



Santé des mères et des enfants de Paris

Etat des lieux pour la mise en place
d'un Schéma directeur départemental
de la Protection Maternelle et Infantile

Septembre 2010

Réponse à l'appel d'offre de la ville de Paris « Etude du recensement des indicateurs sur l'état de santé des populations concernées par le champ de la PMI à Paris » :

En août 2010, l'ORS d'Ile-de-France représenté par Catherine Embersin-Kyprianou et Catherine Vincelet, sous la direction d'Isabelle Gremy a réalisé la proposition de réponse à cet appel d'offre.

Le choix de l'ORS Ile-de-France pour la réalisation de ce travail a été notifié en décembre 2009.

Le Département de Paris a assuré le financement de ce travail.

Participation à la réalisation de l'ouvrage :

La coordination de l'étude a été réalisée par Catherine Vincelet et Catherine Embersin-Kyprianou, sous la direction d'Isabelle Grémy.

Les fiches thématiques ont été réalisées par Aurélie Cazenave, Céline Jung, Catherine Embersin et Catherine Vincelet. Les cartographies ont été produites par Adrien Saunal, et certaines analyses statistiques par Edouard Chatignoux.

Nathalie Beltzer, Sandrine Halfen et Philippe Pépin ont également été sollicités au sein de l'équipe de l'ORS compte tenu de leur expertise sur certaines thématiques.

La maquette et la mise en page ont été réalisées par Myriam Dalbarade.

Stéphanie Rousseau a également contribué à la finalisation du document.

Participation au comité de suivi technique :

Les professionnels de la DFPE ont été sollicités tout au long de la réalisation du projet. Ont participé à ce suivi technique : Malika Amellou (médecin chargée de la planification familiale et de la protection maternelle), Martine Beauplet (sage-femme cadre supérieur chargée de la planification familiale), Marie-Claude Bonnefoi (médecin chargée de la Cellule des certificats de santé), Marcelle Delour (médecin chef du service de PMI), Véronique Dufour (médecin chargée de la protection infantile), Laurence Desplanques (médecin chargée de l'évaluation des actions du service de PMI), Perrine Dommange (sous directrice de la planification, de la PMI et des familles), Sandra Merle (diététicienne), Catherine Morel (sage femme cadre supérieur chargée de la protection maternelle), Rosemonde Parisot (sage-femme chef d'unité) et Agathe Stark (psychologue coordinatrice).

Participation au comité de pilotage :

Un comité de pilotage a été réuni à quatre reprises afin de valider les différentes étapes du travail.

Ont participé à ce comité :

- Pour le cabinet du Maire : Martine Levine.
- Pour le cabinet de Jean Marie Le Guen : Florent Hubert et Judith Dulioust.
- Pour le cabinet de Fatima Lalem : Valérie Suchod.
- Pour le secrétariat Général : Marine Neuville.
- Pour la DFPE : Véronique Duroy, Perrine Dommange, Marcelle Delour, Nathalie Reyes et Laurence Desplanques.
- Pour l'ORS : Isabelle Grémy, Catherine Vincelet et Catherine Embersin-Kyprianou.



Avant-propos

Dans un contexte de crise économique et sociale et de précarisation accrue, la santé des mères et des enfants doit être une priorité sanitaire et sociale réaffirmée. Les politiques en faveur de la santé de la mère et l'enfant, pour empêcher la formation des inégalités dès le plus jeune âge, et permettre à chaque enfant de réaliser pleinement son développement physique, sensoriel, psychique, cognitif et social, doivent être développées. Elles constituent un des principaux critères du développement humain d'une société.

A ce titre, le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI), qui offre des actions gratuites de prévention et de promotion de la santé à l'ensemble des futurs et jeunes parents, et des enfants de 0 à 6 ans, joue un rôle central.

J'ai donc souhaité que la collectivité parisienne s'engage dans la démarche innovante de l'élaboration d'un Schéma Directeur départemental de la PMI. Ce schéma a pour objectif de valoriser le rôle de la PMI, sa place dans le système de santé, et de définir les orientations stratégiques et les préconisations fonctionnelles qui assurent à l'ensemble de la population parisienne l'accès à un service de qualité adapté à ses besoins de santé.

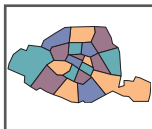
Pour se construire de façon rationnelle, cette politique de santé publique doit s'appuyer sur un état des lieux complet et précis de la situation sociale et sanitaire de la population concernée. Une étude épidémiologique objective la fréquence des maladies, leur répartition sociale et géographique et leurs facteurs de risque. Elle est indispensable pour identifier les problématiques particulièrement prégnantes ou émergentes et pour construire des programmes et des actions de prévention pertinents.

En effet, une observation fine de l'état sanitaire de la population constitue, non seulement un outil de connaissance approfondie, pour tous les acteurs du champ sanitaire, mais également une aide à la décision politique, puisqu'elle vient éclairer la délibération collective. Elle peut même nous permettre d'évaluer l'impact des politiques sanitaires qui sont mises en œuvre.

C'est cet état des lieux, première étape de cette démarche ambitieuse, dont la réalisation a été confiée à l'Observatoire Régional de Santé (ORS) d'Ile-de-France, que nous sommes fiers de vous présenter aujourd'hui.

C'est sur ce fondement que nous entendons donner un nouvel élan à la PMI, acteur incontournable d'un grand service public de la petite enfance et d'une politique innovante de pédiatrie sociale.

Directeur
Mairie de Paris



Présentation	7
1. Contexte socio-démographique	
1.1. Population	11
1.2. Fécondité et natalité	21
1.3. Mortalité	27
1.4. Composition des ménages et des familles, modes de garde des enfants	37
1.5. Contexte socio-économique	47
1.6. Populations en situation de vulnérabilité	59
2. Planification familiale	
2.1. Sexualité, risques et prévention	75
2.2. Recours à l'IVG et grossesses non prévues	87
2.3. Violences faites aux femmes	93
2.4. Conduites addictives	103
3. Grossesse et maternité	
3.1. Grossesse et vulnérabilité	113
3.2. Dépistage des anomalies chromosomiques et des malformations	125
3.3. Assistance médicale à la procréation (AMP) et grossesses multiples	131
3.4. Pathologies de la grossesse, accouchement et post partum	137
4. Santé de l'enfant	
4.1. L'enfant à la naissance	147
4.2. Nutrition et pathologies associées	153
4.3. Vaccinations	161
4.4. L'enfant et les déficiences	169
4.5. L'enfant en danger	177
4.6. Saturnisme	185
4.7. Autres pathologies de l'enfant	193
Annexes	
1. Récapitulatif des indicateurs	201
2. Récapitulatif des représentations cartographiques	211
3. Cartes et tableaux complémentaires des données de population	213
Remerciements	231



Présentation

Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est chargé de trois missions principales :

- la planification et l'éducation familiale, plus particulièrement destinée aux jeunes de moins de 25 ans,
- la protection infantile, s'adressant aux enfants de moins de 6 ans,
- la protection maternelle, s'adressant aux femmes enceintes, jusqu'à leur accouchement et leur visite post-natale et aux femmes en âge de procréer.

Les principes fondateurs de la PMI sont de dispenser des prestations gratuites de prévention à l'ensemble de la population concernée par ses missions. Dans un contexte d'accroissement des inégalités et de la précarité, le département de Paris souhaite se munir d'un Schéma directeur départemental de la PMI afin d'élaborer un cadre stratégique permettant d'orienter les professionnels de ce secteur.

L'objectif de cette publication est de mettre à la disposition des décideurs et des professionnels de la grossesse, de la petite enfance et de la planification familiale, un ensemble d'indicateurs permettant de construire la réflexion visant à l'élaboration de ce futur Schéma directeur. Il s'agit d'une première étape d'un travail qu'il est envisagé de compléter par un repérage des besoins de santé de la population concernée et une analyse de la réponse à ces besoins.

Ce premier travail a été construit autour de quatre grands chapitres composés d'un total de vingt-et-une fiches thématiques.

Le premier chapitre pose le **contexte socio-démographique** en présentant les principales caractéristiques de la population parisienne concernée par le champ de la PMI, avec une mise en parallèle avec les données des départements franciliens (plus particulièrement ceux de petite couronne), ainsi que les données nationales. Certains indicateurs font l'objet de représentations cartographiques illustrant ainsi les spécificités parisiennes par arrondissement voire par grands quartiers.

Suivent trois chapitres proposant une approche selon les groupes de population concernés par la PMI :

Planification familiale : La sexualité, les risques et leur prévention font l'objet d'une première fiche thématique. Une seconde fiche est consacrée aux recours à l'interruption volontaire de grossesse et aux grossesses non prévues. Puis sont abordées les violences faites aux femmes. Enfin ce chapitre se termine par une fiche sur les conduites addictives, compte tenu notamment de leurs conséquences en matière de prise de risque.

Grossesse et maternité : La première fiche de ce chapitre porte sur « grossesse et vulnérabilité » envisagées sous divers angles tels le suivi de grossesse, la couverture sociale, l'hébergement d'urgence, les violences conjugales, les addictions... Les trois fiches suivantes portent sur les dépistages des anomalies chromosomiques et des malformations ; l'assistance médicale à la procréation et les grossesses multiples ; les pathologies de la grossesse, l'accouchement et le post partum.

Santé de l'enfant : Les fiches de ce chapitre balayent la période allant de la naissance à l'enfant de moins de 6 ans. Ainsi la première fiche est consacrée à l'enfant et la naissance. Vient ensuite une fiche sur « nutrition et pathologies associées », qui débute par l'allaitement, avant d'aborder les problèmes d'excès de poids, la santé bucco-dentaire et l'anémie par carence en fer. Une fiche sur la vaccination est illustrée par les vaccinations contre la tuberculose, l'hépatite B et la rougeole. Les deux fiches suivantes portent sur l'enfant et les déficiences et l'enfant en danger. Le saturnisme infantile a par ailleurs été développé avant de clore cette série de fiches par une série d'indicateurs sur les maladies chroniques, ainsi que sur l'enfant et l'hôpital.

Chaque fiche thématique a été réalisée selon un plan précis :

- une première page présente les faits marquants, centrés sur Paris dans la mesure où les données sont disponibles.
- un texte introductif pose le contexte général sur la thématique de la fiche, donnant certaines données de cadrage tant au niveau des plans mis en œuvre, du cadre législatif et de quelques données chiffrées générales.
- suivent ensuite les différents indicateurs, illustrés par des tableaux, des graphiques ou des cartes et toujours commentés.
- des encadrés viennent en complément afin de préciser les définitions, ainsi que les sources de données et leurs limites.

Contexte socio-démographique

1. Contexte socio-démographique

1.1. Population	11
1.2. Fécondité et natalité	21
1.3. Mortalité	27
1.4. Composition des ménages et des familles, modes de garde des enfants	37
1.5. Contexte socio-économique	47
1.6. Populations en situation de vulnérabilité	59

Enfants de moins de 6 ans

- > Les enfants de moins de 6 ans représentent 6,4% de la population parisienne.
- > Ils sont proportionnellement plus nombreux à Paris au nord de la Seine qu'au sud, mais globalement moins nombreux qu'en Ile-de-France.
- > La part des jeunes enfants augmente à Paris au cours des dernières années.

Jeunes de 15 à 24 ans

- > La proportion de jeunes dans la population totale des quartiers est très importante à proximité des grandes universités.

Femmes de 15 à 49 ans

- > Plus de 600 000 femmes sont âgées de 15 à 49 ans à Paris.
- > Les femmes en âge de procréer sont proportionnellement plus nombreuses à Paris qu'en France.

Personnes de nationalité étrangère

- > 15% de la population parisienne est de nationalité étrangère.
- > La répartition entre les diverses nationalités diffère selon les arrondissements.

Contexte

Au 1^{er} janvier 2008, la population de la France est estimée à 64,0 millions d'habitants. L'accroissement de la population française est principalement dû à son solde naturel. En 2008, 828 400 naissances et 542 600 décès ont été enregistrés en France, soit un excédent naturel de 285 800 personnes. Le solde migratoire qui est positif est estimé, cette année-là, à 76 000 personnes. La population française vieillit, l'avancée en âge des générations du baby-boom s'accompagne d'une augmentation de l'effectif des personnes âgées de 60 ans ou plus : leur part dans la population française totale est passée de 19,0% en 1990 à 21,7% en 2008.

La population de la région francilienne est estimée, au 1^{er} janvier 2008, à 11,7 millions d'habitants soit un peu moins d'un Français sur cinq. La croissance démographique francilienne est, plus encore qu'au niveau national, le fait d'un excédent des naissances sur les décès. L'Ile-de-France reste la région la plus jeune de France métropolitaine malgré un vieillissement de sa population. En 2008, 25,9% des Franciliens sont âgés de moins de 20 ans. Les Franciliens et les Franciliennes ont une espérance de vie supérieure à la moyenne nationale : 78,6 ans pour les hommes et 84,7 ans pour les femmes (contre respectivement 77,3 ans et 84,1 ans en France métropolitaine). La région francilienne présente de nombreuses disparités sanitaires, économiques et sociales, révélant une situation plus favorable dans le sud-ouest de la région que dans le nord-est.

Paris est au centre de cette région contrastée. Sa population est estimée à 2,2 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2008 (soit 18,8% de la population francilienne). C'est le département le plus âgé d'Ile-de-France, la part des moins de 20 ans (19,7%) y est très inférieure aux moyennes francilienne et nationale (respectivement 25,9% et 24,9%).

En France, en 2006, 3,5 millions de personnes de nationalité étrangère ont été recensées, 40% d'entre elles habitent l'Ile-de-France, et près de 23% de la population étrangère francilienne résident à Paris. En France, la part des étrangers dans la population a très légèrement augmenté depuis le recensement de 1999, passant de 5,6% à 5,8% en 2006. La population étrangère y est originaire pour 34,9% de l'Union Européenne, pour 30,7% d'un des trois pays du Maghreb, pour 13,3% d'Asie et pour 12,2% du reste de l'Afrique. Deux étrangers sur cinq sont originaires du Portugal, d'Algérie ou du Maroc¹. La part des Européens baisse depuis 1975 (61% en 1975 contre 40% en 2006) au profit de celles des Africains (35% contre 43%) et des Asiatiques (3% contre 13%).

Encadré méthodologique

Institué en 1801, le **recensement de population** (RP) s'est déroulé tous les 5 ans jusqu'en 1936. De 1946 à 1999, les intervalles intercensitaires ont varié de 6 à 9 ans. Depuis janvier 2004, le comptage traditionnel est remplacé par des enquêtes de recensement annuelles. Les communes de moins de 10 000 habitants continuent d'être recensées exhaustivement, mais une fois tous les 5 ans au lieu de tous les 8 ou 9 ans. Les communes de 10 000 habitants ou plus font désormais l'objet d'une enquête annuelle auprès d'un échantillon de 8 % de la population, dispersé sur l'ensemble de leur territoire. Au bout de 5 ans, tout le territoire de ces communes est pris en compte et les résultats du recensement sont calculés à partir de l'échantillon de 40 % de leur population ainsi constitué. A la fin de l'année 2008, à l'issue des cinq premières enquêtes de recensement, l'Insee a publié, pour la première fois selon la nouvelle méthode, la population légale de chaque commune, puis à partir de 2009, les résultats statistiques complets sur les habitants et leurs logements.

Estimations de population : la répartition de la population par âge est réalisée en fonction de l'âge en années révolues au 1^{er} janvier de l'année considérée. Le recensement de la population sert de base aux estimations annuelles de population. C'est la seule source qui permet de connaître précisément la population par sexe, âge et situation matrimoniale aux différents échelons géographiques. Entre deux recensements, ou en attendant que les données du recensement de l'année d'intérêt soient disponibles, le niveau de la population et sa répartition sont estimés. Lorsque les résultats d'un nouveau recensement sont disponibles, les estimations déjà réalisées sont révisées pour en tenir compte. Elles deviennent alors définitives.

Source : Insee

Une projection de population fournit une image de ce que pourrait être la population à venir, à partir de la connaissance du passé et en prenant, pour le futur, des hypothèses sur trois composantes : la fécondité, la mortalité et les migrations. Les données n'étant pas disponibles à l'échelle parisienne par groupe d'âge, aucune projection ne sera présentée dans ce document.

Enfants de moins de 6 ans

Des jeunes enfants proportionnellement moins nombreux à Paris que dans le reste de l'Ile-de-France

Au recensement 2006, 139 318 habitants de Paris sont âgés de moins de 6 ans. C'est l'un des effectifs les plus élevés d'Ile-de-France après celui de la Seine-Saint-Denis pour les moins de 6 ans, et le plus important d'Ile-de-France pour les moins de 3 ans. Mais lorsque le nombre d'enfants âgés de moins de 6 ans est rapporté à la population totale du département, Paris fait figure d'exception en Ile-de-France : c'est le seul département francilien où la part des enfants de moins de 6 ans est inférieure à 8% (tab. 1). Cette différence est d'autant plus marquée avec les communes limitrophes^{A,C} situées au nord de Paris. En effet, la Seine-Saint-Denis et le nord des Hauts-de-Seine concentrent la majorité des communes de proche couronne dont la part des jeunes enfants est supérieure à 10%, comme par exemple à Clichy-sous-bois (12,9%), à Dugny (11,5%) ou à Saint-Denis (10,9%) (carte 1).

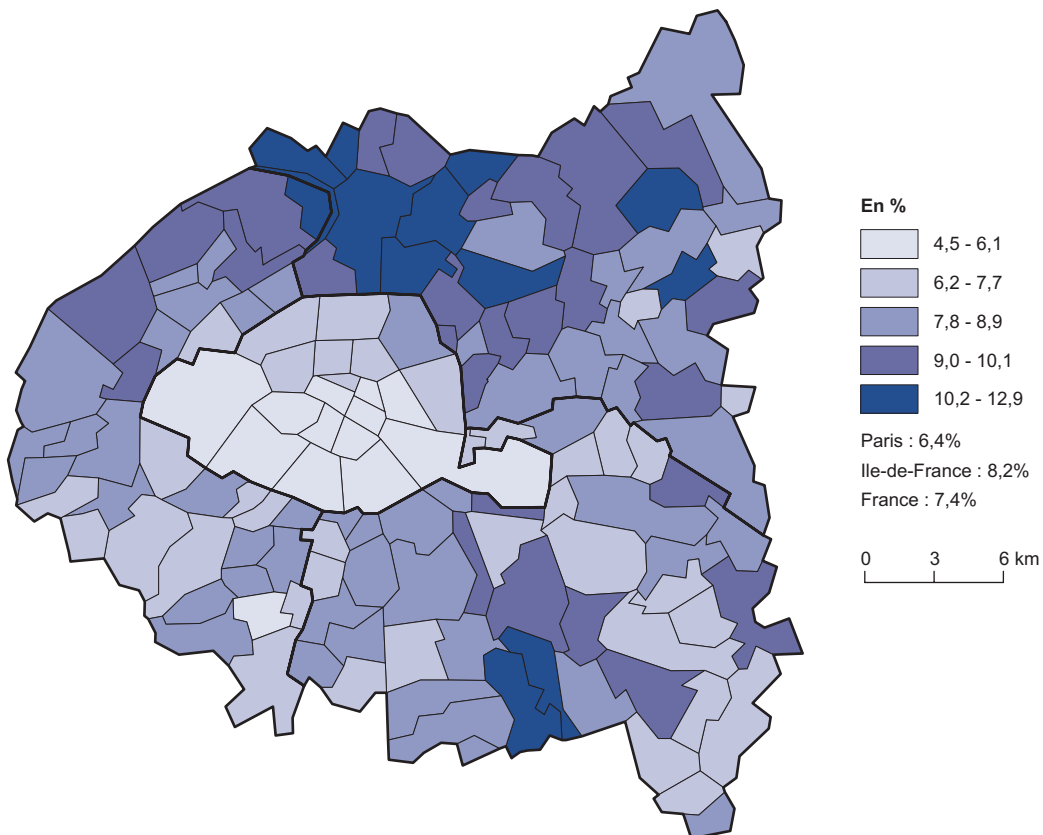
Tab.1 Effectif et part (en %) dans la population totale des enfants de moins de 6 ans en Ile-de-France et en France

	0-2 ans	3-5 ans	0-5 ans	Part de 0-5 ans*
75	73 978	65 339	139 318	6,4
92	67 011	62 670	129 681	8,4
93	73 565	69 217	142 782	9,6
94	55 030	52 456	107 486	8,3
Proche couronne	195 606	184 343	379 949	8,8
77	53 148	54 877	108 025	8,5
78	57 547	59 334	116 881	8,4
91	50 280	50 676	100 956	8,4
95	50 368	50 622	100 990	8,7
Grande couronne	211 343	215 509	426 852	8,5
Ile-de-France	480 927	465 191	946 120	8,2
France	2 328 217	2 370 229	4 698 446	7,4

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Effectif des 0-5 ans / effectif population totale.

Carte 1 Part des enfants de moins de 6 ans à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006^{A,C}



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Les tout-petits plus nombreux à Paris que les 3-5 ans

La répartition par âge des enfants de moins de 6 ans à Paris n'est pas équilibrée. Les très jeunes enfants sont plus nombreux. A Paris, 53,1% des 0-5 ans sont âgés de moins de 3 ans, alors qu'en France et en Ile-de-France, leur taux est respectivement de 49,5% et de 50,8%. Cette répartition par âge des enfants se retrouve dans l'ensemble des arrondissements (sauf le 7^{ème}). La part des tout-petits est plus importante dans le centre de Paris et dans le 11^{ème} (tab. 2). La surreprésentation des tout-petits peut s'expliquer par le départ de familles parisiennes entre la naissance d'un enfant et son entrée à la maternelle.

Il y a une nette différence entre le centre parisien et les arrondissements périphériques en termes d'effectif de jeunes enfants. Si leur nombre y est plus élevé, en revanche la part qu'ils représentent dans la population totale de ces arrondissements n'est pas forcément importante (tab. 2).

Les jeunes enfants sont proportionnellement plus nombreux au nord qu'au sud de la Seine à Paris

La part des enfants de moins de 6 ans dans la population totale varie beaucoup d'un arrondissement à l'autre, mais également au sein même des arrondissements entre les différents quartiers^{B,D} qui les composent. Les jeunes enfants sont proportionnellement plus nombreux dans les quartiers situés au nord de la Seine. Leur part dans la population est supérieure à 7,7% dans l'ensemble du 19^{ème} arrondissement et dans les quartiers avoisinants comme la Goutte d'Or (8,9%), la Chapelle (9,1%), Belleville (7,7%) ou Saint-Fargeau (7,9%). La part

Tab.2 Effectif des enfants de moins de 6 ans et pourcentage des moins de 3 ans à Paris par arrondissement en 2006

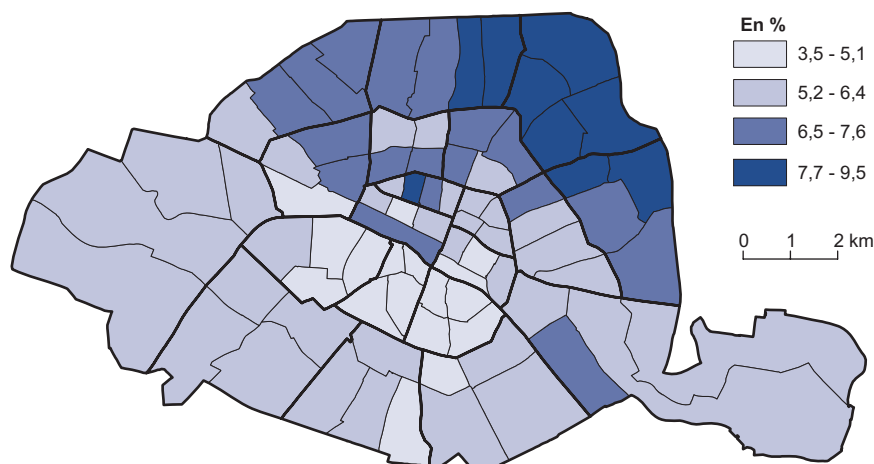
	0-2 ans	3-5 ans	0-5 ans	% des 0-2 ans*
1er	556	419	975	57,0
2ème	733	643	1 376	53,3
3ème	1 110	895	2 005	55,4
4ème	815	612	1 428	57,1
5ème	1 568	1 320	2 888	54,3
6ème	1 056	998	2 054	51,4
7ème	1 427	1 440	2 867	49,8
8ème	1 286	1 218	2 504	51,3
9ème	2 054	1 739	3 794	54,2
10ème	3 458	3 141	6 599	52,4
11ème	5 091	3 979	9 069	56,1
12ème	4 435	3 913	8 348	53,1
13ème	5 497	4 982	10 479	52,5
14ème	3 991	3 525	7 517	53,1
15ème	7 601	6 441	14 042	54,1
16ème	4 456	4 255	8 710	51,2
17ème	5 753	5 003	10 755	53,5
18ème	7 541	6 345	13 886	54,3
19ème	7 967	7 599	15 565	51,2
20ème	7 582	6 875	14 457	52,4
Paris	73 978	65 339	139 318	53,1

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Effectif des 0-2 ans / effectif des 0-5 ans.

des jeunes enfants dans les quartiers de la rive gauche est faible. Elle est par exemple de 4,0% dans le quartier Saint-Thomas d'Aquin et de 4,3% dans les quartiers de Saint-Germain des Prés ou de la Sorbonne (carte 2).

Carte 2 Part des enfants de moins de 6 ans dans les grands quartiers parisiens en 2006^{B,D}



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Une hausse de la part des enfants de moins de 6 ans au cours des dernières années

La part des enfants de moins de 6 ans a diminué dans les années 90 puis augmenté entre 1999 et 2006 en France, en Ile-de-France et à Paris. Mais la baisse entre 1990 et 1999 a été plus faible à Paris (-0,2% en moyenne par an) qu'en Ile-de-France (-0,6%) ou qu'en France (-1,0%). Globalement entre 1990 et 2006, la proportion d'enfants de moins de 6 ans dans la population parisienne a connu une croissance plus importante (+0,8% en moyenne par an) que celle des enfants de moins de 6 ans dans la population francilienne (+0,6%) ou française (+0,4%). Par conséquent, l'écart entre la part des jeunes enfants à Paris et celle en France tend à se réduire (tab. 3).

Tab.3 Evolution de la part des jeunes enfants (0-5 ans) dans la population totale à Paris, en Ile-de-France et en France en 1990, 1999 et 2006 (en %)

	Part des 0-5 ans			Taux d'évolution annuel moyen en %		
	1990	1999	2006	1990-1999	1999-2006	1990-2006
Paris	5,6	5,5	6,4	-0,2	+2,1	+0,8
Ile-de-France	7,4	7,0	8,2	-0,6	+2,2	+0,6
France	6,9	6,3	7,4	-1,0	+2,4	+0,4

Sources : Insee, RP 1990, RP 1999, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Jeunes de 15 à 24 ans

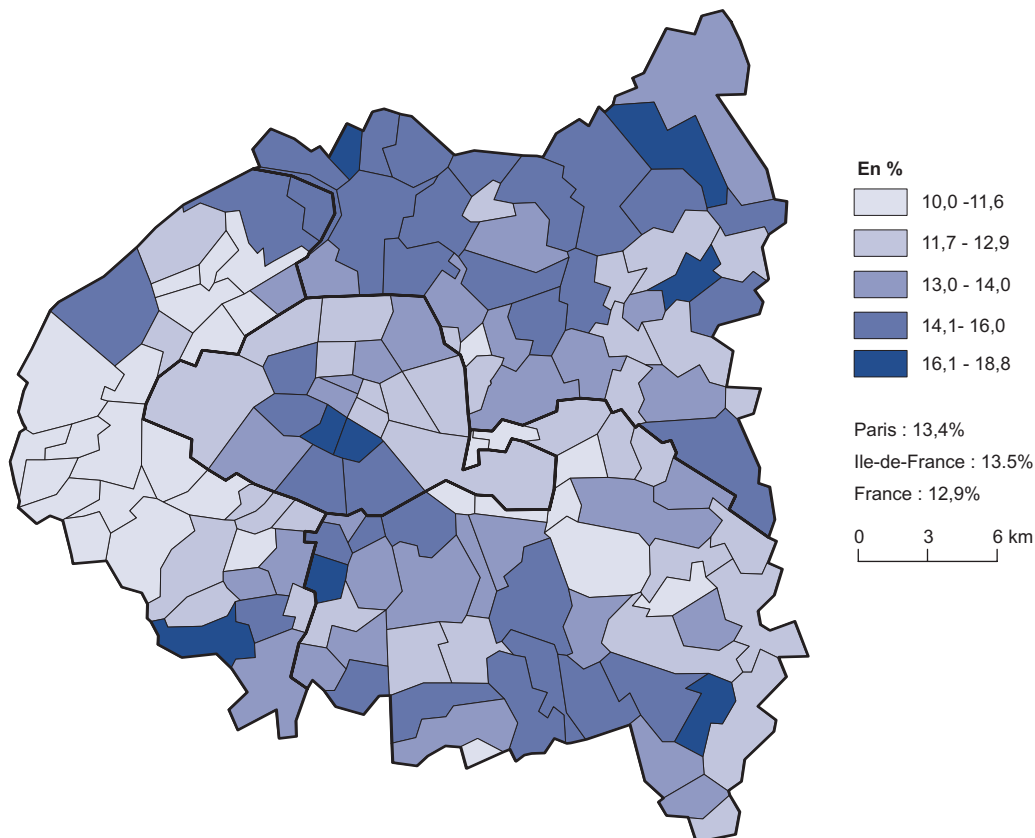
La part des jeunes varie entre les différents arrondissements et communes de proche couronne

Les jeunes Parisiens âgés de 15 à 24 ans représentent 13,4% de la population parisienne, soit 291 622 personnes. La part des jeunes dans la population totale varie peu entre les différents départements franciliens, allant de 12,2% dans les Hauts-de-Seine à 14,6% dans le Val-d'Oise. Les différences sont plus marquées entre les différentes communes ou arrondissements. Les communes^A de proche couronne concentrant les proportions de jeunes âgés de 15 à 24 ans les plus importantes se situent en majorité en Seine-Saint-

Denis, où le taux est en moyenne de 14,3%. La part des 15-24 ans dépasse 16% dans les communes de Villepinte, Clichy-sous-Bois, Villetaneuse mais également dans le Val-de-Marne à Cachan et Marolles-en-Brie. A Paris, le 5^{ème} et le 6^{ème} arrondissements font figure d'exception avec des taux records de plus de 18% de jeunes.

Les jeunes sont proportionnellement peu nombreux dans les Hauts-de-Seine et notamment dans les communes de Garches, Neuilly-sur-Seine ou Suresnes, où la part des jeunes est inférieure à 10,5% (carte 3).

Carte 3 Part des jeunes de 15-24 ans à Paris par arrondissement et en proche couronne par communes en 2006^{A,E}



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Proportionnellement plus de jeunes majeurs parmi les 15-24 ans à Paris qu'en France ou en Ile-de-France

La part des jeunes Parisiens est très proche de celles des jeunes en Ile-de-France et en France (respectivement 13,5% et 12,9%). En revanche, la répartition entre les jeunes mineurs et les jeunes majeurs diffère : alors qu'en Ile-de-France et en France, près de 70% des jeunes de 15-24 ans sont âgés de 18 à 24 ans, à Paris cette catégorie d'âge représente 79,6%.

La part des 15-24 ans dans la population totale de la plupart des arrondissements parisiens est proche de la moyenne parisienne (13,4%), excepté dans les 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements où elle dépasse les 18%. Ces deux arrondissements font partie des arrondissements où les jeunes mineurs sont proportionnellement les moins nombreux (tab. 4).

Proportion de jeunes très importante à proximité des grandes universités

Les jeunes de 18 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux dans le sud de Paris, et plus particulièrement les jeunes majeurs dans les quartiers^B du Val de Grâce (19,1%), de la Sorbonne (19,1%), d'Odéon (17,9%) et de Monnaie (17,3%), situés à proximité des grandes écoles et universités parisiennes (carte 4). Le quartier du parc Montsouris où se trouve la Cité Universitaire concentre 20,3% de jeunes de 18-24 ans dans sa population. Le fait que plus de la moitié des jeunes parisiens soient étudiants à Paris² peut expliquer l'importante concentration de jeunes dans les quartiers avoisinant les grandes écoles et universités parisiennes.

Tab.4 Effectif et part (en %) des jeunes de 15-24 ans dans la population totale à Paris par arrondissement en 2006

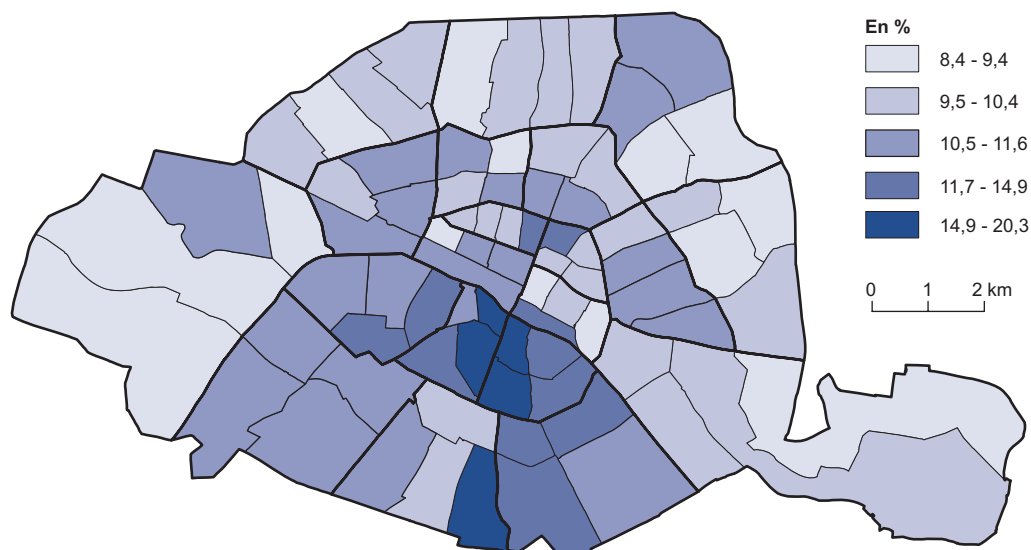
	15-17 ans	18-24 ans	15-24 ans	Part des 15-24 ans*
1er	486	1 875	2 360	13,3
2ème	423	2 453	2 876	13,5
3ème	796	3 695	4 491	12,9
4ème	699	2 960	3 660	12,6
5ème	1 642	9 966	11 608	18,9
6ème	1 241	6 942	8 183	18,1
7ème	1 563	6 581	8 145	14,4
8ème	1 275	4 313	5 588	14,3
9ème	1 500	6 056	7 556	12,9
10ème	2 536	9 720	12 256	13,3
11ème	3 481	16 180	19 662	12,9
12ème	3 695	13 837	17 532	12,4
13ème	4 916	20 484	25 400	14,2
14ème	3 237	16 225	19 462	13,4
15ème	5 643	25 631	31 274	13,4
16ème	4 820	14 985	19 805	12,9
17ème	4 325	15 705	20 030	12,4
18ème	4 780	18 250	23 030	12,1
19ème	6 597	18 165	24 761	13,3
20ème	5 915	18 088	24 003	12,4
Paris	59 571	232 111	291 622	13,4

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Effectif des 15-24 ans/ effectif population totale.

En revanche, les jeunes Parisiens sont proportionnellement moins nombreux dans les arrondissements périphériques. Dans les quartiers de Bel Air, Saint-Fargeau et Combat, par exemple, les jeunes de 18-24 ans représentent moins de 9% de la population.

Carte 4 Part des jeunes de 18-24* ans dans les grands quartiers parisiens en 2006^{B,F}



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Les données n'étant pas disponibles au niveau géographique du grand quartier pour les jeunes de 15-24 ans seuls les jeunes de 18-24 ans sont représentés.

Femmes de 15 à 49 ans

Les femmes de 15-49 ans proportionnellement plus nombreuses à Paris...

Les femmes âgées de 15 à 49 ans sont plus de 600 000 à Paris. Elles représentent 27,8% de la population parisienne, et 52,6% de la population féminine parisienne. Dans chacun des arrondissements parisiens, cette part est supérieure à 50%, seul le 16^{ème} arrondissement a une part inférieure à 45%. Les femmes en âge de procréer sont proportionnellement plus nombreuses dans la population féminine parisienne que dans celle de l'Ile-de-France (50,3%) ou de la France (45,9%). Les femmes de 18-34 ans représentent plus de la moitié des Parisiennes en âge de procréer (56,7%), alors qu'en France elles ne sont que 46,6%. La concentration de jeunes femmes à Paris peut s'expliquer par l'offre importante en termes de formations et d'emplois attirant les jeunes étudiantes et diplômées (tab. 5).

... mais inégalement réparties sur le territoire

L'effectif des femmes âgées de 15 à 44 ans (données par âges quinquennaux non disponibles à l'échelle du grand quartier) est important dans les quartiers^B situés en périphérie de Paris, et notamment à Saint-Lambert, Grandes Carrières et Clignancourt (plus de 17 000 femmes) (carte 5). En revanche, la part dans la population totale des femmes de 15-44 ans est plus importante dans les quartiers du centre de Paris, comme dans les quartiers Bonne nouvelle, Arts et Métiers ou Chaussée d'Antin où leur part est supérieure à 27%. Cette part est également importante

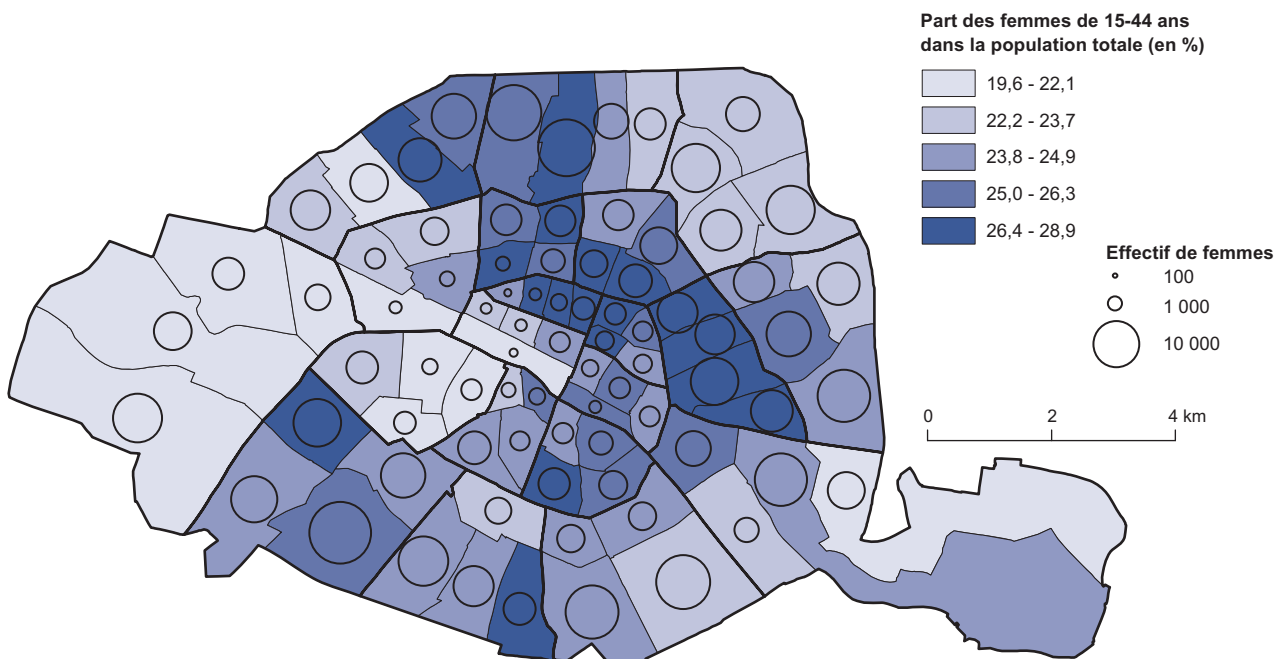
Tab.5 Effectif des femmes de 15-49 ans à Paris par arrondissement en 2006

	15-17 ans	18-24 ans	25-34 ans	35-49 ans	15-49 ans
1er	213	939	1 779	1 760	4 690
2ème	226	1 330	2 636	2 122	6 314
3ème	453	2 140	4 027	3 590	10 210
4ème	345	1 817	3 099	2 983	8 243
5ème	808	5 617	5 750	5 632	17 806
6ème	628	3 872	3 931	4 003	12 434
7ème	750	3 615	4 615	5 535	14 515
8ème	580	2 373	3 249	4 199	10 401
9ème	735	3 293	6 934	6 188	17 150
10ème	1 253	5 090	10 205	10 028	26 575
11ème	1 742	9 031	19 213	16 371	46 358
12ème	1 823	7 449	14 129	15 507	38 907
13ème	2 451	10 789	15 984	18 988	48 212
14ème	1 550	8 686	13 783	13 693	37 711
15ème	2 817	14 437	24 723	24 473	66 449
16ème	2 384	8 192	10 353	16 147	37 076
17ème	2 189	8 539	17 175	17 232	45 134
18ème	2 259	9 615	21 688	21 270	54 831
19ème	3 134	9 333	15 953	21 243	49 662
20ème	2 909	9 834	19 222	22 664	54 628
Paris	29 246	125 990	218 444	233 627	607 307

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

dans certains quartiers périphériques dont l'effectif féminin est élevé, comme dans les quartiers du Parc Montsouris, des Batignolles, des Epinettes, des Grandes Carrières ou de Clignancourt, où elle dépasse les 25%.

Carte 5 Effectif et part des femmes de 15-44* ans dans la population totale des grands quartiers parisiens en 2006^{B,G}



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Les données n'étant pas disponibles pour les femmes de 15-49 ans au niveau géographique du grand quartier, seules les femmes de 15-44 ans sont représentées.

Personnes de nationalité étrangère

Proportionnellement moins de personnes de 55 ans ou plus parmi les étrangers à Paris

Les hommes et les femmes de nationalité étrangère de 55 ans ou plus à Paris sont proportionnellement moins nombreux que dans la population parisienne totale (22,0% contre 22,4% pour les hommes et 16,5% contre 27,8% pour les femmes) (tab. 6). Les données par âge de la population étrangère n'étant pas disponibles à un niveau géographique fin, ni par nationalité, la population étrangère parisienne sera étudiée dans son ensemble.

Les étrangers plus nombreux à Paris

327 793 Parisiens sont de nationalité étrangère, ce qui représente 15,0% de la population parisienne. La part des personnes étrangères en France est en moyenne nettement moins élevée (5,8%). L'Ile-de-France où la part des personnes étrangères est de 12,4% concentre 40,5% des personnes de nationalité étrangère habitant en France, alors que sa population ne représente que 20% de la population totale. En Ile-de-France, la Seine-Saint-Denis est le seul département où la part des personnes de nationalité étrangère est supérieure à celle de Paris (21,2%). En revanche, les étrangers sont proportionnellement moins nombreux dans les départements de grande couronne où leur part ne dépasse pas 10%, sauf dans le Val-d'Oise (11,1%) (tab. 7).

Proportionnellement plus d'étrangers dans le nord-est de Paris

La part des personnes de nationalité étrangère est supérieure à 10% dans l'ensemble des grands quartiers^B parisiens, excepté à Bel Air et à Bercy (respectivement 6,5% et 9,7%). Elle est plus importante dans les quartiers situés dans le nord-est parisien et plus particulièrement dans les quartiers de la Goutte d'Or (29,8%), la Chapelle (25,8%), la

Tab.6 Répartition par âge de la population masculine et féminine totale et étrangère à Paris, en Ile-de-France et en France (en %)

	Moins de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou plus
Population masculine totale				
Paris	15,6	13,3	48,7	22,4
Ile-de-France	20,6	13,8	44,6	20,9
France	19,6	13,5	41,7	25,2
Population masculine étrangère				
Paris	15,0	9,3	53,7	22,0
Ile-de-France	17,7	8,3	50,9	23,2
France	17,0	9,0	47,2	26,8
Population féminine totale				
Paris	13,3	13,4	45,5	27,8
Ile-de-France	18,4	13,2	43,7	24,7
France	17,5	12,3	40,2	30,0
Population féminine étrangère				
Paris	13,5	12,4	57,5	16,5
Ile-de-France	17,7	10,5	54,2	17,5
France	17,4	10,9	50,2	21,5

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

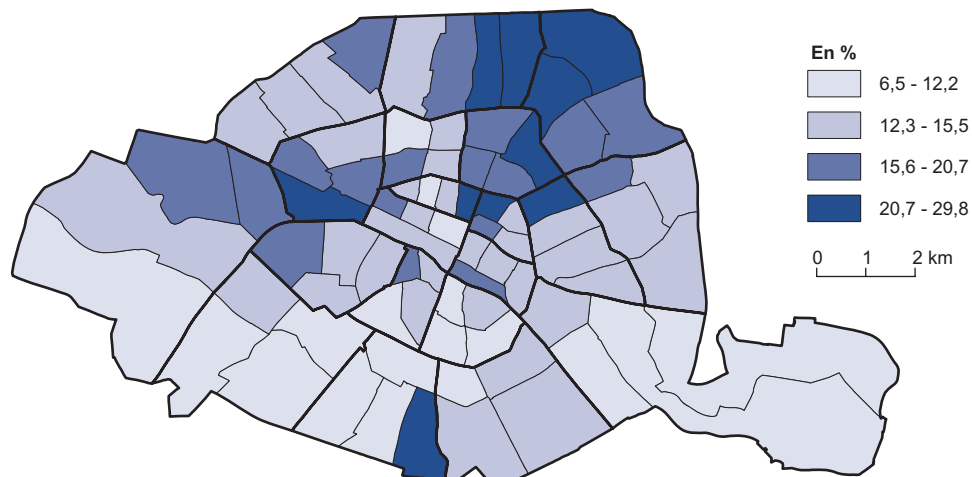
Tab.7 Effectif et part (en %) dans la population totale des étrangers à Paris, en Ile-de-France et en France

	Nombre d'étrangers	Part des étrangers*
Paris	327 793	15,0
Hauts-de-Seine	176 856	11,5
Seine-Saint-Denis	317 003	21,2
Val-de-Marne	163 521	12,6
Proche couronne	657 380	15,2
Seine-et-Marne	95 794	7,5
Yvelines	122 098	8,7
Essonne	103 234	8,6
Val-d'Oise	128 504	11,1
Grande couronne	449 630	8,9
Ile-de-France	1 434 802	12,4
France	3 541 820	5,8

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Effectif des étrangers / effectif population totale.

Carte 6 Part des personnes de nationalité étrangère dans la population des grands quartiers parisiens en 2006^B



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Vilette (22,6%) et du Pont de Flandre (21,8%). Ceci est également le cas dans les quartiers des Champs Elysées (25,6%) et du parc Montsouris (24,8%) (carte 6).

Une répartition des nationalités différente selon les arrondissements

Les origines géographiques des Parisiens de nationalité étrangère varient entre les différents arrondissements. En moyenne, près de 30% des étrangers à Paris sont originaires de l'Union Européenne, 20,9% du Maghreb, 19,9% d'Asie et d'Océanie et 15,9% du reste de l'Afrique. Dans les arrondissements du centre de Paris, les Européens sont majoritaires, et la part des personnes originaires d'Amérique y est plus importante que dans le reste de Paris. Les pays d'origine des étrangers dans les arrondissements du nord-est de Paris, où les parts des étrangers dans la population totale sont les plus

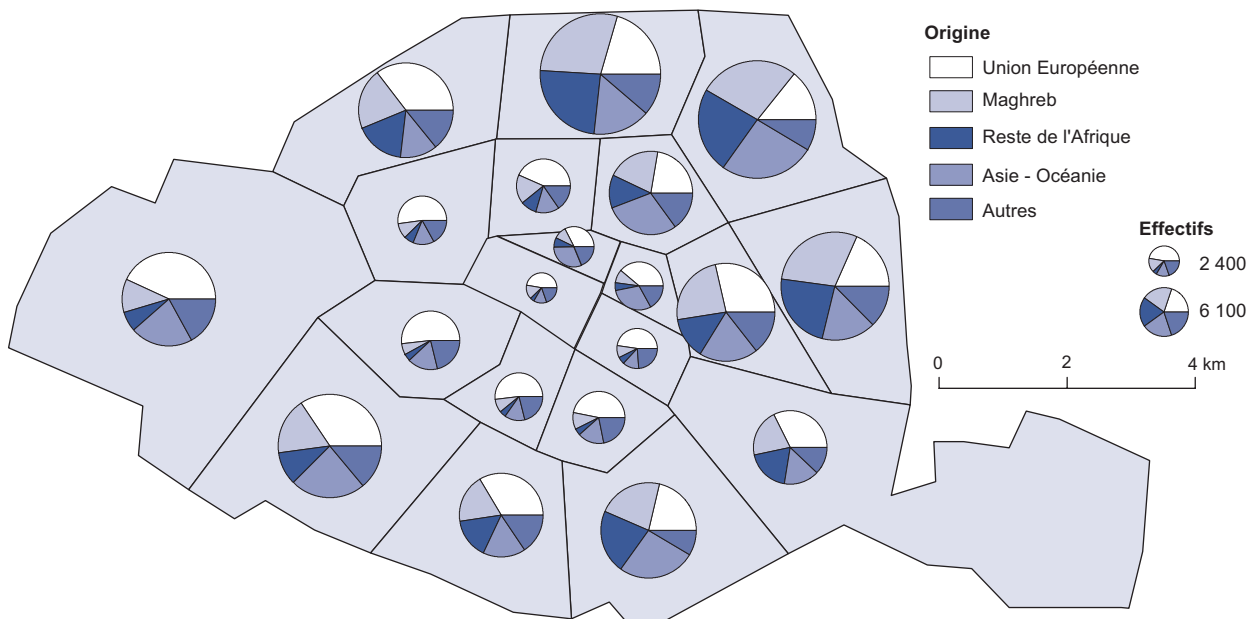
importantes, sont différents. Dans les arrondissements du 18^{ème}, du 19^{ème} et du 20^{ème}, la part des Maghrébins (respectivement 28,5%, 27,5% et 29,5%) et des autres ressortissants africains (24,2%, 23,5% et 23,3%) est plus importante que la moyenne parisienne. La part des ressortissants des pays asiatiques ou océaniques est nettement supérieure à la moyenne parisienne dans les 2^{ème} (31,1%), 3^{ème} (29,9%), 10^{ème} (29,1%), 13^{ème} (26,4%), 15^{ème} (23,5%) et 19^{ème} (26,3%) arrondissements (carte 7).

