAT	Centre de lutte anti-tuberculose
Clic	Centre local d'information et de coordination en gérontologie
CM2	Cour moyen deuxième année (fin de l'école primaire)
CMP	Centre-médico-psychologique
CMPP	Centre-médico-psycho-pédagogique
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnaf	Caisse nationale d'allocations familiales
CnamTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CnavTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNRA CL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNRPA	Comité national des retraités et personnes âgées
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CO	Monoxyde de carbone
Coderpa	Comité départemental des retraités et personnes âgées
Cov	Composé organique volatil
CP	Cours préparatoire
Cpam	Caisse primaire d'assurance maladie
Cram	Caisse régionale d'assurance maladie
Crips-Cirdd	Centre régional d'information et de prévention du sida - Centre régional d'information sur les drogues et dépendances
CRS	Conférence régionale de santé
CS8	Certificat de santé de l'enfant du 8 ^{ème} jour
Csapa	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSF (Enquête)	Contexte de la sexualité en France
CSP	Catégorie socioprofessionnelle
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
CTCN	Commission technique consultative autour de la naissance
Cucs	Contrat urbain de cohésion sociale
DADS	Déclaration annuelle des données sociales
Dares	Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques
Dases	Direction de l'aide sociale, de l'enfance et de la santé à Paris
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DDTEFP-Sepés	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle Service études, prospective, évaluation et statistiques
DGI	Direction générale des impôts
DGS	Direction générale de la santé
DGUHC	Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction
DH	Direction de l'habitat
DHRU	Division de l'habitat et de la rénovation urbaine
Diren	Direction régionale de l'environnement
DML	Dossier médical de liaison
DO	<i>Selon le contexte</i> : Dépistage organisé ou Déclaration obligatoire
DPEL 3	Dépistage et prévention langage à 3 ans
Drass	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRE	Direction régionale de l'équipement
Drees	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
DriaF	Direction régionale et interdépartementale de l'agriculture et de la forêt
Drire	Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement
DRSM	Direction régionale du service médical
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
DUP	Déclaration d'utilité publique
EBD	Examen bucco-dentaire
EDC	Episode dépressif caractérisé
EEAP	Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELP	Estimation localisée de population
ELSM	Echelon local du service médical de l'assurance maladie
ENNS (Enquête)	Enquête nationale nutrition santé
ENSP	Ecole nationale de la santé publique
EPF (Enquête)	Enquête périnatale française
EPG (Enquête)	Enquête Presse Gay
Erasme V1	Extraction, recherches et analyses pour un suivi médico-économique, version 1 des bases de données informationnelles des affiliés au régime général de l'assurance maladie
EROPP (Enquête)	Enquête sur les représentations, les opinions et perceptions sur les psychotropes
ERTL 4	Epreuve de repérage des troubles du langage à 4 ans
ERTLA 6	Epreuve de repérage des troubles du langage et des apprentissages à 6 ans
Escapad (Enquête)	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
Eurocare	European cancer registries study on cancer patients' survival and care
FHDH	French hospital database on HIV
Filocom	Fichier des logements par commune
Finess	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FJT	Foyer de jeunes travailleurs
FNAILS	Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants
Fnors	Fédération nationale des observatoire régionaux de la santé
Francim	France-Cancer-Incidence et Mortalité (Réseau français des registres des cancers)