Définition

Un **étranger** est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment).

Source : Insee

Carte 7 Effectif et répartition des étrangers selon leur nationalité dans les arrondissements parisiens en 2006



Source : Insee, RP 2006, exploitation IAU Île-de-France et ORS Ile-de-France, 2010.

Références :

- 1 - Regnard C. La population étrangère résidant en France, Infos migrations, n°10, Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire, 2009.
- 2 - Données du recensement de population 2006. <http://www.recensement.insee.fr>.

Annexe 3 : Cartes et tableaux complémentaires des données de population

- A Localisation des communes de proche couronne.
- B Localisation des grands quartiers parisiens.
- C Enfants à Paris et en proche couronne.
- D Enfants des grands quartiers.
- E Jeunes à Paris et en proche couronne.
- F Jeunes des grands quartiers parisiens.
- G Femmes des grands quartiers parisiens.

Naissances domiciliées et enregistrées

- > 30 623 enfants de mères domiciliées à Paris sont nés en 2008.
- > L'âge moyen à la maternité des Parisiennes (32,2 ans) est supérieur en 2008 à celui des Franciliennes (30,9 ans) et des Françaises (30,1 ans).

Taux de natalité et de fécondité

- > L'indice conjoncturel de fécondité (ICF) parisien (1,60 enfant par femme) est moindre que l'ICF francilien (2,01) ou français (1,90).

Contexte

En 2008, le nombre de naissances est de 826 772 en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, en progression régulière depuis quelques années. En revanche, le nombre de femmes en âge fécond diminue depuis une quinzaine d'années. La hausse du nombre des naissances s'explique par une augmentation de la fécondité, notamment chez les femmes de plus de 30 ans. Les taux de fécondité des femmes de 29-45 ans progressent fortement alors que ceux des femmes plus jeunes diminuent.

L'indicateur conjoncturel de fécondité (cf. encadré définitions) dépasse en 2008 en France le seuil de deux enfants par femme. La fécondité en France est la plus importante de l'Union européenne avec celle de l'Irlande. A l'opposé, les pays comme la Pologne, la Hongrie, la Roumanie, la Slovaquie et le Portugal présentent les indicateurs conjoncturels de fécondité les plus faibles d'Europe avec 1,40 enfant par femme. Une des raisons pouvant expliquer l'augmentation actuelle du nombre de naissances est le report dans le cycle de vie des maternités. Les femmes du milieu des années 70 jusqu'au milieu des années 90 ont repoussé leurs grossesses dans le temps, ce qui a entraîné une baisse temporaire du nombre des naissances et de l'indicateur de fécondité. Ce phénomène de report ayant pris fin, le nombre de naissances et l'indicateur conjoncturel de fécondité augmente à nouveau¹.

L'augmentation de la fécondité aux âges élevés conduit à une augmentation de l'âge moyen à la maternité qui atteint les trente ans en 2008 en France. L'augmentation de l'âge à la maternité est un phénomène que l'on retrouve partout en Europe. En moyenne, les mères sont les plus âgées en Espagne (30,9 ans), en Irlande (30,7 ans) ou aux Pays-bas (30,6 ans).

Les naissances hors mariage progressent en France et dans l'ensemble de l'Europe depuis quelques années. Depuis 2006, les naissances hors mariage sont devenues majoritaires, elles représentent en 2008 51,6% de l'ensemble des naissances en France métropolitaine. L'augmentation des naissances hors mariage a été très rapide, en effet elles représentaient moins de 10% des naissances en 1978.

Naissances domiciliées et enregistrées

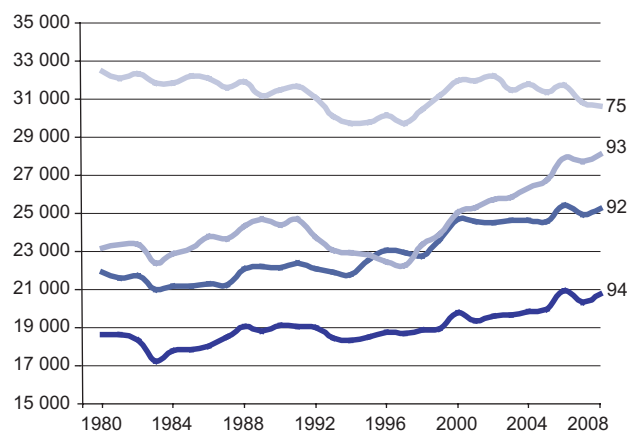
30 623 enfants de mères parisiennes sont nés en 2008

En 2008, 30 623 enfants de mères vivant à Paris sont nés. Les naissances de mères parisiennes représentent 16,9% des naissances domiciliées dans la région francilienne, où l'on dénombre 180 668 naissances. Cette part a diminué depuis le début des années 80, elle était alors de 20,4%.

Moindre évolution du nombre des naissances domiciliées à Paris que dans les départements de proche couronne

De 1980 à 2008, les naissances domiciliées à Paris ont globalement peu évolué, leur nombre est resté compris entre 32 441 et 29 726. Il y a eu entre 1992 et 1998 un creux dans le nombre de naissances domiciliées à Paris. Les naissances domiciliées dans les différents départements de proche couronne sont moins nombreuses que celles de Paris sur l'ensemble de la période. Les effectifs de naissances de ces départements connaissent une tendance à la hausse depuis le début des années 2000, particulièrement prononcée en Seine-Saint-Denis dont les effectifs de naissances domiciliées tendent à se rapprocher de ceux de Paris (fig. 1).

Fig.1 Evolution du nombre de naissances domiciliées à Paris, et dans les départements de proche couronne



Source : Insee, exploitation FNORS, ORS Ile-de-France, 2010.

Seuls les arrondissements du nord-est parisien voient le nombre de leurs naissances domiciliées augmenter

Le nombre de naissances domiciliées par arrondissement est lié à l'effectif de la population de celui-ci. Les arrondissements où les naissances domiciliées sont les plus nombreuses se situent en périphérie de Paris. Les arrondissements où le nombre de naissances domiciliées est élevé sont le 18^{ème} (3 336 naissances domiciliées) et le 19^{ème} (3 171). Le nombre de naissances domiciliées a diminué dans la plupart des arrondissements parisiens, excepté dans le 9^{ème} arrondissement, et dans les arrondissements du nord-est parisien (17^{ème}, 18^{ème} et 20^{ème}) (tab. 1).

Les naissances enregistrées à Paris nettement supérieures aux naissances domiciliées

Les naissances enregistrées à Paris sont plus importantes que celles domiciliées. En effet, on dénombre, en 2008, 42 755 naissances ayant eu lieu à Paris. Le nombre de naissances enregistrées a augmenté entre 1980 et 2008 de 4,3%. En 2008, parmi l'ensemble des naissances de mères parisiennes, un peu moins de 4 000 ont eu lieu en dehors de Paris.

Proportionnellement moins de naissances hors mariage à Paris qu'en Ile-de-France ou en France

En 2008, 13 086 naissances domiciliées à Paris ont eu lieu hors mariage, cela représente 42,7% de l'ensemble des naissances domiciliées à Paris. Cette part est inférieure à celle de l'Ile-de-France (44,2%) et à celle de la France métropolitaine (51,6%).

Tab.1 Nombre de naissances domiciliées à Paris par arrondissement en 1999 et 2008.

	1999	2008	Evolution (en %)
1er	216	203	-6,0
2ème	334	338	1,2
3ème	511	451	-11,7
4ème	357	306	-14,3
5ème	621	554	-10,8
6ème	428	389	-9,1
7ème	648	568	-12,3
8ème	514	525	2,1
9ème	900	956	6,2
10ème	1 596	1 608	0,8
11ème	2 347	2 023	-13,8
12ème	1 941	1 940	-0,1
13ème	2 283	2 227	-2,5
14ème	1 623	1 594	-1,8
15ème	3 209	3 143	-2,1
16ème	2 021	1 802	-10,8
17ème	2 345	2 463	5,0
18ème	3 119	3 336	7,0
19ème	3 281	3 171	-3,4
20ème	2 893	3 026	4,6
Paris	31 187	30 623	-1,8

Source : Insee, exploitation APUR, ORS Ile-de-France, 2010.

Proportionnellement plus de naissances issues de couples mixtes ou étrangers à Paris qu'en France

Les naissances issues de couples mixtes, c'est à dire dont l'un des parents est étranger, représentent 21,3% des naissances domiciliées à Paris. La part des naissances issues de couples mixtes est comparable en Ile-de-France (21,2%), et nettement inférieure en France (12,6%). De même, la part des naissances issues de couples étrangers est nettement inférieure en France (6,9%) qu'en Ile-de-France (15,6%) ou à Paris (19,0%).

Définitions

Naissances domiciliées : naissances dénombrées à partir des bulletins d'état civil, et comptabilisées au domicile de la mère. Les naissances domiciliées dans Paris comprennent tous les enfants dont la mère habite Paris, que cette dernière y ait accouché ou non.

Naissances enregistrées : naissances dénombrées à partir des bulletins d'état civil, et comptabilisées dans la commune où elles se produisent. Les naissances enregistrées à Paris comprennent tous les enfants dont la naissance a eu lieu à Paris quel que soit le lieu de domicile de la mère.

Taux de natalité : rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Taux de fécondité à un âge donné ou une tranche d'âges : nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge. Par extension le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (les 15-49 ans).

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) : nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité à chaque âge observé l'année considérée demeuraient inchangés.

L'âge moyen à la naissance des mères parisiennes supérieur à celui des Franciliennes et des Françaises

L'âge moyen à la naissance des mères parisiennes est de 32,2 ans en 2008. Il est supérieur à celui des Franciliennes (30,9 ans) et à celui des Françaises (30,1 ans).

L'âge des mères a augmenté que ce soit à Paris, en Ile-de-France ou en France. Les âges moyens étaient de 31,3 ans pour les Parisiennes et de 30,4 et 29,6 ans pour les Franciliennes et les Françaises en 2000. Mais l'augmentation est plus importante à Paris où elle atteint presque un an entre 2000 et 2008 (fig. 2).

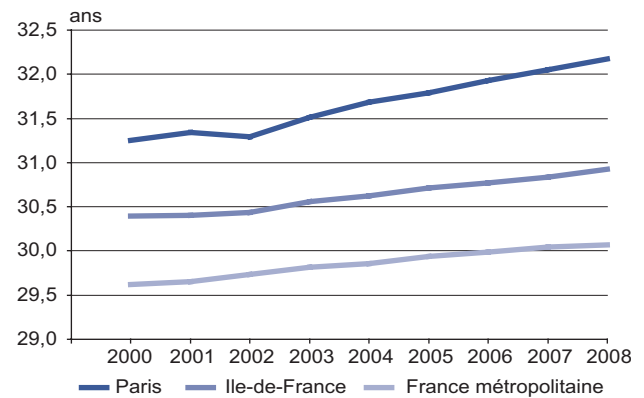
A Paris près d'une naissance parisienne sur trois issue d'une mère de 35 ans ou plus en 2008

A Paris, la part des femmes ayant des enfants tard est plus importante que dans la région francilienne ou en France. En effet, alors que près de trois naissances sur dix sont de mères de 25-29 ans en Ile-de-France et en France, à Paris elles ne représentent que deux naissances sur dix. Les naissances de mères de 35 ans ou plus représentent près d'une naissance sur trois à Paris contre 25,8% dans la région Francilienne et 21,3% en France métropolitaine (tab. 2).

Part des naissances de mères de 38 ans ou plus supérieure dans le centre-ouest parisien

Les effectifs de naissances par âge quinquennal de la mère ne sont pas disponibles à l'échelle de l'arrondissement. La part des naissances de mères de 38 ans ou plus est élevée à Paris (15,0%), notamment dans les arrondissements de centre ouest parisien (part supérieure à 15%) et dans le 16^{ème} arrondissement (17,5%). Les parts des naissances de mères de 38 ans ou plus sont les plus faibles dans le 10^{ème} (11,7%) et dans les 17^{ème} et 18^{ème} arrondissements (14,0%) (carte 1).

Fig.2 Evolution de l'âge moyen des mères à Paris, en Ile-de-France et en France métropolitaine entre 2000 et 2008



Source : Insee, exploitation APUR, ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.2 Naissances domiciliées en fonction de l'âge des mères à Paris, en Ile-de-France et en France en 2008

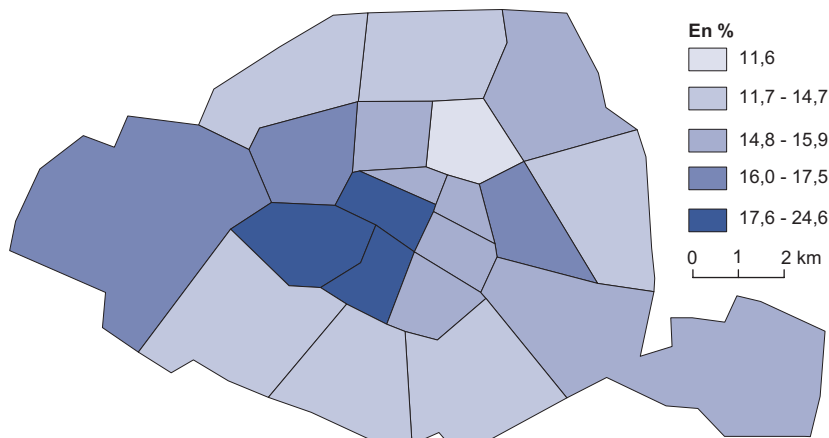
	Paris		Ile-de-France		France	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Moins de 20 ans	209	0,7	2 236	1,2	14 229	1,8
20-24 ans	2 143	7,0	19 341	10,7	107 300	13,5
25-29 ans	6 654	21,7	50 967	28,2	254 174	31,9
30-34 ans	11 477	37,5	61 502	34,0	250 569	31,5
35-39 ans	7 799	25,5	36 343	20,1	136 418	17,1
40 ans ou plus	2 341	7,6	10 279	5,7	33 354	4,2

Source : Insee, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

47 naissances de mères mineures ont eu lieu en 2008 à Paris

En 2008, 47 naissances de mères mineures ont eu lieu à Paris. Elles représentent 0,2% de l'ensemble des naissances en 2008 à Paris. Cette proportion est comparable à celles de l'Ile-de-France et de la France.

Carte 1 Proportion de naissances de mères de 38 ans ou plus à Paris par arrondissement en 2008



Source : Insee, exploitation APUR, ORS Ile-de-France, 2010.

Taux de natalité et de fécondité

Le taux de natalité parisien est de 14,0%

Le taux de natalité parisien est de 14,0‰, il correspond au nombre de naissances domiciliées rapporté à la population parisienne globale. Le taux de natalité parisien est plus faible que celui de l'Ile-de-France (15,7‰), mais il est supérieur à celui de la France métropolitaine (13,0‰). L'importance du taux de natalité de la région francilienne s'explique en partie par l'importance de la population en âge de procréer dans cette région.

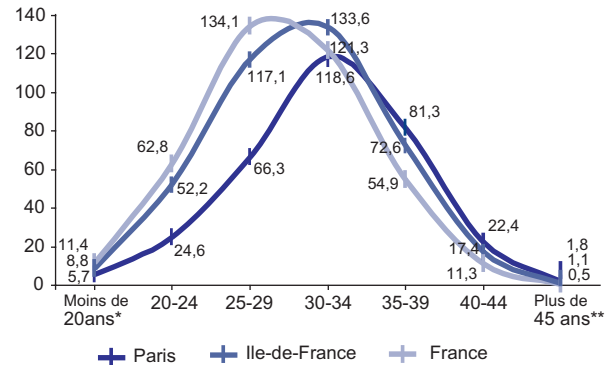
Les Parisiennes font des enfants plus tard que les autres Franciliennes

Les taux de fécondité des Parisiennes sont les plus faibles de l'Ile-de-France pour les femmes âgées de 15-29 ans, les plus importants pour les femmes de 40-49 ans. A l'opposé les femmes de 15-24 ans en Seine-Saint-Denis ont les taux de fécondité les plus élevés de l'Ile-de-France. Les Parisiennes font des enfants plus tard que les autres Franciliennes (fig. 3). Leur courbe de fécondité semble décalée dans le temps par rapport à celles des Franciliennes et des Françaises.

L'indicateur conjoncturel de fécondité des Parisiennes est le plus faible d'Ile-de-France

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) qui représente le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité à chaque âge observés l'année considérée demeuraient inchangés, est de 1,60 enfant par femme pour les Parisiennes. C'est l'ICF le plus faible d'Ile-de-France. Dans la plupart des départements, exceptés Paris et les Hauts-de-Seine, l'ICF est supérieur à deux enfants par femme. L'indicateur conjoncturel de fécondité le plus élevé de la région francilienne est celui de la Seine-Saint-Denis (2,39) (fig. 4).

Fig.3 Taux de fécondité par âge à Paris, en Ile-de-France et en France en 2006-2008 (nombre de naissances vivantes pour 1 000 femmes)

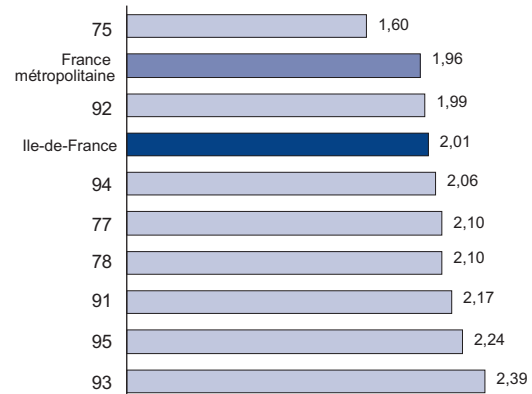


Source : Insee, exploitation FNORS, ORS Ile-de-France, 2010.

* 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 45 ans ou plus rapportées à la population des femmes de 45-49 ans

Fig.4 Indicateur conjoncturel de fécondité des départements franciliens et de la France métropolitaine en 2006-2008



Source : Insee, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Références :

1 - Pla A. Hausse de la fécondité en France en 2008, France, portrait social, Insee, 2009.

Mortalité générale et prématurée

- > Les espérances de vie des Parisiens (79,6 ans) et des Parisiennes (85,5 ans) à la naissance sont supérieures à celles des Franciliens et des Français.

Mortalité des jeunes de 15-24 ans

- > Le taux de mortalité des jeunes hommes de 15-24 ans est moindre à Paris (0,3‰ pour les 15-19 ans et 0,4‰ pour les 20-24 ans) qu'en Ile-de-France (respectivement 0,4‰ et 0,6‰) ou en France (respectivement 0,5‰ et 0,8‰).
- > Les suicides et les accidents de transport sont deux causes de mortalité importantes chez les jeunes.

Mortalité des enfants de moins de 5 ans

- > Le taux de mortalité périnatale parisien (13,6‰) est l'un des plus élevés d'Ile-de-France (dont le taux moyen est de 12,8‰).
- > Le taux de mortalité infantile parisien est de 3,6‰ en 2006-2008, parmi les plus faibles d'Ile-de-France.
- > Plus de la moitié des décès infantiles parisiens ont une cause dont l'origine se situe dans la période périnatale.

Mortalité maternelle

- > Près de trois décès maternels sur dix enregistrés en France de 2001 à 2006 ont eu lieu en Ile-de-France.
- > La majorité des décès maternels franciliens ont des causes obstétricales directes.

Contexte

En France, le nombre annuel de décès est relativement stable : environ 530 000 décès sont enregistrés chaque année depuis le début des années 50 alors que la population a augmenté dans le même temps. Il y a eu sur cette période une baisse de la mortalité qui a bénéficié aux différents groupes d'âge. La baisse de la mortalité était principalement due au recul de la mortalité infantile jusqu'au début des années 60. Depuis les années 80, l'essentiel des gains en termes de mortalité est lié au recul de la mortalité aux grands âges. La baisse de la mortalité conduit à une hausse continue de l'espérance de vie. En France, au sortir de la seconde guerre mondiale, l'espérance de vie à la naissance des hommes était de 60 ans et celle des femmes de 65 ans. Les femmes ont depuis gagné près de 20 ans d'espérance de vie à la naissance. En 2008, l'espérance de vie des femmes en France est de 84,4 ans, et celle des hommes de 77,6 ans, soit un gain de près de 18 années.

Au niveau national, il existe des disparités marquées en termes d'espérance de vie. La hiérarchie des régions selon cet indicateur est identique pour les hommes et pour les femmes. L'espérance de vie est en moyenne la plus élevée en Ile-de-France, en Rhône-Alpes et en Midi-Pyrénées. A l'opposé, dans les régions du nord de la France, les espérances de vie sont en moyenne les plus faibles.

Les Françaises ont l'une des espérances de vie les plus importantes de l'Union européenne après les Espagnoles dont l'espérance de vie est supérieure de quelques mois à celle des Françaises. Les Français se situent juste dans la moyenne de l'ensemble des pays de l'Union européenne. Les Suédois et les Espagnols figurent en tête du classement : les garçons nés en 2008 peuvent espérer y vivre plus de 79 années.

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 de un an, ou mortalité infantile, est traditionnellement considérée comme un bon indicateur du niveau de développement sanitaire et social d'un pays. 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 80, il est de 3,6‰ en 2008. En Europe, quelques pays ont des taux de mortalité infantile plus faibles : 2,5‰ en Suède, 2,6‰ en Finlande ou 3,5‰ en Allemagne^{1,2}.

Définitions

Taux de mortalité : rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Espérance de vie à la naissance : durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année.

Mortalité prématurée : mortalité survenue avant 65 ans.

Taux comparatif de mortalité : taux de mortalité que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population OMS Europe). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les sexes et entre les régions.

Mortalité générale et prématurée

Les taux comparatifs de mortalité les plus faibles d'Ile-de-France pour les Parisiens et en 2^{ème} position pour les Parisiennes

A structure par âge comparable, Paris a un niveau de mortalité générale inférieur à celui de l'Ile-de-France et de la France. Les taux comparatifs de mortalité générale sont de 457,6 décès pour 100 000 personnes à Paris contre 486,2 pour 100 000 en Ile-de-France et 537,8 pour 100 000 en France. Les taux comparatifs de mortalité générale parisiens sont plus faibles pour les deux sexes (fig. 1). Les Parisiens dont le taux comparatif de mortalité est de 608,3 décès pour 100 000 hommes ont le niveau de mortalité générale le plus faible d'Ile-de-France. Les Parisiennes (351,5 décès pour 100 000) sont quant à elles en deuxième position des Franciliennes ayant la mortalité la plus basse après les habitantes des Hauts-de-Seine (349,5 décès pour 100 000). Les habitants de Seine-et-Marne ont les taux comparatifs de mortalité générale les plus élevés de la région Francilienne : 730,3 décès pour 100 000 hommes et 423,8 décès pour 100 000 femmes.

Diminution du taux comparatif de mortalité à Paris, en Ile-de-France et en France

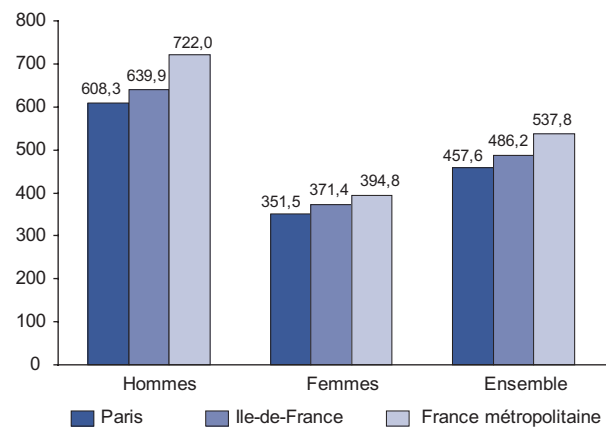
La mortalité à structure par âge comparable entre 1990-1992 et 2005-2007 a diminué à Paris mais également en Ile-de-France et en France. Le taux comparatif de mortalité parisien est passé de 650,5 décès pour 100 000 personnes en 1990-1992 à 457,6 décès pour 100 000 personnes en 2005-2007. La diminution de la mortalité des hommes à Paris est de 32,2% et celle des femmes est de 25,9%. Ces taux de diminution sont plus importants que ceux observés en Ile-de-France (-29,6% pour les hommes et -23,4% pour les femmes) ou en France (-25,0% et -21,0%) (tab. 1).

Des espérances de vie à la naissance élevées à Paris

Les espérances de vie à la naissance des hommes et des femmes sont plus importantes à Paris, qu'en Ile-de-France ou en France. Les Parisiens dont l'espérance de vie à la naissance est de 79,6 ans ont l'une des espérances de vie les plus élevées de la région francilienne après celles des habitants des Hauts-de-Seine (79,9 ans) et des Yvelines (79,7 ans). Les Parisiennes ont quant à elles une espérance de vie à la naissance de 85,5 ans. C'est également l'une des plus élevées d'Ile-de-France après celle des habitantes des Yvelines.

L'écart d'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes est de 5,9 ans à Paris et en Ile-de-

Fig.1 Taux* comparatifs de mortalité générale en 2005-2007 à Paris, en Ile-de-France et en France



Source : Inserm CépiDC, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe.

Tab.1 Evolution des taux comparatifs annuels* de mortalité entre 1990-1992 et 2005-2007 à Paris, en Ile-de-France et en France métropolitaine

	Paris		Ile-de-France		France métr.	
	H	F	H	F	H	F
1990-1992	897,5	474,2	909,2	484,7	963,2	499,8
2005-2007	608,3	351,5	639,9	371,4	722,0	394,8
Evolution (en %)	-32,2	-25,9	-29,6	-23,4	-25,0	-21,0

Source : Inserm CépiDC, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe.

Tab.2 Espérance de vie à la naissance et à 60 ans en 2007 à Paris, en Ile-de-France et en France (en année)

	A la naissance	A 60 ans
Paris		
Hommes	79,6	23,3
Femmes	85,5	28,0
Ecart hommes / femmes	5,9	4,7
Ile-de-France		
Hommes	79,0	22,9
Femmes	84,9	27,3
Ecart hommes / femmes	5,9	4,4
France		
Hommes	77,5	21,9
Femmes	84,3	26,7
Ecart hommes / femmes	6,8	4,8

Source : Insee, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

France. Il est plus important au niveau national (6,8 ans). L'espérance de vie à 60 ans est également plus importante à Paris qu'en Ile-de-France ou en France, pour les deux sexes (tab. 2).

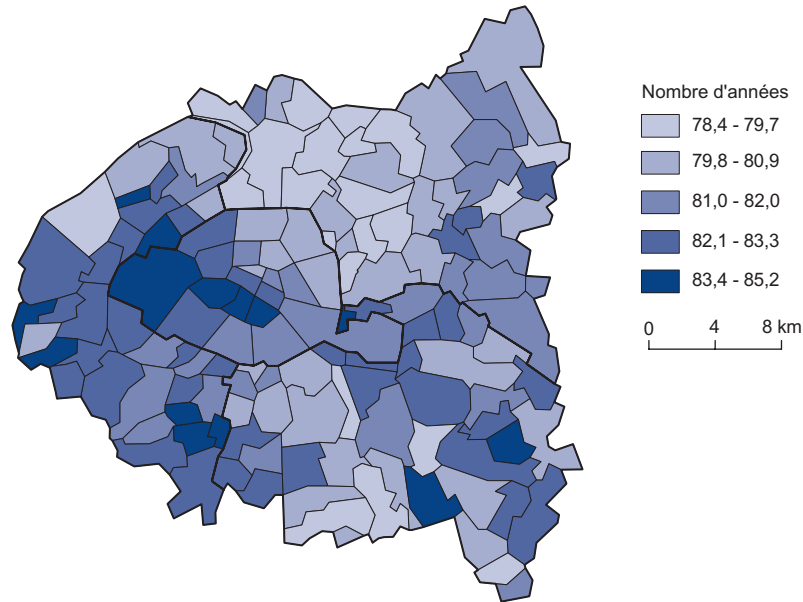
Les habitants des Hauts-de-Seine, du centre et de l'ouest parisien ont des espérances de vie élevées

L'espérance de vie est plus élevée dans le centre et l'ouest parisiens. En effet, les habitants des 5^{ème} (84,5 ans), 6^{ème} (84,3 ans), 7^{ème} (84,3 ans) et 16^{ème} (84,0 ans) arrondissements ont des espérances de vie à la naissance élevées. Les communes des Hauts-de-Seine ont également des niveaux d'espérance de vie à

la naissance importants, certaines des communes de ce département ont des espérances de vie dépassant les 83 ans.

En revanche dans les communes de Seine-Saint-Denis, les espérances de vie à la naissance sont plus faibles. Ainsi, à Saint-Denis (78,7 ans) et à Dugny (78,5 ans) elles sont inférieures de près de 6 ans à la moyenne parisienne (carte 1).

Carte 1 Espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2003-2007



Sources : Inserm - CépiDC, Insee, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Près d'un quart des décès parisiens sont prématurés

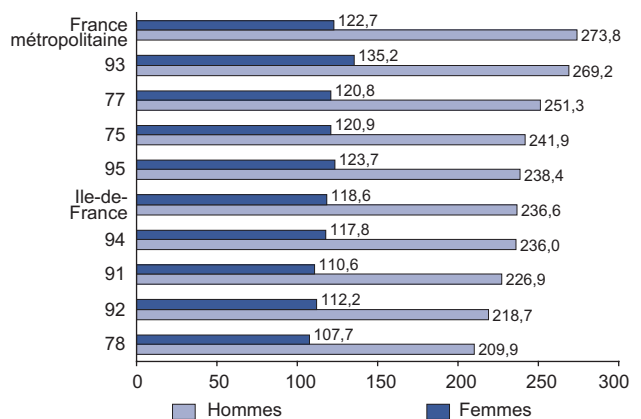
Les décès survenus avant 65 ans sont considérés comme prématurés. En 2005-2007, ces derniers représentent 23,6% de l'ensemble des décès à Paris. La proportion de décès prématurés est plus importante pour les hommes (31,7%) que pour les femmes (16,1%).

Mortalité prématurée supérieure à Paris par rapport à l'Ile-de-France pour les deux sexes mais inférieur à la France

En 2005-2007, le taux comparatif de mortalité prématurée des hommes à Paris est de 241,9 décès pour 100 000 hommes. Le taux comparatif de mortalité prématurée des Parisiens est supérieur à celui de l'ensemble des Franciliens (236,6), seuls les taux des départements de la Seine-et-Marne et de Seine-Saint-Denis sont plus importants (respectivement 251,3 et 269,2). Le taux de mortalité prématurée des hommes en France est également supérieur à celui des Parisiens (273,8 décès pour 100 000 hommes).

Les Parisiennes ont aussi l'un des taux de mortalité prématurée (120,9) les plus élevés d'Ile-de-France après celui des habitantes du Val-d'Oise (123,7) et de la Seine-Saint-Denis (135,2). Les Françaises ont

Fig. 2 Taux comparatifs de mortalité prématurée en 2005-2007 en Ile-de-France, en France et dans les différents départements franciliens (pour 100 000)



Source : Insee, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

également un taux de mortalité prématurée supérieur à celui des Parisiennes (122,7 décès pour 100 000 femmes) (fig. 2).

Part importante des décès prématurés dus aux tumeurs

Les tumeurs représentent plus d'un tiers des décès prématurés masculins et près de la moitié des décès féminins à Paris. Le cancer le plus fréquent chez les hommes est le cancer du poumon (10,3% des décès

prématurés), pour les femmes c'est celui du sein (13,3%). Les morts causées par un traumatisme ou un empoisonnement (cette catégorie comprend les suicides et les accidents de la circulation) représentent une part également importante des causes de décès prématurés (7,6% des décès masculins et 5,9% des décès féminins). La proportion de décès prématurés

classés en symptômes et états morbides mal définis est très importante à Paris, elle représente 25,0% pour les hommes et 19,7% pour les femmes. Certains décès « accidentels » dont une analyse a été demandée à l'Institut médico-légal de Paris sont classés en symptômes et états morbides mal définis faute de retour des informations.

Mortalité chez les jeunes de 15-24 ans

Taux de mortalité des jeunes hommes de 15-24 ans moindre à Paris qu'en Ile-de-France ou en France

A Paris en 2005-2007, 53 hommes de 15-24 ans et 29 femmes du même âge sont décédés en moyenne par an. Le taux de mortalité des hommes est pour les 15-24 ans de 0,4 décès pour 1 000 hommes du même âge. Le taux de mortalité féminin à Paris est inférieur : 0,2‰. Les taux de mortalité des jeunes de 15-24 ans sont comparables pour les femmes avec ceux de l'Ile-de-France et de la France, en revanche les taux masculins sont plus importants dans la région francilienne (0,5‰) et au niveau national (0,6‰).

Principalement trois grandes causes de décès chez les jeunes Parisiens

Les causes de mortalité des jeunes parisiens de 15-19 ans sont principalement de trois types : les causes externes de blessure et d'empoisonnement (32,0% des décès de Parisiens de 15-19 ans), les symptômes et états mal définis et les tumeurs

(24% chacun). Pour les Parisiens de 20-24 ans la part des tumeurs diminue alors que celle des symptômes et états mal définis augmente. L'importance de cette cause est liée au problème de retour d'informations de l'Institut médico-légal de Paris (tab. 3).

Le suicide et les accidents de transport, deux causes importantes de mortalité chez les jeunes

Les principales causes de décès des jeunes Franciliens et Français sont identiques à celles des Parisiens, en revanche la proportion des tumeurs et des symptômes et états mal définis sont moindres tandis que les « causes externes » de décès sont plus importantes. Plus de la moitié des causes externes de blessure ou d'empoisonnement sont des accidents de transport pour les Français des deux sexes et pour les hommes en Ile-de-France. Les suicides représentent un quart des causes externes de blessure et d'empoisonnement des Franciliens et plus de 30% pour les Françaises et les Franciliennes.

Tab.3 Répartition des décès des 15-24 ans par grande cause à Paris, en Ile-de-France et en France en 2005-2007 (en %)

	Paris		Ile-de-France		France	
	15-19	20-24	15-19	20-24	15-19	20-24
Maladies infectieuses et parasitaires	0,0	1,8	1,1	1,9	1,2	1,1
Tumeurs	24,0	9,1	16,6	12,9	10,4	9,5
Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme, troubles immunitaires	4,0	0,0	3,2	1,6	2,0	1,7
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,0	0,0	0,5	0,3	0,6	0,3
Troubles mentaux	0,0	0,0	0,0	0,9	0,8	1,7
Maladies du système nerveux et organes des sens	4,0	3,6	6,4	4,4	5,7	4,0
Maladies de l'appareil circulatoire	8,0	3,6	4,3	4,7	3,8	3,9
Maladies de l'appareil respiratoire	4,0	3,6	2,1	1,3	1,5	1,4
Maladies de l'appareil digestif	0,0	0,0	1,1	0,6	0,6	0,9
Complications de grossesse	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1
Maladie de l'appareil génito-urinaire	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
Maladie de peau	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Maladies du système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0,0	0,0	1,1	0,6	0,4	0,2
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0,0	1,8	3,2	2,2	2,4	1,7
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,0	0,0	0,5	0,0	0,1	0,0
Symptômes, signes et états morbides mal définis	24,0	49,1	13,4	22,9	7,4	9,8
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	32,0	27,3	46,5	45,5	62,8	63,6

Source : Inserm CépiDC, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Mortalité périnatale et infantile

A Paris, 117 décès d'enfants de moins d'un an en 2008

En 2008, il y a eu 117 décès d'enfants de moins d'un an à Paris, et 395 morts-nés. Ces effectifs de décès étant relativement faibles, les taux de mortalité utilisés dans cette fiche sont calculés à partir de la moyenne lissée sur 3 ans des décès d'enfants de moins d'un an et des morts-nés en 2006-2008, afin d'éviter les fluctuations statistiques dues à des effectifs trop faibles.

Taux de mortalité périnatale élevé à Paris...

Les décès infantiles parisiens sont concentrés autour de la naissance. Le taux de mortalité périnatale parisien (cf. encadré définitions) est important (13,6 décès pour 1 000 naissances). En Ile-de-France, seul le taux de mortalité périnatale de la Seine-Saint-Denis (15,8‰) est supérieur au taux parisien. Les taux de mortalité périnatale francilien (12,8‰) et métropolitain (11,2‰) sont inférieurs au taux parisien. L'importance du taux de mortalité périnatale parisien est due à un taux élevé de mortalité pendant la période néonatale précoce (1,9 décès pour 1 000 naissances vivantes), l'un des plus élevés après celui de la Seine-Saint-Denis (2,5‰) (tab. 4).

Tab.4 Taux de mortinatalité, de mortalité néonatale précoce et de mortalité périnatale en Ile-de-France et en France métropolitaine en 2006-2008 (en‰)

	Mortinatalité	Mortalité pendant la période néonatale précoce	Mortalité périnatale
Paris	11,7	1,9	13,6
Seine-et-Marne	10,2	1,7	11,9
Yvelines	8,8	1,7	10,4
Essonne	9,1	1,8	10,9
Hauts-de-Seine	10,2	1,6	11,8
Seine-Saint-Denis	13,4	2,5	15,8
Val-de-Marne	11,8	1,4	13,2
Val-d'Oise	11,4	1,5	12,9
Ile-de-France	11,0	1,8	12,8
France métropolitaine	9,6	1,6	11,2

Source : Insee Etat-civil, exploitation FNORS, ORS Ile-de-France, 2010.

... avec un taux de mortinatalité de 11,7‰

Le taux de mortinatalité à Paris est de 11,7 décès pour 1 000 naissances, c'est l'un des plus importants d'Ile-de-France après ceux de la Seine-Saint-Denis (13,4 décès pour 1 000 naissances) et du Val-de-Marne (11,8‰). Le taux de mortinatalité en France métropolitaine est moins important que ceux de Paris et de l'Ile-de-France (tab. 4).

Définitions

Taux de mortinatalité : rapport du nombre d'enfants nés sans vie à l'ensemble des naissances (enfants nés vivants + enfants nés sans vie).

Taux de mortalité périnatale : rapport du nombre de décès d'enfants de moins de 7 jours et d'enfants nés sans vie à l'ensemble des naissances.

Taux de mortalité infantile : rapport du nombre de décès d'enfants de moins de un an à l'ensemble des enfants nés vivants.

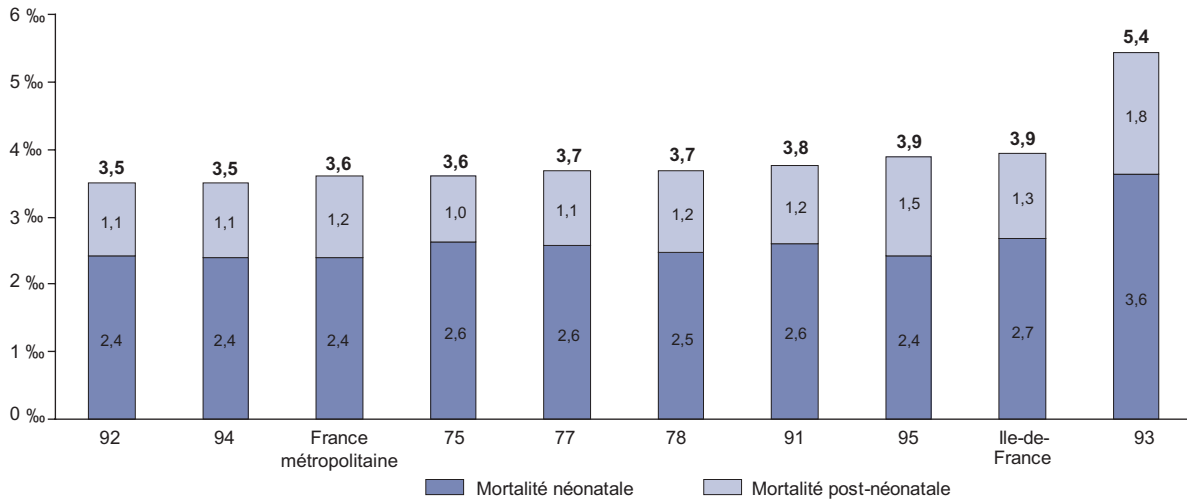
Taux de mortalité néonatale : rapport du nombre de décès d'enfants de moins de 28 jours à l'ensemble des enfants nés vivants.

Taux de mortalité néonatale précoce : rapport du nombre de décès d'enfants de moins de 7 jours à l'ensemble des enfants nés vivants.

Taux de mortalité néonatale tardive : rapport du nombre de décès d'enfants de 7 à 28 jours à l'ensemble des enfants nés vivants.

Taux de mortalité post-néonatale : rapport du nombre de décès d'enfants de 28 jours à un an à l'ensemble des enfants nés vivants.

Fig.3 Principales composantes de la mortalité infantile en Ile-de-France et en France métropolitaine en 2006-2008 (taux de mortalité néonatale, de mortalité post-néonatale pour 1 000 naissances vivantes)



Source : Insee Etat-civil, exploitation FNORS, ORS Ile-de-France, 2010.

Taux de mortalité infantile parisien parmi les plus faibles d'Ile-de-France

Le taux de mortalité infantile parisien est de 3,6 décès d'enfants de moins de un an pour 1 000 naissances vivantes. Ce taux de mortalité infantile est l'un des plus faibles d'Ile-de-France après ceux des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne (3,5‰), il est comparable au taux de France métropolitaine (3,6‰). Le taux de mortalité infantile francilien est quant à lui supérieur au taux parisien : il est de 3,9 décès d'enfants de moins de un an pour 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infantile de la Seine-Saint-Denis est très élevé, c'est le plus important de la région francilienne (5,4‰) (fig. 3).

Taux de mortalité infantile plus élevé dans le nord-est parisien

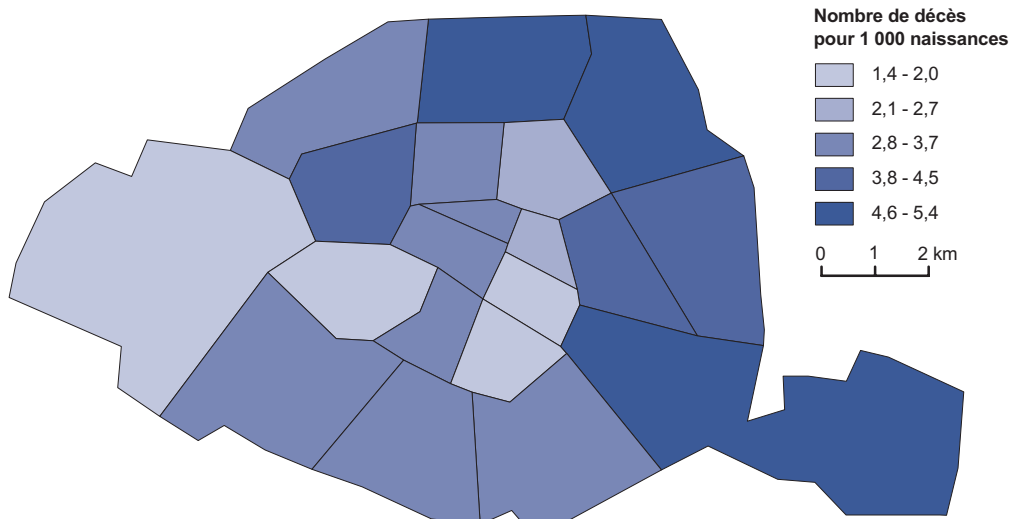
Le taux de mortalité infantile varie entre les différents arrondissements. Les taux de mortalité infantile à Paris vont de 1,4 (5^{ème} arrondissement) à 5,5 (18^{ème}

arrondissement) décès d'enfants de moins de un an pour 1 000 naissances vivantes. Les arrondissements où les taux de mortalité infantile sont les plus importants, c'est à dire supérieurs à 5 décès pour 1 000 naissances vivantes, se situent au nord-est de Paris dans les 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements (carte 2).

Mortalité néonatale plus importante à Paris qu'en France

Même si le taux de mortalité infantile parisien est équivalent à celui de la France métropolitaine, la mortalité néonatale parisienne est plus importante. Le taux de mortalité néonatale parisien est de 2,6 décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1 000 naissances vivantes. Le taux métropolitain ainsi que ceux des Haut-de-Seine, du Val-de-Marne et du Val-d'Oise sont inférieurs à celui de Paris, ils sont de 2,4 décès pour 1 000 naissance vivantes. Le taux de mortalité néonatale en Seine-Saint-Denis correspond à lui seul au taux de mortalité infantile parisien (fig. 3).

Carte 2 Taux de mortalité infantile en 2004-2008 à Paris par arrondissement



Source : Insee Etat-civil, exploitation Apur, ORS Ile-de-France, 2010.

Le taux parisien de mortalité post-néonatale est le plus faible d'Ile-de-France

Le taux parisien de mortalité post-néonatale (1,0 décès d'enfants de 28 jours à un an pour 1 000 naissances vivantes) est le plus faible d'Ile-de-France. Il est également inférieur au taux de France métropolitaine (1,2 décès pour 1 000 naissances vivantes). Le taux de mortalité post-néonatale de Seine-Saint-Denis est le plus élevé de la région francilienne (fig. 3).

Diminution du taux de mortalité infantile

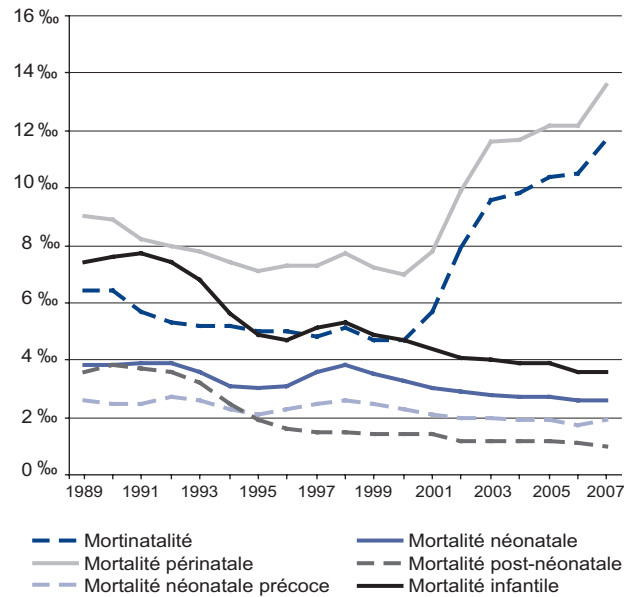
Le taux global de mortalité infantile diminue depuis plusieurs décennies tout comme ses différentes composantes. La baisse de la mortalité infantile est liée aux progrès médicaux et à une amélioration du suivi de grossesse. Les taux de mortinatalité et de mortalité périnatale augmentent en 2001 en raison d'un changement législatif (cf. encadré évolution législative) (fig. 4).

Plus de la moitié des décès infantiles parisiens ont une cause dont l'origine se situe dans la période périnatale

Plus de la moitié des décès d'enfants de moins de un an à Paris ont une cause dont l'origine se situe dans la période périnatale (53,1% des décès infantiles parisiens). Cette part est supérieure à celles de l'Ile-de-France (51,0%) et de la France (48,7%). Les anomalies congénitales sont la cause de 23,9% des décès infantiles à Paris, la part de cette cause de décès est moins importante en Ile-de-France et en France (environ 21%). Le poids de ces deux types de cause de décès explique l'importance de la mortalité néonatale et plus particulièrement de la mortalité néonatale précoce à Paris.

La part de la mort subite du nourrisson représente 2,7% des décès d'enfants de moins de un an à Paris, elle est plus faible qu'en de l'Ile-de-France (6,1%) et en France (8,4%) (tab. 5).

Fig.4 Taux de mortalité périnatale et infantile à Paris entre 1989 et 2007



Source : Insee Etat-civil, exploitation FNORS, ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.5 Répartition des décès d'enfants de moins de un an par grande cause à Paris, en Ile-de-France et en France en 2005-2007 (en %)

	Paris	Ile-de-France	France
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	53,1	51,0	48,7
Anomalies congénitales	23,9	21,1	21,2
Symptômes et états morbides mal définis	8,8	13,5	14,2
dont syndrome de mort subite du nourrisson	2,7	6,1	8,4
Traumatismes et empoisonnements	0,9	1,4	2,3
Autres	13,3	13,0	13,6

Source : Inserm CépiDC, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Evolution législative de l'enregistrement des morts-nés :

En règle générale, un enfant doit être déclaré à l'état civil dès lors que la gestation a duré au moins 180 jours (environ 28 semaines d'aménorrhée). Depuis mars 1993, un acte « d'enfant sans vie » est dressé uniquement s'il n'est pas établi que l'enfant est né vivant et viable.

Depuis la circulaire du 30 novembre 2001, un bulletin d'enfant sans vie peut être établi dès 22 semaines d'aménorrhée (SA) ou si l'enfant a atteint un poids de 500 grammes (critère de viabilité de l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS).

En 2008, un nouveau changement législatif a eu lieu. En effet, le décret n°2008-800 du 20 août 2008 a redéfini la notion d'enfant sans vie. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Les critères de durée de gestation, 22 SA, ou de poids, 500 grammes, ne sont plus pris en compte. L'établissement d'un certificat médical d'accouchement implique le recueil d'un corps formé et sexué, quand bien même le processus de maturation demeure inachevé et à l'exclusion des masses tissulaires sans aspect morphologique. Les situations d'interruption volontaire de grossesse et les situations d'interruption spontanée précoce de grossesse survenant en deçà de la quinzième semaine d'aménorrhée ne répondent pas aux conditions permettant l'établissement d'un certificat médical d'accouchement.

Le changement législatif de 2008 n'a pas eu de conséquence sur les effectifs de morts-nés utilisés dans cette fiche.

Mortalité des enfants de 1 à 4 ans

Taux de mortalité des enfants de 1 à 4 ans de 0,3‰ à Paris

A Paris, 24 enfants âgés de 1 à 4 ans sont décédés en moyenne chaque année pour la période 2005-2007. Le taux de mortalité des Parisiens âgés de 1 à 4 ans est de 0,3 décès pour 1 000 enfants du même âge. Ce taux est comparable aux taux de la région francilienne (0,2‰) et de la France (0,2‰).

Un quart des décès d'enfants âgés de 1 à 4 ans dus à une « cause externe »

Les décès des enfants âgés de 1 à 4 ans à Paris en 2005-2007 sont principalement dus à trois grandes causes que sont les symptômes et états morbides mal définis (25,0%), les causes externes de blessure et d'empoisonnement (25,0%) dont près de la moitié sont des chutes accidentelles, et les tumeurs (16,7%). La faiblesse en termes d'effectif des décès à Paris ne permet pas de comparer cette répartition avec celles de l'Ile-de-France et de la France.

Tab.6 Répartition des décès des 1-4 ans par grande cause à Paris, en Ile-de-France et en France en 2005-2007 (en %)

	Paris	Ile-de-France	France
Maladies infectieuses et parasitaires	8,3	6,4	5,4
Tumeurs	16,7	13,6	14,2
Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme, troubles immunitaires	8,3	6,4	6,7
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0,0	2,4	2,8
Maladies du système nerveux et organes des sens	4,2	6,4	8,3
Maladies de l'appareil circulatoire	4,2	4,8	4,7
Maladies de l'appareil respiratoire	0,0	4,8	4,1
Maladies de l'appareil digestif	0,0	1,6	2,1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,0	0,8	0,3
Maladies du système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	0,0	0,8	0,5
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	8,3	8,0	10,7
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,0	1,6	0,9
Symptômes, signes et états morbides mal définis	25,0	14,4	10,5
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	25,0	28,0	28,8

Source : Inserm CépiDC, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Mortalité maternelle

Près de trois décès maternels sur dix enregistrés en France de 2001 à 2006 ont eu lieu en Ile-de-France

De 2001 à 2006, il y a eu 436 décès maternels identifiés par l'enquête confidentielle sur les morts maternelles³ en France, DOM compris, dont 29% sont survenus en Ile-de-France (soit 131 décès). Le taux standardisé de mortalité maternelle est de 11,6 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux est nettement plus élevé que celui des autres régions de France métropolitaine (7,5 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes). La différence entre le taux de mortalité maternelle francilien et celui des autres régions est plus marquée pour les femmes de moins de 20 ans que pour les autres catégories d'âge.

Une surmortalité maternelle chez les femmes de nationalité étrangère

Les femmes de nationalité étrangère représentent 38% des décès en Ile-de-France et 9% dans les autres régions. En Ile-de-France, les taux de mortalité maternelle des femmes originaires d'Afrique subsaharienne (28,9 pour 100 000 naissances vivantes), d'Asie et d'Amérique (23 pour 100 000

naissances vivantes) sont plus élevés que celui des femmes de nationalité française (10,2 pour 100 000 naissances vivantes). Cependant, la nationalité n'explique pas le sur-risque de mortalité maternelle en Ile-de-France, les disparités régionales persistent chez les femmes de nationalité française.

Plus de 80% des décès maternels ont eu lieu à l'hôpital

La majorité des décès maternels ont lieu à l'hôpital (près de 80%), il reste toutefois des décès maternels qui se produisent à domicile mais cela est moins fréquent en Ile-de-France (3,8%) que dans les autres régions (12,6%).

Définition

Décès maternels : d'après la classification internationale des maladies (CIM) la mort maternelle est le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle que soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais ni accidentelle, ni fortuite.

La majorité des décès maternels en Ile-de-France ont des causes obstétricales directes

En Ile-de-France, les principales causes de mortalité maternelle sont les hémorragies (30,5%), les embolies amniotiques (16,8%) (tab. 7). Viennent ensuite les complications de l'hypertension (11,5%) et les thromboembolies (6,1%). Enfin les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux représentent chacun la même part (4,6%). Les causes des décès maternels en Ile-de-France sont majoritairement des causes obstétricales directes, représentant près de huit décès maternels sur dix. Dans les autres régions, ces causes directes sont également les plus fréquentes mais ne représentent que 65% des causes de décès. Ainsi la part des décès

par hémorragie n'est que de 20,1% (contre 30,5% en Ile-de-France). En revanche, ce sont les accidents vasculaires, dont le décès est une cause obstétricale indirecte qui se placent au second rang, responsables de 13,4% des décès.

Plus de la moitié des décès expertisés en Ile-de-France considérés comme évitables

70% des décès maternels ayant eu lieu en Ile-de-France ont été expertisés. Parmi ces décès expertisés et pour lesquels un avis sur la prise en charge a pu être formulé (soit 70 décès), la proportion de cas considérés comme évitables est de 54,3% en Ile-de-France (soit 38 décès) et 41,8% dans les autres régions (64/153 décès).

Tab.7 Répartition des décès maternels selon la cause obstétricale en Ile-de-France et dans les autres régions de France métropolitaine en 2001-2006

	Ile-de-France		Autres régions*	
	Effectif	%	Effectif	%
Causes obstétricales directes dont	104	79,4	176	65,4
Hémorragies	40	30,5	54	20,1
Embolies amniotiques	22	16,8	30	11,2
Hypertension artérielle	15	11,5	24	8,9
Thromboembolies	8	6,1	32	11,9
Infections	5	3,8	11	4,1
Complications d'anesthésie	3	2,3	4	1,5
Autres causes directes	11	8,4	21	7,8
Causes obstétricales indirectes dont	27	20,6	93	34,6
Accident vasculaire cérébral	6	4,6	36	13,4
Maladies cardiaques	6	4,6	14	5,2
Autres	15	11,5	43	16,0

Source : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles de 2001 à 2006³.

*Ensemble des régions de France métropolitaine, hors Ile-de-France.

Références :

- 1 - 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.
- 2 - Pla A. Hausse de la fécondité en France en 2008, France, portrait social, Insee, 2009.
- 3 - Saucedo M., Deneux-Tharaux C., Bouvier-Colle M.-H. Disparités régionales de mortalité maternelle en France : situation particulière de l'Ile-de-France et des départements d'outre-mer, 2001-2006, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°9, InVS, 2009.

Composition des ménages et des familles, modes de garde des enfants

Modes de cohabitation

- > Huit jeunes Parisiens sur dix de 15-19 ans vivent chez leurs parents.
- > Deux Parisiennes sur cinq de 20-34 ans vivent en couple, les Françaises et les Franciliennes sont une sur deux.

Familles

- > La part des familles nombreuses est moins importante à Paris qu'en Ile-de-France ou qu'en France.
- > Les enfants de moins de 6 ans vivant dans une famille monoparentale sont proportionnellement plus nombreux à Paris.
- > L'augmentation des familles parisiennes est limitée par les mouvements migratoires : un nombre important de départs résidentiels des familles parisiennes au profit de la proche couronne.

Modes de garde des enfants

- > Il y a 24 173 places en crèches à Paris en 2009, soit un taux d'accueil de 33 places pour 100 enfants.
- > Les enfants de 2 ans scolarisés sont proportionnellement moins nombreux à Paris qu'en France.
- > 90% des petits Parisiens de 3-5 ans sont scolarisés.

Contexte

Au recensement 2006, la population Française est constituée de 26,7 millions de ménages. Les ménages correspondent à un ensemble de personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par un lien de parenté. Un ménage peut être constitué d'une seule personne. La taille des ménages en France diminue régulièrement depuis une trentaine d'années. Le nombre moyen de personnes par ménage est passé d'un peu plus de 3 personnes par ménage en 1968, à 2,3 en 2006. De nombreux facteurs peuvent expliquer cette baisse comme par exemple l'allongement de la durée de vie, la maîtrise de la fécondité ou encore l'augmentation des divorces. Les ménages composés d'une personne vivant seule sont de plus en plus nombreux, ils représentent près du tiers des ménages en 2006. Ce sont les personnes qui sont aux extrémités de la vie adulte qui vivent le plus souvent seules. En effet, les jeunes de 20-24 ans sont 19,2% à vivre seuls, les 65-79 ans 28,2%, et les 80 ans ou plus près de la moitié alors que pour les autres catégories d'âge cette part est inférieure à 19%¹. Le nombre d'enfants dans les familles diminue également du fait de la baisse de la part des familles nombreuses parmi l'ensemble des familles (cf. encadré définitions page 40). Cette part est passée de 20,4% en 1999 à 18,9% en 2006 en France. En revanche le nombre de familles est resté stable en 1999 et 2006. Ceci est lié au fait que le nombre de familles monoparentales a augmenté sur cette période en France passant de 2 113 600 en 1999 à 2 358 600 en 2006.

Les familles avec des enfants âgés de moins de 3 ans sont confrontées à un problème de garde lorsque les parents ont une activité professionnelle. 64% des tout-petits sont gardés par leurs parents, 18% par une assistante maternelle agréée, 11% sont accueillis dans des structures d'accueil collectives et les autres sont confiés à des systèmes de garde à domicile ou à de la famille. Pour les 31,5% d'enfants âgés de moins de 3 ans non scolarisés confiés à un système de garde payant, l'offre d'accueil en structures collectives et en assistantes maternelles est importante. Entre 2007 et 2008, le nombre de places en accueil collectif a augmenté de 4,3% et le nombre d'assistantes maternelles de 2%. Les taux d'accueil des différentes structures de modes de garde varient d'un département à l'autre^{2,3}.

La scolarisation des enfants en France peut débuter dès l'âge de 2 ans. A la rentrée de l'année scolaire 2008-2009, 2 535 400 enfants sont scolarisés dans l'enseignement préélémentaire. Les effectifs y sont en baisse par rapport à l'année précédente pour les enfants de 2 ans alors que ceux des 3 et 4 ans augmentent. La tendance à la baisse du nombre d'enfants de 2 ans scolarisés est due à la pression démographique : le nombre d'enfants scolarisés est resté stable sur la période alors que celui des enfants scolarisables a augmenté⁴.

Modes de cohabitation

Modes de cohabitation des jeunes de 15-24 ans

Huit Parisiens sur dix de 15-19 ans vivent chez leurs parents

Les Parisiens et Parisiennes de 15-19 ans vivent majoritairement chez leurs parents, que ces derniers soient en couple ou seuls, ils sont 82,4% dans ce cas. Cette part est inférieure à celle de l'Ile-de-France ou de la France, où les jeunes de 15-19 ans habitant avec au moins un de leurs parents sont respectivement de 90,9% et 88,5%. Cette différence est d'autant plus marquée pour les enfants vivant dans une famille formée d'un couple (57,8% à Paris contre respectivement 68,6% et 68,2%). En revanche les enfants vivant dans des familles monoparentales sont proportionnellement plus nombreux à Paris (24,6% contre respectivement 22,3% et 20,3%). Plus d'un jeune de 15-19 ans sur quatre dans les arrondissements périphériques vit au sein d'une famille monoparentale. Cette part est plus importante que dans le centre parisien.

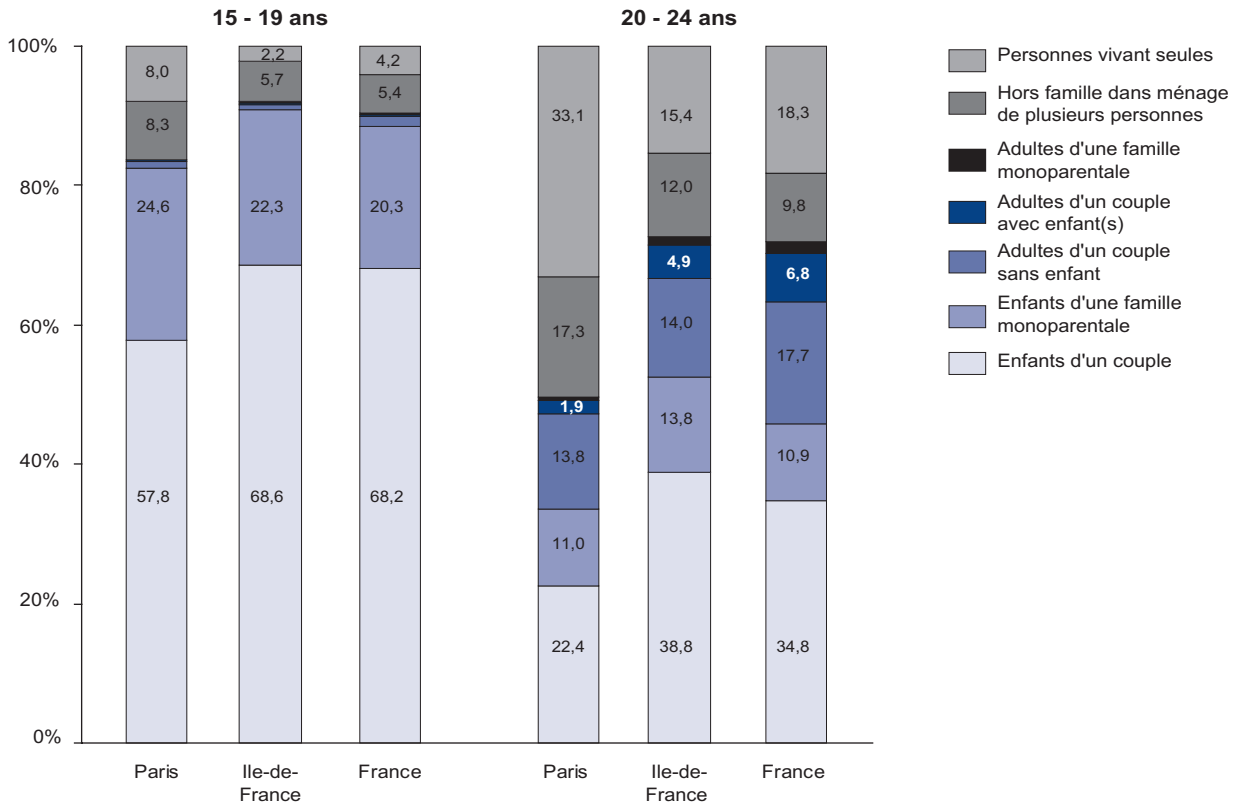
Les Parisiens de 15-19 ans sont proportionnellement

plus nombreux à vivre seuls (8,0%) dans leur logement que les Franciliens (2,2%) ou les Français (4,2%) du même âge.(fig. 1).

Un Parisien sur trois de 20-24 ans vit seul

Les jeunes de 20-24 ans ne sont plus qu'un tiers à vivre chez leurs parents, alors qu'en Ile-de-France et en France, ils représentent près de la moitié des jeunes de 20-24 ans. Un tiers des Parisiens de 20-24 ans vivent seuls, part nettement plus élevée que pour les Franciliens (15,4%) ou pour les Français (18,3%). Les 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements comptent une part importante de jeunes vivant seuls : un jeune sur deux. Les jeunes de 20-24 ans vivant en colocation sont proportionnellement plus nombreux à Paris (17,3% contre 12,0% en Ile-de-France et 9,8% en France). En revanche, la part des jeunes ayant un enfant en étant en couple ou non, est moindre à Paris (2,4%) qu'en Ile-de-France ou qu'en France (respectivement 6,0% et 8,5%) (fig. 1).

Fig.1 Répartition des jeunes de 15-24 ans selon leur modes de cohabitation à Paris, en Ile-de-France et en France



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Modes de cohabitation des femmes de 15-49 ans

Les modes de cohabitation des femmes de 15-19 ans proches de ceux des jeunes du même âge

Les Parisiennes de 15-19 ans ont un profil en termes de modes de cohabitation, très proche de celui de l'ensemble des jeunes Parisiens du même âge. En effet, ces dernières vivent en majorité chez leurs parents, que ces derniers soient en couple ou seuls, mais restent proportionnellement moins nombreuses dans ce cas que les Franciliennes ou les Françaises. La part des Parisiennes vivant seules est plus importante qu'en Ile-de-France ou en France (9,1% contre respectivement 2,5% et 4,8%) (fig. 2).

Deux Parisiennes sur cinq de 20-34 ans vivent en couple, c'est moins qu'en Ile-de-France ou en France

La part des femmes vivant en couple avec ou sans enfant est de 40,1% ; elle est inférieure à celles de l'Ile-de-France (50,3%) ou de la France (56,3%). De plus, les femmes parisiennes vivant en couple et ayant des enfants sont proportionnellement moins nombreuses que les Franciliennes et les Françaises dans la même situation (15,7% contre respectivement 29,2% et 35,8). Le 19^{ème} arrondissement est le seul arrondissement parisien où la part des femmes de 20-34 ans vivant en couple avec des enfants est

supérieure à 20%.

Près d'une Parisienne de 20-34 ans sur trois vit seule. Ce taux est plus important qu'en Ile-de-France ou en France où les femmes de 20-34 ans vivant seules sont moins de 20%.

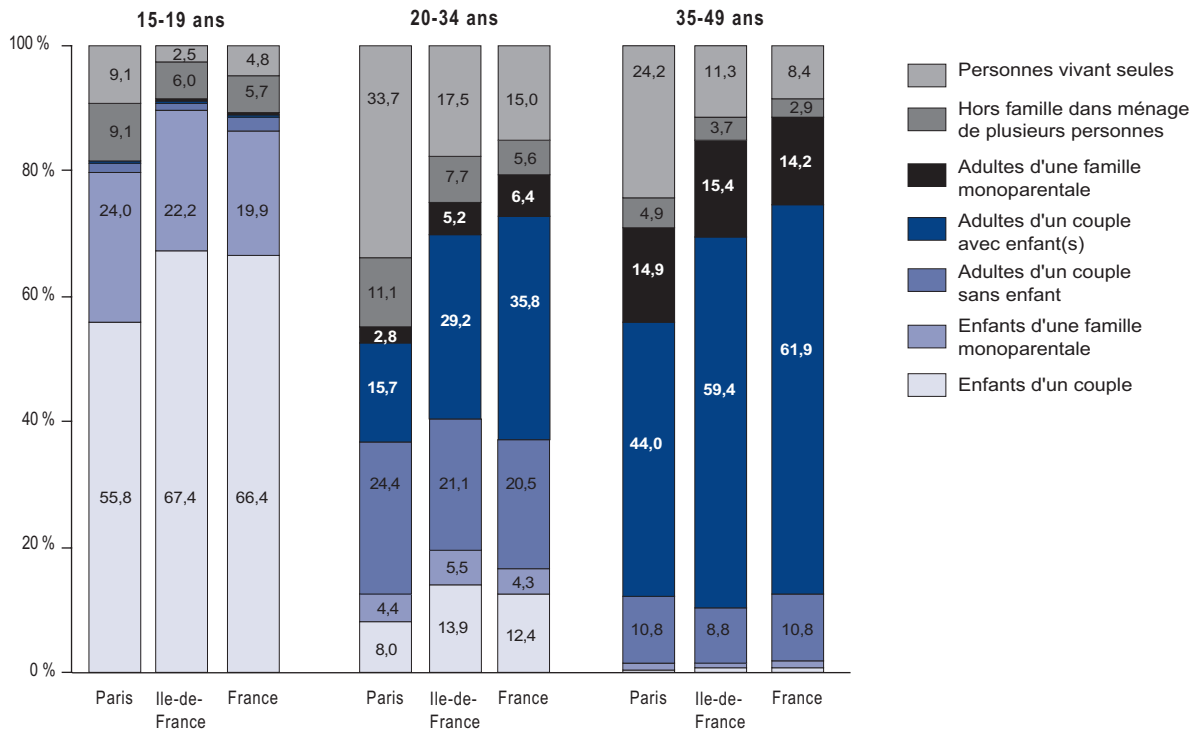
Alors que les femmes de 20-34 ans vivant toujours chez leurs parents est de 19,4% en Ile-de-France et de 16,7% en France, les Parisiennes ne sont que 12,4% dans cette situation (fig. 2). Les Parisiennes du 16^{ème} arrondissement sont les seules à être proportionnellement aussi nombreuses que les Franciliennes à vivre chez leurs parents (respectivement 19,8% et 19,4%).

Une Parisienne sur quatre de 35-49 ans vit seule

La part des femmes de 35-49 ans en couple avec des enfants est plus faible à Paris (44,0%) qu'en Ile-de-France (59,4%) et qu'en France (61,9%).

En revanche, les femmes adultes vivant en couple sans enfant à Paris sont proportionnellement aussi nombreuses qu'en France : leur part représente 10,8%. Un peu moins d'une Parisienne sur quatre de 35-49 ans vit seule (24,2%). En Ile-de-France et en France, la part des femmes vivant seules est moins importante (respectivement 11,3% et 8,4%) (fig. 2).

Fig.2 Répartition des femmes de 15-49 ans selon leur mode de cohabitation à Paris, en Ile-de-France et en France



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Familles

Evolution et répartition des familles selon le nombre d'enfants

Hausse du nombre de familles parisiennes ces dernières années

Les familles parisiennes (cf. encadré définitions) ont vu leur nombre diminuer de 1968 à 1999. Entre 1999 et 2006, le nombre de familles a augmenté à Paris, passant de 244 514 à 254 414 familles. Ces dernières sont près de 10 000 de plus qu'en 1999, soit une augmentation de 4,0%. L'augmentation est encore plus importante pour les familles ayant des enfants de moins de 16 ans (fig. 3). Les 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements connaissent une hausse importante du nombre de leurs familles : ils ont gagné entre 1999 et 2006, respectivement 2 292 et 1 917 familles, soit globalement plus de 40% de l'ensemble du gain en termes de familles. Quelques arrondissements perdent des familles, et la diminution la plus importante est dans le 16^{ème} (-421 familles entre 1999 et 2006).

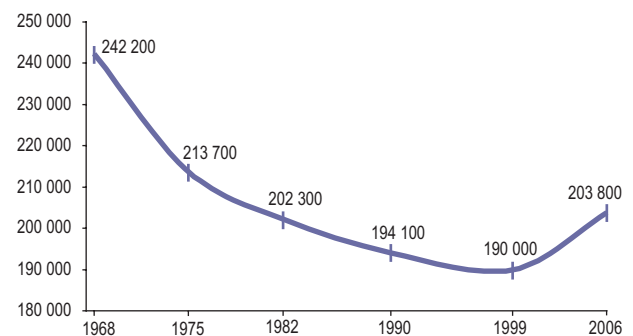
La sur-représentation parisienne des 20-34 ans favorise la création de familles

La part des familles dans l'ensemble des ménages augmente à Paris (22,5% en 2006 contre 22,0% en 1999) alors qu'elle diminue en Ile-de-France (32,6% contre 37,1%) et en France (33,8% contre 36,1%). Cette augmentation du nombre de familles parisiennes touche principalement les familles de 2 enfants, qui représentent 61% de la hausse.

La croissance du nombre de familles parisiennes est liée à une augmentation globale de la population et à

une forte natalité. De plus, Paris concentre une population importante de personnes âgées de 20 à 34 ans, susceptibles de construire une famille.

Fig.3 Evolution du nombre de familles avec enfants de moins de 16 ans à Paris entre 1968 et 2006



Source : Insee, RP 2006, exploitation APUR, 2010.

Définitions

Famille : une famille est un ensemble de personnes vivant dans un même logement. Elle est constituée :

- soit d'un couple (homme et femme) marié ou non, avec enfant(s) ;
- soit d'un adulte avec un ou plusieurs enfant(s).

Enfant d'une famille : pour qu'une personne soit enfant d'une famille, elle doit être célibataire et ne pas avoir de conjoint ou d'enfant faisant partie du même ménage, et être âgée de moins de 25 ans.

Cette définition de la famille est celle utilisée par l'Observatoire des familles parisiennes.

Proportionnellement moins de familles nombreuses à Paris

Près d'une famille sur deux à Paris ne compte qu'un seul enfant. Les familles Franciliennes et Françaises sont proportionnellement moins nombreuses dans ce cas (respectivement 42,3% et 42,6%). La part des familles nombreuses, c'est à dire comprenant trois enfants ou plus de moins de 25 ans, est moins élevée à Paris (17,4%), qu'en Ile-de-France (20,2%) ou qu'en France (18,9%). Paris est le département d'Ile-de-France où la part des familles nombreuses est la plus faible. Dans les différents départements franciliens, plus d'une famille sur cinq compte plus de trois enfants, excepté dans les Hauts-de-Seine (18,5%), le Val-de-Marne (18,5%) et l'Essonne (19,5%) (tab. 1).

Part plus importante des familles nombreuses au nord et à l'ouest de Paris

Les familles nombreuses parisiennes sont proportionnellement plus nombreuses dans les arrondissements situés en périphérie de Paris, à l'ouest et au nord. Leur part y dépasse la moyenne parisienne et plus particulièrement dans le 19^{ème}, où les familles de 3 enfants ou plus représentent 25% des l'ensemble des familles. L'arrondissement du 8^{ème} avec une part de familles nombreuses de 20,5%, fait figure d'exception dans le centre de Paris où cette dernière ne dépasse généralement pas les 15% (tab. 1).

Familles monoparentales

Les jeunes enfants de familles monoparentales proportionnellement plus nombreux à Paris

Les enfants de moins de 6 ans sont majoritairement les enfants d'un couple. Leur part dépasse les 80% à Paris, en Ile-de-France et en France. Les enfants vivant au sein d'une famille monoparentale sont moins de 15% parmi les 0-5 ans. Les petits Parisiens sont proportionnellement plus nombreux que les Franciliens ou que les Français dans ce cas (14,2%

Tab.1 Répartition des familles en fonction du nombre d'enfants de moins de 25 ans à Paris par arrondissement, en Ile-de-France et en France en 2006 (en %)

	1 enfant	2 enfants	3 enfants ou plus
1er	49,7	37,1	13,2
2ème	51,6	35,4	13,0
3ème	51,4	35,3	13,3
4ème	50,3	35,5	14,2
5ème	47,2	38,0	14,8
6ème	48,1	35,4	16,5
7ème	46,2	35,1	18,7
8ème	44,2	35,3	20,5
9ème	49,4	36,4	14,3
10ème	48,4	35,2	16,4
11ème	51,4	34,0	14,6
12ème	50,0	35,9	14,2
13ème	48,3	34,6	17,1
14ème	52,2	33,5	14,2
15ème	49,9	34,9	15,2
16ème	43,6	36,6	19,8
17ème	47,4	34,5	18,0
18ème	51,2	31,3	17,5
19ème	43,3	31,8	25,0
20ème	48,0	33,2	18,8
Paris	48,3	34,3	17,4
Ile-de-France	42,3	37,6	20,2
France	42,6	38,5	18,9

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

contre 12,9%) (tab. 2).

Seuls les enfants de 0-5 ans de Seine-Saint-Denis sont proportionnellement plus nombreux que les Parisiens du même âge à vivre dans une famille monoparentale. La part des enfants vivant dans des familles monoparentales augmente fortement avec l'âge de l'enfant. En effet, les enfants de moins de 3 ans sont 11,4% à vivre au sein d'un foyer monoparental, alors que les 3-5 ans sont 17,3%.

Tab.2 Effectif des enfants de moins de 6 ans d'un couple et d'une famille monoparentale, part de ceux vivant dans une famille monoparentale, et pourcentage de ces familles dont le parent est un homme

	Enfants d'un couple	Enfants d'une famille monoparentale	Part des enfants dans une famille monoparentale*	% de familles monoparentales dont le parent est un homme**
Paris	116 442	19 219	14,2	13,0
Hauts-de-Seine	112 022	15 428	12,1	11,4
Seine-Saint-Denis	115 213	24 030	17,3	10,1
Val-de-Marne	90 011	15 054	14,3	11,4
Proche couronne	317 246	54 512	14,7	10,8
Seine-et-Marne	93 895	11 444	10,9	9,6
Yvelines	104 421	10 850	9,4	12,7
Essonne	87 558	11 084	11,2	11,3
Val-d'Oise	86 521	12 200	12,4	11,2
Grande couronne	372 395	45 578	10,9	11,2
Ile-de-France	806 082	119 308	12,9	11,3
France	4 012 669	596 776	12,9	9,4

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Effectif des enfants d'une famille monoparentale/ effectif total des enfants vivant au sein du même ménage de son (ses) parent(s).

** Effectif des enfants d'une famille monoparentale dont le parent est un homme/ effectif total des enfants d'une famille monoparentale.

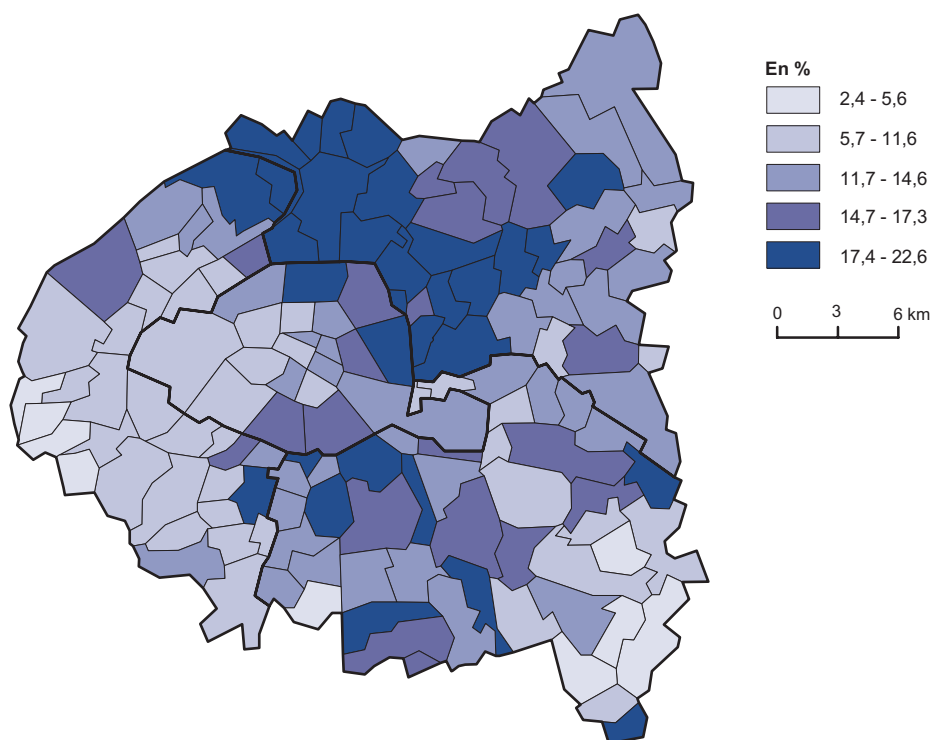
Proportionnellement plus de jeunes enfants avec un père seul à Paris

Les parents des familles monoparentales sont rarement des hommes, seulement 13,0% des jeunes Parisiens vivant en famille monoparentale sont dans ce cas. Ils sont proportionnellement plus nombreux qu'en Ile-de-France ou en France (respectivement 11,3% et 9,4%). La part des enfants vivant en famille monoparentale dont le parent est un homme, est également plus élevée à Paris que dans l'ensemble des départements franciliens (tab. 2).

Proportionnellement plus de jeunes enfants en famille monoparentale en Seine-Saint-Denis

Les enfants de 0-5 ans vivant dans une famille monoparentale sont proportionnellement plus nombreux dans les arrondissements périphériques de Paris, et plus particulièrement dans le 18^{ème} (18,2%) et dans le 20^{ème} (17,7%). La Seine-Saint-Denis concentre de nombreuses communes où la part des jeunes enfants vivant dans une famille monoparentale est élevée, comme par exemple à l'Ile-Saint-Denis (22,7%) ou à Saint-Ouen (21,9%). En revanche, seules 3 communes des Hauts-de-Seine ont un taux supérieur à 14,6% (carte 1).

Carte 1 Part des enfants de 0-5 ans vivant dans une famille monoparentale à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Enfants des familles dont la personne de référence est étrangère

Part des jeunes enfants d'une famille dont la personne de référence est étrangère plus importante à Paris qu'en Ile-de-France ou en France

21,7% des enfants de moins de 6 ans à Paris vivent dans une famille dont la personne de référence est de nationalité étrangère. Ils sont proportionnellement plus nombreux qu'en Ile-de-France (19%). Le taux en France est nettement inférieur (9,4%). Paris est le seul département d'Ile-de-France avec la Seine-Saint-Denis à dépasser les 20%. Dans les départements de grande couronne, les jeunes enfants dont la personne de référence de la famille est de nationalité étrangère représentent moins de 15% des enfants de moins de 6 ans (sauf dans le Val-d'Oise 18,4%).

Près de 30% des enfants des 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements vivent dans une famille dont la personne de référence est étrangère

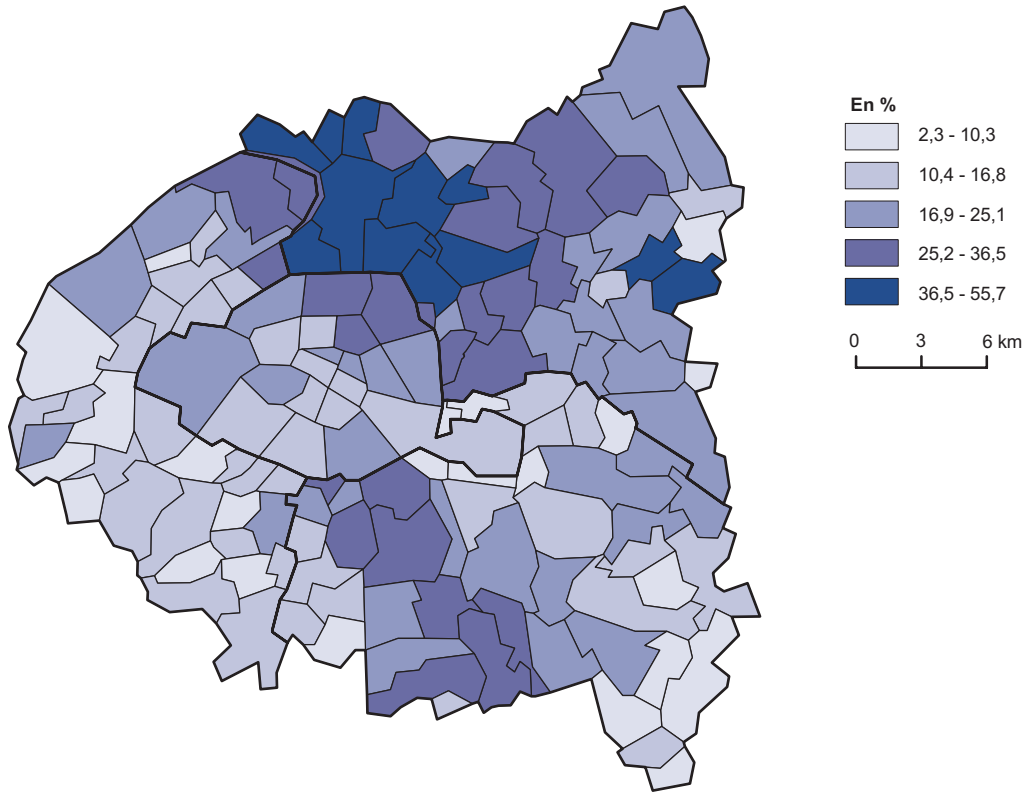
Les enfants dont l'un des parents est étranger sont proportionnellement plus nombreux dans les 10^{ème} (26,6%), 18^{ème} (34,2%) et 19^{ème} (29,8%) arrondissements. Les taux des arrondissements parisiens restent inférieurs à ceux de certaines communes de Seine-Saint-Denis, où près d'un enfant sur deux sont les enfants d'une famille dont la personne de référence est de nationalité étrangère, comme par exemple à Clichy-sous-Bois (55,7%), au Bourget (47,7%) ou à Aubervilliers (47,5%) (carte 2).

Définition

Personne de référence de la famille : la personne de référence de la famille est l'homme du couple, si la famille comprend un couple, ou le parent de la famille monoparentale.

Source : Insee.

Carte 2 Part des enfants de 0-5 ans vivant dans une famille dont la personne de référence est étrangère à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Mouvements migratoires des familles

Les migrations résidentielles limitent l'augmentation des familles : un nombre de départs important de familles parisiennes...

Les échanges migratoires entre Paris et le reste de la métropole sont, en ce qui concerne les familles, déficitaires. En effet, entre 2001 et 2006, chaque année 12 000 familles en moyenne ont quitté Paris sans être remplacées par des familles arrivant dans la capitale. Les familles pour lesquelles les départs sont les plus importants sont les couples avec un seul enfant : entre 2001 et 2006, Paris a perdu en moyenne 5 000 de ces familles chaque année (fig. 4).

Le déficit migratoire des familles en général s'est creusé : leur taux de migration annuel est passé de -3,3% en 1999 à -4,2% en 2006. L'importance de la perte migratoire a particulièrement augmenté pour les couples avec un seul enfant dont le taux de migration annuel est passé de -2,6% en 1999 à -5,6% en 2006⁵.

Définition

Un migrant au sens du recensement de la population 2006 est une personne recensée dans une résidence différente de celle qu'elle occupait cinq ans auparavant.

Le trajet origine-destination identifié avec le recensement est la résultante de l'ensemble des migrations effectuées. Les individus peuvent avoir effectué des étapes intermédiaires, qui ne sont pas observables.

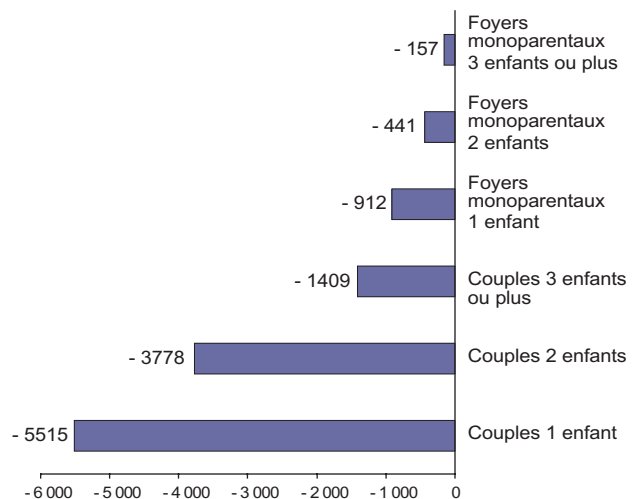
La situation de famille n'est connue qu'à la date du recensement. On ne la connaît, ni en début de période, ni au moment de la migration.

Source : Apur.

...au profit de la proche couronne

Les familles parisiennes qui quittent Paris s'installent majoritairement en Ile-de-France. Les installations en proche couronne concernent 45% des départs nets, c'est à dire le solde entre les départs et les arrivées. Les communes limitrophes sont les plus attractives pour les familles parisiennes, et accueillent à elles seules 20% des départs nets. Les communes de grande couronne sont moins recherchées qu'auparavant (perte de 4 points par rapport à 1999) mais concentrent 18% des installations de familles parisiennes⁵.

Fig.4 Solde migratoire annuel moyen des familles à Paris entre 2001 et 2006



Source : Insee, RP 2006, exploitation APUR, 2010.

Modes de garde des tout-petits

De nombreuses places en crèches à Paris

Les structures d'accueil des jeunes enfants à Paris offrent, en 2009, 24 173 places en crèches (collectives, familiales ou parentales) (tab. 3). Les places en halte-garderie (4 146) ne sont pas prises en compte car elles représentent principalement un mode de garde occasionnel, de même pour les places des jardins d'enfants (2 321), qui s'adressent plutôt aux enfants âgés de 3-5 ans (le taux français est calculé de la même façon). Le taux d'accueil collectif, c'est à dire le nombre de places rapporté à la population des moins de 3 ans au recensement 2006 à Paris, est légèrement inférieur à 33 places pour 100 enfants de moins de 3 ans. Ce taux est supérieur à celui de l'accueil collectif en France, qui était de 12,9 places pour 100 enfants de moins de 3 ans en 2008² (les données ne sont pas encore disponibles pour l'année 2009 au niveau national).

Les arrondissements parisiens dans leur ensemble ont un taux d'accueil collectif important : il est supérieur à 25 places pour 100 enfants de moins de 3 ans dans l'ensemble des arrondissements parisiens (sauf le 16^{ème} : 16,6 places) et même supérieur à 40 places dans les 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} et 13^{ème} arrondissements (tab. 3).

Définitions

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) comprend :

- une prime à la naissance (soumise à condition de ressources) versée au 7^{ème} mois de grossesse ;
- une allocation de base (soumise à condition de ressources) versée jusqu'au 3 ans de l'enfant ;
- un complément du libre choix du mode de garde (CMG), versé aux parents dont l'enfant a moins de 6 ans et employant une assistante maternelle agréée ou une garde à domicile, ou faisant appel à une association ou entreprise qui emploie des assistantes maternelles agréées ou des gardes à domicile ;
- un complément de libre choix d'activité (Clca) versé aux parents ayant réduit ou cessé leur activité pour s'occuper de leur(s) enfant(s), pendant six mois s'il y a un seul enfant à charge, jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant s'il y a plusieurs enfants à charge.

Source : Caf.

L'aide "Paris Petit à Domicile" (PAPADO) est versée par le Centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP) aux familles parisiennes en complément du CMG garde à domicile. Cette aide est fonction de la composition et du revenu des familles.

Source : Apur.

Tab.3 Nombre de places agréées dans les crèches parisiennes et nombre d'enfants gardés à domicile et par une assistante maternelle, par arrondissement en 2009

	Nombre de places agréées*			Nombre d'enfants de moins de 3 ans gardés	
	Crèches collectives	Crèches familiales	Crèches parentales	à domicile**	par une assistante maternelle***
1er	189	0	0	89	10
2ème	232	20	0	191	19
3ème	380	46	8	197	33
4ème	362	60	12	94	11
5ème	868	50	0	163	25
6ème	418	10	0	199	9
7ème	379	22	0	320	25
8ème	299	0	0	334	11
9ème	708	12	0	615	100
10ème	1 024	60	40	598	207
11ème	1 463	118	68	826	295
12ème	1 385	70	61	587	342
13ème	1 995	272	34	358	351
14ème	1 307	142	42	530	350
15ème	2 114	221	12	1 521	374
16ème	693	45	0	1 118	74
17ème	1 408	139	0	1 338	275
18ème	1 852	266	57	621	406
19ème	2 297	343	88	272	317
20ème	2 106	293	83	469	468
Paris	21 479	2 189	505	10 440	3 702

Sources : Ville de Paris DFPE, Apur, Caf de Paris, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* 1 enfant par place.

** Enfants pour lesquels la Caf verse au titre de la PAJE le CMG garde à domicile.

*** Enfants pour lesquels la Caf verse au titre de la PAJE le CMG assistante maternelle.

Les enfants gardés à domicile proportionnellement plus nombreux à Paris

Selon l'enquête "Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants" de la Drees³, les gardes à domicile simples ou partagées ne représentent en France que 2% des modes de garde des enfants de moins de 3 ans. A Paris, le taux pour ce mode d'accueil est de 14,1%. La garde à domicile semble être un mode de garde privilégié à Paris et plus particulièrement dans les 2^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème} et 16^{ème} arrondissements où plus d'un enfant de moins de 3 ans sur quatre est gardé à domicile (tab. 3).

Proportionnellement moins d'enfants gardés par une assistante maternelle à Paris qu'en France

Les enfants de moins de 3 ans sont 18% à être gardés par une assistante maternelle agréée en France, à Paris ils ne sont que 5,0% dans ce cas. Les arrondissements où les enfants confiés à des assistantes maternelles agréées sont les plus nombreux se situent au sud-est de Paris en périphérie.

7,3% des enfants de moins de 3 ans ont un de leurs parents qui a cessé son activité pour les garder

Les jeunes enfants peuvent également être gardés par l'un de leurs parents ayant éventuellement arrêté de travailler. Dans ce cas, la PAJE peut être versée dans le cadre d'un complément de libre choix d'activité à taux plein pour les personnes ayant cessé leur activité, ou à taux partiel pour celles ayant réduit leur activité. A Paris, en 2008, 5 259 familles bénéficient de cette aide à taux plein et 4 040 à taux partiel. Cela représente, rapporté aux enfants de moins de 3 ans des familles parisiennes, respectivement 7,3% et 5,6%.

Scolarisation des 2-5 ans

A Paris, proportionnellement moins d'enfants scolarisés à 2 ans qu'en France

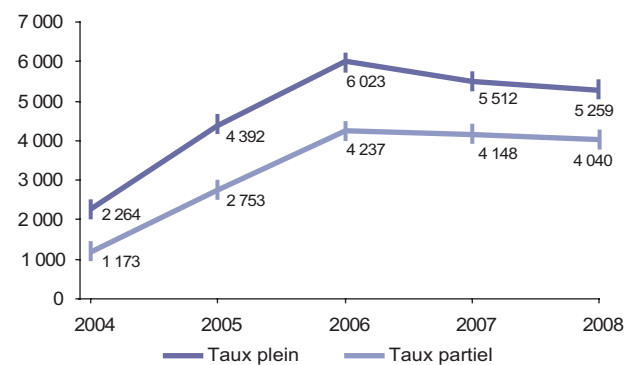
Au recensement 2006, 3 359 Parisiens âgés de 2 ans sont scolarisés : ils représentent 14,4% de la population parisienne des enfants de 2 ans. Cette part est plus importante que celle des petits Franciliens scolarisés (12,1%). En revanche, la part parisienne des enfants de 2 ans scolarisés est nettement plus faible que celle de la moyenne française, où plus d'un enfant de 2 ans sur cinq est scolarisé. La plupart des Parisiens de 2 ans scolarisés le sont dans Paris, soit 98,7%. La part des enfants de 2 ans scolarisés varie d'un arrondissement à l'autre. Le 2^{ème} et le 11^{ème} sont les seuls arrondissements parisiens où les enfants de 2 ans scolarisés représentent moins de 10% des enfants de 2 ans. Dans le 5^{ème} arrondissement en revanche, un enfant de 2 ans sur quatre est scolarisé. La part des enfants de 2 ans scolarisés est également importante dans les 6^{ème} (19,4%), 7^{ème} (20,7%) et 16^{ème} (19,8%) arrondissements (tab. 4).

L'effectif des familles parisiennes percevant l'un de ces deux compléments a fortement augmenté entre 2004 et 2006, passant de 2 264 à 6 023 familles bénéficiaires à taux plein et de 1 173 à 4 237 familles bénéficiaires à taux partiel. Les effectifs diminuent depuis 2006 (fig. 5).

70% des familles bénéficiaires de l'aide PAPADO utilisent un système de garde à domicile partagée

En 2009, 1 208 familles parisiennes ont perçu l'aide PAPADO. Près de 90% d'entre elles n'ont qu'un ou deux enfants. Un peu moins de 70% des familles bénéficiaires utilisent un système de garde à domicile partagée avec un autre enfant, et dans ce cadre le montant de l'aide est divisée par deux. Le niveau de ressources des familles allocataires est élevé : en effet, 1 023 d'entre elles, soit près de 85% des familles bénéficiaires, ont des revenus mensuels supérieurs à 3 000€.

Fig.5 Evolution du nombre de familles parisiennes bénéficiaires du complément libre choix d'activité de la PAJE, à taux plein et à taux partiel entre 2004 et 2008



Source : CAF, exploitation APUR, ORS Ile-de-France, 2010.

De moins en moins d'enfants de 2 ans scolarisés

En France, le nombre d'écoliers âgés de 2 ans connaît une diminution importante (-12,6% dans le secteur public et -5,3% dans le privé entre 2007-2008 et 2008-2009).

Les effectifs diminuent également à Paris : les enfants scolarisés dans le public pendant l'année scolaire 2007-2008 étaient 694, ils ne sont plus que 532 pour l'année scolaire 2008-2009, soit une baisse de 23,3%⁴ (les effectifs par âge ne sont pas disponibles pour l'enseignement privé à Paris). La chute des effectifs d'écoliers âgés de 2 ans dure depuis plusieurs années : en 2000-2001 ils étaient 1 583 enfants de 2 ans scolarisés dans le public à Paris. La diminution des enfants de 2 ans scolarisés est due au fait que le nombre d'enfants âgés de 3-5 ans a augmenté et que le nombre d'enfants scolarisés de 2-5 ans est resté relativement stable pendant la même période.

90% des Parisiens de 3-5 ans scolarisés

A Paris, plus de 65 000 enfants âgés de 3 à 5 ans ont été recensés en 2006, 90,0% d'entre eux sont scolarisés, soit 58 781 enfants. La part parisienne des enfants scolarisés parmi la population des 3-5 ans est proche de celle de l'Ile-de-France et légèrement inférieure à celle de la France (respectivement 90,9% et 93%).

Les Parisiens de 3-5 ans sont majoritairement scolarisés à Paris (98,5%). Les différences entre les arrondissements en ce qui concerne la part d'enfants de 3-5 ans scolarisés sont peu importantes : les enfants scolarisés sont proportionnellement les moins nombreux dans le 1^{er} et les plus nombreux dans le 5^{ème} (tab. 4).

Proportionnellement plus d'écoliers de 2-5 ans dans le privé à Paris qu'en France

Les écoliers parisiens âgés de 2-5 ans sont 10 886 à aller dans une école privée soit 16,3% de l'ensemble des écoliers parisiens du même âge. La part parisienne est plus importante que celle des petits élèves français. La part de ces derniers est de 12,5%⁴.