FSPOEIE	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État
FSSE	Formation spécialisée pour le suivi et l'évaluation (du PRSP)
FTM	Foyer de travailleurs migrants
Gers	Groupement pour l'élaboration et la réalisation des statistiques créé, en 1974 par les entreprises de l'industrie pharmaceutique (mise en commun des données de vente ville et hôpital)
GRSP	Groupement régional de santé publique
GSM	Grande section de maternelle
Haart	Highly active antiretroviral therapy (traitement antirétroviral hautement actif)
HAS	Haute autorité de santé
HID (Enquête)	Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance
HLM	Habitation à loyer modéré
HPV	Human papilloma virus
I (Label)	Information (premier label du programme Arcade)
IAU île-de-France	Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France
IDES (Label)	Information-dépistage-éducation pour la santé (3 ^{ème} label du programme Arcade)
IDF ou IdeF	Ile-de-France
IES (Label)	Information-éducation pour la santé (deuxième label du programme Arcade)
IMC	Indice de masse corporelle
IME	Institut médico-éducatif
Ined	Institut national d'études démographiques
Infovac	Ligne directe d'information et de consultation sur les vaccinations
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IOTF	International obesity task force
IPPSA	Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
KABP (Enquête)	Enquête Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne rectale
Loi SRU	Loi du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
METATM	Ministère de l'Équipement, des Transports et de l'Aménagement du territoire, du Tourisme et de la Mer
Mipes	Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale
Mira	Médecin inspecteur régional adjoint
Misp	Médecin inspecteur de santé publique
MJC	Maison des jeunes et de la culture
MMES	Module minimal européen sur la santé
Mod	Mallette-outil-dépistage

MSA	Mutualité sociale agricole
NS	Non significatif
ObEpi (Enquête)	Enquête sur l'épidémiologie de l'obésité
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OFT	Office français de prévention du tabagisme
OIP	Observatoire international des prisons
Omphale (Projection)	Outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves
OMS	Organisation mondiale de la santé
Organic	Organisme gérant l'assurance vieillesse, invalidité et décès des travailleurs indépendants du commerce, de l'industrie et des services
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
ORS	Observatoire régional de santé
PANP	Pénétration anale non protégée
Pass	Permanence d'accès aux soins de santé
PES	Programme d'études et de statistiques (du PRSP)
Pétri (Etude)	Etude Prévention et épidémiologie des tumeurs en Ile-de-France
PIB	Produit intérieur brut
PMC (score)	score général Processus mentaux composite
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSE	Plan national santé environnement
PPPI	Parc privé potentiellement indigne
Praps	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRSE	Plan régional santé environnement
PRSP	Plan régional de santé publique
QLC	Questionnaire «langage et comportement»
RDC	République démocratique du Congo
RDR	Réduction des risques (chez les usagers de drogues)
Rénachla	Réseau national des chlamydioses
Rénago	Réseau national du gonocoque
Rep	Réseau d'éducation prioritaire
RGP / RP	Recensement (général) de la population
Rheop	Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal
RMI	Revenu minimum d'insertion
Roc-Ado	Méthode pour «Repérer, orienter, conseiller les adolescents consommateurs à risque d'alcool et de substance psychoactives»
RPIB	Méthode de «Repérage précoce et d'intervention brève» sur la consommation d'alcool notamment
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants

Rumeur	Réseau urbain de mesure de l'environnement sonore d'utilité régionale
SA	Semaine d'aménorrhée
Sanofi Pasteur MSD	Sanofi Pasteur Merck Sharp & Dohme (c'est une «joint venture» : structure partagée pour la commercialisation du vaccin contre le cancer du col de l'utérus en France)
SASV	Service d'allocation spéciale vieillesse
SCHS	Service communal d'hygiène et de santé
SDF	Personne sans domicile fixe
SIG	Système d'information géographique
Smamif	Service médical de l'assurance maladie d'Ile-de-France
SMPG (Enquête)	Enquête santé mentale en population générale
SNCF	Société nationale des chemins de fer
Sniiram	Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie
SPN	Surdité permanente néonatale
Sumer (Enquête)	Enquête surveillance médicale des risques professionnels
Tar	Tours aéroréfrigérantes
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention, hyperactivité
TSA	Traumatisme sonore aigu
TSAL	Trouble spécifique d'apprentissage de la lecture
UC	Unité de consommation
Ucsa	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UDI	Usager de drogues injectables
UE	Union européenne
UFSBD	Union française pour la santé bucco-dentaire
Unedic	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie
Usen	Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle
VADS	Voies aérodigestives supérieures
Vespa (Enquête)	Enquête VIH : enquête sur des personnes atteintes
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
Zep	Zone d'éducation prioritaire