Les jardins d'enfants et les jardins maternels, une alternative préparant à l'école maternelle

Les jardins d'enfants et les jardins maternels à Paris peuvent être municipaux (Paris Habitat, ex-office public d'aménagement et de construction), ou associatifs. Selon les structures, ils accueillent des enfants de 2 à 4 ans (jardins maternels) ou de 3 à 6 ans (jardins d'enfants). Ils ont un fonctionnement approchant ceux des crèches tout en préparant à l'école maternelle ou élémentaire. En 2009, à Paris,

Tab.4 Part des enfants de 2 ans et de 3-5 ans scolarisés en 2006, à Paris par arrondissement, en Ile-de-France et en France (en %)

	Part des enfants de 2 ans scolarisés	Part des enfants de 3-5 ans scolarisés
1er	11,8	86,8
2ème	5,2	88,7
3ème	14,6	93,5
4ème	15,2	88,3
5ème	25,4	93,4
6ème	19,4	92,4
7ème	20,7	90,6
8ème	10,6	90,7
9ème	16,4	93,3
10ème	12,9	89,9
11ème	9,7	89,5
12ème	11,5	90,9
13ème	14,8	90,6
14ème	15,8	91,2
15ème	10,2	91,3
16ème	19,8	91,7
17ème	13,4	91,1
18ème	13,2	87,8
19ème	14,9	88,6
20ème	17,6	86,9
Paris	14,4	90,0
Ile-de-France	12,1	90,9
France	22,7	93,0

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

les jardins maternels accueillent 180 enfants, et les jardins d'enfants 2 141 enfants. Ces structures d'accueil sont plus nombreuses dans les arrondissements périphériques que dans le centre de Paris.

Références :

- 1 - Tableaux de l'économie française. Editions 2010, Insee.
- 2 - Bailleau G. L'offre d'accueil collectif des enfants de moins de 6 ans en 2008, Etudes et résultats, n°715, Drees, 2010.
- 3 - Blanpain N. Les dépenses pour la garde des jeunes enfants, Crèche et assistante maternelle : un coût proche pour les familles après allocations et aides fiscales, Etudes et résultats, n°695, Drees, 2009.
- 4 - Repères et références statistiques sur les enseignements la formation et la recherche (RERS 2009), Ministère de l'éducation nationale et Ministère de l'enseignement et de la recherche, 2009.
- 5 - Bidoux P.E., Moreau E., Roger S. Paris gagne à nouveau des familles, Ile-de-France à la page, n°326, Insee, Apur, 2010.

Revenus

- > Les revenus fiscaux médians sont plus élevés à Paris (23 408 €) qu'en Ile-de-France (20 575 €) et en France (17 497 €), mais les différences à Paris sont particulièrement marquées entre les plus riches et les plus pauvres.

Chômage

- > Le taux de chômage annuel moyen à Paris (7,4%) est l'un des plus élevé d'Ile-de-France (6,6%).

Formation et activité

- > Le niveau de formation des jeunes Parisiens de 15-24 ans est plus élevé que celui des Franciliens et des Français.
- > Proportionnellement plus de cadres parmi les femmes actives parisiennes que parmi les Franciliennes et les Françaises.
- > La présence d'un troisième enfant est déterminante sur l'activité des mères.

Contexte

L'Ile-de-France est la première région économique de France. En 2006, elle a produit près de 29% de la richesse nationale alors que sa population représente moins de 19% de la population française. Elle concentre 800 000 entreprises proposant 5 500 000 emplois. La région francilienne constitue le premier bassin d'emploi 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. Depuis le début de l'année 2008, les premiers signes de dégradation de l'activité économique sont perceptibles. La convergence de différents facteurs a conduit à une crise financière en 2009. Cette crise a eu jusqu'à présent un impact moindre sur la région francilienne que sur l'ensemble de la France métropolitaine. L'emploi régional a été moins touché, notamment grâce au recours au chômage partiel dans la région. Si le chômage a moins progressé dans la région, les jeunes sont pourtant particulièrement touchés par les difficultés liées à la crise, et connaissent des problèmes d'insertion dans la vie active dûs au fait que les entreprises n'embauchent plus. Ce phénomène touche également les jeunes les plus diplômés. La crise n'a pas modifié les spécificités de la région : l'Essonne conserve l'un des taux de chômage les plus faibles de la région francilienne et la Seine-Saint-Denis le plus élevé¹.

L'offre en terme de formation scolaire varie entre les différentes régions françaises. Le plan « Universités 2000 » a permis une augmentation du nombre d'établissements universitaires au cours des années 90. Des universités nouvelles ont été créées, ainsi que des antennes d'universités, des IUT et des écoles d'ingénieurs universitaires. Malgré cela la centralisation des universités reste forte : 20% d'entre elles sont situées en Ile-de-France. Les universités parisiennes perdent de leurs effectifs au début des années 90 au profit des académies de Créteil et Versailles qui ont bénéficié de la création d'universités nouvelles. Le poids de l'Ile-de-France est également important pour les écoles d'ingénieurs hors université, les écoles de commerce et les classes préparatoires aux grandes écoles, il est compris entre 23% et 27%. En revanche, les établissements ayant des classes de section de techniciens supérieurs, les IUT, et surtout les écoles d'ingénieurs dépendant des universités, sont plus nombreux en province (entre 84% et 90% de ces établissements sont situés en province)^{2,3}.

Les femmes sont plus diplômées que les hommes, mais restent cependant moins présentes sur le marché du travail. Selon l'enquête emploi de 2007, 51% des femmes de 15 ans ou plus travaillent ou cherchent à travailler contre 62% des hommes. L'écart entre les hommes et les femmes se réduit depuis une vingtaine d'années. Le nombre et l'âge des enfants dans un ménage influent peu sur l'activité des hommes. En revanche, ces derniers ont des répercussions sur l'activité des femmes : le taux d'activité des femmes décroît avec le nombre d'enfants, et le recours au temps partiel augmente avec le nombre d'enfants⁴.

Revenus

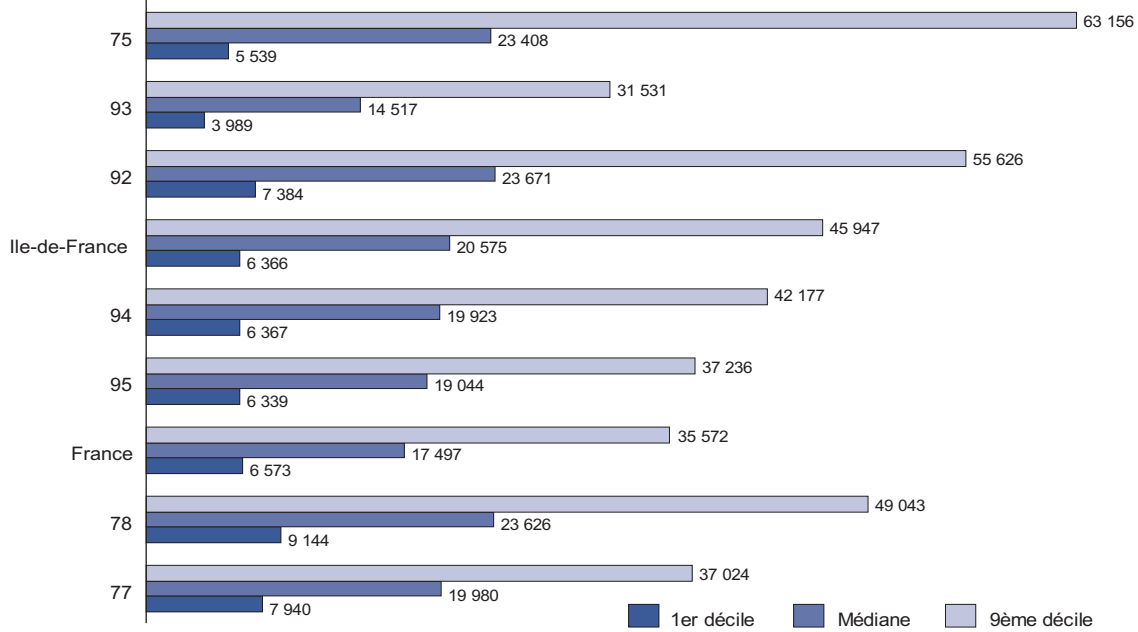
Le revenu fiscal médian par unité de consommation plus important à Paris qu'en Ile-de-France et en France

Le revenu fiscal médian par unité de consommation à Paris en 2007 est de 23 408€, il est supérieur à ceux de l'Ile-de-France (20 575€) et de la France (17 497€). Le montant au-dessus duquel se situent les 10% des revenus les plus élevés (9^{ème} décile) est très élevé à Paris (63 156€), à l'inverse de celui de Seine-Saint-Denis (31 531€), qui est le plus faible d'Ile-de-France. En revanche, à Paris le montant en dessous duquel se situent les 10% des salaires les plus faibles est de 5 539€, il est de 6 366€ en Ile-de-France et de 6 573€ en France. Le 1^{er} décile parisien est l'un des plus faibles d'Ile-de-France après celui de la Seine-Saint-Denis (3 989€) (fig. 1).

Les écarts entre les plus riches et les plus pauvres sont très marqués à Paris

Le rapport entre le 9^{ème} décile et le 1^{er} décile permet de mesurer l'amplitude des inégalités. Ce rapport entre déciles extrêmes est d'autant plus élevé que les écarts entre les plus riches et les plus pauvres sont élevés. Ce rapport est particulièrement élevé à Paris (11,4), il est moins important en Ile-de-France (7,2) ou en France (5,4). Le rapport inter-décile parisien est le plus important d'Ile-de-France. Les seuls départements franciliens dont les rapports inter-déciles sont inférieurs à celui de la France sont la Seine-et-Marne et les Yvelines (fig. 1).

Fig.1 Revenu fiscal par unité de consommation : 1^{er} décile*, revenu médian et 9^{ème} décile en Ile-de-France et en France en 2007 (en euros)**



Source : Insee-DGFip, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* 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 rapport inter-décile.

Des revenus fiscaux médians par unité de consommation élevés dans l'ouest parisien

Les arrondissements parisiens où le revenu fiscal médian par unité de consommation est parmi les plus élevés de Paris se situent à l'ouest, et notamment dans le 16^{ème} (37 118€), le 8^{ème} (37 510€) et le 7^{ème} (39 186€) arrondissement. Les arrondissements au nord-est de Paris sont ceux où les revenus fiscaux médians sont les plus faibles de la capitale, ils y sont inférieurs à 18 000€ (carte 1).

Les communes des Hauts-de-Seine et de Seine-Saint-Denis : deux opposés en termes de revenu fiscal médian

Les communes des Hauts-de-Seine ont globalement des revenus fiscaux médians par UC élevés, et notamment les communes se situant dans la moitié sud du département comme par exemple, Neuilly-sur-Seine (42 322€) ou Marne-la-Coquette (42 855€). En revanche, les communes de Seine-Saint-Denis ont les revenus fiscaux médians les plus faibles de proche couronne comme notamment Clichy-sous-bois (9 418€) ou Pierrefitte-sur-Seine (10 815€) (carte 1).

Définitions

Revenu fiscal : somme des ressources déclarées par les contribuables sur la déclaration des revenus, avant tout abattement. Il comprend les revenus d'activité salariée et indépendante, les pensions d'invalidité et les retraites (hors minimum vieillesse), les pensions alimentaires reçues (déduction faite des pensions versées), certains revenus du patrimoine ainsi que les revenus sociaux imposables : indemnités de maladie et de chômage (hors RMI).

Le revenu fiscal peut être exprimé suivant trois niveaux d'observation :

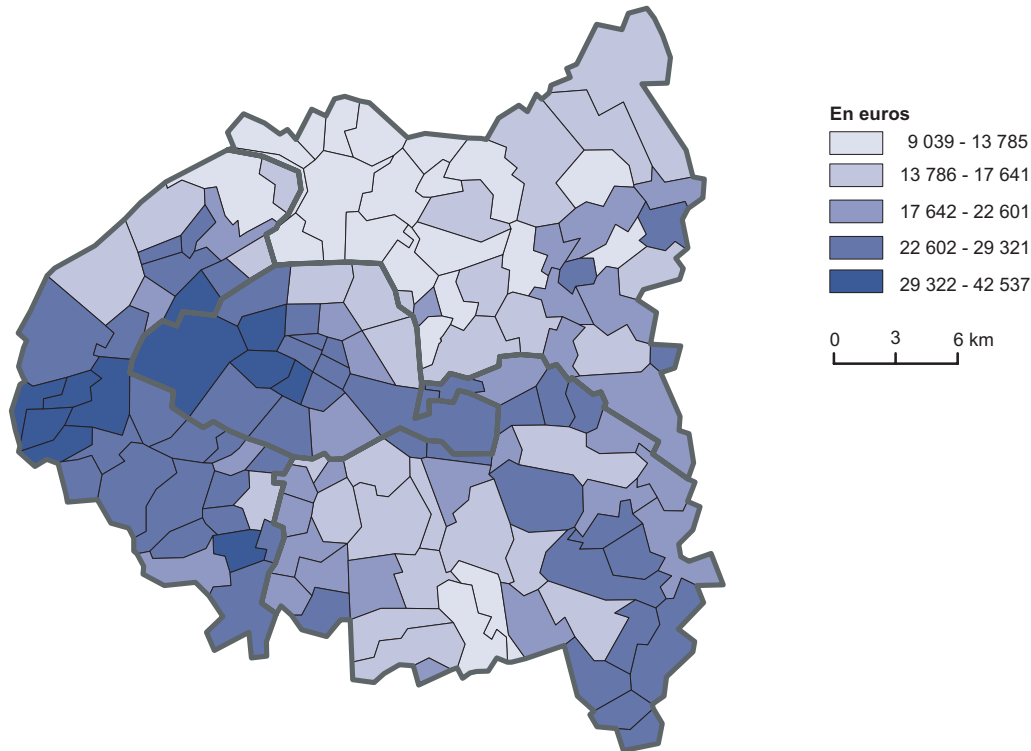
- l'unité de consommation ;
- le ménage ;
- la personne.

Unité de consommation (UC) : 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'UC.

Pour comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes, on utilise une mesure du revenu corrigé par UC à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée 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 fiscal médian par unité de consommation à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006



Source : Insee-DGFip 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Un écart de plus en plus important en termes de revenu moyen entre les départements “aisés” d’Ile-de-France et ceux qui le sont moins

Entre 1984 et 2006, l’évolution des revenus moyens des différents départements franciliens montre une scission en deux groupes qui s’opposent de plus en plus. Les départements de la Seine-Saint-Denis, du Val-d’Oise, de la Seine-et-Marne, du Val-de-Marne et dans une moindre mesure de l’Essonne, forment le groupe des “moins aisés”, qui s’éloigne de plus en plus de celui des “plus aisés” formé par Paris, les Hauts-de-Seine et les Yvelines (fig. 2).

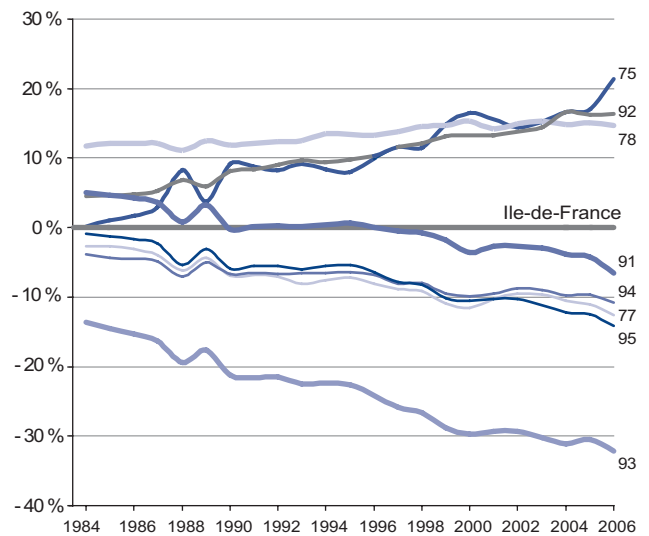
Le revenu moyen parisien de plus en plus important par rapport à celui de l’Ile-de-France

La différence entre le revenu moyen départemental après impôts à Paris et dans la région est de plus en plus importante. En 2006, le revenu moyen parisien est supérieur de 21,4% à celui de l’Ile-de-France, alors qu’en 1984 il n’était supérieur que de 0,2% (fig. 2).

Les familles du nord-est parisien ont les revenus fiscaux médians les plus faibles de Paris

En 2006, 22,3% des foyers fiscaux à Paris (données non disponibles pour 2007) sont des foyers fiscaux avec enfant(s) dont la majorité sont des familles composées de couples avec enfant(s). Les familles des 6^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème} et 16^{ème} arrondissements ont les revenus médians les plus importants à Paris. A l’opposé, les familles du nord-est parisien, c’est-à-dire dans les 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements, ont les revenus médians les plus bas de Paris (tab. 1).

Fig.2 Revenu moyen après impôts, évolution des écarts à la moyenne régionale entre 1984 et 2006



Source : Insee - DGI, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

La dispersion des revenus des familles plus importante dans le 2^{ème} et 17^{ème}

Les différences de revenus entre les familles parisiennes se retrouvent également au sein de certains arrondissements où la dispersion des revenus est forte, comme par exemple dans le 2^{ème} et 17^{ème} arrondissement. En effet, dans ces deux arrondissements, le quart des familles les plus aisées déclarent plus de cinq fois plus que le quart des familles les plus modestes. Ces différences sont d’autant plus marquées pour les familles composées d’un couple avec enfant(s) (tab. 1).

Tab.1 Revenus médians des foyers fiscaux avec enfant(s) à Paris par arrondissement en 2006

	Revenu médian de l'ensemble des foyers fiscaux avec enfant(s)	Revenu médian des foyers fiscaux en couple avec enfant(s)	Revenu médian des foyers monoparentaux	Rapport interquartile des foyers fiscaux avec enfants	Rapport interquartile des foyers fiscaux en couple avec enfant(s)	Rapport interquartile des foyers monoparentaux
1er	47 561	52 598	30 488	3,9	3,7	3,4
2ème	31 413	33 783	25 016	5,3	5,7	3,5
3ème	38 404	40 861	30 666	4,6	4,9	3,2
4ème	41 225	46 028	28 062	4,1	4,1	3,1
5ème	52 651	59 456	33 270	3,5	3,4	2,8
6ème	70 965	81 188	40 862	4,2	4,0	3,4
7ème	77 759	88 656	36 780	4,5	4,4	3,7
8ème	73 493	82 077	38 834	4,4	4,2	3,8
9ème	44 895	49 467	30 140	4,3	4,4	3,3
10ème	24 950	25 432	23 086	4,4	4,8	3,2
11ème	26 535	27 530	23 929	4,3	4,6	3,0
12ème	34 289	38 243	25 020	3,7	3,9	2,6
13ème	27 183	29 106	23 599	3,4	3,7	2,5
14ème	34 966	39 595	25 291	3,6	3,9	2,5
15ème	44 692	51 110	27 208	3,8	3,7	2,8
16ème	70 532	80 741	32 895	4,7	4,3	3,6
17ème	39 302	44 799	25 089	5,3	5,5	3,5
18ème	17 171	19 222	18 875	4,0	4,2	3,4
19ème	19 753	20 325	17 800	3,5	3,7	3,1
20ème	20 861	21 360	19 367	3,5	3,7	2,9
Paris	31 232	34 190	23 917	4,4	4,8	3,0

Source : Insee-DGI, exploitation APUR ORS Ile-de-France, 2010.

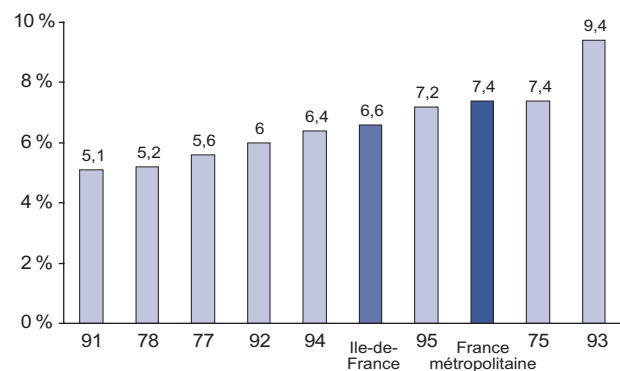
Chômage

Le taux de chômage annuel moyen à Paris est l'un des plus élevés d'Ile-de-France

Selon la définition du Bureau international du travail (cf. encadré définition) en 2008, le taux de chômage annuel moyen à Paris est de 7,4%. Le taux de chômage parisien est équivalent au taux national. En revanche, il est supérieur à celui de la région francilienne (6,6%). Le taux de chômage annuel moyen parisien est l'un des plus élevés d'Ile-de-France après celui de la Seine-Saint-Denis (9,4%).

Les départements franciliens situés au sud et à l'ouest de la région ont les taux de chômage les plus faibles d'Ile-de-France, notamment dans l'Essonne (5,1%) ou dans les Yvelines (5,2%) (fig. 3).

Fig.3 Taux de chômage annuel moyen en Ile-de-France et en France en 2008 (en %)



Source : Insee, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Définition

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 :

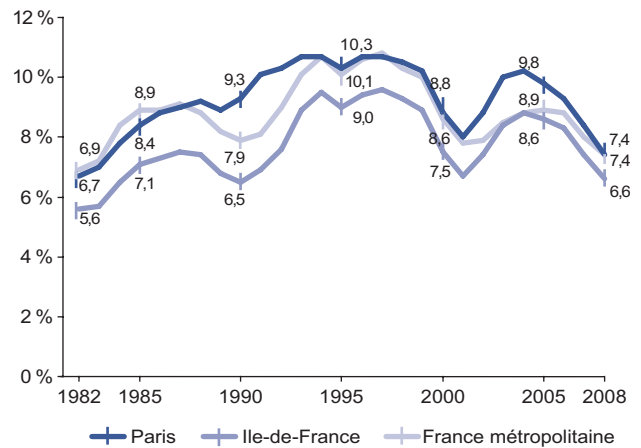
- être sans emploi, c'est-à-dire ne pas avoir travaillé, ne serait-ce qu'une heure, durant une semaine de référence ;
- être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours ;
- chercher activement un emploi ou en avoir trouvé un qui commence ultérieurement.

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

Entre 1982 et 2008, le taux de chômage parisien reste supérieur à celui de l'Ile-de-France

Les courbes d'évolution des taux de chômage annuel moyen parisien, francilien et français sont très accidentées. Ces trois taux ont atteint leur maximum en 1997 : 10,7% à Paris, 9,6% en Ile-de-France et 10,8% en France. Par la suite, ils ont diminué jusqu'en 2001 atteignant respectivement 8,0%, 6,7% et 7,8%. Au cours des années 2000, les taux parisien, francilien et français ont connu une nouvelle hausse (jusqu'en 2004) suivie d'une tendance à la baisse. Le taux parisien est supérieur sur l'ensemble de la période à celui de l'Ile-de-France. Il y a globalement peu de différences entre les taux parisien et français, excepté au début des années 2000 où le taux de chômage annuel moyen à Paris a augmenté de façon plus importante que celui de la France. En effet, le taux parisien est passé de 8,0% en 2001 à 10,2% en 2004, contre 7,8% à 8,8% en France (fig. 4).

Fig.4 Evolution du taux de chômage annuel moyen à Paris, en Ile-de-France, et en France de 1982 à 2008



Source : Insee, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Formation et activité

Scolarisation des jeunes de 15 à 24 ans

Très peu de jeunes de 15 ans non scolarisés

En 2006, les jeunes de 15 ans sont peu nombreux à ne pas être scolarisés. La part des jeunes de 15 ans non scolarisés parmi l'ensemble des jeunes du même âge est comparable pour Paris (1,1%), l'Ile-de-France (1,2%) et la France (1,2%). En revanche, il y a une différence marquée entre Paris et l'Ile-de-France et la France en ce qui concerne le lieu de scolarisation des jeunes de 15 ans. En effet, 93,5% des Parisiens de 15 ans sont scolarisés à Paris, alors qu'en Ile-de-France ils ne sont que 60,5% et en France 44,2% à être scolarisés dans leur commune de résidence. Cette différence peut s'expliquer par la présence de nombreux lycées dans Paris, ce qui n'est pas forcément le cas dans des villes plus petites de banlieue ou de province (fig. 5).

Les Parisiens de 16-17 ans majoritairement scolarisés à Paris

A Paris, les jeunes de 16-17 ans non scolarisés représentent 3,0% des jeunes de 16-17 ans. Cette part est inférieure à celle de l'Ile-de-France (4,2%) et de la France (5,1%). Dans les 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements, les parts des jeunes de 16-17 ans non scolarisés sont plus importantes que dans le reste de la capitale, et comparables à celles de la région francilienne et de la France.

Les jeunes de 16-17 ans sont proportionnellement

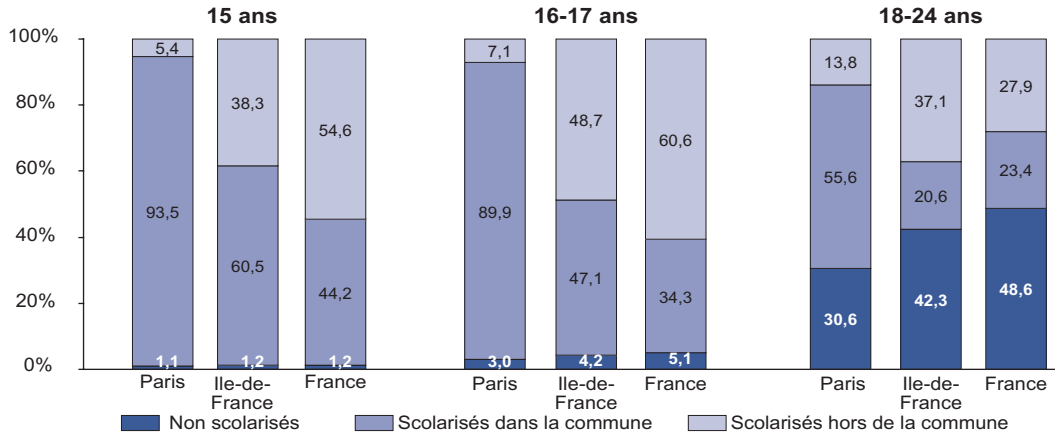
moins nombreux que ceux de 15 ans à être scolarisés dans leur commune de résidence. Mais l'écart entre Paris et l'Ile-de-France et la France va dans le même sens que pour les jeunes de 15 ans (89,9% contre respectivement 47,1% et 34,3%) (fig. 5).

Moins de jeunes majeurs scolarisés dans le nord-est de Paris

A Paris, trois jeunes sur dix de 18-24 ans ne sont plus scolarisés. Les parts des jeunes du même âge non scolarisés en Ile-de-France ou en France sont plus importantes, respectivement 42,3% et 48,6%. Les jeunes de 18-24 ans des 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements sont proportionnellement les plus nombreux à ne pas être scolarisés à l'inverse de ceux des 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements.

Les jeunes de 18-24 ans sont proportionnellement moins nombreux à être scolarisés dans leur commune de résidence que leurs cadets, du fait de la hausse du poids des jeunes qui ne sont plus scolarisés. En revanche, la part des jeunes scolarisés dans leur commune de résidence par rapport à l'ensemble des jeunes scolarisés du même âge reste importante à Paris (80,1% pour les 18-24 ans contre 92,7% pour les 16-17 ans) et augmente en France (45,6% pour les 18-24 ans contre 36,2% pour les 16-17 ans). Ceci s'explique par le fait que de nombreux étudiants vont vivre à proximité du lieu de leurs études (fig. 5).

Fig.5 Répartition des 15-24 ans en fonction de leur scolarisation et de leur lieu d'études à Paris, en Ile-de-France et en France en 2006 (en %)



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Qualification des jeunes de 15-24 ans non scolarisés

Plus de deux jeunes de 15-19 ans non scolarisés sur cinq n'ont aucun diplôme à Paris, en Ile-de-France ou en France

Plus de deux jeunes Parisiens de 15-19 ans sur cinq n'étant pas scolarisés n'ont pas de diplôme. Ce taux est comparable à celui de l'Ile-de-France et de la France (respectivement 42,3% et 38,5%). Les jeunes de 20-24 ans sont proportionnellement moins nombreux que leurs cadets à ne pas avoir de diplôme. De plus, Paris se distingue de l'Ile-de-France et de la France avec une proportion moindre de jeunes de 20-24 ans sans diplôme parmi l'ensemble des jeunes du même âge non scolarisés (12,5% contre 16,4% en Ile-de-France, et 15,7% en France) (fig. 6).

Les jeunes Parisiens non scolarisés de 15-24 ans sont plus diplômés que les Franciliens et les Français du même âge

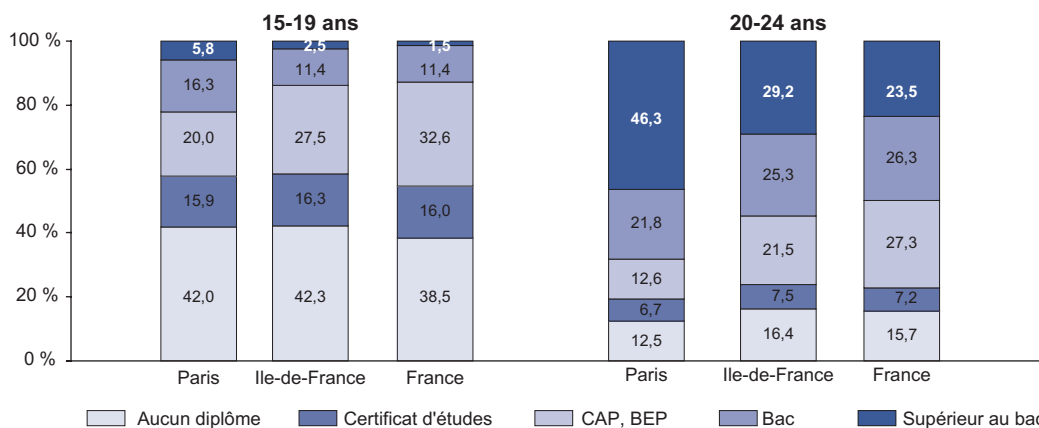
Les jeunes Parisiens de 15-19 ans, tout comme ceux de 20-24 ans, sont proportionnellement plus nombreux que les Franciliens et les Français faisant partie des mêmes catégories d'âge à avoir un niveau

d'études supérieur au baccalauréat. En effet, les Parisiens âgés de 15-19 ans sont 5,8% à avoir un diplôme de l'enseignement supérieur contre 2,5% pour l'Ile-de-France et 1,5% pour la France. Pour les jeunes âgés de 20-24 ans ces taux sont respectivement de 46,3% contre 29,2% et 23,5%. La différence entre les différents niveaux géographiques pris en compte s'est accentuée entre les deux groupes d'âges (fig. 6)

La moitié des jeunes Parisiens non scolarisés domiciliés dans le centre de Paris ont un niveau d'études supérieur au bac

Le niveau d'études des jeunes Parisiens de 15-24 ans est relativement homogène entre les différents arrondissements parisiens, seuls les arrondissements du nord-est parisien se distinguent. Dans le 19^{ème} arrondissement, plus de la moitié des jeunes de 15-19 ans non scolarisés n'ont pas de diplôme. De plus, alors que la part des 20-24 ans ayant un niveau de formation supérieur au bac dépasse 50% dans la plupart des arrondissements parisiens, elle est inférieure à 40% dans les 18^{ème} (37,8%), 19^{ème} (28,9%) et 20^{ème} (33,8%) arrondissements.

Fig.6 Répartition des jeunes de 15-24 ans non scolarisés selon leur dernier diplôme obtenu à Paris, en Ile-de-France et en France en 2006 (en %)



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Activité des jeunes de 15 à 24 ans

Proportionnellement moins de jeunes de 15-24 ans actifs à Paris qu'en Ile-de-France ou en France

Les jeunes Parisiens de 20-24 ans sont proportionnellement moins nombreux à être actifs que les Franciliens et les Français. La part des actifs parmi les jeunes âgés de 15-19 ans est de 10,3% à Paris, contre 14,9% en Ile-de-France et 17,9% en France, et celle des 20-24 ans est respectivement de 52,3% contre 63,7% et 67,2%. Cette différence entre Paris et les moyennes franciliennes et françaises s'explique par l'importance des effectifs d'étudiants de 15-24 ans dans la capitale (fig. 7).

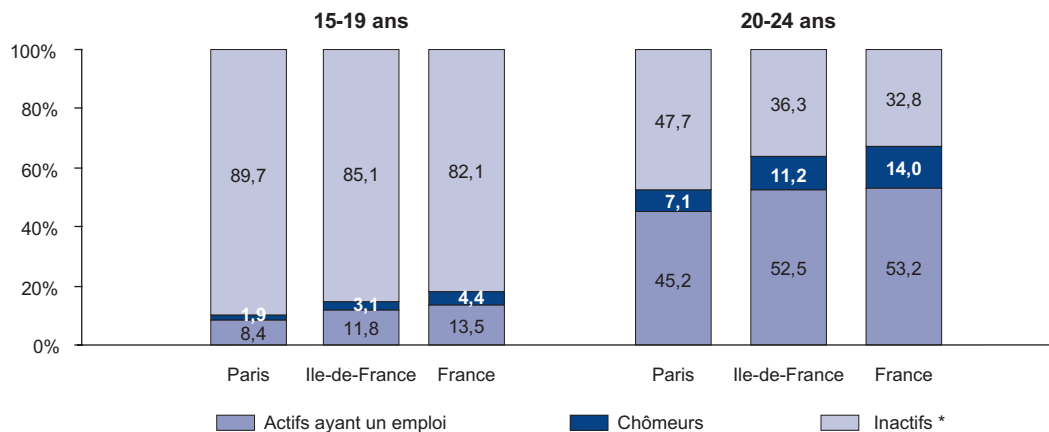
La part des actifs est faible dans les quartiers étudiants du 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements (respectivement 37,6% et 36,2%). En revanche, les arrondissements où les parts de jeunes actifs sont les plus importantes, c'est-à-dire où elles représentent près de 60% des jeunes de 20-24 ans, sont dans le nord-est parisien (18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème}).

Part plus faible de chômeurs parmi les jeunes actifs à Paris

En 2006, parmi les actifs parisiens de 20-24 ans, 80 989 personnes ont un emploi et 12 818 sont au chômage (pour les 15-19 ans ces effectifs sont respectivement de 9 389 et 2 150). La part des chômeurs parmi les actifs est plus faible à Paris que dans la région Ile-de-France ou qu'en France, que ce soit pour les 15-19 ans ou pour les 20-24 ans. En effet, elle est de 18,6% pour les 15-19 ans et de 13,7% pour les 20-24 ans à Paris, contre respectivement 21,1% et 17,6% en Ile-de-France et 24,5% et 20,9% en France (fig. 7).

La part des chômeurs parmi les jeunes actifs à Paris est plus élevée dans les arrondissements du nord-est. Un parisien actif de 20-24 ans sur cinq est au chômage dans les 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements.

Fig.7 Répartition des jeunes de 15-24 ans selon leur type d'activité à Paris, en Ile-de-France et en France en 2006 (en %)



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Sont compris dans les inactifs les pré-retraités et les retraités, les élèves, étudiants et stagiaires, les femmes ou hommes au foyer, et les autres inactifs.

Proportionnellement plus de cadres et moins d'ouvriers de 20-24 ans à Paris qu'en Ile-de-France ou en France

Un jeune actif parisien de 20-24 ans sur quatre ayant un emploi est cadre. Cette part est plus importante qu'en Ile-de-France (10,9%). La différence est encore plus marquée avec la moyenne nationale qui compte seulement un cadre pour vingt Français. En revanche, la part des jeunes ouvriers parmi les actifs de 20-24 ans ayant un emploi est nettement plus faible à Paris (7,9%) qu'en Ile-de-France (16,9%) ou qu'en France (38,2%) (tab. 2).

Les 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements sont les seuls arrondissements parisiens à avoir, parmi leurs actifs ayant un emploi, une proportion de cadres inférieure à 20%.

Tab.2 Répartition des jeunes actifs de 20-24 ans ayant un emploi selon leur catégorie socioprofessionnelle en 2006 (en %)

	Paris	Ile-de-France	France
Agriculteurs exploitants	0,0	0,1	0,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1,2	1,2	1,5
Cadres, professions intellectuelles sup.	25,4	10,9	5,4
Professions intermédiaires	29,9	29,1	23,3
Employés	35,7	41,8	38,2
Ouvriers	7,9	16,9	31,0

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Qualification des femmes de 15-49 ans

Les femmes dont le niveau d'études est supérieur au bac sont proportionnellement plus nombreuses à Paris qu'en Ile-de-France ou en France

Près de trois Parisiennes de 25-34 ans sur quatre ont un diplôme supérieur au baccalauréat. Elles sont proportionnellement moins nombreuses chez les Parisiennes de 15-24 ans (48,9%) et celles de 35-49 ans (54,3%). La part des Parisiennes ayant un diplôme supérieur au bac est nettement plus importante que celles des Franciliennes et des Françaises, quelle que soit la catégorie d'âge prise en compte. En effet, les Parisiennes de 15-49 ans sont globalement 61,9% à être diplômées de l'enseignement supérieur contre 42,4% en Ile-de-France et 32,5% en France.

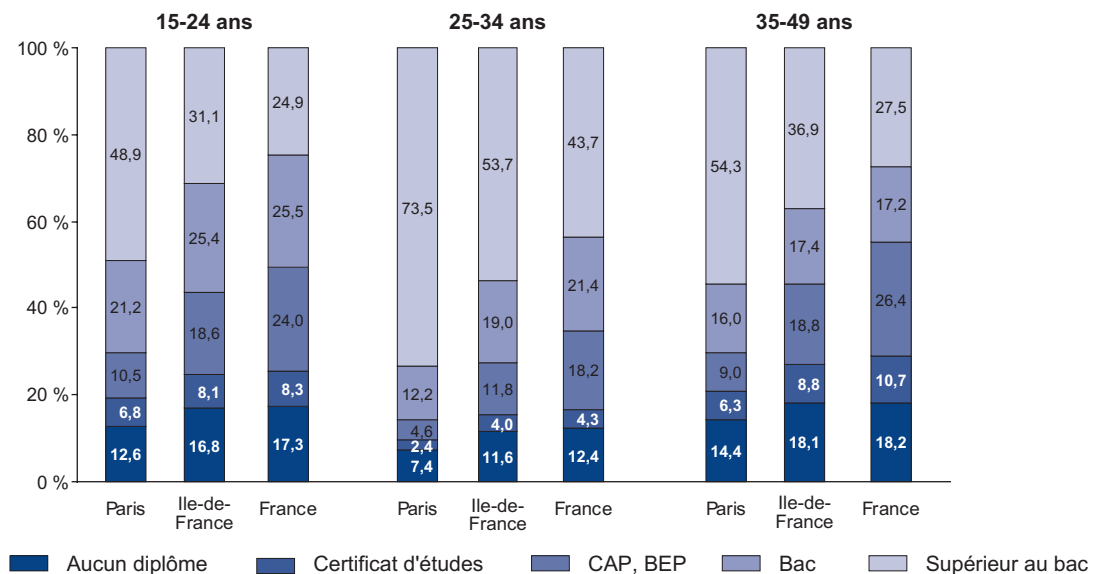
Les femmes ayant des diplômes de type CAP ou BEP sont proportionnellement moins nombreuses à Paris que dans la région francilienne ou qu'en France. Les 25-34 ans, par exemple, sont 4,6% à Paris à avoir un

CAP ou un BEP, contre 11,8% en Ile-de-France et 18,2% en France (fig. 8).

La part des diplômées de l'enseignement supérieur est moindre dans le nord-est parisien

Le niveau de formation des Parisiennes est relativement homogène entre les différents arrondissements sauf dans le nord-est parisien. En effet, les jeunes femmes de 15-24 ans n'ayant pas de diplôme y sont plus nombreuses : près d'une jeune femme de 15-24 ans sur cinq n'a aucun diplôme dans les 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements. La part des femmes diplômées de l'enseignement supérieur est inférieure dans le nord-est parisien : pour les 25-34 ans, elle est inférieure à 70% dans le 18^{ème} et le 20^{ème}, et même inférieure à 60% dans le 19^{ème} ; et pour les 35-49 ans elle est en-dessous de 50% dans le 18^{ème} et le 20^{ème} et inférieure à 40% dans le 19^{ème}.

Fig.8 Répartition des femmes de 15-49 ans selon leur dernier diplôme obtenu à Paris, en Ile-de-France et en France en 2006 (en %)



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Activité des femmes de 15-49 ans

Plus de 87% des Parisiennes et des Franciliennes de 25-49 ans sont actives

Peu de femmes de 15-24 ans sont entrées dans la vie active, elles représentent 35,2% des Parisiennes de cet âge. Cette proportion est inférieure à celles des Franciliennes (38,7%) et des Françaises (38,2%) du même âge. Les proportions de femmes de 25-34 ans et de 35-49 ans étant dans la vie active sont nettement plus élevées. En effet, les femmes actives de 25-34 ans et de 35-49 ans représentent plus de 87% des Parisiennes et des Franciliennes. Cette part est moindre en France (85,3% pour les 25-34 ans et 85,0% pour les 35-49 ans) (fig. 9).

Part inférieure des chômeuses à Paris par rapport à l'Ile-de-France et la France pour les 15-34 ans

A Paris, la part des femmes au chômage parmi les femmes actives est comparable entre les différentes classes d'âges (environ 12%). En revanche, celles des Franciliennes et des Françaises varient en fonction de l'âge. Elles sont supérieures pour les 15-24 ans et les 25-34 ans à la part des chômeuses parmi les Parisiennes actives du même âge : les chômeuses représentent 12,6% des 15-24 ans à Paris contre 16,9% en Ile-de-France et 23,3% en France, et pour les 25-34 ans respectivement 12,2% contre 13,0% et 15,2%.

Part des femmes au foyer plus faible à Paris qu'en Ile-de-France ou en France

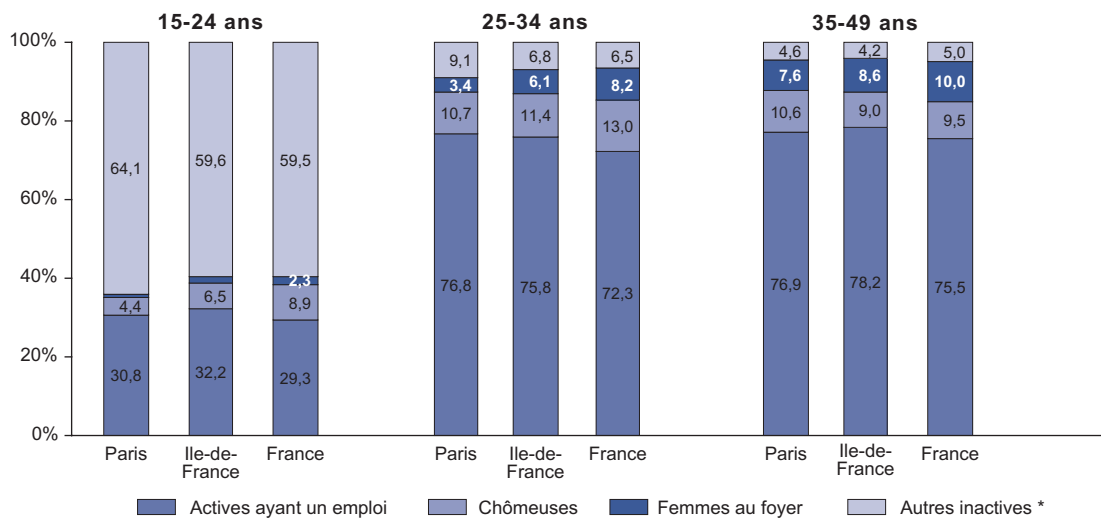
A Paris en 2006, 26 373 femmes de 15-49 ans ont déclaré être des femmes au foyer. Leur part augmente avec l'âge, elle est de 0,7% pour les 15-24 ans, 3,4% pour les 25-34 ans et de 7,6% pour les 35-49 ans. La part des femmes au foyer à Paris est inférieure à celles de l'Ile-de-France (respectivement 1,6%, 6,1%, et 8,6%) et de la France (respectivement 2,3%, 8,2%, et 10,0%) (fig. 9).

Plus de 14% des Parisiennes des 7^{ème}, 8^{ème} et 16^{ème} arrondissements sont des femmes au foyer

La proportion de chômeuses parmi les femmes actives est plus élevée dans le nord-est parisien et ceci quel que soit l'âge pris en compte. En effet, par exemple pour les 15-24 ans, la part de chômeuses parmi les femmes actives est de 14,3% dans le 18^{ème} et le 20^{ème}, et de 17,5% dans le 19^{ème}.

Les femmes au foyer sont proportionnellement plus nombreuses dans certains arrondissements parisiens, elles représentent environ 6% des femmes de 25-34 ans dans les 16^{ème} et 19^{ème} arrondissements et plus de 14% des femmes de 35-49 ans dans les 7^{ème}, 8^{ème} et 16^{ème} arrondissements.

Fig.9 Répartition des femmes de 15-49 ans selon leur activité à Paris, en Ile-de-France et en France en 2006 (en %)



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* sont compris dans les autres inactives les pré-retraitées et les retraitées, les élèves, étudiantes et stagiaires, et les autres inactives.

Proportion de femmes actives ayant un emploi à temps partiel comparable à Paris et en Ile-de-France

A Paris, 18 385 femmes de 15-24 ans, 26 119 de 25-34 ans et 39 760 de 35-49 ans travaillent à temps partiel. Pour les femmes de 15-24 ans elles représentent 38,4% des femmes actives ayant un emploi. Cette part est supérieure à celles de l'Ile-de-France (35,3%) et de la France (35,4%). Pour les femmes de 25-34 ans et 35-49 ans la proportion de femmes actives travaillant à temps partiel est moindre que celle de leurs cadettes et plus particulièrement pour les 25-34 ans. Les parts des Parisiennes et Franciliennes de 25-34 ans et 35-49 ans travaillant à temps partiel sont comparables. Les Françaises sont quant à elles proportionnellement plus nombreuses pour ces catégories d'âge à travailler à temps partiel (tab. 3).

Tab.3 Proportion de femmes actives ayant un emploi à temps partiel* à Paris, en Ile-de-France et en France en 2006 (en %)

	Paris	Ile-de-France	France
15-24 ans	38,4	35,3	35,4
25-34 ans	15,6	15,4	23,1
35-49 ans	22,1	22,4	30,3

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

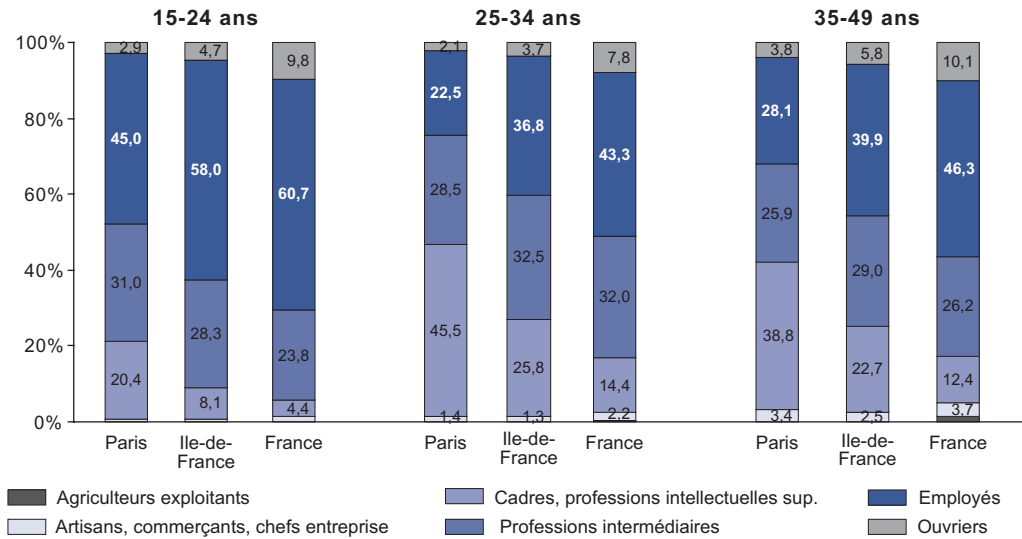
* Nombre de femmes actives ayant un emploi à temps partiel / nombre de femmes ayant un emploi

15-49 ans ayant un emploi en 2006. Les cadres et les professions intellectuelles supérieures sont proportionnellement plus nombreuses parmi les Parisiennes de 25-34 ans. Les employées sont très présentes parmi les jeunes Parisiennes de 15-24 ans (45,0%), leur part est moitié moindre chez les femmes de 25-34 ans (fig. 10).

Proportionnellement plus de femmes actives ayant un emploi de cadre à Paris qu'en Ile-de-France ou en France, et moins d'ouvrières

La part des cadres et professions intellectuelles supérieures est plus importante à Paris qu'en Ile-de-

Fig.10 Répartition des femmes actives de 15-49 ans ayant un emploi selon leur catégorie socio-professionnelle à Paris, en Ile-de-France et en France en 2006 (en %)



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

France, quel que soit l'âge considéré. La différence est plus marquée entre Paris et la moyenne nationale ; par exemple 45,5% des Parisiennes de 25-34 ans ayant un emploi sont cadres contre 25,8% pour les Franciliennes et 14,4% pour les Françaises (fig. 10). Alors que les ouvrières représentent en moyenne en France 9,3% des femmes ayant un emploi, elles ne sont que 3% à Paris.

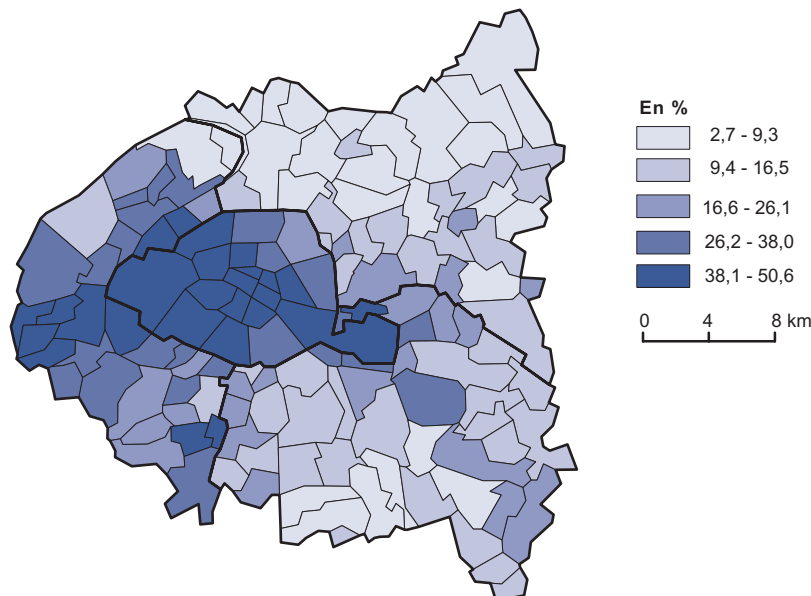
36,2% des cadres Franciliennes résident à Paris

Alors que les Parisiennes de 15-49 ans représentent 20,2% de la population féminine de 15-49 ans en Ile-de-France, les femmes actives du même âge ayant un emploi de cadre ou une profession intellectuelle supérieure représentent 36,2% de Franciliennes ayant le même statut.

Proportion élevée de femmes actives ayant un poste de cadre à Paris et dans les Hauts-de-Seine

Les femmes actives de 15-49 ans occupant un emploi de cadre sont très nombreuses parmi les femmes ayant un emploi dans l'ensemble des arrondissements parisiens et plus particulièrement ceux situés à l'ouest de Paris, et dans la plupart des communes des Hauts-de-Seine sauf celles situées dans le nord du département. Les 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements ont des taux supérieurs à 50%. Les taux les plus élevés de proche couronne sont dans les communes de Neuilly-sur-Seine (48,0%) et Saint-Cloud (44,2%). A l'opposé, les proportions de femmes actives de 15-49 ans cadres sont les plus faibles dans les communes de Seine-Saint-Denis, comme par exemple à Dugny (2,8%), Villetaneuse (3,4%) et Stains (4,2%) (carte 2).

Carte 2 Proportion des femmes actives de 15-49 ans ayant un emploi de cadre parmi l'ensemble des femmes actives de 15-49 ans ayant un emploi à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006



Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Activité des familles avec enfant(s) de moins de 6 ans

La présence d'un troisième enfant est déterminante sur l'activité des mères

Dans les trois quarts des couples parisiens ayant au moins un enfant de moins de 25 ans les deux membres du couple travaillent. Le nombre d'enfants fait varier l'activité des parents, en effet, plus le nombre d'enfants est élevé, plus la part des familles dont l'un des deux parents reste au foyer augmente. Le taux d'activité des mères connaît une césure avec le 3^{ème} enfant. En effet, le taux d'activité des femmes est de 85,2% pour celles ayant un enfant, 84,4% pour deux enfants et 71,0% pour celles en ayant trois. La présence d'enfants de moins de 3 ans influe peu sur l'activité des femmes sauf quand ces dernières ont trois enfants dont au moins un de moins de 3 ans (taux d'activité de 50,0%). Le taux d'activité des mères avec enfants de moins de 3 ans est plus élevé à Paris (81%) qu'en Ile-de-France (79%) et en France métropolitaine (77%)⁴.

Les enfants de moins de 6 ans vivant dans une famille dont la personne de référence est cadre sont proportionnellement plus nombreux à Paris qu'en Ile-de-France ou en France

Un peu moins de la moitié des enfants de moins de 6 ans à Paris vivent dans une famille dont la personne de référence est cadre (tab. 4). Cette part est supérieure à celle de l'Ile-de-France (27,6%) ou de la France (16,7%). Les Parisiens de moins de 6 ans sont proportionnellement moins nombreux à évoluer au sein d'une famille dont la personne de référence est ouvrière (12,6%) que les petits Franciliens (23,4%) ou les petits Français (32,9%). La plupart des enfants vivent dans une famille dont la personne de référence

est active, seuls 5,8% des Parisiens de moins de 6 ans vivent dans une famille dont la personne de référence est retraitée, ou sans activité professionnelle. Cette part est comparable pour l'Ile-de-France (4,7%) et la France (5,8%).

Les enfants de cadres proportionnellement moins nombreux dans le nord-est parisien

Plus de la moitié des jeunes Parisiens de moins de 6 ans vivent dans une famille dont la personne de référence est cadre dans la plupart des arrondissements, excepté dans ceux du nord-est parisien. En effet, la part des enfants de moins de 6 ans vivant dans une famille dont la personne de référence est cadre est de 28,2% dans le 18^{ème}, 25,7% dans le 19^{ème} et 29,1% dans le 20^{ème} arrondissement.

Tab.4 Répartition des enfants de moins de 6 ans selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence de leur famille en 2006 (en%)

	Paris	Ile-de-France	France
Agriculteurs exploitants	0,0	0,1	1,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	7,2	5,9	6,5
Cadres, professions intellectuelles sup.	43,9	27,6	16,7
Professions intermédiaires	16,5	20,5	20,6
Employés	14,0	17,5	15,1
Ouvriers	12,6	23,4	32,9
Retraités	0,6	0,5	0,4
Autres sans activité professionnelle	5,2	4,7	5,8

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Références :

- 1 - Roy J., Satger O. En Ile-de-France, l'emploi résiste mieux à la crise, Ile-de-France à la page, n°335, Insee, 2010.
- 2 - Repères et références statistiques sur les enseignements la formation et la recherche (RERS 2009), Ministère de l'éducation nationale et Ministère de l'enseignement et de la recherche, 2009.
- 3 - Géographie de l'école, n°9, Ministère de l'éducation nationale, 2005.
- 4 - Vanovermeir S. Regards sur la parité - De l'emploi à la représentativité politique..., Insee Première, n°1226, Insee, 2009.
- 5 - Bidoux P. E., Moreau E., Roger S. Paris gagne à nouveau des familles, Ile-de-France à la page, n°326, Insee, Apur, 2010.

Populations en situation de vulnérabilité

Précarité économique

- > Un peu plus d'un Parisien sur dix vit dans un foyer allocataire à bas revenu.
- > Proportionnellement plus de familles allocataires du Revenu minimum d'insertion (RMI) et de l'Allocation parent isolé (API) dans le nord-est de Paris.
- > Les familles parisiennes allocataires du RMI sont majoritairement des familles monoparentales.
- > De plus en plus de familles allocataires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) à Paris.

Couverture sociale

- > 174 286 Parisiens bénéficient de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2008, soit 7,9% de la population parisienne totale.
- > Près d'un bénéficiaire sur trois de l'Aide médicale état (AME) réside à Paris.

Logement

- > Un ménage parisien sur quatre vit en situation de surpeuplement.
- > 56,5% des logements sans confort franciliens sont situés à Paris.
- > En 2008, 53 614 familles parisiennes bénéficient d'une allocation logement de la caisse d'allocations familiales.
- > 20,9% du revenu mensuel net moyen des Parisiens sont consacrés au paiement du loyer.

Hébergement d'urgence

- > Paris mobilise 65% des capacités régionales d'hébergement d'urgence.
- > Près de 15% des adultes hébergés par le Samusocial de Paris ont moins de 25 ans.
- > Les jeunes femmes hébergées en urgence sont majoritairement des mères de familles.

Contexte

Selon la définition de J. Wresinski adoptée par le Conseil économique et social en 1987, « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités [...] permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives ».

En France, en 2008, on estime à 8 millions le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté. En zone urbaine, ce sont les personnes seules et les familles monoparentales qui sont plus particulièrement touchées.

Les prestations sociales contribuent à soutenir les ménages. Un peu plus de 3 millions de personnes (3 298 152) en France sont allocataires de minima sociaux en 2008. Parmi celles-ci, 34,6% bénéficient du RMI, 6,0% de l'API, et 25,7% de l'AAH (cf. encadré définitions pour ces trois minimas page 62). Un Francilien sur dix bénéficiant d'une allocation vit cependant en dessous du seuil de pauvreté¹.

Depuis 2000, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet aux plus modestes d'avoir accès à une complémentaire santé, et l'Aide médicale état (AME) favorise l'accès aux soins des personnes sans titre de séjour et sans couverture sociale. En France, 4 278 690 personnes bénéficient de la CMU-C en 2008, ce qui représente 6,8% de la population totale. 16,1% de ces bénéficiaires (688 506) vivent en Ile-de-France. 184 450 personnes sont titulaires d'une AME et 75,7% d'entre elles vivent en Ile-de-France, soit 139 693 personnes en 2008.

Les aides au logement permettent également de réduire la pauvreté des ménages. En 2006, on dénombre 5,9 millions de bénéficiaires d'une aide au logement en France. Cependant, l'accès au logement reste problématique en France qui compte, en 2008, 1 867 901 demandeurs de logement social enregistrés. Au total, 3 513 190 personnes en France sont privées de logement personnel ou vivent dans des conditions précaires². Plus de 500 000 personnes en France seraient sans domicile personnel, dont 50 000 en chambres d'hôtel, et 150 000 hébergés chez des tiers dans des conditions difficiles. Plus de 160 000 seraient hébergés dans des structures d'urgence ou d'insertion².

La construction de logements, en particulier dans le secteur social, demeure insuffisante face à la demande qui s'accroît. Selon l'Observatoire des inégalités, le nombre des logements locatifs sociaux disponibles a fortement chuté au cours de la période 1999-2008 (- 14,1%).

La loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable (Dalo) permet un recours supplémentaire pour les ménages reconnus prioritaires pour l'accès à un logement au regard de leur situation. Le Dalo entre en vigueur en deux temps : à partir du 1er décembre 2008 pour les personnes dans les situations les plus difficiles puis, à compter du 1^{er} janvier 2012, pour toute personne éligible au logement social. Le logement comme l'hébergement devenant un droit garanti à toute personne ne pouvant y accéder ou s'y maintenir par ses propres moyens, une commission de médiation est instituée dans les départements. Sur les 122 560 recours enregistrés fin octobre 2009, 63% étaient concentrés sur la région Ile-de-France².

Précarité économique

Allocataires à bas revenus

La part des familles parmi les foyers allocataires à bas revenu est d'un peu moins de deux sur cinq

A Paris, 123 241 foyers allocataires de la Caf ont des bas revenus (cf. encadré définitions), la moitié d'entre eux perçoivent en 2008 un minimum social (RMI, AAH ou API - cf. encadré définitions page 62). Parmi les foyers allocataires à bas revenus, 45 799 sont des familles avec enfant(s) de moins de 20 ans (familles monoparentales ou couples). La part des familles dans les foyers allocataires à bas revenus est de 37,2% à Paris. En Ile-de-France, elle est nettement plus importante : 53,2%.

La part des familles parmi les foyers allocataires à bas revenus est plus importante dans les arrondissements périphériques parisiens que dans le centre. Elle dépasse 40% dans les 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements (tab. 1).

Un peu plus d'un Parisien sur dix vit dans un foyer allocataire à bas revenus

La population parisienne vivant dans un foyer allocataire à bas revenus est de 242 499 personnes, soit 11,1% de la population parisienne totale. Cette part est très proche de celle de l'Ile-de-France (11,9%). En revanche, la part de la population pauvre varie fortement entre les différents arrondissements parisiens. Moins d'un Parisien sur dix vit dans un

foyer allocataire à bas revenus dans le centre de Paris et les 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements. Dans les arrondissements périphériques du nord de Paris, la population vivant dans un foyer pauvre est supérieure à 16%.

Définitions

Ménage à bas revenu ou ménage pauvre : ménage dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 60% du revenu médian par unité de consommation de la population enquêtée par l'Insee lors de l'Enquête revenus fiscaux et sociaux (ERFS) (hors personnes de 65 ans ou plus). En Ile-de-France, ce seuil est fixé à 903 euros par unité de consommation en 2008.

Allocataire de la Caf en 2008 : personne qui bénéficie d'une ou plusieurs prestations payées pour décembre 2008 ou ayant perçu entre avril et septembre une allocation de garde d'enfant à domicile ou une aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée ou ayant perçu une allocation de rentrée scolaire pour l'année 2008/2009 ou ayant perçu entre juillet et décembre une prime à la naissance de la prestation d'accueil du jeune enfant. En outre sont intégrés les bénéficiaires d'un contrat aidé ou d'un dispositif de retour à l'emploi, même s'ils ne sont pas bénéficiaires de prestations versées par la Caf.

Foyer allocataire : le foyer allocataire est composé de l'allocataire lui-même, de son conjoint éventuel, de ses enfants et des autres personnes à charge prises en compte pour le calcul de certaines prestations comme l'aide au logement. L'ensemble de ces personnes constitue la population du foyer allocataire.

Tab.1 Foyers et familles allocataires à bas revenus à Paris par arrondissement en 2008

	Foyers allocataires	Familles allocataires	Part des familles dans les foyers allocataires (en %)	Population des foyers allocataires	Part de la population concernée*(en %)
1er	798	154	19,3	1 160	6,5
2ème	1 159	356	30,7	2 094	9,9
3ème	1 737	476	27,4	3 001	8,6
4ème	1 168	284	24,3	1 842	6,3
5ème	1 907	446	23,4	2 979	4,8
6ème	1 180	239	20,3	1 703	3,8
7ème	1 396	307	22,0	2 063	3,6
8ème	1 257	332	26,4	1 999	5,1
9ème	2 759	806	29,2	4 772	8,2
10ème	6 609	2 322	35,1	12 876	14,0
11ème	10 209	3 190	31,2	18 503	12,1
12ème	8 206	2 370	28,9	14 275	10,1
13ème	10 511	3 995	38,0	20 617	11,5
14ème	5 889	2 086	35,4	11 034	8,2
15ème	8 709	2 886	33,1	15 930	6,8
16ème	4 546	1 330	29,3	7 558	4,9
17ème	7 978	2 882	36,1	15 006	9,3
18ème	16 469	6 875	41,7	34 798	18,2
19ème	15 112	7 462	49,4	35 911	19,3
20ème	14 641	6 410	43,8	31 741	16,4
Paris	123 241	45 799	37,2	242 499	11,1
Ile-de-France	566 618	301 563	53,2	1 374 705	11,9

Source : Caf, exploitation Mipes, ORS Ile-de-France, 2010.

* Population des foyers allocataires à bas revenus / population totale.

Minima sociaux

Taux de couverture comparable à Paris, en Ile-de-France et en France pour le RMI...

En 2008, 51 410 Parisiens perçoivent le RMI soit un RMIste francilien sur quatre, alors que la population parisienne représente un peu moins de 20% de la population francilienne. La population couverte par le RMI, c'est à dire les conjoints, enfants et personnes à charge des allocataires, est de 76 198 personnes à Paris, soit 3,5% de la population parisienne totale. Cette part est comparable à celles de l'Ile-de-France (3,1%) et de la France métropolitaine (3,0%).

La part de la population couverte par le RMI en Seine-Saint-Denis est la plus importante en Ile-de-France (6,5%) (tab. 2).

... mais également pour l'API...

L'allocation parent isolé compte 4 038 bénéficiaires à Paris en 2008, soit une population couverte de 10 370 personnes. La part de la population totale couverte par l'API est de 0,5% à Paris. Elle est comparable à celle de la région francilienne et de la France (tab. 2).

... et l'AAH

La population couverte par l'allocation adulte handicapé représente 1,5% de la population parisienne soit 32 154 personnes pour 23 484 allocataires. La proportion de personnes couvertes par l'AAH est très proche dans les différents départements franciliens. Elle est comprise entre 1,0% (dans les Yvelines) et 1,5% (à Paris), sauf en Seine-Saint-Denis où elle est plus importante (2,0%) (tab. 2).

Tab.2 Effectif et part (en %) des populations couvertes par le RMI, l'API et l'AAH dans les différents départements franciliens et en France en 2008

	RMI			API			AAH		
	Bénéficiaires	Population couverte	Part*	Bénéficiaires	Population couverte	Part*	Bénéficiaires	Population couverte	Part*
75	51 410	76 198	3,5	4 038	10 370	0,5	23 484	32 154	1,5
92	21 286	35 167	2,3	2 919	7 562	0,5	13 537	20 363	1,3
93	49 930	97 245	6,5	7 120	19 736	1,3	17 723	30 059	2,0
94	26 095	45 731	3,5	3 254	8 574	0,7	12 321	18 526	1,4
77	12 993	24 972	2,0	3 257	8 964	0,7	10 993	17 061	1,3
78	12 058	21 028	1,5	2 069	5 525	0,4	9 560	13 346	1,0
91	13 270	26 325	2,2	2 786	7 596	0,6	9 404	14 017	1,2
95	16 787	33 558	2,9	3 122	8 475	0,7	10 369	16 645	1,4
Ile-de-France	203 829	360 224	3,1	28 565	76 802	0,7	107 391	162 171	1,4
France métrop.	983 907	1 872 274	3,0	171 074	476 746	0,8	789 377	n.d**	

Source : Caf, exploitation Mipes, ORS Ile-de-France, 2010.

* Population couverte par les différentes allocations / population totale.

** n.d : non disponible

Définitions

Le revenu minimum d'insertion (RMI) est une allocation garantissant des ressources minimales à toute personne âgée de 25 ans ou plus, ou de moins de 25 ans avec un ou des enfants à charge. Le RMI est versé par la Caf, son montant varie en fonction de la situation familiale de la personne ou du couple. Le RMI ouvre droit à la Couverture maladie universelle (CMU) de base et à la CMU complémentaire santé. La décision d'attribution du RMI relève du Conseil général.

L'allocation parent isolé (API) est versée à toute personne se trouvant seule pour assurer la charge d'un ou plusieurs enfants ainsi qu'aux femmes seules attendant un enfant, sous condition de ressources. Elle est versée par la Caf et est attribuable pendant un an après la séparation ou le veuvage, ou jusqu'au trois ans du plus jeune enfant. Elle garantit un minimum de ressources en fonction du nombre d'enfants à charge.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une prestation s'adressant aux personnes âgées de 20 à 60 ans dont le handicap, apprécié par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (Cdaph), équivaut à un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% ou entraînant l'impossibilité de travailler. Le montant de l'AAH est déterminé en fonction des ressources de l'année antérieure et des charges familiales.

Le 1^{er} juin 2009, le RMI et l'API ont été remplacés par le **Revenu de solidarité active (RSA)** dont la mise en place est encore trop récente pour pouvoir disposer de données concernant ses bénéficiaires.

Familles parisiennes allocataires des minima sociaux

Les familles parisiennes allocataires du RMI sont majoritairement des familles monoparentales

En 2008, 10 175 familles parisiennes (cf. encadré définitions page 40) bénéficient du RMI, cela représente 4,0% de l'ensemble des familles parisiennes, et une population couverte de 33 293 personnes. Entre 2001 et 2005, le nombre de familles allocataires du RMI a augmenté, passant de 9 386 à 12 043 familles. Ce nombre a ensuite diminué pour atteindre le niveau actuel.

La majorité des familles parisiennes allocataires du RMI sont des familles monoparentales : celles-ci représentent 62,5% des familles allocataires du RMI. Les familles monoparentales allocataires n'ont qu'un seul enfant dans 62,6% des cas. Les familles composées d'un couple sont quant à elles proportionnellement plus nombreuses à avoir trois enfants ou plus (28,9% contre 12,4% pour les familles monoparentales).

Proportionnellement plus de familles allocataires du RMI dans le nord-est de Paris

La part des familles allocataires du RMI varie entre les différents quartiers de Paris, elle va de 0,1% aux Invalides à 10,2% à la Goutte d'Or. Les quartiers où la part des familles bénéficiant du RMI est la plus élevée se situent dans le nord-est de Paris et plus particulièrement dans les quartiers du 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissement (carte 1).

Plus d'une famille allocataire de l'API sur deux n'a qu'un seul enfant

Les 4 038 foyers bénéficiaires de l'allocation parent isolé en 2008 sont composés de 239 femmes enceintes et de 3 799 familles. Le nombre des familles allocataires, après avoir augmenté entre 2001 et 2006, passant de 3 648 à 4 647 familles, a diminué jusqu'en 2008. Les familles allocataires de l'API représentent 5,4% des familles monoparentales parisiennes. La majorité de ces familles bénéficiant de l'API n'ont qu'un seul enfant (58,8%).

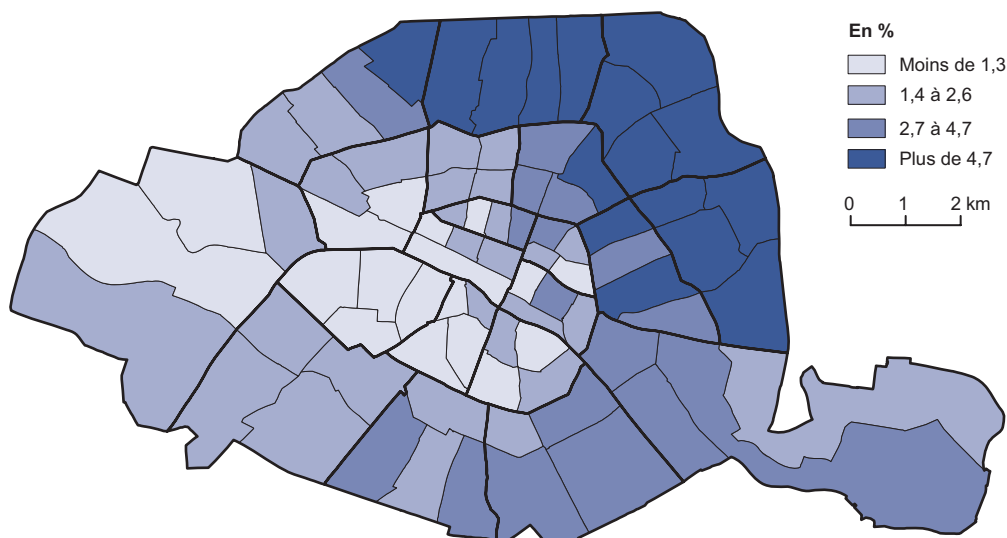
Part importante des familles monoparentales allocataires de l'API dans les 19^{ème} et 18^{ème} arrondissements

La part des familles monoparentales allocataires de l'API est faible dans le centre parisien. En revanche, dans les quartiers du nord-est de Paris elle est plus élevée, et notamment dans les quartiers de Clignancourt (10,3%), la Goutte d'Or (10,3%) et la Chapelle (10,2%) (carte 2).

De plus en plus de familles allocataires de l'AAH à Paris

A Paris, 2 870 familles parisiennes bénéficient de l'Allocation adulte handicapé (AAH) en 2008. La majorité d'entre elles sont des familles composées d'un couple avec enfant(s), dont plus de la moitié a au moins deux enfants. Le nombre de familles parisiennes allocataires de l'AAH n'a cessé d'augmenter depuis 2001, l'augmentation entre 2001 et 2008 étant de 47,7%.

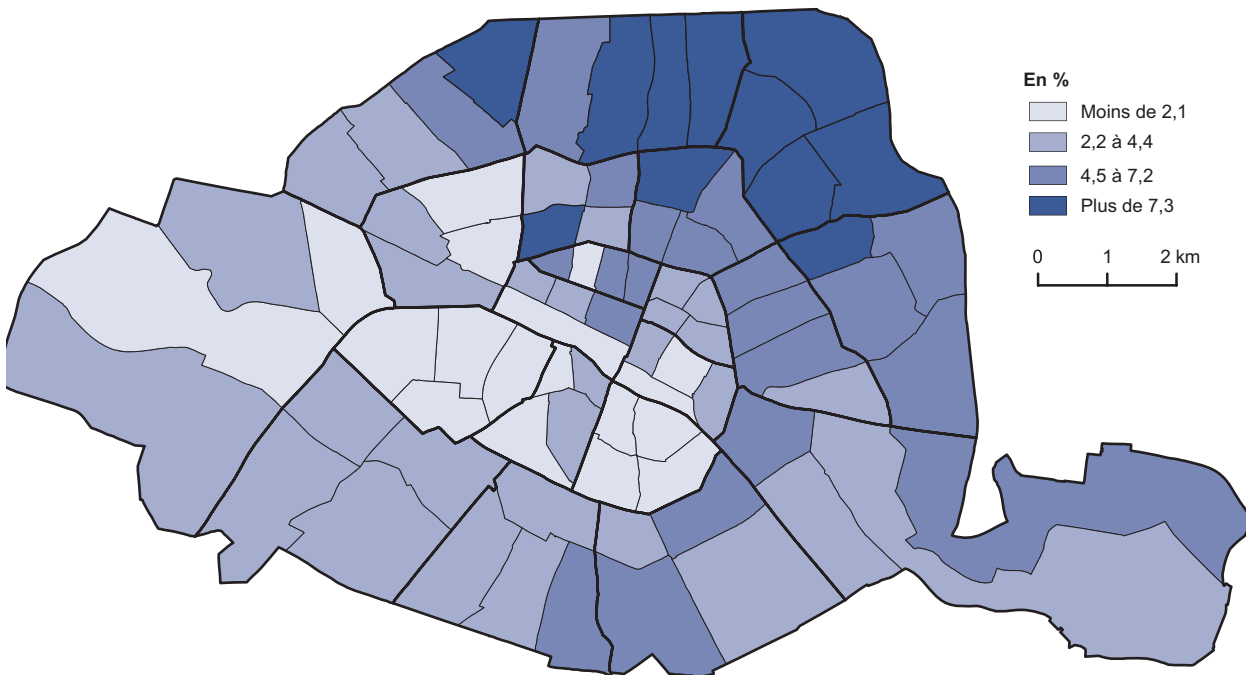
Carte 1 Part des familles bénéficiaires* du RMI dans les grands quartiers parisiens en 2008



Source : CAF, exploitation Apur, ORS Ile-de-France, 2010.

* Nombre de familles bénéficiaires du RMI / nombre de familles.

Carte 2 Part des familles monoparentales* bénéficiaires de l'API dans les grands quartiers parisiens en 2008



Source : Caf, exploitation Apur, ORS Ile-de-France, 2010.

* Nombre de familles bénéficiaires de l'API (hors femmes enceintes) / nombre de familles monoparentales.

Couverture sociale

Proportionnellement plus de bénéficiaires de la CMU-C à Paris qu'en Ile-de-France ou qu'en France

En France, 4 278 693 personnes bénéficient de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie ce qui représente 6,8% de la population totale. La part des bénéficiaires est plus faible pour la région Ile-de-France (5,9%). En revanche, à Paris les bénéficiaires de la CMU-C, dont l'effectif atteint 174 286 personnes, représentent 7,9% de la population totale. Un bénéficiaire francilien sur quatre vit à Paris.

30% des bénéficiaires de la CMU-C en France font partie d'une famille monoparentale

En France, la population bénéficiant de la CMU-C est jeune, et féminine. De plus, les ouvriers et employés y sont surreprésentés et plus particulièrement ceux exposés au chômage. Il y a également une surreprésentation des ménages avec enfants et notamment des familles monoparentales qui représentent 30% des ménages bénéficiaires.

40% des bénéficiaires de la CMU-C en Ile-de-France ont moins de 20 ans

Les jeunes de moins de 20 ans représentent plus de 40% des bénéficiaires franciliens de la CMU-C. Il s'agit essentiellement des ayant droits (enfants) de personnes âgées de 20 à 59 ans. La CMU-C est perçue en majorité par des familles.

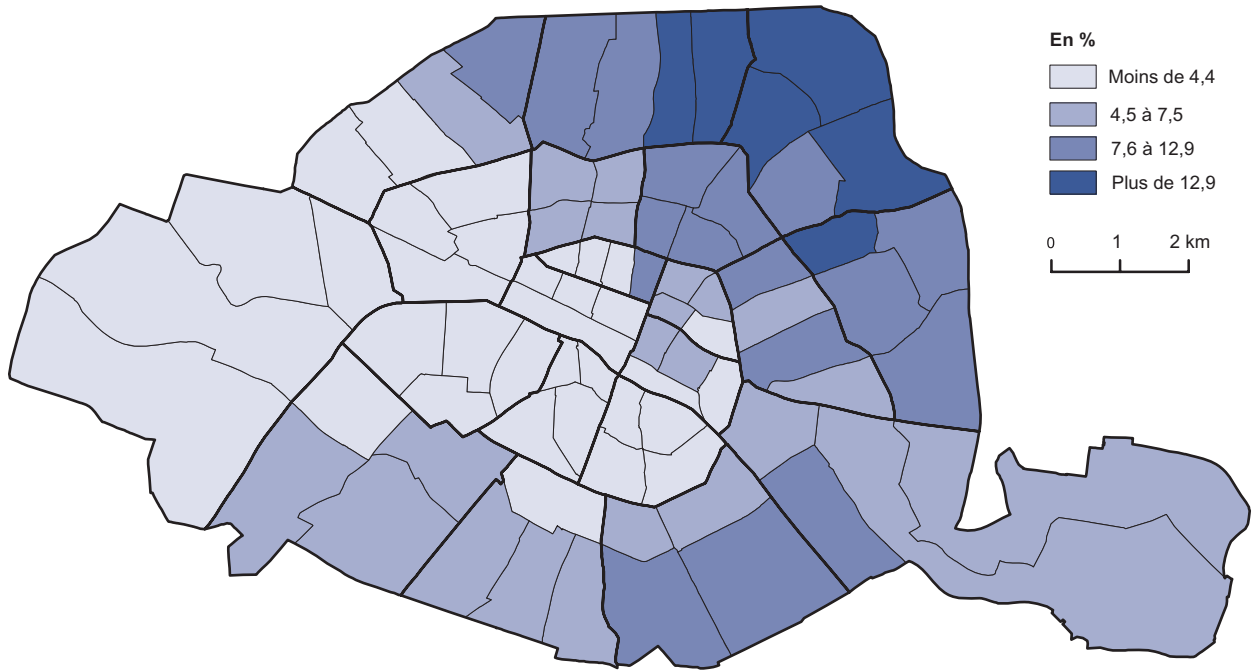
Proportionnellement plus de bénéficiaires de la CMU-C dans le nord-est de Paris

Les données concernant les bénéficiaires de la CMU-C à un niveau géographique fin, c'est à dire au niveau du grand quartier parisien, ne sont disponibles que pour les bénéficiaires du régime général. La population couverte par le régime général représente à Paris plus de 85% de la population totale. En 2009, 151 925 Parisiens couverts par le régime général bénéficient de la CMU-C. Ils représentent 8,1% de la population couverte par le régime général. La part de la population couverte par la CMU-C est plus importante dans les quartiers situés au nord-est de Paris comme par exemple les quartiers de la Goutte d'Or (18,5%), la Chapelle (18,2%) ou de la Villette (15,6%) (carte 3).

Plus d'un bénéficiaire sur trois dans les 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements a moins de 18 ans

Les Parisiens ayant moins de 18 ans bénéficiant de la CMU-C du régime général sont 46 057, soit 30,2% des bénéficiaires parisiens de la CMU-C. La part des jeunes parmi les bénéficiaires de la CMU-C du régime général varie entre les différents arrondissements parisiens. Dans les 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements les moins de 18 ans représentent plus d'un bénéficiaire sur trois de la CMU-C alors que dans les 6^{ème} et 7^{ème} arrondissements ils sont moins de 15%.

Carte 3 Part de la population couverte par le régime général bénéficiaire de la CMU-C dans les grands quartiers parisiens en 2009

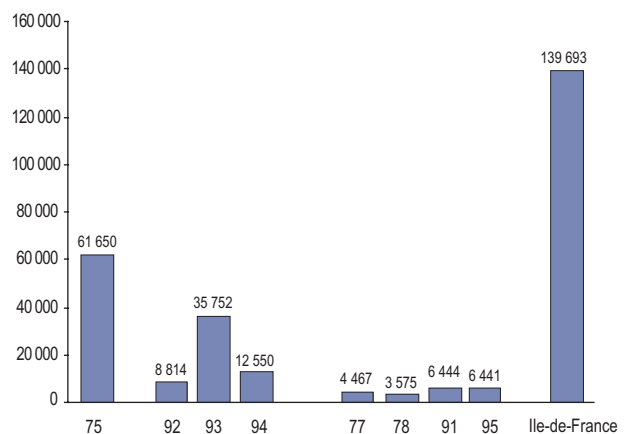


Source : CNAM 2009, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Près d'un bénéficiaire sur trois de l'AME réside à Paris

La population bénéficiaire de l'Aide médicale état (AME), c'est à dire assurés et ayant droits, est de 184 450 personnes en France métropolitaine en 2008. L'Ile-de-France compte 139 693 bénéficiaires dont 106 145 assurés et 35 548 ayant droits. Plus de trois bénéficiaires de l'AME sur quatre résident en Ile-de-France. Les parisiens sont 61 650 à bénéficier de l'AME. Ils représentent près d'un tiers de l'ensemble des bénéficiaires de France métropolitaine (fig. 1).

Fig.1 Bénéficiaires (assurés et ayant droits) de l'Aide médicale état en 2008



Source : Caf, exploitation Mipes, ORS Ile-de-France, 2010.

Définitions :
La Couverture maladie universelle (CMU) de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.).
La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite. La CMU-C est accordée pour un an sous condition de ressources aux personnes vivant en France depuis plus de 3 mois, et étant en situation régulière.
L'Aide médicale état (AME) permet l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande). A titre exceptionnel, l'AME peut être accordée à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie (maladie ou accident survenu de manière inopinée), sur décision individuelle du ministre chargé de l'action sociale. L'AME est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU-C.

Les conditions de logement

Paris compte plus de petits logements

Le parc immobilier parisien est composé pour plus de la moitié de logements de une et deux pièces (52,6%). La proportion de petits logements à Paris est nettement supérieure à celles en Ile-de-France (31,1%) et en France (18,1%). Les ménages composés d'une personne seule sont majoritaires à Paris (53,4%) alors qu'ils représentent un peu plus du tiers des ménages en Ile-de-France (36,6%). Pour autant, une partie de la population parisienne vit dans des conditions de surpeuplement (cf. encadré définitions)³.

Un quart des ménages parisiens en situation de surpeuplement

Ainsi, le taux de surpeuplement en Ile-de-France est deux fois plus élevé qu'en France (18,7% contre 9,0%). Le phénomène est encore plus marqué à Paris, où il touche un quart des ménages. Le pourcentage de surpeuplement accentué (cf. encadré définitions) y est le plus fort : 3,5% des ménages parisiens contre 2,5% en proche couronne, et 1,2% en grande couronne. Il dépasse les moyennes francilienne (2,2%) et française (0,7%) (fig. 2).

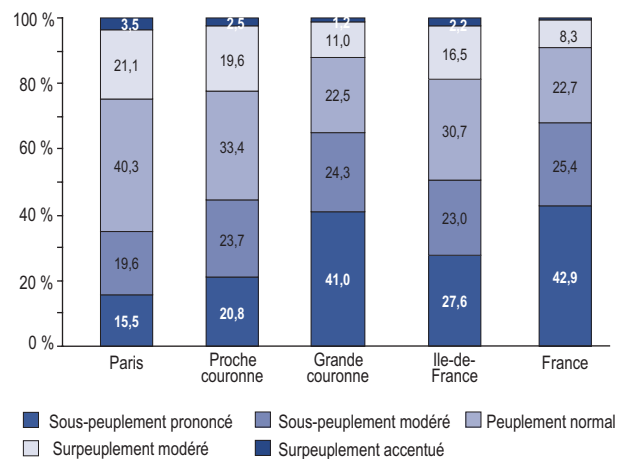
La majorité des logements sans confort d'Ile-de-France se situe à Paris

Les logements sans confort minimum (cf. encadré définitions) en Ile-de-France ont nettement diminué depuis 15 ans : ils sont passés de 380 637 en 1996 à 89 332 en 2006. La majorité se situe à Paris (56,5%). Globalement, 1,8% des Franciliens vivent dans un logement sans confort, mais cela concerne 4,6% des ménages pauvres. A Paris, les proportions sont nettement supérieures, puisque 4,4% de l'ensemble des ménages et 10,3% des ménages pauvres vivent sans confort. En proche et grande couronnes, les taux ne dépassent pas 4,0% quelle que soit la catégorie de ménage (fig. 3).

Augmentation des ménages pauvres dans le secteur locatif libre en Ile-de-France

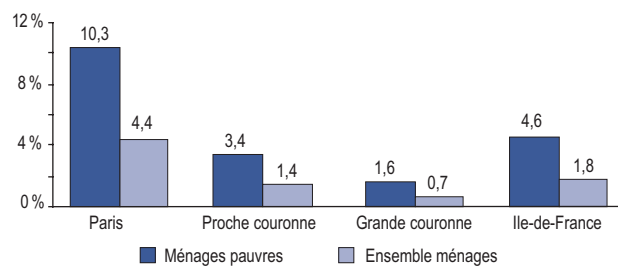
En 2006, 39,1% des ménages pauvres en Ile-de-France sont logés dans le parc HLM. L'offre de logements à loyer modéré hors HLM, type loyer loi 1948, meublés, hôtels ou sous locations s'étant par ailleurs restreinte (16,8% en 1988 contre 7,1% en 2006), de même que la proportion de ménages logés à titre gratuit (13,0% en 1988 contre 6,1% en 2006), les ménages à bas revenus sont de plus en plus logés dans le parc locatif libre (15,0% en 1988 contre 24,0% en 2006), où les loyers sont plus élevés³.

Fig.2 Répartition des ménages selon le degré de peuplement en Ile-de-France et en France en 2006 (en %)



Sources : IAU Île-de-France, Insee, DREIF, 2009.

Fig.3 Proportion de ménages pauvres habitant un logement sans confort par rapport à l'ensemble des ménages en 2006 en Ile-de-France (en %)



Sources : IAU Île-de-France, Insee, DREIF, 2009.

Définitions

Le degré de peuplement se mesure par rapport à une norme qui attribue pour chaque ménage :

- 1 pièce de séjour ;
- 1 pièce pour chaque personne de référence d'une famille ;
- 1 pièce pour deux enfants célibataires de moins de 19 ans s'ils sont du même sexe ou ont moins de 7 ans, sinon 1 pièce par enfant ;
- 1 pièce pour chaque personne hors famille et chaque célibataire de plus de 19 ans.

Le sous-peuplement va de 3 à 1 pièces de plus que la norme.

Il y a **surpeuplement modéré** quand il manque 1 pièce par rapport à la norme, et **surpeuplement accentué** quand il manque au moins 2 pièces.

Logement sans confort : cette notion désigne les logements ne disposant pas des deux éléments indispensables de confort que sont les WC intérieurs et les sanitaires (douche ou baignoire).

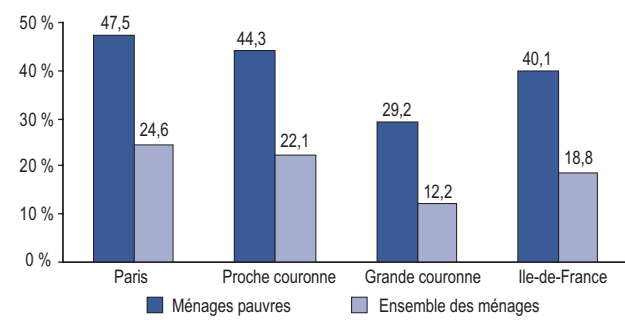
Source : Insee.

Les ménages pauvres davantage touchés par les mauvaises conditions de logement, en particulier à Paris

Les occupants de logements sans confort ont des ressources nettement plus faibles que les habitants de logements dits confortables. Ainsi, le revenu moyen des ménages vivant dans un logement sans confort en Ile-de-France en 2006 est de 1 451€, et passe à 3 163€ pour les logements confortables. A Paris, l'écart est comparable (respectivement 1 333€ et 3 184€)³ (fig. 3).

Paris dépasse la moyenne francilienne pour les situations de surpeuplement concernant des ménages pauvres : 47,5% à Paris contre 40,1% en Ile-de-France en 2006. Les ménages à bas revenus de proche couronne vivant en surpeuplement sont plus nombreux que la moyenne régionale (44,3%), alors qu'en grande couronne, la proportion passe sous la barre du tiers (29,2%) (fig. 4).

Fig.4 Proportion de ménages pauvres en situation de surpeuplement par rapport à l'ensemble des ménages en 2006 en Ile-de-France (en %)



Sources : IAU Île-de-France, Insee, DREIF, 2009.

L'aide au logement

Près d'un quart des allocataires d'une aide au logement de la Caf en Ile-de-France sont parisiens

Au 31 décembre 2008, plus de 960 000 personnes en Ile-de-France sont allocataires d'une aide au logement de la Caf (cf. encadré définitions).

Près de 25% sont localisées à Paris, mais la part de la population couverte est supérieure en proche couronne (22,0% contre 18,3% à Paris). Entre 2007 et 2008, cette part de la population couverte par une allocation logement de la Caf en proche couronne a progressé de 6,5%, alors qu'elle a baissé de 6,9% à Paris⁴ (tab. 3).

Tab.3 Les bénéficiaires d'une aide au logement au 31 décembre 2008 en Ile-de-France et part de la population couverte (en %)

	Paris	Proche couronne	Grande couronne	Ile-de-France
Effectifs	240 038	397 087	327 003	964 128
Répartition	24,9 %	41,2 %	33,9 %	100,0 %
Population couverte *	18,3 %	22,0 %	16,9 %	19,1 %

Sources : Caf Ile-de-France, Insee RP 2006, exploitation MIPES 2009.

* Sont pris en compte les effectifs des bénéficiaires d'une aide au logement ainsi que leur conjoint et leur(s) enfant(s) à charge au domicile, rapportés à la population recensée par l'Insee en 2006.

Définitions

Pour les ménages aux ressources modestes, il existe trois types d'aide au logement délivrées par la Caf. Elle ne sont pas cumulables, et leur montant varie selon la composition des ménages, le niveau de ressources, le statut d'occupation, et les dépenses de logement (plafonnées). Elles sont attribuées par ordre de priorité :

- l'Aide personnalisée au logement (APL) : pour toute personne locataire d'un logement neuf ou ancien qui a fait l'objet d'une convention entre le propriétaire et l'Etat fixant entre autres, l'évolution du loyer, la durée du bail, les conditions d'entretien et les normes de confort. Elle peut, dans certaines conditions, être attribuée à des personnes accédant à la propriété ;
- l'Allocation de logement à caractère familial (ALF) : pour les personnes qui n'entrent pas dans le champ d'application de l'APL, mais qui ont un (des) enfant(s) à naître ou à charge, ou qui ont d'autres personnes à charge, ou qui forment un couple marié depuis moins de 5 ans, le mariage ayant eu lieu avant 40 ans pour chaque conjoint ;
- l'Allocation de logement à caractère social (ALS) : pour ceux qui ne peuvent bénéficier ni de l'APL ni de l'ALF.

Au niveau départemental, le Fond solidarité logement (FSL) accorde aux ménages défavorisés des aides liées au maintien dans le logement (aide au paiement du loyer), à l'accès dans le logement (frais d'installation, premier loyer, garantie par exemple), et à l'accès à la fourniture d'eau, énergie et téléphone. Il permet de mettre en place des actions spécifiques d'accompagnement au logement pour les ménages en grande difficulté d'insertion, destinées à faciliter leur adaptation au logement, à l'immeuble, au quartier.

A Paris, presque autant de familles monoparentales bénéficiaires d'une allocation logement de la Caf que de familles composées d'un couple avec enfant(s)

A Paris, en 2008, 53 614 familles bénéficient d'une allocation logement de la Caf, ce qui représente 21,0% des familles parisiennes. La majorité des familles allocataires sont constituées d'un couple : 51,7% contre 48,3% de familles monoparentales. Cela représente 15,0% des familles composées d'un couple vivant à Paris, et 36,9% des familles monoparentales parisiennes. Si parmi les couples, ceux qui vivent avec 3 enfants ou plus sont les plus représentés (20,1%), les familles monoparentales sont plus souvent composées d'un seul enfant à charge (27,7%) (tab. 4).

Les dépenses liées au logement pèsent davantage sur les budgets des ménages pauvres

Globalement, les Franciliens consacrent environ 20% de leur revenu mensuel moyen au paiement du loyer. L'augmentation du coût du logement progressant plus vite que l'augmentation des revenus, le taux d'effort des ménages (cf. encadré définitions) n'a cessé de croître ces quinze dernières années. Ce sont les ménages les plus pauvres qui sont les plus touchés : leur taux d'effort brut (35,1%) dépasse de 15 points le taux brut moyen francilien (20,4%) en 2006. L'aide au logement permet de réduire de 11,4 points ce taux d'effort pour les ménages les plus modestes, soit une moyenne de 23,7% contre 19,1% pour l'ensemble des ménages (fig. 5). A Paris, le taux d'effort net moyen est de 20,9% ; il est le plus fort dans le secteur des sous-locations, hôtels et meublés : 37,0%, contre 23,3% dans le secteur libre et 14,0% en HLM³.

Le montant de l'aide départementale est plus important pour le maintien dans le logement que pour l'accès au logement

A Paris, en 2007, 45,8% du montant du Fonds solidarité logement est utilisé pour le maintien dans le logement (16,5% pour l'accès, 14,3% pour l'accompagnement social, 23,4% d'autres aides financières liées au logement)⁴.

Selon une étude nationale de la Drees⁵, en 2006, le montant moyen des aides pour le maintien dans le logement (946 €) est supérieur à celui de l'accès au logement (635 €). Si le montant global de l'aide pour le maintien dans le logement est plus important, elle touche moins de ménages (137 000 ont bénéficié d'une aide à l'accès au logement contre 68 000 d'une aide au maintien).

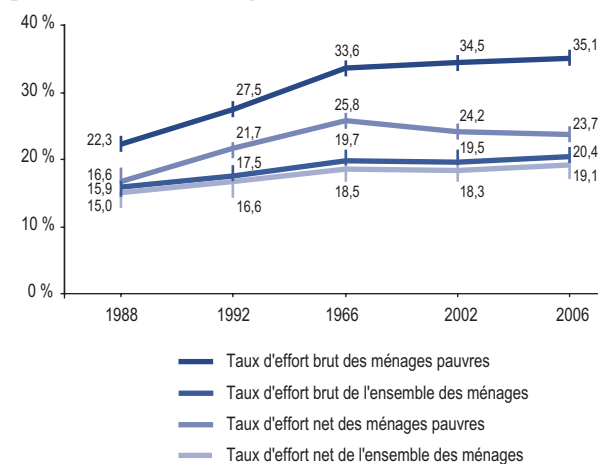
Tab.4 Répartition selon la composition familiale des familles parisiennes bénéficiant d'une aide au logement de la Caf en 2008

	Couples		Familles monoparentales	
	Effectifs	(%)*	Effectifs	(%)*
1 enfant	8 464	15,8	14 865	27,7
2 enfants	8 489	15,8	7 214	13,5
3 enfants ou plus	10 772	20,1	3 810	7,1
Total	27 725	51,7	25 889	48,3

Source : Caf, exploitation Apur 2010.

*Effectifs des familles en fonction de leur composition/effectifs de l'ensemble des familles allocataires.

Fig.5 Evolution des taux d'effort brut et net des ménages pauvres et de l'ensemble des ménages en Ile-de-France pour les frais d'hébergement entre 1988 et 2006



Source : IAU Île-de-France, Insee, DREIF, 2009.

Définitions

Le **taux d'effort brut** est le rapport entre la charge financière brute et le revenu annuel total du ménage.

Le **taux d'effort net** est le rapport entre la charge financière nette et le revenu annuel total des ménages.

Ces indicateurs permettent donc de mesurer le poids de la dépense liée au logement dans le budget des ménages et l'impact de l'aide au logement.

Source : IAU Île-de-France.

Logement social

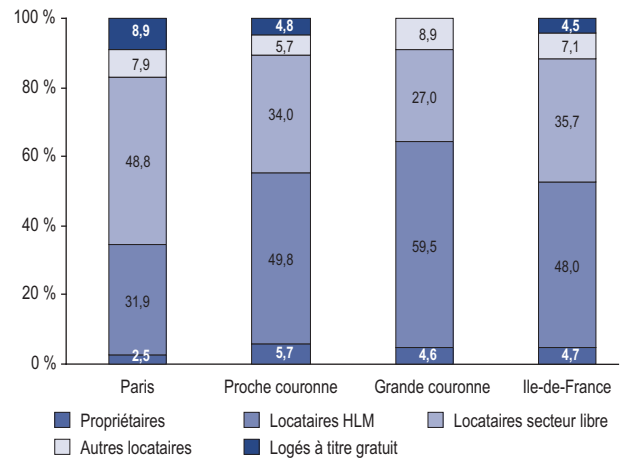
Paris et la proche couronne ont une proportion plus grande de demandeurs de logement social que la moyenne francilienne

6,7% des ménages franciliens sont demandeurs d'un logement HLM en 2006. Paris et la proche couronne sont au-dessus de cette moyenne (respectivement 7,2% et 8,4%) alors que la grande couronne se situe en dessous (4,8%). Parmi les 328 000 ménages franciliens en demande de logement social, 48,0% sont déjà locataires en HLM. En grande couronne cette proportion atteint pratiquement les 60%. A l'inverse, à Paris, ce sont les locataires hors HLM qui sont majoritaires (56,7%) parmi les 82 000 ménages demandeurs (fig. 6). Paris se détache également par la proportion importante de personnes hébergées à titre gratuit (8,9%), deux fois plus élevée que la moyenne régionale, alors que cette part est inexistante en grande couronne. Dans l'ensemble, les demandeurs de logement social souhaitent obtenir plus d'espace pour vivre. Les demandeurs vivant déjà en HLM souhaitent aussi parfois changer de quartier, tandis que les locataires des autres secteurs visent quant à eux un loyer plus abordable³.

A Paris, la majorité des ménages demandant un logement social sont des familles

44 105 familles parisiennes sont en demande de logement HLM en 2008, soit 53,7% des ménages et 17,3% des familles faisant une demande de logement social.

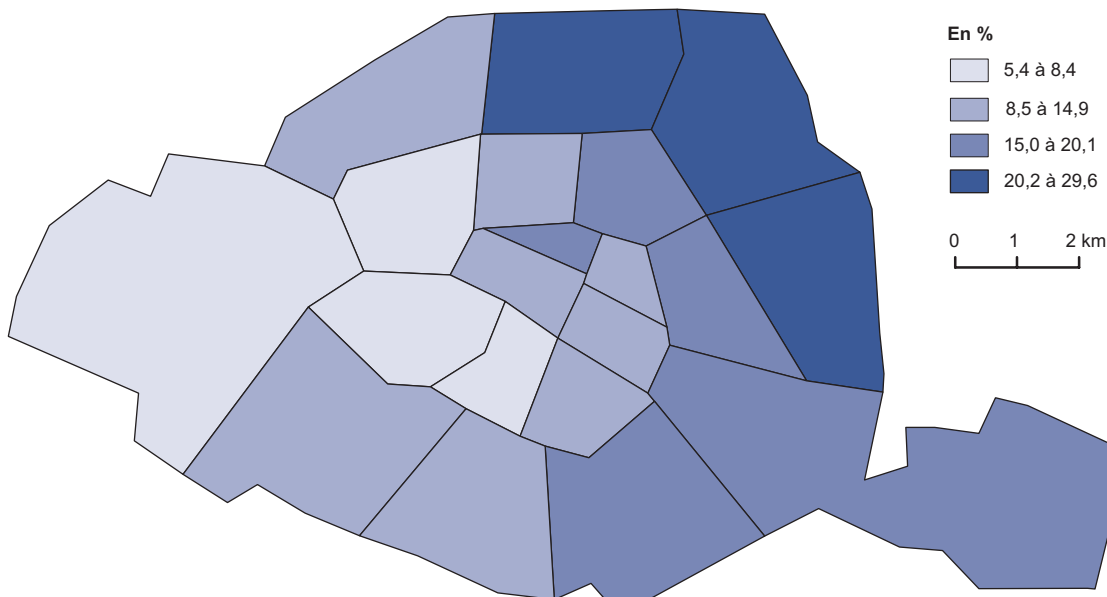
Fig.6 Statut d'occupation des demandeurs de logement en Ile-de-France en 2006



Sources : IAU Île-de-France, Insee, DREIF, 2009.

La demande de logement de la part des familles parisiennes est plus forte dans le 18^{ème} arrondissement où elle concerne près d'un tiers des familles qui y vivent (29,6%). Cette proportion dépasse les 20% dans le 19^{ème} et le 20^{ème} (respectivement 22,9% et 22,6%). Les familles les moins demandeuses de logement social sont celles qui vivent dans les 6^{ème} (6,4%), 7^{ème} (5,4%), 8^{ème} (5,8%) et 16^{ème} (8,4%) arrondissements (carte 4).

Carte 4 Part des familles parisiennes ayant fait une demande de logement social à Paris par arrondissement en 2008



Source : Ville de Paris-DHL, exploitation Apur, ORS Ile-de-France, 2010.

Le dispositif parisien

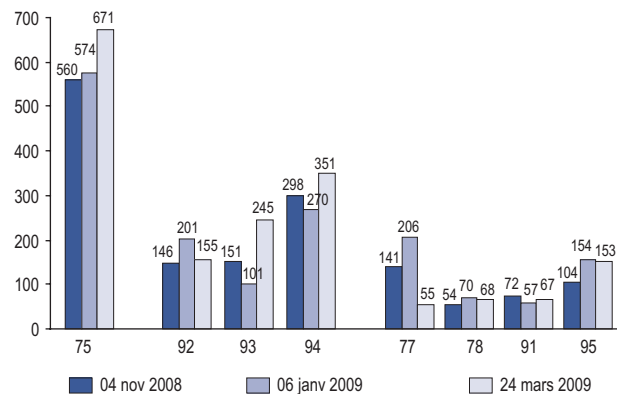
Le dispositif d'hébergement d'urgence parisien déborde les limites de Paris

Selon le rapport de l'IGAS paru en février 2009⁶ Paris mobilise 65,0% des capacités régionales d'hébergement d'urgence, tandis que 39,3% seulement de l'hébergement régional est implanté dans Paris. En effet, même s'il reste réservé à des personnes initialement domiciliées à Paris, le dispositif d'urgence et de stabilisation parisien se répartit sur un territoire qui englobe d'autres départements franciliens. La proche couronne est particulièrement concernée, notamment pour les chambres d'hôtel. En revanche, le dispositif d'insertion parisien (cf. encadré dispositif) reste localisé dans la capitale.

Plus de demandes d'hébergement au Samusocial (115) à Paris que dans les autres départements d'Ile-de-France

Selon la MIPES⁴, Paris enregistre 2 à 4 fois plus de demandes que la proche couronne, écart encore plus prononcé avec la grande couronne. Cependant, si l'on rapporte à la population générale adulte des départements le nombre moyen d'appels sur ces trois jours, le taux de sollicitation du 115 pour un

Fig.7 Nombre de personnes sollicitant un hébergement aux Samusocial départementaux (115) au cours de 3 journées entre novembre 2008 et mars 2009 à Paris, proche et grande couronne



Source : MIPES, recueil statistique relatif à la pauvreté et à la précarité en Ile-de-France, 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

hébergement s'élève en moyenne à 3 pour 10 000 par jour à Paris. Il varie de 1 pour 10 000 par jour (Hauts de Seine) à 3 pour 10 000 par jour (Val de Marne) en proche banlieue, et est globalement inférieur à 1 pour 10 000 par jour en grande couronne (fig. 7).

Sources d'information

Plusieurs études permettent de mieux connaître le recours à l'hébergement d'urgence.

L'étude de population de l'Insee en 2001 concerne les personnes sans abri rencontrées dans une structure d'hébergement, d'accueil de jour, ou de distribution de repas.

L'enquête nationale *Etablissements sociaux ES 2004* réalisée en 2005 par la Drees auprès des établissements et services accueillant des adultes et des familles en difficulté sociale, s'attache notamment à connaître l'accueil dans les sections d'urgence des CHRS.

En 2009, l'enquête *Samenta*, réalisée par l'Observatoire du Samusocial de Paris et l'Inserm, reprend la méthodologie de l'enquête Insee 2001, en s'attachant à l'étude des addictions et de la santé mentale auprès des personnes francophones sans logement personnel en Ile-de-France.

La Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale (MIPES) recense le nombre d'appels au Samusocial (115) concernant une demande d'hébergement au cours de trois journées : le 4 novembre 2008, le 6 janvier 2009 et le 24 mars 2009.

Le dispositif d'accueil et d'hébergement

Le premier accueil et l'hébergement d'urgence sont assurés notamment par le Samusocial, des services d'accueil et d'orientation, des équipes mobiles et de centres d'accueil de jour, ainsi que des centres d'hébergement d'urgence.

L'hébergement d'insertion, assuré notamment par les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), « est accompagné par des prestations de stabilisation et d'insertion dans la vie sociale, l'emploi et le logement »⁷. Des associations ou organismes peuvent aussi proposer des logements pour des périodes limitées associés à un accompagnement de la personne, et sont alors conventionnés au titre de l'Aide au logement temporaire (ALT).

Le plan d'action renforcé pour les sans abris (PARSA)

Cette disposition du gouvernement en date du 8 janvier 2007 instaure la mise en œuvre du principe de continuité de la prise en charge, et le développement de l'hébergement de stabilisation. Le plan vise une restructuration du dispositif d'hébergement où « la frontière avec l'hébergement d'insertion tend à devenir ténue »⁶.

Accroissement de l'hébergement en hôtel

Dans les situations d'urgence, compte tenu de la présence de jeunes enfants, les services sociaux sont conduits, notamment dans l'agglomération parisienne, à recourir à l'hébergement en hôtel. La Cour des comptes pointe l'impossibilité de chiffrer le nombre de personnes concernées, plusieurs financements étant possibles et éventuellement superposables⁷. Cet hébergement peut contribuer à éviter des conditions de vie pouvant mettre l'enfant en danger, et à ce titre il peut être financé au moins en partie au titre de l'Aide sociale à l'enfance. Les familles qui ne peuvent pas en bénéficier se tournent le plus souvent vers le Samusocial ou la Coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asile (Cafda).

Parmi les personnes sans logement la proportion des personnes hébergées en hôtel augmente : elle était de 9,0% dans l'étude Insee en 2001, et passe à 16,4% en 2009 selon l'étude Samenta, qui attribue cette hausse à la probable augmentation « du nombre de familles migrantes (en particulier des femmes avec enfants) sans logement personnel en Ile-de-France »⁸ (tab. 5).

Les jeunes de moins de 25 ans

Près de 15% des adultes hébergés par le Samusocial de Paris ont moins de 25 ans

En 2008, selon les chiffres publiés par la MIPES, le Samusocial de Paris a hébergé 11 321 adultes : 7 854 isolés et 3 467 en famille (cf. encadré ci-dessous). Les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans étaient au nombre de 1 640. Leur part dans la population adulte totale hébergée est de 14,8%, mais elle est plus importante parmi les personnes hébergées en famille (20,0%) que parmi les personnes isolées (12,4%) (fig. 8).

Les 18-24 ans sans logement davantage hébergés en établissement qu'en hôtel

La proportion de jeunes adultes est plus élevée parmi la population hébergée dans les établissements que parmi celle dans les hôtels. Dans l'étude Samenta, l'hébergement en 2009 des adultes de moins de 25 ans se répartit à 64,0% en dispositif d'insertion, 24,3% en dispositif d'urgence, 11,7% en hôtel⁸.

En Ile-de-France, les adultes sans logement de moins de 25 ans fréquentant les dispositifs d'urgence sont majoritairement des femmes

L'enquête Samenta⁸ estime le nombre de jeunes Franciliens sans logement personnel à 3 619 (correspondant selon l'étude à 17,0% des adultes sans logement en Ile-de-France). 57,2% d'entre eux sont des femmes, alors qu'elles représentent 39,4% de la population totale sans logement en Ile-de-France selon cette même étude en 2009.

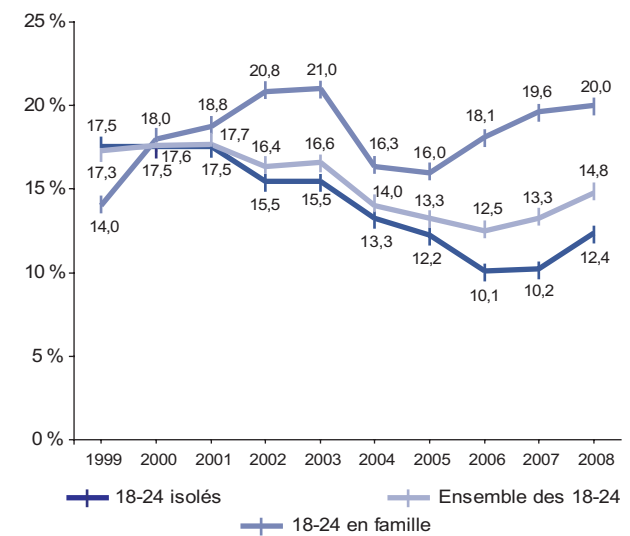
Le **Samusocial de Paris** entend par « *famille* », la cellule familiale la plus stricte, c'est-à-dire parent(s) et enfant(s) mineur(s), ou encore une femme enceinte de plus de trois mois. Contrairement à l'hébergement d'urgence pour les personnes seules (dites « *isolées* »), l'hébergement des familles s'inscrit dans une continuité qui peut durer plusieurs années. Les hébergements du Samusocial de Paris ne se situent pas toujours dans Paris, mais concernent également des places en banlieue.

Tab.5 Evolution du nombre de personnes hébergées en famille par le Samusocial de Paris, et répartition hommes / femmes / enfants, entre 1999 et 2008*

Année	Personnes hébergées en famille	Hommes		Femmes		Enfants	
		n	%	n	%	n	%
1999	1 835	360	19,6	560	30,5	915	49,9
2000	4 160	869	20,9	1 207	29,0	2 084	50,1
2001	3 512	550	15,7	1 148	32,7	1 814	51,6
2002	4 704	711	15,1	1 533	32,6	2 460	52,3
2006	7 576	1 077	14,2	2 737	36,1	3 762	49,7
2007	7 616	1 146	15,0	2 717	35,7	3 753	49,3
2008	6 980	1 004	14,4	2 463	35,3	3 513	50,3

Source : Observatoire du Samusocial de Paris, exploitation MIPES 2009.
* Le recueil de données en 2003, 2004 et 2005 ne comprenant pas la totalité des hébergements, ces résultats n'ont pu être pris en compte.

Fig.8 Evolution entre 1999 et 2008 du pourcentage de 18-24 ans parmi les adultes hébergés par le Samusocial de Paris selon le statut (isolé/famille)



Source : Observatoire du Samusocial de Paris, 2009, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Les jeunes femmes sans logement sont majoritairement des mères de famille

Selon l'étude Samenta, 51,1% des femmes de moins de 25 ans sans logement personnel ont au moins un enfant, tandis que cela ne concerne que 8,3% des hommes du même âge. Ceux-ci vivent moins souvent que les femmes avec leurs enfants (24,2% des hommes contre 92,3% des femmes).

Les femmes

Plus de 40% de femmes hébergées en section d'urgence dans les CHRS

D'après l'enquête ES 2004, la population accueillie « en urgence » en CHRS est constituée à 41,0% de femmes et à 59,0% d'hommes. Si les adultes seuls constituent la première population hébergée en section d'urgence et qu'elle est surtout masculine, les adultes avec enfant sont majoritairement des femmes. D'après l'étude, 60,0% des adultes accueillis sont sans enfant, mais 69% des adultes avec enfant sont des femmes.

Les femmes et les familles avec enfant(s) sont majoritairement hébergées en hôtel

Par ailleurs, en Ile-de-France en 2009, l'enquête Samenta⁸ montre que les femmes vivant avec au moins un enfant dans des dispositifs d'hébergement sont nettement plus représentées dans les structures d'insertion et les hôtels que dans les structures d'urgence. Ainsi parmi les personnes rencontrées en hôtel, 73,4% sont des femmes. Les familles avec au moins un enfant représentent 89,5% des personnes en hôtel, 44,0% de l'effectif dans les structures d'insertion, et 13,4% dans les dispositifs d'urgence⁹ (tab. 6).

La majorité des adultes hébergés en hôtel sont nés à l'étranger

En 2009, selon l'enquête Samenta de l'Observatoire du Samusocial de Paris, les personnes nées à l'étranger représentent 89,5% des personnes hébergées en hôtel. Dans les dispositifs d'urgence et d'insertion, la part des personnes nées à l'étranger est respectivement de 58,4% et de 51,2% (tab. 6).

Tab.6 Pourcentage de femmes, de familles avec au moins un enfant, et de personnes nées en France selon le dispositif d'hébergement : urgence, insertion, hôtel, en 2009, en Ile-de-France (en %)

	Femmes	Personnes nées en France	Familles avec au moins un enfant
Urgence (n=10 600)	15,2	41,6	13,4
Insertion (n=7 750)	47,8	48,8	44,0
Hôtels (n=2 850)	73,4	10,5	89,5

Source : Présentation de l'étude Samenta aux Journées scientifiques de l'Observatoire du Samusocial de Paris, 2009.

L'hébergement des familles par le Samusocial dure plus longtemps et concerne une majorité de mères

Le Samusocial de Paris héberge en urgence de nombreuses familles. En 2008, l'ensemble des personnes hébergées en famille par le Samusocial de Paris atteint le chiffre de 6 980 : 3 467 adultes et 3 513 enfants (tab. 5). Ces personnes ont pu être hébergées alternativement en hôtel ou en centre d'hébergement d'urgence dans la même année. Les femmes représentent 71,0% des adultes et 59,2% d'entre elles vivent seules avec leur(s) enfants. L'âge moyen de l'adulte hébergé en famille au 115 tend à baisser : 34,1 ans en 1999, contre 31,8 ans en 2008 selon l'Observatoire du Samusocial de Paris. Celui-ci note par ailleurs un allongement de la durée d'hébergement des familles : ainsi, en 2008, 46,7% des adultes « en famille » étaient entrés dans le dispositif en 2007 ou plus tôt, contre 53,3% entrés au cours de l'année 2008. En 2000, 94,0% des personnes étaient entrées dans le dispositif au cours de l'année, passant à 79,3% en 2002.

Références :

- 1 - Etat des lieux de la pauvreté et de l'exclusion en Ile-de-France en 2008, Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Ile-de-France (Mipes), 2009.
- 2 - L'état du mal-logement en France, 15^{ème} rapport annuel, Fondation Abbé Pierre, 2010.
- 3 - Les conditions d'hébergement en Ile-de-France en 2006, IAU, Insee, DREIF, Edition 2009.
- 4 - Recueil statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Ile-de-France au 31 décembre 2008, Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Ile-de-France (Mipes), 2009.
- 5 - Mainguené A. L'hébergement d'urgence dans les CHRS, Etudes et résultats, n° 620, Drees, 2008.
- 6 - Rougier I. Développer la fluidité des parcours de l'hébergement au logement, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 2009.
- 7 - Rapport public thématique sur les personnes sans domicile, Cour des Comptes, 2007.
- 8 - Laporte A. (dir.), Chauvin P. (dir.). Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Ile-de-France (Samenta), Observatoire du Samusocial de Paris, Inserm, 2010.
- 9 - Journées scientifiques de l'Observatoire du Samusocial de Paris, 2009.

2. Planification familiale

2.1. Sexualité, risques et prévention	75
2.2. Recours à l'IVG et grossesses non prévues	87
2.3. Violences faites aux femmes	93
2.4. Conduites addictives	103

Sexualité, risques et prévention

Connaissances des risques et des moyens de contraception

- > Plus de neuf Franciliens sur dix perçoivent le préservatif comme le moyen de protection le plus efficace pour éviter la transmission du VIH.
- > Des croyances erronées des modes de transmission du VIH sont encore importantes, en particulier chez les moins diplômés.
- > D'importantes lacunes et idées reçues sur les méthodes contraceptives se retrouvent dans les déclarations des Français.

Activité sexuelle

- > L'âge au premier rapport sexuel est de 17,5 ans pour les hommes et 17,8 ans pour les femmes en France.
- > Une proportion de multipartenaires plus élevée à Paris.

Prévention des IST et des grossesses non prévues

- > Près de trois jeunes femmes sur dix de 18-24 ans à Paris déclarent avoir fait un test de dépistage du VIH au cours des douze derniers mois.
- > Un quart des Franciliennes de moins de 35 ans n'utilise pas de préservatif et 15% n'ont pas de contraception lors du premier rapport sexuel.
- > Près de 5% des femmes en âge de procréer et sexuellement actives n'utilisent pas de contraception.
- > Près de 60% des recours à la contraception d'urgence font suite à une erreur de contraception et 22,7% à des rapports sans contraception.

Infections sexuellement transmissibles (IST)

- > Un taux de prévalence de *Chlamydia trachomatis* autour de 9% chez certains groupes à risque à Paris.
- > Un taux de découverte de séropositivité au VIH particulièrement élevé à Paris (58,77 pour 100 000 habitants pour un taux national de 10,25).

Contexte

Depuis la loi Neuwirth en date du 28 décembre 1967 et ses décrets d'application de 1972, le recours à la contraception médicale est autorisé en France. Des mesures spécifiques ont été prises pour faciliter l'accès des jeunes à la contraception. Depuis 1974, les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont habilités à délivrer des contraceptifs aux mineures, sur prescription médicale et à titre anonyme et gratuit. La loi du 13 décembre 2000 autorise l'accès libre, gratuit et anonyme aux mineures dans les pharmacies de ville. De plus, elle autorise les infirmières scolaires à délivrer la contraception d'urgence aux élèves des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse. En 2001, la loi du 4 juillet relative à la contraception et à l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) ne soumet plus la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs à des mineurs au consentement de leurs parents ou de leur représentant légal. Elle prescrit également des séances obligatoires d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées, ainsi que dans les structures accueillant des personnes handicapées.

Alors que les hommes débutaient plus tôt leur vie sexuelle que les femmes, l'écart d'âge au moment de l'entrée dans la sexualité entre les hommes et les femmes se réduit : ainsi, selon le Baromètre santé 2005¹, l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,5 ans pour les hommes et de 17,8 ans pour les femmes pour les générations nées en 1985/1987. Dans la population sexuellement active, le multipartenariat, c'est-à-dire le fait d'avoir déclaré plusieurs partenaires dans l'année, concerne davantage les hommes que les femmes. Cela concerne surtout la population de moins de 30 ans, notamment celle qui ne vit pas en couple.

La contraception aujourd'hui en France est marquée à la fois par l'utilisation du préservatif par les jeunes, et par une forte médicalisation de la contraception féminine au cours de la vie. L'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel a fortement augmenté au début des années 1990, pour se stabiliser à plus de 80% depuis 1995. En 2005¹, 86% des femmes de 15-54 ans déclarant utiliser un moyen pour éviter une grossesse disent employer une méthode médicalisée : pour 58% d'entre elles il s'agit de la pilule, et pour 24% du stérilet ; 14% des femmes déclarent utiliser une contraception non médicalisée, principalement le préservatif (11%).

Depuis l'accès à la contraception d'urgence sans ordonnance en 1999, le recours à la contraception d'urgence a augmenté : il est passé de 10% à 17% en 2005 pour les femmes de 15 à 49 ans. Près d'un tiers des femmes âgées de moins de 25 ans en 2005 y ont déjà eu recours¹.

Les données récentes^{2,3} attestent d'un niveau de connaissance des risques de transmission du VIH qui tend à s'améliorer en 2004 par rapport au début des années 2000, tandis qu'on constate une moindre adoption des comportements de prévention, notamment au travers d'une recrudescence de certaines IST chez les hommes et chez les femmes.

L'infection uro-génitale à *Chlamydia trachomatis* est l'infection bactérienne la plus fréquente chez la femme qui, en l'absence de traitement, peut être à l'origine de grossesses extra-utérines et de stérilité tubaire. Chez l'homme, comme chez la femme, elle favorise la contamination par d'autres IST. Sa propagation et sa gravité découlent de son caractère généralement asymptomatique, à l'origine de découverte souvent tardive. Selon l'enquête NatChla⁴ la prévalence des infections à *Chlamydia trachomatis* en France est estimée, à 18-29 ans, à 3,2% chez les femmes et à 2,5% chez les hommes. Elle est de moins de 1% à 30 ans et plus.

La recrudescence de la syphilis au début des années 2000, notamment à Paris chez les hommes homosexuels et infectés par le VIH, a conduit à la mise en œuvre d'un système de surveillance. Le nombre de cas en 2007 et 2008 semble marquer un léger recul⁵. Si la proportion d'homo-bisexuels masculins demeure au-dessus de 80%, les profils des personnes ayant une syphilis précoce évoluent légèrement : moins d'homosexuels masculins, plus de patients séro-négatifs pour le VIH. Chez la femme enceinte, une syphilis méconnue peut-être à l'origine d'un avortement, d'une mort fœtale, d'une naissance prématurée ou d'un enfant porteur d'une syphilis congénitale.

En France, le nombre total de personnes infectées par le VIH est estimé par l'InVS entre 110 000 et 140 000 et, depuis 2003, 6 000 à 8 000 personnes découvrent leur séropositivité chaque année. Après une diminution significative entre 2005 et 2007, ce nombre s'est stabilisé en 2008 autour de 6 500 nouveaux cas annuels. L'interprétation de ces données d'évolution doit cependant être prudente. Elle dépend de l'exhaustivité des déclarations obligatoires (sous-déclaration), mais aussi des recours au dépistage⁶.

L'hépatite B est une maladie infectieuse du foie potentiellement grave en raison d'un passage à la chronicité dans 2 à 10% des cas, avec des risques d'évolution vers une cirrhose et un cancer du foie. L'hépatite B se transmet par voie sexuelle, par le sang et au fœtus par la mère infectée (750 à 1 500 enfants seraient infectés en France chaque année en l'absence de vaccination à la naissance)⁷.

Connaissances des risques et des moyens de contraception

Connaissances sur le VIH/sida

Deux modes certains de transmission du VIH sont largement connus des franciliens...

Selon l'enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida (KABP) en 2004, plus de 99% des Franciliens savent que la transmission du VIH est possible lors « de rapports sexuels sans préservatif » et lors « d'une piqûre de drogue avec une seringue déjà utilisée ». Le même niveau de connaissance s'observe au niveau national.

... mais la proportion de croyances erronées est importante

Une proportion importante de Franciliens continue de penser que l'on peut être contaminé par le VIH en donnant son sang (35,7%) et par une piqûre de moustique (19,5%). La proportion de Franciliens pensant que la transmission est possible en buvant dans le verre d'une personne contaminée est de 7,2%. Par ailleurs, 16,4% des Franciliens pensent que la transmission du VIH est possible lors de rapports sexuels avec préservatif.

Une meilleure connaissance des modes de transmission du VIH parmi les Franciliens ayant un niveau d'étude élevé

Il existe une corrélation entre niveau d'étude et niveau de connaissance des modes de transmission du VIH. Ainsi, selon l'enquête KABP 2004, les Franciliens sans diplôme sont 34,4% à penser que le virus peut se

transmettre par piqûre de moustique et 12% en buvant dans le verre d'une personne, contre respectivement 14,9% et 5,8% des Franciliens titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur. De plus 69,2% des personnes sans diplôme pensent que la transmission du VIH est possible en donnant son sang contre 24,8% des diplômés du supérieur.

Le préservatif masculin perçu comme le moyen de protection le plus efficace contre le virus du sida

Selon l'enquête KABP, en Ile-de-France comme en France, le préservatif masculin est cité comme le moyen le plus efficace en prévention du VIH. C'est le cas de 93,9% des Franciliens en 2004 (et 94,3% au niveau national). Ce pourcentage est cependant en léger recul par rapport à 1992 (96,6% en Ile-de-France).

Un peu plus d'un Francilien sur deux connaît l'existence d'un Centre de dépistage anonyme et gratuit

En 2004, 51,5% des personnes vivant en Ile-de-France connaissent l'existence des Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), selon l'enquête KABP. La probabilité de connaître ces centres est un peu plus élevée pour les moins de 25 ans (54,6% contre 50,7% pour les 25-39 ans, et 51,0% pour les 40-54 ans), et surtout pour les personnes connaissant dans leur entourage proche une personne séropositive ou malade du sida (64,5% contre 46,6% de celles n'ayant pas de proche touché).

Les sources d'information

Le Baromètre santé 2005¹

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) réalise, depuis 1992, des enquêtes sur les comportements, connaissances et opinions des Français en matière de santé, intitulées les Baromètres santé. Le Baromètre santé 2005 a porté sur des personnes âgées de 12 à 75 ans. L'ORS Ile-de-France a réalisé des analyses régionales et départementales sur les populations concernées par cette étude : les personnes de 15-24 ans, pour lesquelles un sur-échantillon francilien avait été réalisé afin de disposer d'un effectif plus important, et les adultes de 25-49 ans.

L'enquête nationale Connaissances, attitudes, croyances et comportements (KABP) face au VIH/sida², est réalisée depuis 1987 tous les trois ans environ par l'ORS Ile-de-France. Elle permet de suivre l'évolution des perceptions et des comportements face au VIH/sida dans la population générale adulte, en tenant compte des nouveaux enjeux et contextes de l'épidémie. Les exploitations portent sur l'Ile-de-France³ et la France. L'enquête 2010 est actuellement en cours.

Contexte de la sexualité en France (CSF) 2006⁶, enquête réalisée sous la responsabilité scientifique de l'Inserm et l'Ined, et coordonnées par l'ORS Ile-de-France, fait suite à l'enquête Analyse des comportements sexuels en France (ACSF) en 1992. Elle vise à mieux connaître les pratiques sexuelles et les conditions sociales d'exercice de la sexualité et des prises de risque, en privilégiant une approche santé et sexualité, qui va au-delà de la dimension de la gestion du risque d'infection par le VIH. L'ORS d'Ile-de-France a publié une exploitation régionale de cette enquête⁹.

Les Français et la contraception : Afin de dresser un état des lieux des connaissances et des opinions de la population par rapport aux moyens de contraception, l'Inpes et l'Institut BVA ont réalisé une enquête téléphonique auprès d'un échantillon national de 2 004 personnes, représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans en 2007. Cette étude permet de disposer de données uniquement au niveau national¹⁰.

Connaissances des moyens de contraception

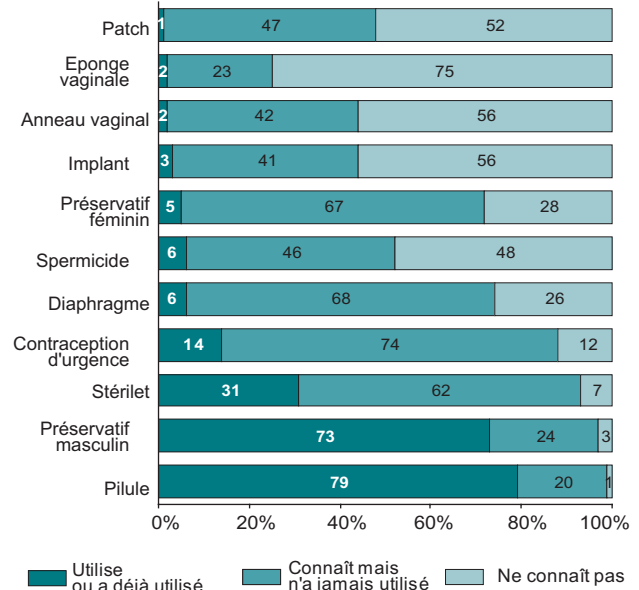
Les différentes méthodes de contraception sont inégalement connues et utilisées en France

Une enquête nationale Inpes-BVA en 2007 sur les Français et la contraception¹⁰ permet de mieux saisir les niveaux de connaissance et d'utilisation des méthodes de contraception par les hommes et les femmes. En dehors de la pilule et du préservatif masculin, qui sont les deux méthodes les plus connues et les plus utilisées, le stérilet est bien connu des Français (93%), et 31% disent l'utiliser (fig. 1).

Importantes lacunes et idées reçues sur les méthodes contraceptives en 2007 en France

Le stérilet reste considéré comme une méthode d'arrêt de la fécondité, quand le nombre d'enfants désirés est atteint. Pour 50% des personnes interrogées, on ne peut utiliser le stérilet qu'après avoir eu au moins un enfant. Parmi celles qui connaissent les nouvelles méthodes de contraception, une bonne part n'en saisissent pas les modalités d'utilisation. Ainsi, par exemple, 59% des personnes qui déclarent connaître l'implant contraceptif ignorent sa durée d'efficacité. Parmi les Français qui connaissent la contraception d'urgence, plus du tiers (35%) pensent qu'elle

Fig.1 Connaissance et utilisation des moyens de contraception des hommes et des femmes en France en 2007 (en %)



Source : Inpes-BVA, 2007.

concerne les femmes de moins de 25 ans et 5% seulement savent qu'elle peut être utilisée jusqu'à 72 heures après un rapport non protégé.

Activité sexuelle

L'âge au premier rapport sexuel en baisse chez les femmes

L'âge au premier rapport sexuel n'a pas changé pour les hommes selon le Baromètre santé 2005 : pour ceux nés entre 1960 et 1964, l'âge médian est de 17,6 ans contre 17,5 ans pour ceux nés entre 1985 et 1987. Pour les femmes des mêmes générations, l'âge médian au premier rapport sexuel est passé de 18,5 ans à 17,8 ans. Hommes et femmes débute désormais leur vie sexuelle au même âge.

Une proportion plus élevée de multipartenaires à Paris

Avoir eu plusieurs partenaires successivement ou simultanément au cours de l'année augmente le risque d'exposition aux IST. La majorité des hommes âgés de moins de 25 ans vivant à Paris déclarent plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois (51,4%). Parmi les Parisiens de 25 à 34 ans, ils sont 26,1%, et 20,9% parmi les 35 à 49 ans, contre respectivement 14,1% et 8,3% en France. Pour les femmes, ce sont surtout les moins de 25 ans et les plus de 35 ans vivant

Tab.1 Proportion de personnes ayant eu deux partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois à Paris, en Ile-de-France et en France (en % des personnes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois)

	Paris	Ile-de-France hors Paris	p*	Ile-de-France	France
Hommes					
15-24 ans	51,4	41,2	NS	43,1	39,1
25-34 ans	26,1	16,3	S*	19,0	14,1
35-49 ans	20,9	11,0	S*	12,8	8,3
Femmes					
15-24 ans	28,9	18,0	S*	20,6	19,1
25-34 ans	13,1	7,3	NS	8,4	5,7
35-49 ans	7,4	2,7	S**	3,5	3,3

Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010. p* Significativité du test comparant Paris et l'Ile-de-France hors Paris. NS Non significatif, S* p<0,05, S** p<0,01.

à Paris qui se distinguent : 28,9% des Parisiennes de 15 à 24 ans ont eu au moins deux partenaires dans l'année écoulée, contre 19,1% au même âge au niveau national. Parmi les 35-49 ans, elles sont 7,4% à Paris contre 3,3% en France (tab. 1).

Prévention des IST et des grossesses non prévues

Le premier rapport sexuel

A Paris comme dans toute la France, plus de 80% des personnes déclarent utiliser un préservatif lors de leur premier rapport sexuel

Selon le Baromètre santé 2005, à partir du milieu des années 1990, l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel a dépassé les 80%. Les premiers rapports ayant eu lieu avant 1988 étaient protégés par un préservatif pour 18,1% des hommes et 12,1% des femmes, alors que pour la période 2002-2005, c'est le cas pour 87,6% des hommes et 84,2% des femmes.

Les Parisiens se différencient peu des autres Franciliens pour l'usage du préservatif au premier rapport sexuel

Peu de différences sont mises en évidence entre Paris et le reste de l'Ile-de-France pour l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel, excepté pour les hommes de 25-34 ans qui à Paris, sont plus nombreux qu'en Ile-de-France hors Paris à avoir déclaré utiliser un préservatif lors du premier rapport sexuel (75,2% contre 62,3%) (fig. 2).

Les femmes à Paris et en Ile-de-France sont un peu moins nombreuses que les hommes à déclarer une utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, les différences observées ne sont pas significatives (fig. 2).

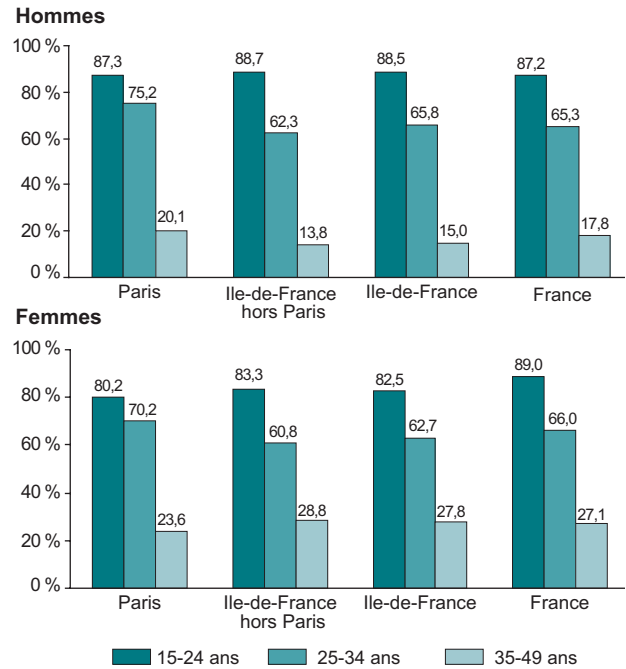
Une absence totale de contraception au premier rapport sexuel pour 15% des Franciliennes de moins de 35 ans

Selon les résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF), 15,5% des Franciliennes de moins de 35 ans n'ont utilisé aucune méthode de contraception lors du premier rapport sexuel. Au niveau national, les femmes sont une sur dix dans ce cas. De plus, 8,7% des Franciliennes de moins de 35 ans utilisent la pilule au premier rapport sans lui associer le préservatif (tab. 2).

Moins de premiers rapports sexuels sans contraception chez les plus jeunes femmes par rapport aux aînées à Paris comme en France

Les résultats observés dans l'étude CSF sont confirmés dans les analyses du Baromètre santé 2005. Ainsi, la couverture contraceptive du premier rapport sexuel des Parisiennes âgées de 15 à 24 ans en 2005 est de 87,1%. Les femmes de 35-49 ans étaient beaucoup moins bien protégées lors de leur premier rapport sexuel : moins d'une Parisienne sur deux était dans ce cas (fig. 3).

Fig.2 Proportion de personnes ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel à Paris, en Ile-de-France et en France (en % des personnes ayant déjà eu un rapport sexuel avec pénétration)



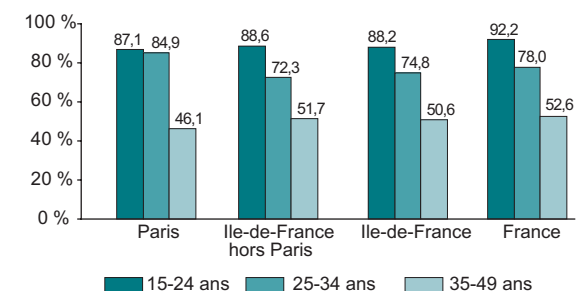
Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.2 Méthodes de contraception lors du 1^{er} rapport sexuel des Franciliennes de 18-34 ans (en %)

	IDF (n=492)	France (n=2831)
Pilule et préservatif	27,8	29,3
Préservatif	45,8	48,6
Pilule	8,7	10,7
Autre	2,2	1,3
Pas de méthode	15,5	10,1

Source : ORS Ile-de-France - Enquête CSF 2006.

Fig.3 Proportion de femmes ayant utilisé une contraception lors du premier rapport sexuel (en % des femmes ayant déjà eu un rapport sexuel avec pénétration)



Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Comportements à risque et évolution de la contraception au cours de la vie

Un Francilien sur dix est confronté au refus du partenaire d'utiliser un préservatif

Selon l'enquête KABP 2004, 9,1% des Franciliens ont été confrontés au refus d'un partenaire d'utiliser un préservatif au cours des cinq années écoulées. Cette situation est aussi souvent déclarée par les hommes (7,9%) que par les femmes (10,3%). Au niveau national, 5,3% des hommes et 8,7% des femmes ont été confrontés à un refus.

Près de 5% des femmes en âge de procréer et sexuellement actives n'utilisent pas de contraception

Selon le Baromètre santé 2005¹¹, 4,6% des femmes de 15 à 49 ans ayant déclaré des rapports sexuels au cours des douze derniers mois et n'étant ni enceintes, ni stériles et ne désirant pas une grossesse, déclarent ne rien faire, ou pas systématiquement, pour éviter une grossesse.

Abandon du préservatif au cours de la relation au profit d'autres modes de contraception

Selon l'enquête CSF, environ une Francilienne sur cinq (21,3%) et près d'un Francilien sur trois (30,6%) déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Cette proportion est d'autant plus élevée que le rapport a eu lieu avec un nouveau partenaire ou un partenaire non cohabitant. Ainsi, chez les femmes, 13,2% déclarent une utilisation du préservatif avec le partenaire cohabitant, contre 23,3% pour les relations sans cohabitation, et 59,7% dans le cas d'une relation débutée récemment (moins de trois mois) (tab. 3).

En Ile-de-France, les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, notamment quand il s'agit d'un nouveau partenaire (86,1%). Dans le cadre de relation avec le cohabitant les hommes et les

femmes ont une déclaration d'usage du préservatif comparable (tab. 3).

La pilule est le mode de contraception le plus utilisé

Parmi les femmes de 15 à 49 ans ni enceintes, ni stériles, ne désirant pas une grossesse et qui prennent une contraception, 58,7% utilisent la pilule comme méthode contraceptive. Chez les plus jeunes femmes, la prise de la pilule concerne 78,1% des 15-19 ans, et 87,7% des 20-24 ans (fig. 4)¹¹.

Le stérilet davantage utilisé après 35 ans

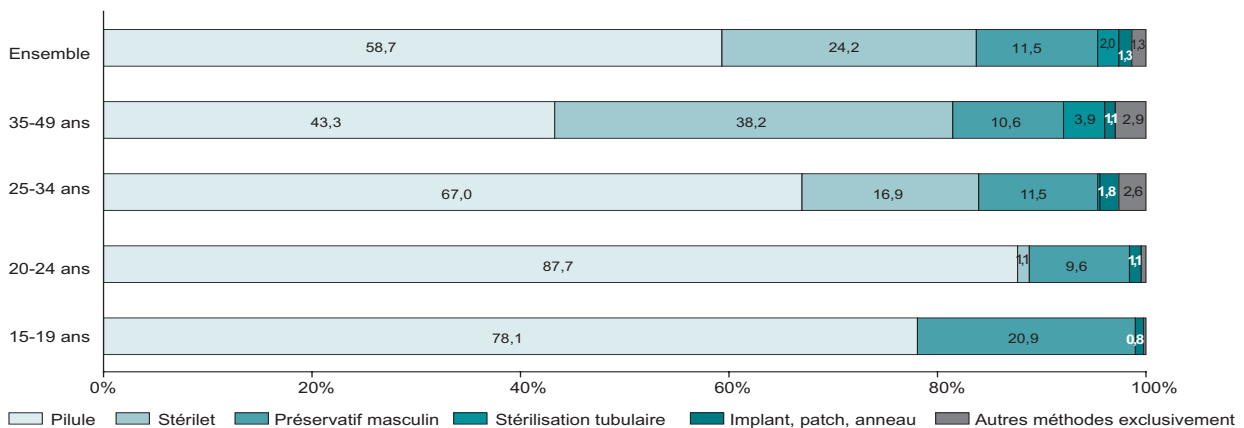
Chez les jeunes femmes de moins de 25 ans, le stérilet n'est pratiquement pas utilisé : pas du tout chez les 15-19 ans et 1,1% chez les 20-24 ans. Entre 25 et 34 ans, 16,9% des femmes l'utilisent. La proportion passe à 38,2% pour les 35-49 ans (fig. 4). L'usage du stérilet reste associé au fait d'avoir déjà eu des enfants. Ainsi, son utilisation par des femmes nullipares est rare (2,4%) alors que 34,4% de celles qui ont déjà un enfant l'utilisent¹.

Tab.3 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel au cours de l'année des Franciliens de 18-54 ans selon le type de partenaire (en %)

	Femmes	Hommes	Ensemble
Cohabitant	13,2	11,5	12,4
Privilegié	23,3	37,9	30,0
Nouveau (- 3 mois)	59,7	86,1	75,9
Autres	46,1	63,7	56,1
Ensemble	21,3	30,6	26,0

Source : ORS Ile-de-France - Enquête CSF 2006.

Fig.4 Principales méthodes de contraception utilisées selon l'âge en France, parmi les femmes de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive (en %)



Source : Inpes Baromètre santé 2005.

Recours à la contraception d'urgence

En 2005, le recours à une contraception d'urgence au cours de la vie a presque doublé en France par rapport à 2000

Selon les données du Baromètre santé¹¹, 8,9% des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives ont eu recours au moins une fois à la contraception d'urgence au cours de leur vie en 2000. En 2005, cette proportion passe à 15,2%. Si cette hausse concerne toutes les classes d'âge, c'est chez les plus jeunes qu'elle est la plus sensible. Ainsi, en 2005, 31,5% des 15-19 ans et 31,8% des 20-24 ans ont eu recours à la contraception d'urgence au cours de la vie, contre respectivement 12,2% et 16,0% en 2000 (fig. 5).

Le recours à la contraception d'urgence dans l'année a lieu plus souvent avant 20 ans

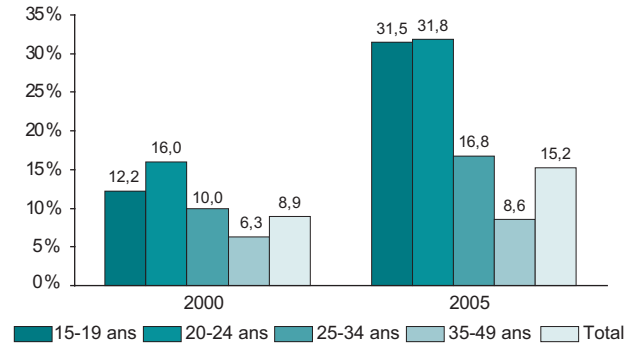
Parmi les femmes sexuellement actives, les jeunes de 15 à 19 ans sont plus nombreuses à déclarer un recours à la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois. Elles sont en effet 19,2%, alors que cette proportion est de 9,5% chez les 20-24 ans, 3,3% chez les 25-34 ans, et 1,1% après 35 ans (fig. 6)¹¹.

La majorité des femmes (85,1%) ayant eu recours à la contraception d'urgence au cours de l'année 2005 se sont procuré la méthode en pharmacie, sans prescription médicale.

Le recours à la contraception d'urgence survient en majorité suite à une erreur de contraception

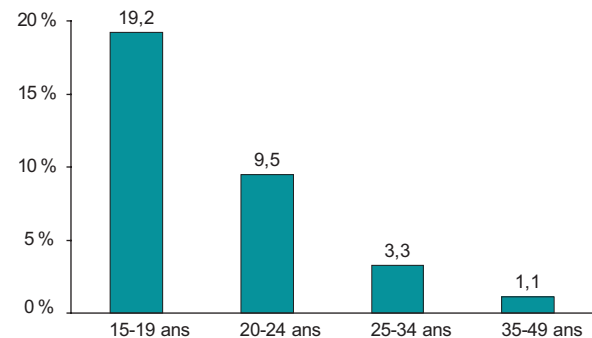
Parmi les femmes ayant eu recours à la contraception d'urgence au cours des douze derniers mois, une majorité évoque une erreur de contraception : un oubli de pilule pour 30,1% et un problème avec le préservatif pour 30,7%. Ces erreurs se produisent davantage avant 35 ans qu'après, les jeunes avant 20 ans rencontrant plutôt des problèmes avec le préservatif, tandis que pour les 20-24 ans il s'agit plutôt d'oublis de pilule (tab. 4). Dans 22,7% des cas, le recours à la contraception d'urgence fait suite à des

Fig.5 Proportion de femmes de 15 à 49 ans déclarant avoir eu recours à une contraception d'urgence au cours de la vie parmi l'ensemble des femmes sexuellement actives en France en 2000 et 2005 (en %)



Source : Inpes Baromètre santé 2005.

Fig.6 Proportion de femmes de 15 à 49 ans déclarant avoir eu recours à une contraception d'urgence au cours des douze derniers mois parmi les femmes sexuellement actives en France en 2005 (en %)



Source : Inpes Baromètre santé 2005.

rapports sans méthode contraceptive, notamment chez les moins jeunes : 29,8% des 35-54 ans qui ont eu recours à la contraception d'urgence, 23,5% des 25-34 ans, 22,4% des 20-24 ans et 22,3% des 15-19 ans.

Tab.4 Circonstances du dernier recours à la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois en France selon l'âge (en %)

	15-19 ans (n=75)	20-24 ans (n=58)	25-34 ans (n=84)	35-54 ans (n=47)	Ensemble (n=264)
Oubli de pilule	28,9	42,3	29,0	12,8	30,1
Problème avec le préservatif	40,0	22,4	29,4	27,7	30,7
Rapport sans contraception	22,3	18,0	23,5	29,8	22,7
Erreur dans les dates	3,3	9,9	4,5	14,9	6,3
Retrait du partenaire trop tard	2,2	6,9	10,3	8,5	6,7
Autres raisons ou raisons inconnues	3,4	0,7	3,2	6,4	3,5

Source : Inpes Baromètre santé 2005.

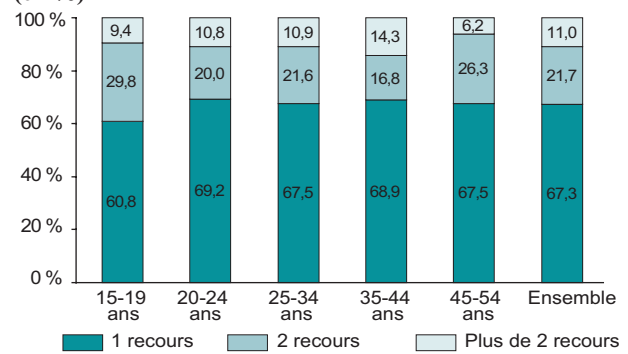
Quatre femmes sur dix âgées de moins de 20 ans utilisatrices de la contraception d'urgence y ont eu recours plus d'une fois

Parmi les utilisatrices de la contraception d'urgence, 32,7% y ont eu recours plus d'une fois au cours de la vie. Les moins de 20 ans sont 39,2% dans ce cas : 29,8% y ont eu recours deux fois, et près d'une sur dix (9,4%) y a eu recours plus de deux fois. Globalement, ce sont 11,0% des femmes de 15 à 54 ans utilisatrices de la contraception d'urgence qui y ont eu recours plus de deux fois (fig. 7).

Une tendance à la baisse du nombre de Norlévo délivrés dans les établissements scolaires parisiens

D'après le recensement du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le nombre de médicaments de contraception d'urgence délivrés aux élèves dans les établissements scolaires est en baisse. En trois années scolaires, le nombre de médicaments délivrés aux élèves scolarisés à Paris est passé de 244 en 2005, à 175 en 2008. La baisse concerne davantage les élèves de lycée que ceux du collège et des lycées professionnels (tab. 6).

Fig.7 Nombre de recours à la contraception d'urgence au cours de la vie parmi les femmes de 15-54 ans ayant déclaré y avoir eu recours au moins une fois en France (en %)



Source : Inpes Baromètre santé 2005.

Tab.5 Nombre d'élèves auxquelles a été délivré un médicament de contraception d'urgence selon le type d'établissement scolaire à Paris de 2005 à 2008

	Collèges	Lycées	Lycées professionnels	Total
2005-2006	44	170	30	244
2006-2007	40	131	36	207
2007-2008	36	111	28	175

Source : Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Académie de Paris.

Infections sexuellement transmissibles (IST)

Chlamydia trachomatis

La prévalence du *Chlamydia trachomatis* avoisine les 9% dans les populations testées dans les structures parisiennes proposant le dépistage

A Paris, depuis 2008, le dépistage des chlamydioses est proposé aux jeunes femmes de moins de 25 ans consultant dans un Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Au cours de cette première année de mise en œuvre du dispositif, 9 677 jeunes femmes se sont présentées, 9 337 se sont vues proposer le dépistage, 7 782 ont accepté, et 6 301 ont finalement eu un dépistage (soit 65% des jeunes femmes ayant consulté dans un CDAG). Le dépistage s'est avéré positif pour 552 femmes, soit 8,8% de celles ayant été testées.

Un taux de résultats positifs comparable est observé parmi la population dépistée dans les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) : en 2008, sur 7 256 tests effectués, 677 étaient positifs, soit 9,3%.

Par ailleurs, parmi les jeunes filles reçues dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) du département de Paris entre fin janvier 2007 et début avril 2008, 94% ont accepté le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* qui leur est systématiquement proposé. Parmi les 774 dépistages réalisés, 75 se sont avérés positifs, soit un taux de dépistages positifs de 9,7%.

Des prévalences de chlamydioses génitales proches de celles des groupes à risque identifiés dans l'enquête NatChla⁴

Selon l'enquête NatChla, chez les femmes âgées de 18 à 29 ans, la prévalence estimée des chlamydioses se situe, dans certains groupes, autour de 10%, soit trois fois plus élevée que chez les femmes de 18-29 ans en population générale. Ces groupes sont constitués des femmes non diplômées, de celles ayant eu au cours des 12 derniers mois des partenaires du même sexe ou plus de deux partenaires, et de celles ayant eu lors de leur dernier rapport sexuel un nouveau partenaire ou

Infection à *Chlamydia trachomatis*

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'infection sexuellement transmissible bactérienne la plus fréquente en France. Elle peut être à l'origine de graves complications chez la femme (grossesses extra-utérines, salpingites, stérilité tubaire). La majorité des cas est asymptomatique et n'est donc pas traitée.

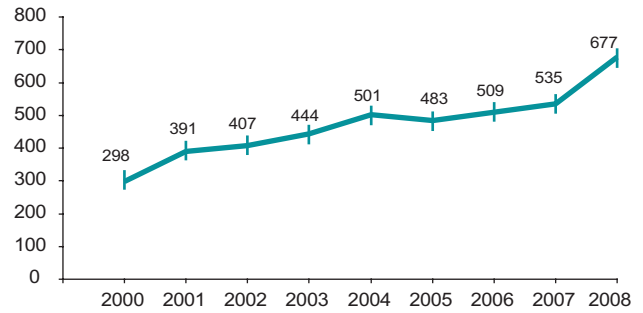
L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a recommandé¹² un dépistage systématique opportuniste des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* auprès des populations à risque telles qu'elles ont été identifiées dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), les Dispensaires antivénéériens (DAV) devenus des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) et les Centres d'interruption volontaire de grossesse.

un partenaire occasionnel. En population générale, les prévalences dans cette enquête sont de 1,6% chez les 18-44 ans et de 3,2% chez les femmes de 18-29 ans.

Une augmentation du nombre de chlamydioses dépistées

A Paris, le nombre de chlamydioses dépistées dans les CIDDIST depuis 2000, est passé de 298 à 677 (fig. 8). Outre l'augmentation probable de la transmission de cette maladie au cours des dernières décennies, la pratique du dépistage de plus en plus systématique de cette IST contribue à cette hausse régulière.

Fig.8 Evolution en nombre des chlamydioses dépistées dans les CIDDIST de Paris entre 2000 et 2008



Source : DASES/SDS Paris, rapport 2008.

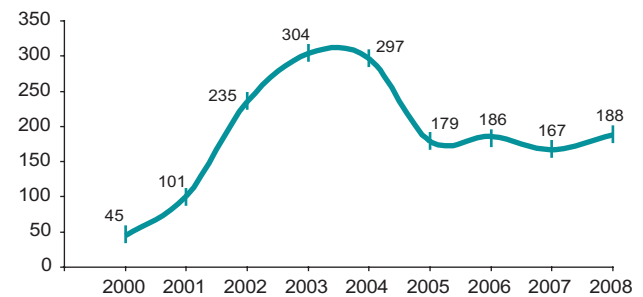
Syphilis

Un fond persistant des cas de syphilis précoce diagnostiqués à Paris

Selon les données issues des CIDDIST, en 2008, 188 cas de syphilis précoce ont été diagnostiqués à Paris. Les données d'évolution de ces centres vont dans le sens d'une stabilisation du nombre de cas dépistés sur Paris, reflétant probablement à la fois le maintien d'un fond épidémique, un meilleur recours aux soins et une meilleure vigilance des médecins (fig. 9).

Dans le même sens, selon le système mis en place par l'InVS, le nombre de cas parisiens de syphilis précoce est passé de 314 cas en 2002 à 174 en 2008.

Fig.9 Evolution en nombre des syphilis précoces diagnostiquées dans les CIDDIST de Paris entre 2000 et 2008

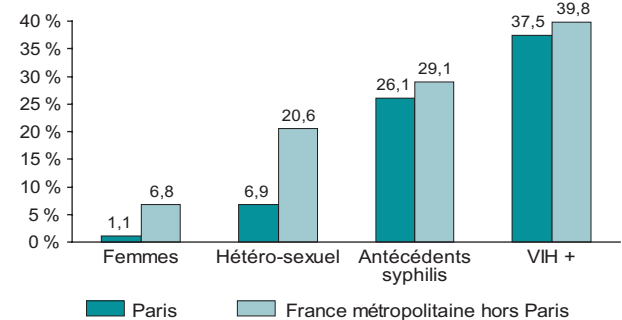


Source : DASES/SDS Paris, rapport 2008.

Une majorité d'homosexuels masculins concernée par la syphilis, notamment à Paris

Les caractéristiques des cas de syphilis dénombrés en 2008 sont issues du système de surveillance de la syphilis mis en place à l'InVS (cf. encadré sources d'information). A Paris, seuls deux cas ont été diagnostiqués chez des femmes (sur 174 cas recensés dans le système). Le pourcentage d'hétérosexuels concernés est plus faible à Paris qu'en province (où un total de 324 cas ont été recensés en 2008) : ainsi, 6,9% des personnes pour qui une syphilis a été diagnostiquée en 2008 à Paris se déclarent hétérosexuelles, alors qu'elles sont 20,6% en province. Un peu plus du quart des cas de syphilis concerne des personnes ayant des antécédents de syphilis et un tiers concerne des personnes séropositives au VIH (fig. 10).

Fig.10 Caractéristiques des cas de syphilis à Paris et en France métropolitaine hors Paris en 2008 (en %)



Source : InVS 2008.

Sources d'information et surveillance de la syphilis

Alors que l'obligation de déclarer les maladies vénériennes était supprimée en juillet 2000, la résurgence de la syphilis fin 2001 a entraîné la mise en place d'un réseau de surveillance coordonné par l'InVS, avec la participation de sites volontaires. Ce réseau permet de suivre l'évolution annuelle du nombre de personnes adultes atteintes de syphilis infectieuse (primaire, secondaire ou latente précoce) et de décrire leurs caractéristiques cliniques, biologiques et comportementales. Le nombre de cas dépistés dans les CIDDIST constitue une autre source d'information.

VIH

Un recours au dépistage du VIH plus élevé à Paris qu'en province et plus fréquent chez les femmes que chez les hommes en 2005

Selon les données du Baromètre santé 2005, 17,5% des hommes de 25-49 ans déclarent avoir fait un test de dépistage du VIH à Paris au cours des 12 derniers mois, contre 12,2% en Ile-de-France hors Paris et 10,6% en province. Chez les femmes, ces proportions sont respectivement de 21,2%, 19,1% et 12,9%.

Chez les Parisiens de 18-24 ans, 21,8% des hommes (23,6% dans le reste de l'Ile-de-France et 15,0% en province) et 28,9% des femmes (27,0% dans le reste de l'Ile-de-France et 19,8% en province) déclarent avoir fait un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois.

Paris, département de métropole le plus touché par le VIH

Selon les données des déclarations obligatoires, depuis leur mise en œuvre en 2003 et jusqu'à fin 2008, il a été enregistré un total de 5 033 découvertes de séropositivité au VIH concernant des Parisiens, soit 40,5% des déclarations franciliennes et 17,3% des déclarations effectuées sur l'ensemble de la France (tab. 6). Ces dénombrements sont cependant à interpréter avec une grande prudence compte tenu d'une sous-déclaration importante et des délais de déclaration. Ainsi en 2008, 742 nouveaux cas ont été déclarés à Paris, or selon des estimations produites par l'InVS, le nombre réel de cas devrait être compris entre 1 153 et 1 430 (valeur centrale : 1 282).

Une épidémie qui semble en recul

Selon les données portant sur l'ensemble des personnes dépistées, corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration, il semble y avoir eu un recul de l'épidémie à Paris : 1 583 en 2004, 1 407 en 2005, 1 402 en 2006, 1 253 en 2007 et 1 282 cas en 2008. Le nombre de découvertes de séropositivité corrigé en 2008 rapporté à la population parisienne montre un taux très supérieur aux autres territoires (59 pour 100 000 contre 26,5 pour 100 000 en Ile-de-France) (tab. 6).

Des spécificités parisiennes fortes concernant les découvertes de séropositivité au VIH

L'analyse des découvertes de séropositivité depuis 2003 montre une situation contrastée quant aux caractéristiques des personnes touchées par le VIH entre les différents départements franciliens (tab. 6).

Ainsi le pourcentage de contamination par voie homosexuelle chez les Parisiens de 15-49 ans est de 47,2%, alors qu'il est compris entre 10,6% et 25,9% dans les autres départements d'Ile-de-France.

Si la part des femmes est moins importante à Paris (32,6% parmi les 15-49 ans), les Parisiennes, ainsi que les femmes de Seine-Saint-Denis, se distinguent par la proportion plus importante de femmes étrangères parmi les cas diagnostiqués (87,9% à Paris, 85,7% en Seine-Saint-Denis).

Tab.6 Surveillance des découvertes de séropositivité au VIH selon les départements franciliens de domicile, en Ile-de-France et en France entre 2003 et 2008

	Nombre total de cas	Taux 2008 corrigé pour 100 000*	Nombre de cas chez les 15-49 ans	% de contamination homo. parmi les 15-49 ans	% de contamination hétéro. parmi les 15-49 ans	% de femmes parmi les 15-49 ans	% d'étrangers parmi les femmes 15-49 ans	% d'étrangers parmi les hommes 15-49 ans
Paris	5 033	58,77	4 475	47,2%	50,8%	32,6%	87,9%	41,2%
Seine-et-Marne	601	12,11	499	20,2%	76,0%	46,1%	69,4%	40,0%
Yvelines	526	7,97	408	18,3%	77,5%	47,8%	73,6%	45,6%
Essonne	727	nd**	644	15,1%	81,1%	50,2%	77,8%	50,2%
Hauts-de-Seine	1 238	17,85	1 062	25,9%	72,1%	46,3%	80,6%	41,9%
Seine-Saint-Denis	2 197	35,25	1 904	12,4%	85,5%	51,8%	85,7%	66,1%
Val-de-Marne	1 290	nd**	1 099	18,9%	78,5%	46,8%	77,2%	52,0%
Val d'Oise	816	21,73	696	10,6%	86,4%	49,7%	81,2%	63,3%
Ile-de-France	12 428	26,50	10 787	29,8%	67,8%	42,1%	82,6%	47,7%
France entière	29 156	10,25	24 464	33,8%	62,9%	39,6%	72,7%	34,6%

Sources : InVS, déclarations obligatoires du VIH, base actualisée mars 2010 et BEH WEB¹³. Exploitation ORS Ile-de-France 2010.

* Estimations des découvertes de séropositivité en 2008 : données au 31/12/2008 corrigées pour la sous-déclaration, les délais et les valeurs manquantes.

** nd : non disponible car transmission irrégulière et/ou sous-déclaration importante. Pour Paris : à considérer avec prudence car transmission irrégulière et importance des données manquantes.

Sources d'information sur le VIH et limites

Depuis 2003, les découvertes de séropositivité font l'objet d'une déclaration obligatoire. Compte tenu des délais de déclaration, les données restent provisoires pendant deux ans. Outre les données brutes, l'InVS produit des données estimées prenant en compte les délais de déclaration et la sous-déclaration. Les limites de ce type de méthodologie, mais également le fait que le nombre de nouveaux cas dépend également des comportements de recours au dépistage du VIH, rendent difficiles les interprétations quant à la dynamique de l'épidémie⁶.

L'InVS recueille par ailleurs les données d'activité des CDAG, notamment concernant les résultats des dépistages du VIH. Il s'agit de données portant sur les personnes ayant recours à ces centres, données non extrapolables en population générale.

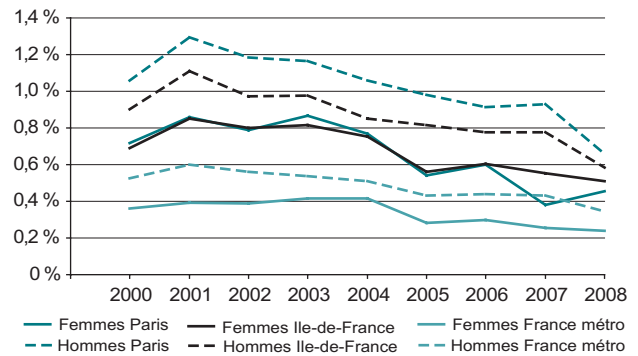
Diminution de la prévalence du VIH parmi les personnes consultant en CDAG depuis 2000

Globalement, parmi les personnes consultant dans les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en France, Ile-de-France et à Paris, les sérologies VIH positives sont proportionnellement moins importantes en 2008 qu'en 2000 (fig. 11). Ainsi à Paris, le pourcentage de sérologies VIH positives chez les femmes est de 0,45% en 2008, alors qu'il correspondait à 0,72% des test réalisés en 2000. Chez les hommes parisiens, en 2008, 0,66% des tests sont positifs contre 1,06% en 2000.

La proportion de sérologies positives dans les CDAG augmente fortement après 30 ans à Paris et en Ile-de-France

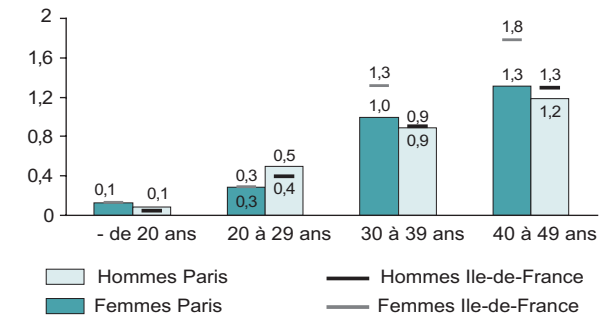
Chez les hommes comme chez les femmes, le pourcentage de tests positifs augmente avec l'âge. Parmi les Parisiennes de moins de 20 ans dépistées en CDAG, 0,1% d'entre elles ont une sérologie positive. Cette proportion augmente avec l'âge et atteint 1,3% dans la classe d'âge de 40-49 ans (fig. 12).

Fig.11 Evolution de la proportion de sérologies positives parmi les consultants des CDAG (hors prison) à Paris, en Ile-de-France et en France, chez les hommes et les femmes de moins de 50 ans (en %)



Source : InVS, activité des CDAG.

Fig.12 Proportion de sérologies positives par classe d'âge dans les CDAG (hors prison) à Paris et en Ile-de-France en 2008 (en %)



Source : InVS, activité des CDAG.

Hépatite B (VHB)

Des groupes à risques d'hépatite B selon les caractéristiques socio-démographiques

En France, selon une enquête nationale conduite en 2004, la prévalence du portage de l'antigène HBs (cf. encadré définitions) a été estimée à 0,65% [IC95% : 0,45-0,93]¹⁴. Chez les hommes la prévalence est estimée à 1,10% [IC95% : 0,73-1,67], tandis que chez les femmes elle est de 0,21% [IC95% : 0,10-0,47]. Elle varie par ailleurs selon l'âge et la prévalence la plus élevée est retrouvée chez les adultes de 30 à 34 ans (1,51%).

Des variations sont observées selon le pays de naissance avec un portage de l'AgHBs le plus élevé pour les personnes nées en Afrique subsaharienne : 5,25% [IC95% : 2,89-9,3], dans le sous-continent indien : 2,68% [IC95% : 0,34-18,39] et au Moyen Orient : 2,45% [IC95% : 0,77-7,53].

L'analyse pour l'Ile-de-France estime cette prévalence

à 0,80% [IC95% : 0,28-2,31].

La prévalence des anticorps anti-HBc est globalement de 7,30% [IC95% : 6,48-8,22] : chez les hommes elle est de 8,33% [IC95% : 7,32-9,45] et chez les femmes de 6,33% [IC95% : 5,26%-7,61%]. En Ile-de-France, l'estimation de la séropositivité à cet anticorps est de 10,77% [IC95 : 8,88%-13,00%].

Définitions

Portage de l'AgHBs : la présence de cet anti-gène signe une infection chronique susceptible à la fois d'être transmise, mais aussi d'évoluer vers la cirrhose ou l'hépatocarcinome.

Anticorps anti-HBc : la mise en évidence d'une séropositivité pour ces anticorps témoigne d'un contact antérieur avec le VHB sans préjuger du caractère récent ou ancien de ce contact.

Source d'information pour l'hépatite B

La prévalence des marqueurs de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est au mieux estimée par les enquêtes en population générale. En 2004, l'InVS a conduit une enquête de prévalence de l'infection due au VHB en population adulte (18 à 80 ans) en France métropolitaine. Nous ne disposons pas d'information à un niveau départemental pour ce type d'indicateur.

Références :

- 1 - Beck F., Guilbert P., Gautier A. Baromètre santé 2005, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2007.
- 2 - Beltzer N., Lagarde M., Vongmany N. et al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France en 2004, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005.
- 3 - Beltzer N., Lagarde M., Xiaoya W. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en Ile-de-France en 2004, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005.
- 4 - Goulet V., Warszawski J., De Barbeyrac D. et al. Facteurs de risque des chlamydioses uro-génitales dans la population générale française, InVS, novembre 2008. http://www.invs.sante.fr/publications/2008/jvs_2008/26_poster_goulet.pdf (dernière consultation : 25 juin 2010).
- 5 - InVS. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles au 31 décembre 2008 - Rénago, Rénachla et RésIST. 10 p, 2010. http://www.invs.sante.fr/surveillance/ist/bulletins_ist/bulletin_ist_311208.pdf (dernière consultation : 25 juin 2010).
- 6 - Halfen S., Embersin-Kyprianou C., Grémy I. et al. Suivi de l'infection VIH/sida en Ile-de-France, Bulletin de santé, n°15, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2009.
- 7 - InVS, Dossiers thématiques, hépatite B. http://www.invs.sante.fr/surveillance/hepatite_b/default.htm (dernière consultation : 25 juin 2010).
- 8 - Bajos N., Bozon M., Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France, pratiques, genre et santé, La Découverte, 2008.
- 9 - Beltzer N., Cazenave A., Grémy I. Sexualité, contraception et prévention en Ile-de-France, résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) de 2006, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008.
- 10 - Gall B., Jouannic E. Les Français et la contraception. Inpes - BVA, 2007. www.choisirscontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf (dernière consultation 25 juin 2010).
- 11 - Danet S. (dir.), Hauray B. (dir.). L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2008.
- 12 - Delaveyne R. Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2003.
- 13 - Cazein F., Pillonel J., Imounga L. et al. Surveillance de dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida, France, 2008. BEHWeb n°2, 2009. <http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/pdf/n2.pdf> (dernière consultation : 25 juin 2010).
- 14 - InVS, Prévalence des hépatites B en France en 2004, Mars 2007. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/prevalence_b_c/vhb_france_2004.pdf (dernière consultation : 25 juin 2010).

Recours à l'IVG et grossesses non prévues

Recours à l'IVG

- > Un nombre stable d'IVG réalisées chaque année à Paris autour de 14 000.
- > Un taux de recours à l'IVG en 2008 de 17,3 pour 1 000 Parisiennes, taux proche de celui des Franciliennes, mais supérieur à la moyenne de la France métropolitaine.
- > Proportionnellement plus d'IVG médicamenteuses réalisées en ville qu'en établissement à Paris.

Délais de réalisation des IVG

- > Une IVG sur deux est réalisée entre 7 et 10 semaines d'aménorrhée (SA).
- > La réalisation des IVG chez des mineures est plus tardive : 8,9% à 13 SA ou plus contre 4% environ chez les femmes de plus de 20 ans.

IVG itératives

- > Près de quatre Parisiennes sur dix réalisant une IVG y ont déjà eu recours.
- > La proportion d'IVG itératives est déjà élevée chez les femmes mineures (13,1%).

Grossesses non prévues

- > Un échec fréquent de la contraception.
- > Une inadéquation des méthodes contraceptives au mode de vie de certaines femmes.

Contexte

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est autorisée en France depuis la loi Veil de 1975 (cf. encadré législation), permettant la quasi disparition des avortements clandestins, causes de complications gravissimes et même d'une forte mortalité féminine.

Dans un contexte de diffusion massive de la contraception médicalisée, la diminution attendue du recours à l'IVG n'a pas été constatée et trente ans après la loi Veil, le recours à l'IVG reste aussi fréquent qu'à la fin des années 1970¹. Ce « paradoxe » s'explique par un recours plus fréquent à l'IVG en cas de grossesse non prévue. Alors que 41% des grossesses non prévues se terminaient par une IVG en 1975, c'est le cas de 62% d'entre elles en 2000¹. Cela s'observe particulièrement chez les mineures.

Suite aux modifications législatives de cette loi le 4 juillet 2001, le nombre d'IVG est resté stable, s'élevant à plus de 200 000 chaque année en France² et évalué à 213 380 en 2007³. D'après le Baromètre santé 2005, 17,4% des femmes de 15-54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels déclarent avoir eu recours à une IVG au cours de leur vie⁴, proportion comparable à celle observée dans l'étude antérieure, réalisée en 2000 (18,0%)⁵.

Bien que l'IVG concerne tous les âges et tous les milieux sociaux, et malgré les modifications apportées par la loi en 2001, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas)⁶ pointe des difficultés d'accès à l'IVG en raison de l'application inégale des règles de prise en charge. Cela concerne notamment les mineures, pour lesquelles la gratuité et le respect de la confidentialité ne sont pas toujours appliqués, et les IVG tardives (en fin de délai légal), qui ne sont pas prises en charge partout.

Législation

La loi Veil dépenalisant l'IVG a été adoptée par le Parlement le 21 décembre 1974 et promulguée le 17 janvier 1975. L'IVG est décidée par la femme enceinte lorsqu'elle estime que sa grossesse la place dans une situation de détresse (art. L.2212-1 du code de la santé publique). L'acte est réalisé par un médecin dans un établissement de santé mais celui-ci dispose d'une clause de conscience et n'est pas obligé de réaliser l'acte. Dans ce cas-là, il doit en informer la femme sans délai et lui indiquer une liste de médecins susceptibles de pratiquer l'intervention (art. L.2212-8 du code de la santé publique).

La loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et à l'IVG a porté plusieurs modifications : allongement de la durée légale de réalisation de l'IVG, passant de 10 à 12 semaines de grossesse (ou de 12 à 14 semaines d'aménorrhée), possibilité de recours à une IVG médicamenteuse jusqu'à 5 semaines de grossesse dans le cadre de la médecine de ville, consultation psycho-sociale pré-IVG désormais facultative pour les femmes majeures mais toujours obligatoire pour les mineures (elles peuvent désormais avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale, mais la présence d'un adulte référent est requise).

Sources d'information et limites

Plusieurs sources d'information existent pour dénombrer les IVG :

- les Bulletins d'IVG (BIG), dont le remplissage est prévu par la loi depuis 1975 et collectés depuis 1976 ;
- la Statistique annuelle des établissements (SAE) ;
- les données du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) ;
- les données de la CnamTS pour les forfaits correspondant à des IVG médicamenteuses réalisées en ambulatoire (dites IVG "en ville") ;
- ponctuellement les données en population générale à partir d'enquêtes, en particulier le Baromètre santé de l'Inpes.

Aujourd'hui, les statistiques des IVG réalisées en France sont publiées par la Drees, à partir des données de la SAE et de la CnamTS (IVG en ville). Celles-ci n'incluent donc pas les IVG réalisées à l'étranger par des femmes résidant en France.

Des sources d'information parfois non exhaustives...

Les données de la SAE consultables en ligne sont celles transmises par les établissements de santé. Certaines informations peuvent être manquantes, et conduire à des estimations. Ainsi, pour les données IVG, lorsque des incohérences sont observées (un établissement manquant par exemple), des corrections sont apportées par la Drees pour les publications, notamment à partir des données du PMSI.

Les BIG souffrent d'un très net sous-enregistrement depuis leur mise en place (sous enregistrement de 33% en 1997 et de 19% en 2005), en particulier dans les établissements privés. Une étude sur les bulletins de 2002⁷ avait cependant montré que malgré ce sous-enregistrement, les caractéristiques socio-démographiques des femmes analysées à partir des BIG restaient représentatives de celles de l'ensemble des femmes réalisant une IVG. Ces données sont exploitées par l'Ined.

... avec une territorialité basée sur le site du recours

La SAE comptabilise les IVG selon le lieu de l'intervention et non selon le domicile de la femme, ce qui ne permet pas des analyses selon le domicile de la femme. Les données de la CnamTS comptabilisent les IVG selon la domiciliation du médecin. A l'inverse, les données de BIG permettent des exploitations à la fois selon le domicile des femmes et le lieu d'intervention.

Une définition qui inclut parfois les interruptions pour raison médicale (IMG)

Les statistiques d'IVG publiées par l'Ined incluent toujours les IMG. Ces dernières représentent en 2006, parmi les interruptions de grossesse renseignées pour cet item, 4,7% des avortements à Paris (4,3% en Ile-de-France et 4,2% en France métropolitaine). De même, les données du PMSI, qui permettent de comptabiliser les IVG selon le domicile de la femme, comprennent également les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical.

Recours à l'IVG

Stabilité du nombre d'IVG réalisées à Paris...

D'après les statistiques hospitalières de la SAE et les données de remboursement d'IVG réalisées en ville (cf. encadré sources d'information et limites), le nombre d'IVG en France ne diminue pas, et se situe autour des 210 000 par an (fig. 1). A Paris, le nombre d'IVG réalisées chaque année est également stable autour de 14 000. Ces données peuvent cependant concerner des femmes ne résidant pas à Paris, et inversement des femmes résidant à Paris peuvent recourir à une IVG ailleurs.

... mais une information peu précise pour les femmes parisiennes

Compte tenu de la territorialité différente des données, il est difficile de produire une information précise pour les femmes domiciliées à Paris.

D'après les données des Bulletins IVG (BIG) d'Ile-de-France en 2006, 62,6% des IVG réalisées à Paris concernaient des femmes domiciliées à Paris. Par ailleurs, 79,5% des femmes domiciliées à Paris ont effectué l'IVG à Paris. Du fait de la forte attractivité de Paris, utiliser les seules données enregistrées selon le lieu de réalisation de l'IVG pour estimer celles concernant des femmes domiciliées à Paris conduit à une sur-estimation pour près d'une femme sur quatre. En appliquant ce correctif aux données de la SAE et de la CnamTS pour Paris (pour les données Ile-de-France et France, il n'est pas nécessaire d'apporter de correction), et en rapportant le résultat à la population des femmes de 15-49 ans, le taux de recours à l'IVG en 2008 serait de 17,3 pour 1 000 Parisiennes, proche de celui de la région (18,3 pour 1 000), mais supérieur au taux national (13,9 pour 1 000).

La moitié des IVG sont pratiquées par mode médicamenteux, plus souvent en ville à Paris

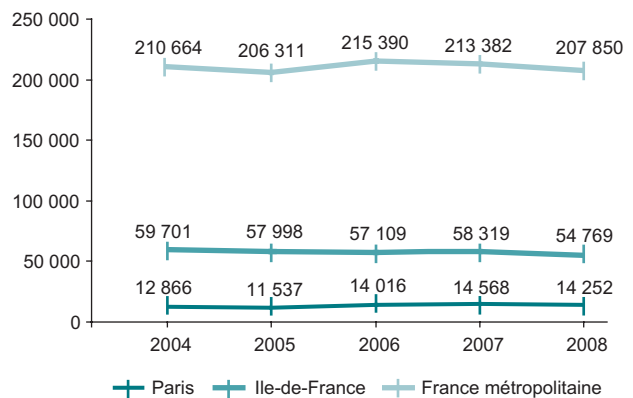
Environ une IVG sur deux est réalisée selon une technique médicamenteuse (fig. 2). Cependant, les IVG médicamenteuses réalisées à Paris le sont beaucoup plus en ville qu'en établissement.

Ainsi en 2008, les IVG en ville représentent 30,2% du total des IVG réalisées à Paris, contre 17,5% en Ile-de-France et moins de 10% en France métropolitaine.

Le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées en ville progresse

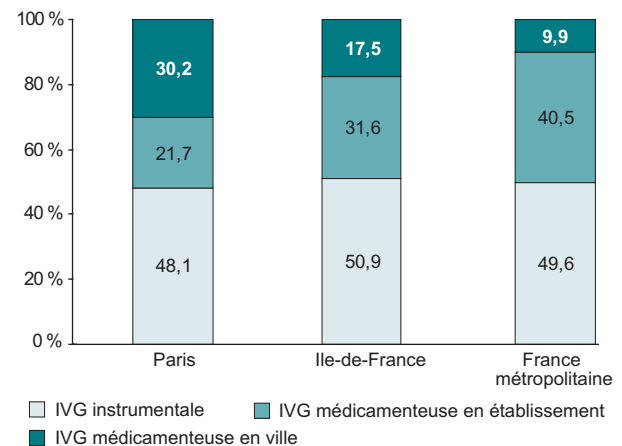
Selon les données de la CnamTS, le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées en ville a augmenté de 27% entre 2006 et 2008 à Paris (fig. 3). L'augmentation des IVG médicamenteuses réalisées en ville a cependant été plus importante en Ile-de-France (+32%) et surtout en France (+43%).

Fig.1 Nombre total d'IVG (instrumentales et médicamenteuses) réalisées à Paris, en Ile-de-France et en France



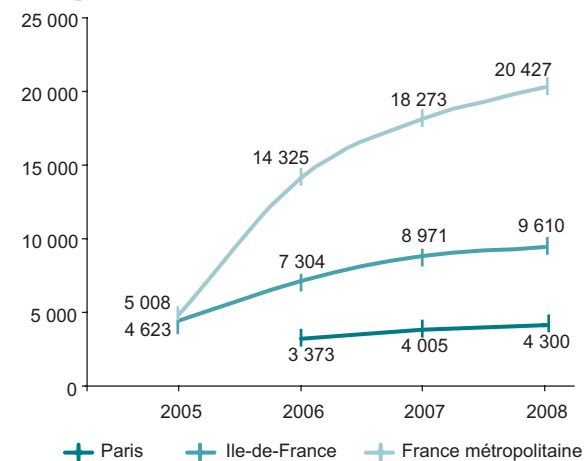
Sources : SAE, Drees, PMSI, CnamTS, exploitation ORS Ile-de-France, 2010. Pour les années 2004 à 2007, données de la SAE corrigées par la Drees pour les établissements manquants, à partir du PMSI. Pour Paris, les données CnamTS 2004 et 2005 (IVG en ville) ne sont pas disponibles.

Fig.2 Répartition des IVG selon la technique utilisée et le lieu de réalisation en 2008 (en %)



Sources : SAE, CnamTS, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Fig.3 Nombre d'IVG médicamenteuses réalisées « en ville » à Paris, en Ile-de-France et en France métropolitaine



Source : CnamTS (Erasmus v1, nombre de forfaits IVG remboursés), exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Près d'une IVG sur dix concerne une Parisienne de moins de 20 ans

Selon les données des BIG en 2006, 9,2% des IVG des femmes domiciliées à Paris concernent des femmes de moins de 20 ans (5% des mineures), alors que cette proportion est de 11,9% en Ile-de-France et de 15,7% en France métropolitaine (fig. 4). Les femmes de 25-34 ans sont proportionnellement plus représentées chez les Parisiennes (48,6% contre 45,1% en Ile-de-France et surtout 38,5% en France métropolitaine).

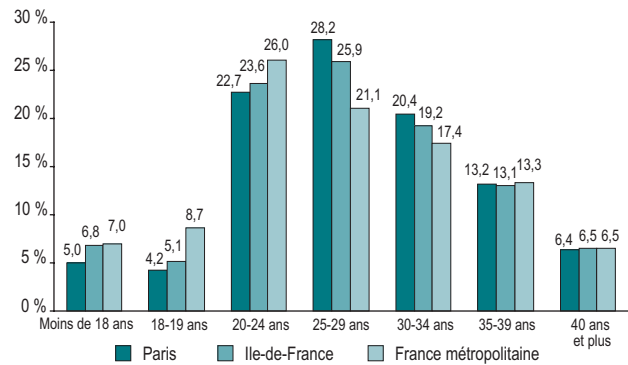
Le recours à l'IVG médicamenteuse augmente avec l'âge

Ces données montrent aussi que le recours à l'IVG médicamenteuse augmente avec l'âge. Pour les femmes domiciliées à Paris et ayant réalisé une IVG en Ile-de-France en 2006, la part des IVG médicamenteuses est de 34,3% chez les mineures, elle est de 45,0% chez les 18-19 ans, de 47,3% chez les 20-24 ans, de 50,8% chez les 25-29 ans, âge auquel cette proportion atteint son maximum, pour être un peu en dessous de 50% au-delà de 35 ans. Les données de 2007, disponibles uniquement pour Paris à ce jour, montrent des écarts similaires selon l'âge des femmes.

Un recours à l'IVG plus élevé chez les Parisiennes au cours de leur vie sexuelle

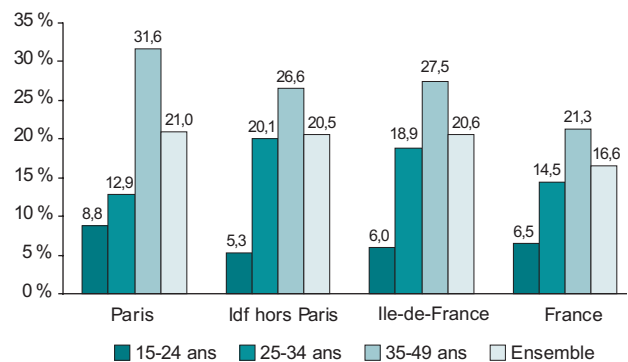
Selon les données du Baromètre santé 2005, enquête déclarative réalisée en population générale, un peu plus d'une Parisienne de 15-49 ans sur cinq ayant eu des rapports sexuels déclare avoir eu un recours à l'IVG au cours de sa vie (fig. 5). En France, elles sont une sur six dans ce cas. Ces données confirment la tendance observée sur les recours annuels situant Paris proche de l'Ile-de-France, mais au-dessus de la moyenne nationale.

Fig.4 Répartition des IVG domiciliées en 2006 à Paris, en Ile-de-France et en France métropolitaine selon l'âge de la femme (en %)



Source : BIG, INED, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
Les statistiques incluent les interruptions médicales de grossesse.

Fig.5 Proportion de femmes déclarant avoir eu recours à l'IVG selon le lieu de résidence (en % des femmes ayant eu des rapports sexuels)



Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Selon l'analyse par classe d'âge, près d'une Parisienne sur dix âgée de moins de 25 ans et ayant eu des rapports sexuels déclare avoir eu recours à l'IVG (8,8%). Dans le reste de l'Ile-de-France, elles sont, au même âge, 5,3% à déclarer un tel recours.

Délais de réalisation des IVG

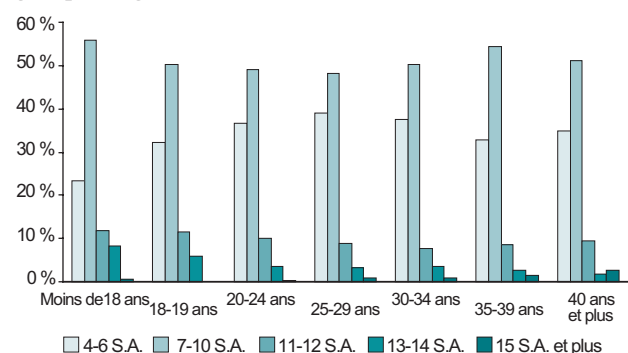
Des IVG réalisées plus tardivement chez les plus jeunes

Selon les données des BIG de 2006 concernant les femmes parisiennes, environ la moitié des IVG (50,4%) sont réalisées entre 7 et 10 semaines d'aménorrhée (SA), et un peu plus du tiers (36,0%) entre 4 et 6 SA.

Des différences notables sont observées selon l'âge des femmes (fig. 6). Ainsi, la part des IVG tardives (supérieures ou égales à 13 SA) est particulièrement élevée chez les mineures (8,9%), moindre chez les 18-19 ans (5,9%), pour se stabiliser autour de 4% chez les femmes plus âgées.

A l'inverse, seulement 23,4% des IVG concernant des mineures sont réalisées entre 4 et 6 SA. Ce recours plus tardif à l'IVG chez les jeunes contribue au moindre recours à l'IVG médicamenteuse pour ces femmes.

Fig.6 Répartition des IVG domiciliées à Paris selon la durée de gestation en semaines d'aménorrhée (SA)* par groupe d'âge en 2006 (en %)



Source : BIG, Ined, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Le nombre de semaines d'aménorrhée est le nombre de semaines depuis le 1er jour des dernières règles.

Les statistiques incluent les interruptions médicales de grossesse. La loi du 4 juillet 2001 relative à la contraception et l'IVG autorise l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée incluses (cf. encadré législation). Sur les 63 interruptions réalisées à 15 semaines ou plus, 42 sont des IMG, 20 sont des IVG, 1 n'est pas spécifiée.

Les IVG au-delà du délai légal : une information difficilement quantifiable

Pour les femmes qui souhaitent réaliser une IVG en France et qui sont en fin de délai légal (entre 12 et 14 SA, limitant l'accès à l'IVG compte-tenu des délais observés entre la demande de la femme et la programmation de l'IVG) ou qui l'ont dépassé, le recours à une IVG à l'étranger est possible (compte tenu des législations différentes sur les délais de réalisation d'une IVG). Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) reçoit certaines de ces femmes et peut les aider à organiser leur voyage et leur prise en charge dans les pays concernés.

Les Parisiennes sont essentiellement dirigées vers les Pays-Bas qui autorisent l'IVG jusqu'à 22 SA. L'Angleterre l'autorise jusqu'à 24 SA et l'Espagne peut autoriser l'IVG sans délai en cas de danger grave pour la santé physique ou psychique de la femme. Le motif « santé psychique » peut ainsi prendre en compte les situations de difficultés psycho-sociales, notamment un déni de grossesse ou viol n'ayant pas fait l'objet d'un dépôt de plainte.

Les chiffres communiqués par la Commission avortement du MFPF indiquent qu'en 2008, 278 femmes ont fait une demande à l'antenne départementale de Paris pour une IVG en fin de délai ou en dépassement de délai. C'est le nombre le plus élevé de demandes pour une antenne départementale, notamment du fait de l'attractivité du département de Paris.

Le MFPF de Seine-Saint-Denis a déclaré la même année 120 demandes. Les autres départements franciliens ont déclaré nettement moins de demandes (35 dans le Val-d'Oise, 12 dans le Val-de-Marne, les chiffres ne sont pas communiqués pour les autres départements).

Ces chiffres sont des minima car les fiches de demandes d'IVG à l'étranger ne sont pas remontées de manière exhaustive au niveau national. Par ailleurs, ceux-ci ne concernent que les femmes qui se sont adressées au MFPF.

Enfin, il s'agit ici de demandes, ce qui ne permet pas de déterminer si les femmes sont allées au bout de la démarche et ont effectivement réalisé l'IVG.

IVG itératives

Près de quatre Parisiennes sur dix réalisant une IVG y ont déjà eu recours

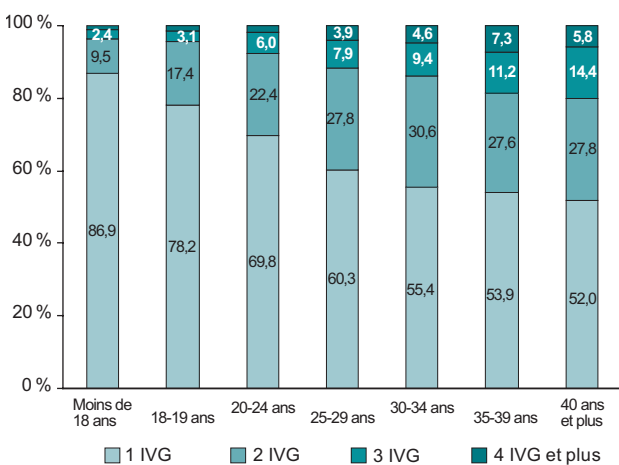
Tous âges confondus, 37,8% des Parisiennes ayant réalisé une IVG en 2006 avaient déjà eu une IVG antérieurement. Elles sont 39,7% dans ce cas en Ile-de-France et 33,6% en France métropolitaine.

Pour 25,8% des Parisiennes, il s'agit d'un second recours et pour un peu plus d'une femme sur dix (12,0%) le nombre total d'IVG est de trois ou plus.

Parmi les parisiennes mineures réalisant une IVG, plus d'une sur dix y a déjà eu recours

Parmi les femmes ayant eu recours à une IVG en 2006, la proportion de celles ayant déjà eu une IVG augmente avec l'âge. Un antécédent d'IVG concerne 13,1% des mineures parisiennes ayant un recours en 2006 (fig. 7). Cette proportion est légèrement supérieure à celle observée en Ile-de-France (10,3%) et surtout en France métropolitaine (7,2%) (fig. 8). Parmi les femmes parisiennes de plus de 40 ans qui ont réalisé une IVG en 2006, près de la moitié d'entre elles avait déjà réalisé une IVG antérieurement, soit davantage que la moyenne observée à cet âge en France métropolitaine (41,8%).

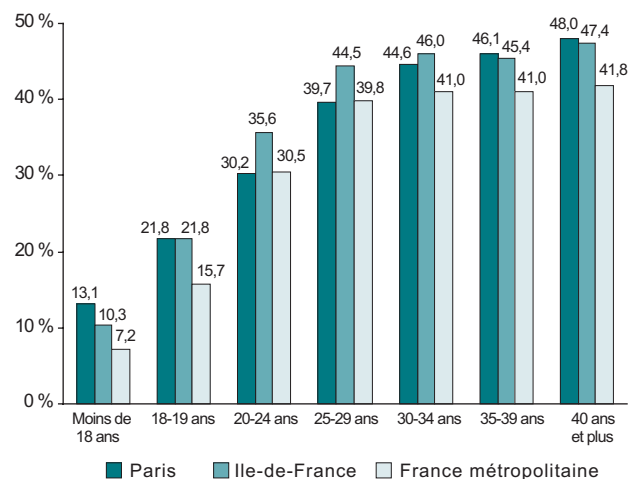
Fig.7 Nombre total d'IVG* réalisées par les Parisiennes en 2006 (incluant l'IVG réalisée en 2006) selon l'âge à l'IVG (en %)



Source : BIG, Ined, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Statistiques comprenant les IMG. Pour les IVG antérieures, il n'y a pas mention d'IMG dans le Bulletin statistique IVG.

Fig.8 Proportion de femmes ayant déjà eu une IVG* antérieure à celle réalisée à Paris, en Ile-de-France et en France métropolitaine en 2006 (en %)



Source : BIG, Ined, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Statistiques comprenant les IMG. Pour les IVG antérieures, il n'y a pas mention d'IMG dans le Bulletin statistique IVG.

L'ambivalence face au désir de grossesse

Dans ce contexte de stagnation du nombre d'IVG malgré une large diffusion de la contraception, une équipe de recherche⁸ s'est penchée sur les conditions dans lesquelles survient une grossesse non prévue, et notamment sur les facteurs psychologiques qui peuvent l'occasionner. Dans cette étude, trois groupes de femmes correspondant à trois types de comportement ont été distingués à partir de 60 entretiens auprès de femmes déclarant leur grossesse comme accidentelle :

- le groupe des femmes qui ont espéré cette grossesse et modifié leur recours à la contraception tout en analysant leur grossesse comme accidentelle : il ne concerne que 5% de l'échantillon, soit 9 femmes ;
- le groupe des femmes plus ou moins conscientes des risques qu'elles encouraient en ne prenant pas les précautions suffisantes, tout en pensant ou espérant que cela ne pourrait pas leur arriver. Cela concerne la majorité des femmes interrogées (53,3%, soit 32 femmes) ;
- le groupe des femmes qui pensaient avoir un rapport protégé, quelle que soit la méthode contraceptive déclarée, représentaient 31,6% des interrogées, soit 19 femmes.

La notion de grossesse non prévue recouvre donc des situations complexes et n'est pas réductible à une simple opposition à la grossesse prévue. L'issue de ces grossesses tend à être majoritairement une IVG qu'une poursuite de grossesse (41% en 1975 contre 62% en 2000¹, 72% sur l'échantillon total des 71 femmes de l'enquête GINÉ⁸).

Echec de la contraception

Les grossesses non prévues donnant lieu à des IVG concernent dans plus de 70% des cas des femmes qui déclarent prendre une contraception. Il s'agissait principalement de la pilule (23,1%) et du préservatif (19,3%). 19,1% déclaraient utiliser des méthodes naturelles, 7,0% un stérilet et 3,4% d'autres méthodes¹.

Inadéquation des méthodes de contraception aux modes de vie des femmes

Alors que les parcours affectifs et sexuels des hommes et des femmes se diversifient¹⁰, la contraception reste « inspirée par le schéma d'une sexualité prévisible et régulière dans le cadre d'une relation de couple stable »⁹.

Elle peut aussi s'inscrire en contradiction avec le milieu social ou familial où les femmes se trouvent en situation de stigmatisation du fait de leur sexualité. C'est le cas par exemple des plus jeunes ou de certaines femmes d'origine étrangère qui sont aussi les moins bien informées⁸.

D'autre part, certaines femmes sont dans l'incapacité de gérer leur contraception du fait de difficultés sociales ou personnelles trop lourdes. D'autres encore ont des difficultés à s'inscrire dans une démarche contraceptive à long terme alors qu'elles ont des rapports peu fréquents⁸.

Les facteurs de risque sont donc aussi bien liés à des contextes sociaux que relationnels, et couvrent en réalité une multitude de situations.

Références :

- 1 - Bajos N., Moreau C., Leridon H. et al. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et sociétés, n°407, Ined, 2004.
- 2 - Rossier C., Toulemon L., Prioux F. Evolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005, Population n°64(3), Ined, 2009.
- 3 - Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2007, Etudes et résultats, n°713, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2009.
- 4 - Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). Baromètre santé 2005, Inpes, 2007.
- 5 - Guilbert P., Gautier A. (dir.). Baromètre santé 2005, Premiers résultats, Inpes, 2006.
- 6 - Aubin C., Jourdain Menninger D., Chambaud L. Evolution des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, Inspection générale des affaires sociales, 2009.
- 7 - Rossier C., Confesson A., Bringé A. La qualité des données des bulletins de 2002, www.ined.fr/statistiques_ivg/2002/qualite_donnes_2002.pdf.
- 8 - Bajos N., Ferrand M. et l'équipe GINÉ, De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues, Inserm, Question en santé publique, 2002.
- 9 - Aubin C., Jourdain Menninger D., Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, Inspection générale des affaires sociales, 2009.
- 10 - Bajos N., Bozon M., Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France, pratiques, genre et santé, La Découverte, 2008.

Violences faites aux femmes

Violences conjugales

- > Une femme sur dix est victime de violences conjugales, un quart de ces violences sont d'ordre psychologique (26,3% en Ile-de-France).
- > Environ 11% des femmes victimes de violences conjugales sont reçues par la Police.
- > 3 601 déclarations de violences au sein du couple ont été enregistrées par la Préfecture de Police de Paris en 2009.

Violences sexuelles

- > 11% des femmes et 3% des hommes ont subi des violences sexuelles au cours de leur vie.
- > L'enfance et l'adolescence représentent des périodes à haut risque.
- > La majorité des agressions sexuelles sont perpétrées par un homme de l'entourage de la victime.

Mariages forcés

- > Une estimation chiffrée difficile, dans l'attente des résultats d'une première étude.

Mutilations sexuelles féminines

- > Au moins trois femmes sur dix vivant en France, filles de parents venant ou venant elles-mêmes de pays où se pratiquent des mutilations sexuelles féminines, sont potentiellement en risque de subir une excision.

Contexte

Si les violences faites aux femmes ont longtemps bénéficié d'une certaine tolérance sociale, elles mobilisent de plus en plus les pouvoirs publics et la société civile. Depuis 1999, le 25 novembre a été proclamé Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes par l'Assemblée générale des Nations Unies.

Dans le cadre du plan national de lutte contre les violences faites aux femmes 2005-2007, la loi française a enrichi le dispositif de répression des violences au sein du couple, que l'enquête Enveff a contribué à mieux appréhender depuis sa parution en 2003.

Nombreuses restent pourtant les femmes victimes de cette violence qui s'exerce à leur rencontre.

En 2008, 156 femmes sont décédées, victimes de leur compagnon ou ancien compagnon². D'après l'enquête Enveff, une femme sur 10 a été victime de violence conjugale dans l'année en France, 8,3% sont victimes de harcèlement sexuel dans l'espace public. Plus d'un tiers des Françaises subissent des pressions psychologiques au sein du couple (37,0%) ou dans le milieu professionnel (16,7%)¹.

Près de 16% (15,9%) des femmes âgées de 18 à 69 ans déclarent avoir subi des tentatives de rapports forcés ou des rapports forcés au cours de la vie en 2006³.

Depuis 2000, la reconnaissance sociale de la question des violences faites aux femmes a contribué à modifier le seuil de rejet à l'égard des agressions, et à libérer la parole des femmes. L'augmentation des chiffres entre l'enquête Enveff en 2000, et d'autres études par la suite (cf. encadré sources d'information), ne reflète pas « une augmentation de la fréquence des agressions, mais une plus grande propension à les déclarer »³.

La violence entre partenaires est de plus en plus envisagée, non plus seulement comme un problème de droits de l'homme mais aussi comme un problème de santé publique avec des conséquences économiques estimées en 2004, *a minima*, à 1 milliard d'euros par an en France⁴.

En février 2010, une proposition de loi a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée Nationale. Visant à renforcer le dispositif de prévention et de protection des femmes victimes de violences conjugales, elle reconnaît le délit de violence psychologique et le délit de contrainte au mariage forcé. Les auteurs de violences conjugales pourraient faire l'objet d'une mesure d'éloignement contrôlée par un bracelet électronique tandis que les victimes pourraient bénéficier d'une « ordonnance de protection » indépendamment de la procédure du dépôt de plainte.

Les femmes migrantes ou filles de migrants peuvent être soumises à des formes de violences supplémentaires, comme les mariages forcés et les mutilations sexuelles féminines. Ces problématiques, auxquelles les pouvoirs publics sont sensibilisés commencent à donner lieu à des enquêtes en population. Leurs résultats, encore à paraître, devraient permettre de mieux connaître ces violences. En 2004, l'Ined estime entre 42 000 et 61 000 le nombre de femmes adultes excisées résidant en France⁵.

Le gouvernement français a déclaré les violences faites aux femmes « grande cause nationale » en 2010, encourageant à prendre en compte toutes les formes de violence subies par les femmes du fait de leur sexe : au sein du couple, dans l'espace public ou au travail, ainsi que les violences coutumières. Le deuxième plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes 2008-2010, prévoit douze objectifs pour combattre ces violences. Ils s'articulent autour de quatre axes : mesurer le phénomène, prévenir les violences et sensibiliser les populations, coordonner l'action et les acteurs et accroître les formations spécialisées, protéger les victimes et leurs enfants.

Violences conjugales

Prépondérance des violences psychologiques

Selon les résultats de l'enquête Enveff, une femme sur quatre en France comme en Ile-de-France est victime de pressions psychologiques (cf. encadré définitions) (tab. 1). Les agressions physiques touchent près de 3,4% des femmes en Ile-de-France, et 2,5% en France.

Tab.1 Proportion de femmes ayant déclaré des violences conjugales au cours des 12 derniers mois selon le type de violences en Ile-de-France et en France en 2000 (en %)

	Ile-de-France (n=1 121)	France (n=5 908)
Agressions verbales	4,8	4,3
Pressions et atteintes psychologiques	26,3	24,4
Agressions physiques	3,4	2,5
Agressions sexuelles	0,8	0,9

Source : enquête Enveff, 2000.

Les agressions physiques et situations de cumul de violences sont plus fréquentes en Ile-de-France qu'en France

Globalement, 9,0% des femmes en couple interrogées dans l'enquête Enveff vivent dans un climat de violences conjugales. L'indicateur de violences conjugales (cf. encadré définitions) est plus élevé en Ile-de-France que sur l'ensemble du territoire (10,9% contre 9,0%), notamment pour les situations très graves (3% contre 2,3%) (tab. 2).

Tab.2 Proportion de femmes ayant déclaré des violences conjugales au cours des 12 derniers mois selon le degré de violence en Ile-de-France et en France en 2000, (en %)

	Ile-de-France (n=1 121)	France (n=5 908)
Indicateur global de violences conjugales	10,9	9,0
dont niveau "grave"	7,9	6,7
dont niveau "très grave"	3,0	2,3

Source : enquête Enveff, 2000.

Sources d'information et limites

Plusieurs enquêtes permettent d'appréhender la problématique des violences faites aux femmes sous divers angles.

L'enquête Enveff, menée en 2000 par l'Idup-Ined-Insee auprès d'un échantillon de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans résidants en France métropolitaine et publiée en 2003, reste une source d'information déterminante. Dans la continuité méthodologique de cette enquête, l'étude CSVF menée en 2006 sur les Comportements sexistes et les violences envers les jeunes filles rencontrées en Seine-Saint-Denis (qu'elles y soient domiciliées, qu'elles y travaillent, ou qu'elles fréquentent l'université) permet d'approfondir la connaissance de la situation des femmes les plus jeunes (18 à 21 ans).

L'enquête Evénements de vie et santé (EVS) menée en 2005/2006 par l'Insee et la Drees, propose de mesurer la violence ressentie et ses conséquences sur la santé, et l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF), réalisée par l'Inserm et l'Ined et coordonnée par

l'ORS Ile-de-France en 2006, analyse les enjeux de santé liés à la sexualité.

L'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS), enquête de victimation menée par l'Observatoire national de la délinquance (OND) et l'Insee, étudie les violences subies par les hommes et les femmes en 2007 et en 2008.

Les données de ces études sont nationales, exceptées pour l'enquête CSVF, centrée sur la Seine-Saint-Denis, et certains résultats de l'enquête Enveff déclinés pour l'Ile-de-France. De plus, ces enquêtes s'appuient sur des méthodologies et des populations différentes, certaines n'étant pas ciblées expressément sur les violences faites aux femmes. De ce fait, il n'est pas possible de faire des comparaisons entre départements ou régions. Il reste également difficile de comparer les données dans le temps.

Définitions

Les violences conjugales telles qu'elles sont définies dans l'enquête Enveff¹:

- agressions et menaces verbales : insultes, menaces et chantage affectif comme s'en prendre aux enfants ou menacer de se suicider ;

- pressions psychologiques : actions de contrôle (empêcher de parler à ses amis ou sa famille), d'autorité (imposer des façons de s'habiller ou de se comporter), attitudes de dénigrement.

Ces faits répétés constituent un harcèlement moral.

- agressions physiques : tentatives de meurtre, coups et autres brutalités, séquestration ou mise à la porte ;

- agressions sexuelles : gestes imposés ou viols.

L'indicateur global de violences conjugales : permet de montrer la progression de la gravité des situations. Le niveau « grave » correspond surtout aux insultes répétées et au harcèlement psychologique, plus rarement à des agressions physiques ou sexuelles uniques ; le niveau « très grave » regroupe les situations de cumul de violences (agressions physiques ou sexuelles répétées ou associées aux violences verbales et au harcèlement psychologique).

Les déclarations de violences conjugales diminuent avec l'âge sauf pour les violences « très graves »

Les situations de violences très graves se rencontrent à tous les âges de la vie. Elles commencent tôt (3,1% chez les moins de 25 ans), et après une possible accalmie entre 25 et 34 ans (1,9%), reprennent et se maintiennent à un niveau toutefois moins élevé qu'au début (2,5% pour les 35-44 ans et 2,4% après 45 ans (fig. 1).

Importance des violences au sein du couple déclarées par les jeunes

Selon l'enquête CSVF (cf. encadré sources d'information), les deux tiers (64,7%) des filles de 18 à 21 ans interrogées en Seine-Saint-Denis ont connu une relation de couple de plus de deux mois au cours de l'année écoulée. Parmi elles, 25% font état de relations conflictuelles, et 20% subissent les violences de leur partenaire ; 12% des filles se décrivent elles-mêmes comme agressives dans leurs relations de couple, et 10% trouvent leur partenaire agressif. Un tiers seulement (33%) des relations sont déclarées sans violences⁶.

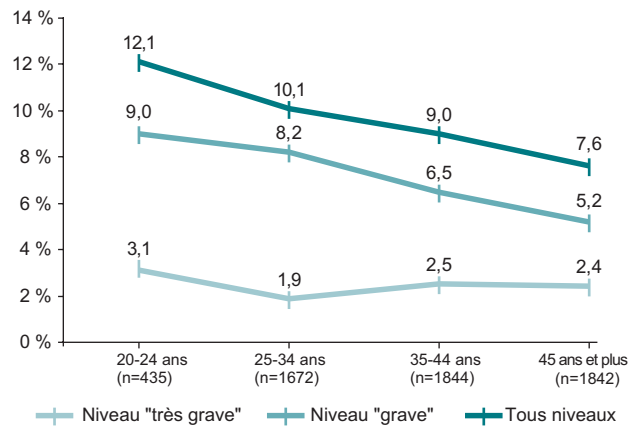
Avoir vécu des situations difficiles dans l'enfance augmente le risque de violences conjugales à l'âge adulte

Les enquêtes Enveff et CSVF montrent que les violences subies dans l'enfance augmentent la probabilité d'être victime (ou auteur) de violences conjugales. C'est le cumul des événements qui est déterminant. Ainsi, « la probabilité d'être victime de violences conjugales est multipliée par cinq lorsqu'on a subi des sévices et coups dans l'enfance, et par trois lorsqu'on a été témoin de violence conjugale dans la famille d'origine »⁷. L'Observatoire national de l'enfance en danger recommande une attention particulière aux enfants exposés aux violences au sein du couple⁸.

Les violences conjugales concernent tous les milieux mais sont liées à la situation face à l'emploi

Les enquêtes ne mettent pas en évidence de lien entre catégorie socio-professionnelle de l'homme ou de la femme et l'occurrence de violences conjugales. En revanche, l'enquête Enveff met l'accent sur la situation par rapport à l'emploi comme déterminant, l'instabilité professionnelle étant plus significative que la catégorie socio-professionnelle elle-même. En France, les femmes en activité subissent moins de violences que les inactives ou chômeuses : les femmes en activité sont 6,2% à subir des violences graves et 2,1% des violences très graves, contre 7,6% et 2,8% des femmes inactives ou au chômage (fig. 2). Les actives à temps partiel seraient plus exposées que les actives à temps plein, quelle que soit la profession (respectivement 7,4% et 2,4% contre 5,6% et 1,9%)¹.

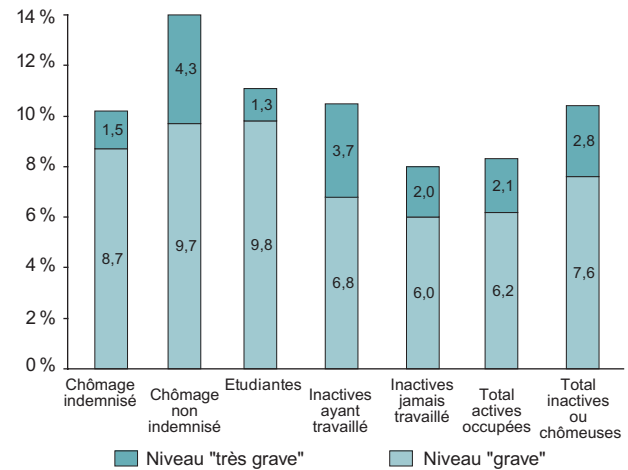
Fig.1 Violences conjugales faites aux femmes au cours des douze derniers mois par niveau de gravité* selon l'âge en France en 2000 (en %)



Source : enquête Enveff, 2000.

* Indice global de violences conjugales (cf. encadré définitions page 95)

Fig.2 Violences conjugales faites aux femmes au cours des douze derniers mois par niveau de gravité* selon la situation d'emploi des femmes en France en 2000 (en %)



Source : enquête Enveff, 2000.

* Indice global de violences conjugales (cf. encadré définitions page 95)

Le niveau de violences conjugales se répercute sur l'état de santé mentale

L'expérience de la violence conjugale est associée à des problèmes de santé psychique. Le niveau même de ces violences est déterminant pour les conséquences médicales. Selon l'enquête Enveff, les femmes qui ne déclarent pas de violences conjugales sont 0,2% à avoir fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois, contre 1,4% des femmes victimes de violences « graves », et 3,4% des victimes de violences « très graves »¹. Ces dernières sont plus nombreuses que les femmes non victimes de violences conjugales à connaître un état de détresse psychologique élevé (36,8% contre 8,1%), et plus nombreuses à présenter un indice de stress post-traumatique élevé (22,2% contre 4,0%). La prise régulière de psychotropes est également plus importante pour les victimes de violences « très graves » : elle est de 22,4% alors qu'elle est de 19,5% pour les victimes de violences « graves », et 8,1% pour les femmes ne déclarant pas de violences (fig. 3, 4 et 5).

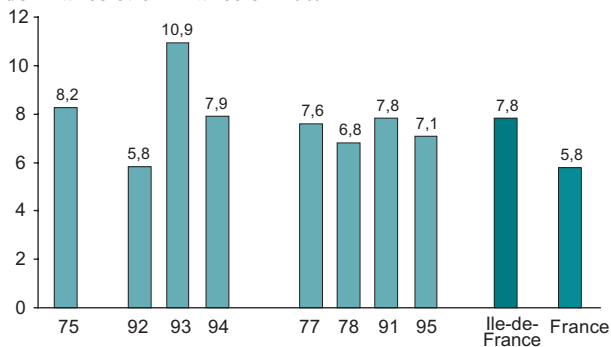
Plus de consultations médicales chez les femmes victimes de violences conjugales

Selon l'enquête Enveff, 24,2% des femmes n'ayant pas connu de violences conjugales au cours des douze derniers mois déclarent cinq visites ou plus chez le généraliste au cours de la même période, contre 32,9% des femmes victimes de violences « graves » et 34,0% des femmes victimes de violences « très graves ». Les écarts sont plus marqués pour les consultations d'un psychiatre ou psychothérapeute (respectivement de 5,5%, 12,9% et 18,7%)¹.

Environ 8 femmes pour 10 000 ont composé le numéro vert dédié aux victimes de violences conjugales en 2009 à Paris

En 2009, le taux d'appels au numéro vert dédié à l'orientation et l'écoute des victimes de violences conjugales est de 8,2 pour 10 000 femmes majeures à Paris. Ce taux est comparable à celui de l'ensemble de la proche couronne (8,1 pour 10 000). La Seine-Saint-Denis atteint le taux le plus élevé avec 10,9 pour 10 000, soit un taux presque deux fois plus élevé que le taux national (5,8 pour 10 000). La moyenne francilienne est supérieure au taux national (fig. 6).

Fig.6 Taux (pour 10 000) d'appels au 3919* par rapport à la population féminine majeure dans les départements d'Ile-de-France et en France en 2009



Source : Fédération nationale solidarité femmes, exploitation ORS-Ile-de-France 2010.

* Numéro d'écoute anonyme et gratuit.

Encore peu de victimes de violences conjugales s'adressent à la police

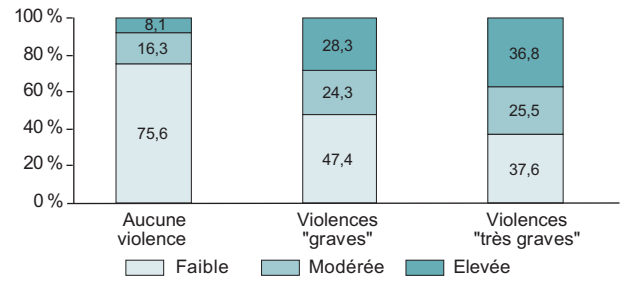
D'après l'enquête CVS (cf. encadré sources d'information p95), parmi les femmes de 18 à 59 ans ayant subi des violences intraconjugales en 2005-2006, 11,1% seulement sont reçues par la police. Elles se confient plus souvent à des proches (41,7%). Les

Tab.3 Les recours des femmes victimes de violences conjugales selon le type de violence en France en 2005-2006 (en %)

	Plainte	Main courante	Association ou professionnel	Ami ou proche	N'en a parlé à personne	Non réponse	Total
Violences physiques	9,9	1,9	19,6	43,7	21,1	3,8	100,0
Violences sexuelles	5,6	2,3	25,2	23,7	32,6	10,6	100,0
Violences physiques ou sexuelles au sein du ménage	8,9	2,2	19,4	41,7	23,1	4,7	100,0

Source : enquête CVS, OND Insee, 2008.

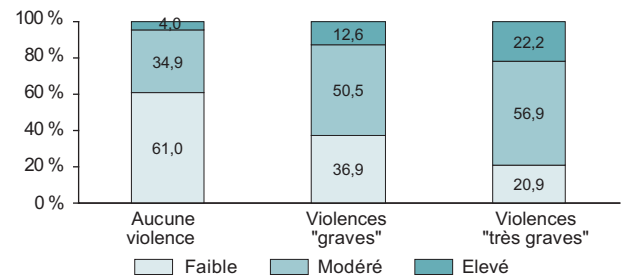
Fig.3 Détresse psychologique* selon l'existence et le niveau de violences conjugales en France en 2000



Source : enquête Enveff, 2000.

* Mesurée par l'échelle General Health Questionnaire (GHQ).

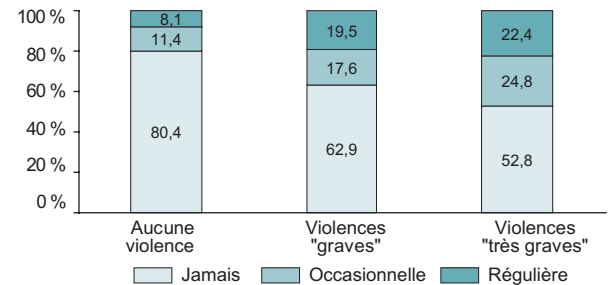
Fig.4 Indice de stress post-traumatique** selon l'existence et le niveau de violences conjugales en France en 2000



Source : enquête Enveff, 2000.

** Calculé à partir de la fréquence de trois symptômes (cauchemars, état d'anxiété, crises de panique) au cours des 12 derniers mois.

Fig.5 Consommation de psychotropes selon l'existence et le niveau de violences conjugales en France en 2000



Source : Enveff, 2000.

violences sexuelles sont plus souvent tuées que les autres formes de violences physiques : 32,6% des femmes qui en sont victimes n'en ont parlé à personne, contre 21,1% des victimes de violences physiques. Quand les violences sexuelles sont exprimées, c'est plutôt à un professionnel (25,2%) ou à un ami (23,7%) qu'à la police (7,9%) (tab. 3)⁹.

Plus de 3 000 situations de violences au sein du couple enregistrées par la Préfecture de police à Paris en 2009

En 2009, la Préfecture de police de Paris a enregistré 3 601 faits de violences dans le couple : 2 360 ont donné lieu à une procédure (garde à vue ou défèrement au Parquet), et 1 241 ont fait l'objet d'une main courante. Dans tous les arrondissements, le nombre de procédures est supérieur ou égal au nombre de mains courantes, à l'exception du 16^{ème} arrondissement, où celles-ci sont supérieures aux procédures (177 mains courantes contre 83 procédures) (tab. 4).

Les procédures pour violences au sein du couple concernent en grande majorité des violences physiques

Globalement, le nombre de mains courantes a augmenté entre 2008 et 2009, passant de 812 à 1 241, en raison de la prise en compte statistique, à partir du deuxième semestre 2009, des violences psychologiques. La prise en compte des violences psychologiques retentit sur les mains courantes mais pas encore sur les procédures, montrant la difficulté à apporter les preuves nécessaires à une procédure dans les cas de violences psychologiques. Ainsi, parmi les procédures, 50 gardes à vue font suite à des violences psychologiques contre 1 378 suite à des violences physiques. De même, 29 personnes ont été déférées au Parquet pour des faits de violences psychologiques contre 934 pour des violences physiques.

Les femmes, premières victimes de la violence au sein du couple à Paris

Sur 3 601 faits enregistrés par la police, 3 139 l'ont été par des hommes, contre 462 par des femmes. Les auteurs de violences au sein du couple sont donc à 87,2% des hommes. Dans les procédures judiciaires,

Tab.4 Nombre de procédures et mains courantes à Paris en 2009 par arrondissement*

	Procédures	Mains courantes	Total
1er	55	12	67
2ème	54	10	64
3ème	48	44	92
4ème	75	13	88
5ème	60	10	70
6ème	47	35	82
7ème	38	56	94
8ème	79	49	128
9ème	46	61	107
10ème	104	20	124
11ème	137	66	203
12ème	105	60	165
13ème	175	70	245
14ème	167	37	204
15ème	163	158	321
16ème	83	177	260
17ème	121	33	154
18ème	261	41	302
19ème	238	19	257
20ème	274	270	544
SDPRT**	30	0	30
Total	2 360	1 241	3 601

Source : Préfecture de police de Paris (SPAD).

* Il s'agit de l'arrondissement dans lequel sont déclarés les faits et non de l'arrondissement où résident les personnes.

** Brigade des réseaux ferrés.

ce sont 90,0% d'hommes qui sont mis en cause. Dans les mains courantes, 81,6% des auteurs incriminés sont des hommes.

Violences sexuelles

Les femmes sont plus souvent victimes de violences sexuelles que les hommes

Selon l'enquête EVS (cf. encadré sources d'information p95), 7% des personnes âgées de 18-75 ans disent avoir subi des attouchements, des rapports sexuels forcés ou tentatives de rapports forcés au cours de leur vie. Les femmes sont 11% dans ce cas, les hommes 3%¹⁰. Dans l'enquête CSF, 16% des

femmes de 18 à 69 ans contre 5% d'hommes du même âge déclarent avoir subi des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de leur vie³. La surexposition des femmes aux agressions sexuelles s'observe aussi bien pour les violences dont l'auteur fait partie du ménage que pour celles dont l'auteur n'en fait pas partie.

Définition

La **violence sexuelle** se définit comme tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail.

Source : Organisation mondiale de la santé (OMS).

L'enfance et l'adolescence, périodes à haut risque

Selon l'enquête EVS, les violences sexuelles ont été vécues avant 11 ans pour 23% des femmes de l'étude, pendant l'adolescence (entre 11 et 19 ans) pour 37% d'entre elles et 7% ont subi ces violences à la fois pendant l'enfance et l'adolescence. 28% des femmes victimes de violences sexuelles l'ont été à l'âge adulte (à partir de 20 ans), 4% des femmes déclarent des violences à l'âge adulte et à l'adolescence, 1% à l'âge adulte et au cours de l'enfance¹⁰.

Les auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre de jeunes filles sont en grande majorité des hommes de l'entourage des victimes

L'enquête CSVF porte sur 1 566 jeunes filles de 18 à 21 ans rencontrées en Seine-Saint-Denis. Parmi elles, 13% déclarent avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie. Dans la grande majorité des cas il s'agit d'un proche ou d'un membre de la famille. Les conjoints représentent le deuxième agresseur nommé pour les viols et tentatives de viol. Les agressions par un inconnu représentent moins du quart des situations, et les agressions fraternelles sont marginales (tab. 3).

Plus de répétition des violences sexuelles lorsque la victime et l'agresseur sont proches

Selon l'enquête Enveff, les atteintes et agressions perpétrées par un homme de la famille se répètent plus que les agressions commises par des personnes moins proches ou inconnues (tab. 4). Les agressions répétées dans le cercle familial sont le plus souvent perpétrées par le même auteur (82,1% des attouchements subis dans la famille, 91,2% des rapports forcés au sein du couple)¹.

Plus de déclarations mais pas d'augmentation des recours judiciaires entre 2000 et 2006

Entre 2000 (enquête Enveff) et 2006 (enquête CSF) les déclarations de violences sexuelles ont augmenté, notamment pour les tentatives de rapports forcés (6% contre 10%) et les rapports forcés (3% contre 7%). Les déclarations d'agressions commises ou tentées par le père, le beau-père ou un autre homme de la parenté sont celles qui ont le plus augmenté. Parallèlement, les plaintes déposées en justice n'augmentent pas (9 574 en 2001, 9 993 en 2005)³.

Tab.3 Auteurs par type d'agressions sexuelles déclarées par des jeunes filles de 18 à 21 ans en Seine-Saint-Denis en 2006 (en %)

	Attouchements* (n=100)	Tentatives de viol* (n=136)	Viols* (n=63)
Inconnu	23	21	14
Petit ami ou conjoint	10	27	22
Père ou beau-père	10	4	10
Frère	1	1	2
Famille et proche	39	29	38
Autre homme connu	22	22	18

Source : enquête CSVF 2006.

* Pourcentage total supérieur à 100, les agressions ayant pu être répétées et perpétrées par plusieurs types d'auteurs.

Tab.4 Proportion des agressions répétées parmi les femmes ayant subi des agressions sexuelles, selon le contexte et par type d'agression et proportion d'agressions répétées du même auteur en France en 2000 (en %)

	Attouchements			Tentatives de rapports forcés			Rapports forcés		
	Effectif	Répétés ^a	Du même auteur ^b	Effectif	Répétés ^a	Du même auteur ^b	Effectif	Répétés ^a	Du même auteur ^b
Relations conjugales		*	*	94	43,2	81,2	94	63,0	91,2
Famille	121	68,1	82,1	34	61,8	67,0	*	*	
Proches	64	51,8	65,8	56	35,7	57,4	*	*	
Travail		*	*	47	51,4	63,8	*	*	
Espaces publics	159	28,1	39,3	190	22,0	15,7	62	28,9	41,6
Total**	386	46,4	76,0	402	32,5	59,1	200	47,0	82,6

Source : enquête Enveff 2000.

* Effectifs non pris en compte, inférieurs à 30.

** Le total dépasse la somme des auteurs car certaines femmes ont été agressées par plusieurs auteurs différents.

a - Parmi les femmes qui ont été victimes du type de violence cité, pourcentage de violences.

b - Parmi les femmes victimes de violences répétées, pourcentage perpétrées par le même auteur.

Une problématique difficile à chiffrer

Le Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles et autres pratiques affectant la santé des femmes et des enfants (GAMS) a estimé, au début des années 2000, à 70 000 le nombre de jeunes filles concernées par des mariages forcés en France. Ce chiffre se base sur l'ensemble des populations concernées par ces pratiques éventuelles, c'est-à-dire liées aux pays comme la Turquie, le Maghreb, les pays d'Afrique subsaharienne, le Pakistan et l'Inde. Ce chiffre a été repris par la presse et par les pouvoirs publics. Devant la nécessité de mieux cerner cette

problématique, l'Ined et l'Insee ont intégré des questions liées au parcours matrimonial des personnes interrogées dans l'enquête « trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France ». Les résultats devraient être rendus publics fin 2010.

Définition

Un **mariage forcé** désigne une alliance conclue sans le consentement d'au moins l'un des intéressé(e)s, ou du moins avec un consentement qui n'est ni libre et ni éclairé, car il a été extorqué suite à des pressions psychologiques, voire des menaces physiques.

Source : Ined¹¹.

Cadre légal

« Le mariage ne peut être conclu qu'avec le libre et plein consentement des futurs époux » (Article 16(2) de la Déclaration Universelle des Droits de L'Homme). La loi n°2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs porte l'âge légal du mariage à 18 ans pour les hommes comme pour les femmes.

S'il existe des indices permettant de douter de l'intention des futurs époux, l'officier d'état civil peut saisir le Procureur de la République. Celui-ci peut ordonner un délai d'un mois renouvelable afin de mettre en place une enquête et émettre, le cas échéant, une opposition au mariage.

S'il y a eu mariage « sans le consentement libre des deux époux, ou de l'un d'eux, il ne peut être attaqué que par les époux, ou par celui des deux dont le consentement n'a pas été libre, ou par le ministère public. L'exercice d'une contrainte sur les époux ou l'un d'eux, y compris par crainte révérencielle envers un ascendant, constitue un cas de nullité » (article 180 du code civil).

Les violences mises au jour lors d'une procédure liée à un mariage forcé sont passibles de poursuites pénales.

Le mariage célébré à l'étranger entre une personne de nationalité étrangère et une personne de nationalité française selon la loi locale suppose des démarches à la fois auprès des autorités locales et auprès du consulat de France. Les autorités diplomatiques et consulaires veillent à la validité des mariages par les mêmes procédures qu'en France (publication des bans, audition des futurs époux ensemble ou séparément) mais aussi par la procédure de délivrance d'un certificat de validité du mariage. Ces autorités peuvent saisir le Procureur de la République à Nantes, compétent pour une opposition. La procédure de transcription du mariage en droit français constitue une étape de vérification supplémentaire.

L'annulation du mariage reste possible cinq ans après sa célébration.

Lorsqu'un mariage à l'étranger concerne deux personnes étrangères, les démarches se font auprès des instances et selon le droit en vigueur dans le pays.

En France, seul le mariage civil est considéré comme légal. La problématique des mariages forcés peut également s'inscrire dans des unions coutumières ou traditionnelles.

Les mineures et les majeures de moins de 21 ans en risque de mariage forcé entrent dans le champ de la protection de l'enfance et doivent donc faire l'objet d'une information préoccupante (cf. fiche 4.5). Un certain nombre d'associations spécialisées dans la lutte contre les mariages forcés ou dans la défense des droits des femmes, ainsi que les services d'accompagnement social des collectivités, peuvent soutenir les femmes de plus de 21 ans concernées par le mariage forcé.

Mutilations sexuelles féminines

Les mutilations sexuelles féminines en France sont liées aux mouvements migratoires

Les populations concernées par les mutilations sexuelles potentielles ou avérées sont originaires de pays où se pratique cette coutume non religieuse, ou sont nées en France mais de parents originaires de ces pays. Les mutilations sexuelles des types I à III (cf. encadré définitions) ont été recensées dans 28 pays d'Afrique (notamment d'Afrique subsaharienne), certains pays d'Asie (notamment Malaisie, Indonésie, Inde), et des régions du Moyen-Orient (Iran, Israël par exemple)¹².

La pratique des mutilations sexuelles encore trop fréquemment réalisée hors du territoire français

Les associations notent que les mutilations sexuelles féminines se pratiquent le plus souvent à l'étranger, y compris pour les jeunes filles nées en France où cette pratique est illégale. Selon les premiers résultats d'une enquête de type « cas-témoin » réalisée entre 2007 et 2009 par l'Ined auprès de 2 882 femmes majeures migrantes, ou filles de migrants, dans 5 régions de France y compris en Ile-de-France, 635 étaient excisées. Parmi les filles de femmes excisées, 11% sont elles aussi excisées, mais parmi les filles qui sont nées en France, cette proportion est de 3%¹³.

Au moins 3 jeunes filles sur 10 vivant en France venant, ou dont les parents viennent, des pays où se pratiquent les mutilations sexuelles féminines sont concernées par un risque d'excision

Au cours de cette même enquête, les mères étaient interrogées sur leurs intentions ainsi que celles des pères et des familles restées au pays d'origine. Sept fois sur dix, aucune intention de faire exciser l'enfant est déclarée. Trois fois sur dix il existe un risque de mutilation : pour moitié en cas de retour au pays, pour l'autre moitié en raison de l'intention plus ou moins formulée des parents ou de l'un d'eux¹³. Ce risque étant mesuré selon des déclarations d'intention, il peut être sous-estimé. Les associations intervenant dans ce champ observent en effet une bonne connaissance de la loi française parmi les populations concernées, qui développent des stratégies de contournement et

d'adaptation. La loi française prévoit en effet des sanctions pénales, même si les pratiques ont lieu à l'étranger, et les enfants en risque doivent faire l'objet d'une information préoccupante (cf. fiche 4.5) auprès des services de protection de l'enfance.

Un quart des femmes excisées vivant en France se disent intéressées par le recours à la chirurgie réparatrice

Depuis 2003, un protocole de chirurgie réparatrice pour les femmes majeures est remboursé par la sécurité sociale. Parmi les femmes interrogées par l'Ined, plus de la moitié ont connaissance de cette possibilité, 5% y ont eu recours ou sont en cours de démarche, et 20% se disent intéressées. Cet intérêt est plus grand parmi les femmes de moins de 35 ans qui ont grandi en France¹³.

Définitions

Il existe 4 types de mutilations sexuelles féminines :

Type I : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie) ;

Type II : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision) ;

Type III : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accotement des petites lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation) ;

Type IV : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.

Ces pratiques génèrent des conséquences médicales à court terme (par exemple, douleur, hémorragies, rétention urinaire, infections), et à long terme (notamment des infections pelviennes, de la stérilité, des difficultés menstruelles et des problèmes pendant la grossesse et lors de l'accouchement, des problèmes d'incontinence).

Les conséquences sont aussi psychologiques ou sociales (altération de la sensibilité sexuelle, complications psychiatriques par exemple).

Source : Organisation mondiale de la santé (OMS), 2007¹².

Références :

- 1 - Jaspard M., Brown E., Condon S. et al. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale, La documentation française, 2003.
- 2 - Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple, Ministère de l'Intérieur, Délégation aux victimes, 2008.
- 3 - Bajos N., Bozon M. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère, Population et Société, n° 445, Ined, 2008.
- 4 - Marissol J-P., Chevalley C. Etude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France, Rapport au service des droits des femmes et de l'égalité des chances, 2006.
- 5 - Andro A., Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France, Population et Société, n° 438, Ined, 2007.
- 6 - Jaspard M., Lesné M. Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles, Observatoire des violences envers les femmes en Seine-Saint-Denis, 2006.
- 7 - Jaspard M., Brown E. La place de l'enfant dans les conflits et les violences conjugales, Recherches et Prévisions, n° 78, Caf, 2004.
- 8 - Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics? Service du droit de femmes et de l'égalité et Observatoire national de l'enfance en danger, 2009.
- 9 - Tournyol du Clos L., Le Jeannic T. Les violences faites aux femmes, Insee première, n° 1180, Insee, 2008.
- 10 - La santé des femmes en France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, La documentation française, 2009.
- 11 - Santelli E., Philippe C., Collet B. Emergence de la question du « mariage forcé » dans l'espace public en France, Asylon(s) n°5, 2008.
- 12 - Eliminer les mutilations sexuelles et féminines, Organisation Mondiale de la Santé, 2008.
- 13 - Andro A., Lesclingand M., Cambois E. Les mutilations sexuelles féminines en France : premiers résultats de l'enquête Excision et Handicap (ExH), Fiche d'actualité n° 10, Ined, 2009.

Consommation de tabac

- > Un jeune Parisien sur quatre âgé de 15 à 24 ans est fumeur quotidien.
- > Augmentation récente du tabagisme chez les jeunes Parisiens.

Consommation d'alcool

- > Un jeune de 15-24 ans vivant à Paris sur deux a déjà été exposé à une consommation d'alcool à risque.
- > Les ivresses répétées chez les jeunes parisiens de 17 ans sont passées de 19% en 2005 à 28% en 2008.

Consommation de cannabis

- > Un jeune de 17 ans sur deux a déjà consommé du cannabis à Paris.
- > La consommation régulière de cannabis concerne d'abord les garçons.

Polyconsommation

- > A Paris, près de 85% des jeunes de 15-24 ans fumant du cannabis ont une consommation d'alcool à risque.
- > Près des trois quarts (72,8%) des Parisiens de 25-49 ans fumant du cannabis ont une consommation quotidienne de tabac.

Contexte

Les prises de risque, fréquentes chez les adolescents, sont multiples et peuvent prendre la forme de consommation de produits psychoactifs. Celles-ci sont susceptibles d'évoluer vers des conduites addictives, lesquelles peuvent avoir un retentissement sur la sexualité : précocité des relations sexuelles, absence d'utilisation du préservatif dans des situations à risque, et ainsi prise de risque de transmission du VIH et d'IST, mais aussi de grossesse non désirée si aucune contraception n'est utilisée ou en cas d'oubli de pilule. Ce lien peut être direct, l'alcool ou le cannabis altérant l'état de conscience mais aussi indirect. L'addiction aux produits psychoactifs peut en effet témoigner d'une souffrance psychique, d'une faible estime de soi rendant l'adolescent peu enclin à adopter des comportements préventifs en matière de sexualité. D'après le Baromètre santé 2005, la consommation de produits psychoactifs et les conduites à risque sont corrélées aux idées suicidaires et tentatives de suicide¹. La consommation de substances psychoactives s'avère plus importante chez les personnes ayant eu un épisode dépressif². En France, le suicide est la première cause de décès des 25-34 ans, et la deuxième chez les 15-24 ans.

Des études ciblées permettent de mieux connaître la consommation des jeunes (cf. encadré sources d'information) et fournissent des éléments pour orienter les politiques publiques.

Le volet français de l'étude européenne Espad (European school survey project on alcohol and other drugs)³ 2007, qui concerne les jeunes de 16 ans en milieu scolaire, met en évidence une tendance à la baisse des consommations des jeunes Français en ce qui concerne le tabac et le cannabis, mais une hausse de la consommation d'alcool. Les expérimentations de ces produits suivent les mêmes tendances. En 2007, six adolescents de 16 ans sur dix déclarent avoir déjà fumé une cigarette, et un sur six fume quotidiennement. La consommation de tabac est sensiblement la même chez les filles et chez les garçons. Par ailleurs, 88% des jeunes de 16 ans ont déjà bu de l'alcool au cours de leur vie ; un sur huit en consomme régulièrement. Il s'agit d'une consommation plutôt masculine : dix consommations dans le mois sont déclarées par un garçon sur cinq contre une fille sur dix. Plus d'un tiers de ces jeunes ont connu une ivresse dans l'année ; ils sont 3,5% à en avoir connu au moins dix dans l'année. Un tiers des jeunes de 16 ans ont déjà fumé du cannabis. Les garçons sont plus concernés que les filles, notamment en termes de consommation fréquente. En 2007, seul un adolescent sur onze (9%) déclare n'avoir jamais consommé de sa vie du tabac, de l'alcool ou du cannabis, tandis que près d'un tiers (29%) ont consommé les trois au cours de leur vie.

Cependant, les évolutions observées sur la France entière ne se retrouvent pas toujours dans les études départementales et régionales, faisant parfois apparaître des tendances différentes, notamment à Paris.

Sources d'information et limites

Le Baromètre santé 2005¹

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) réalise, depuis 1992, des enquêtes sur les comportements, connaissances et opinions des Français en matière de santé, intitulées les Baromètres santé. Le Baromètre santé 2005 a porté sur des personnes âgées de 12 à 75 ans. L'ORS Ile-de-France a réalisé des analyses régionales et départementales sur les populations concernées par la PMI : les personnes de 15-24 ans, pour lesquelles un sur-échantillon francilien avait réalisé afin de disposer d'un effectif plus important, et les adultes de 25-49 ans. A un échelon départemental, les analyses se trouvent limitées par des effectifs parfois trop faibles.

Les enquêtes Escapad

Depuis 2000, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) réalise régulièrement, en partenariat avec la Direction du service national, une enquête statistique auprès des jeunes Français âgés de 17 ans. L'enquête se déroule lors de la Journée d'appel de Préparation à la Défense (JAPD). Elle est centrée sur la santé, les usages de drogue et les modes de vie.

En 2004, l'enquête, mise en œuvre à l'initiative de la Mairie de Paris et de l'OFDT, a porté exclusivement sur des jeunes de 17 ans résidant à Paris intra-muros, et offre de plus la possibilité de réaliser des analyses infra-départementales. Des données parisiennes sont également disponibles à partir des études nationales de 2005⁵ et 2008⁶. L'interprétation de ces dernières à un niveau local doit cependant être prudente compte tenu de la faiblesse des effectifs. La réalisation d'une nouvelle étude avec un sur-échantillon parisien devrait permettre de préciser les tendances observées.

Consommation de tabac

Près d'un Parisien sur quatre de 15-24 ans est fumeur quotidien

En 2005 selon les données du Baromètre Santé, près d'un jeune sur quatre âgé de 15 à 24 ans est fumeur quotidien ; les personnes âgées de 25 à 49 ans sont une sur trois dans ce cas (tab. 1 et tab. 2). Il n'est pas observé de différence significative entre les Parisiens et les autres Franciliens.

Chez les 15-24 ans, que ce soit en Ile-de-France ou en France, il existe une différence selon le sexe dans l'usage quotidien du tabac, les hommes étant davantage consommateurs. Cependant, à Paris, pour cette classe d'âge, il n'est pas mis en évidence de différence significative.

Un usage quotidien du tabac qui augmente très rapidement avec l'âge, surtout chez les plus jeunes

L'usage du tabac augmente très rapidement avec l'âge. Ainsi, les jeunes parisiens de 15-17 ans sont 6,7% à fumer quotidiennement, et sont 27,4% entre 18 et 24 ans. Cette augmentation avec l'âge s'observe également en Ile-de-France et en France.

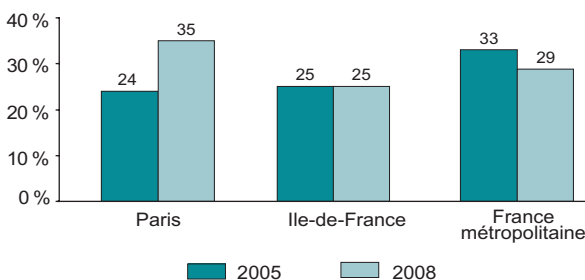
Une augmentation récente du tabagisme chez les jeunes parisiens de 17 ans

A Paris en 2008, 35% des jeunes de 17 ans déclarent un usage quotidien de tabac. Ils sont significativement plus nombreux qu'en Ile-de-France (25%) et qu'en France métropolitaine (29%). Les filles parisiennes sont 38% dans ce cas et les garçons 31%, sans que la différence soit significative.

Comparé à l'étude Escapad de 2005, l'usage quotidien de tabac était de 24% à Paris, de 25% en Ile-de-France, et était alors plus important en France métropolitaine (33%).

L'enquête Escapad Paris de 2004 situait quant à elle l'usage quotidien du tabac à 28%, avec 31% chez les filles et 26% chez les garçons. L'analyse selon un découpage géographique opposait l'ouest parisien aux pourcentages supérieurs à 33%, à l'est parisien, où un jeune sur quatre était fumeur quotidien.

Fig.1 Evolution de la proportion de fumeurs quotidiens de 17 ans à Paris, en Ile-de-France et en France métropolitaine entre 2005 et 2008 (en %)



Sources : Enquêtes Escapad 2005 et 2008.

Tab.1 Fumeurs quotidiens chez les 15-24 ans à Paris, en Ile-de-France et en France (en %)

	Paris	Ile-de-France hors Paris	p*	Ile-de-France	France
Hommes	22,2	26,9	NS	26,1	30,2
Femmes	23,6	19,1	NS	20,0	26,7
Ensemble	23,0	23,0	NS	23,0	28,4
p**	NS	S**		S*	S*
15-17 ans	6,7	15,5	NS	12,6	15,8
18-24 ans	27,4	27,1	NS	27,2	34,1
p***	S***	S**		S***	S***
Effectifs	257	1 242		1 499	4 150

Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
 p* Significativité du test comparant Paris et l'Ile-de-France hors Paris.
 p** Significativité du test comparant les hommes et les femmes.
 p*** Significativité du test comparant les 15-17 ans au 18-24 ans.
 NS Non significatif à 5%, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tab.2 Fumeurs quotidiens chez les 25-49 ans à Paris, en Ile-de-France et en France (en %)

	Paris	Ile-de-France hors Paris	p*	Ile-de-France	France
Hommes	38,9	38,0	NS	38,2	38,0
Femmes	27,9	26,8	NS	27,0	29,3
Ensemble	33,7	32,3	NS	32,6	33,5
p**	S*	S***		S***	S***
25-34 ans	36,2	32,1	NS	33,1	36,1
35-49 ans	31,4	32,4	NS	32,2	31,9
p***	NS	NS		NS	S***
Effectifs	530	1 748		2 278	13 949

Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
 p* Significativité du test comparant Paris et l'Ile-de-France hors Paris.
 p** Significativité du test comparant les hommes et les femmes.
 p*** Significativité du test comparant les 15-17 ans au 18-24 ans.
 NS Non significatif à 5%, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Près d'un jeune sur deux âgé de 15 à 24 ans vivant à Paris a déjà été exposé à une consommation d'alcool à risque

Selon le Baromètre santé 2005, près de la moitié des jeunes Parisiens âgés de 15 à 24 ans (48,2%) ont déjà eu une consommation d'alcool à risque (cf. encadré définitions), qu'elle soit ponctuelle, chronique ou de dépendance. Cette proportion de consommation à risque chez les plus jeunes est significativement plus élevée à Paris que dans le reste de l'Ile-de-France, où la proportion est de 31,6% (tab. 3).

Un maximum de consommation à risque observée entre 18 et 24 ans

Entre 15 et 17 ans, la consommation à risque concerne un quart des Parisiens (27,3%). Entre 18 et 24 ans, cela concerne la majorité des jeunes parisiens (54,2%), ce qui est significativement plus élevé que dans le reste de l'Ile-de-France (34,8%) (tab. 3). Les consommations à risque ont ensuite tendance à diminuer après 25 ans. On note une différence significative à l'échelon national entre les 25-34 ans et les 35-49 ans : les premiers sont 36,1% et les seconds 31,9% à avoir été exposés à une consommation excessive d'alcool (tab. 4).

La consommation d'alcool à risque concerne plus les garçons que les filles

Il existe une différence significative de consommation à risque entre les jeunes âgés de 15 à 24 ans selon leur sexe. Les hommes parisiens de moins de 25 ans concernés sont ainsi 58,5%, pour 39,8% des filles du même âge. Cette différence s'observe partout sur le territoire. La consommation à risque des jeunes filles à Paris est cependant plus importante qu'en France et qu'en Ile-de-France (tab. 3).

Les écarts selon le genre se réduisent avec l'âge

Après 25 ans, les hommes restent plus concernés que les femmes par la consommation excessive d'alcool, mais l'écart entre les sexes se réduit, à Paris comme

Tab.3 Consommation d'alcool à risque^ε (test de l'Audit C) chez les jeunes de 15-24 ans à Paris, en Ile-de-France et en France (en %)

	Paris	Ile-de-France hors Paris	p*	Ile-de-France	France
Hommes	58,5	41,1	S**	44,0	56,5
Femmes	39,8	22,2	S***	25,7	30,8
Ensemble	48,2	31,6	S***	34,7	43,7
p**	S*	S***		S***	S***
15-17 ans	27,3	24,3	NS	24,7	36,3
18-24 ans	54,2	34,8	S***	38,7	47,0
p***	S***	S**		S***	S***
Effectifs	253	1 229		1 482	4 063

Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
^ε Risque ponctuel, chronique ou de dépendance.

p* Significativité du test comparant Paris et l'Ile-de-France hors Paris.

p** Significativité du test comparant les hommes et les femmes.

p*** Significativité du test comparant les 15-17 ans au 18-24 ans.

NS Non significatif à 5%, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tab.4 Consommation d'alcool à risque^ε (test de l'Audit C) chez les 25-49 ans à Paris, en Ile-de-France et en France (en%)

	Paris	Ile-de-France hors Paris	p*	Ile-de-France	France
Hommes	38,9	38,0	NS	38,2	38,0
Femmes	27,9	26,8	NS	27,0	29,3
Ensemble	33,7	32,3	NS	32,6	33,5
p**	S*	S***		S***	S***
25-34 ans	36,2	32,1	NS	33,1	36,1
35-49 ans	31,4	32,4	NS	32,2	31,9
p***	NS	NS		NS	S***
Effectifs	530	1 748		2 278	13 949

Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
^ε Risque ponctuel, chronique ou de dépendance.

p* Significativité du test comparant Paris et l'Ile-de-France hors Paris.

p** Significativité du test comparant les hommes et les femmes.

p*** Significativité du test comparant les 15-17 ans au 18-24 ans.

NS Non significatif à 5%, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

dans le reste de la France. Après 25 ans, les différences entre les zones géographiques s'atténuent également. La proportion d'hommes concernés avoisine 40%, celle des femmes est proche de 30% (tab. 4).

Définitions et mesures de la consommation excessive d'alcool

AUDIT-C : L'audit (Alcohol Disorders Identification Test) est un test de repérage de la **consommation excessive d'alcool**, dont une version courte, l'audit-C, comprend 3 items :

- combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? (jamais, une fois par mois, 2 à 4 fois par mois, 2 à 3 fois par semaine, 4 fois ou plus par semaine) ;
- combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool (un ou deux, trois ou quatre, cinq ou six, sept à neuf, dix ou plus) ;
- combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou davantage au cours d'une même occasion ? (jamais, moins d'une fois par mois, une fois par mois, une fois par semaine, chaque jour ou presque).

Risque ponctuel : moins de 22 verres par semaine (homme) ou 15 (femme), et 6 verres ou plus au cours d'une même occasion (*binge drinking*) au moins une fois par mois.

Risque chronique : au moins 22 verres par semaine (homme) ou 15 (femme), ou bien 6 verres ou plus au cours d'une même occasion au moins une fois par semaine.

Risque dépendant : au moins 49 verres par semaine (soit au moins 7 par jour) quel que soit le sexe, ou bien 6 verres ou plus au cours d'une même occasion tous les jours ou presque.

Les jeunes Parisiens de 17 ans ont une consommation régulière d'alcool plus importante qu'en France et qu'en Ile-de-France

Entre 2005 et 2008, la consommation régulière d'alcool est stable en Ile-de-France et à Paris, alors qu'elle est à la baisse sur le reste de la France. Les Parisiens de 17 ans sont 11% en 2008 à consommer régulièrement de l'alcool, contre 7% des Franciliens, et 9% des Français du même âge (fig. 2).

En 2004, l'enquête Escapad Paris montrait que l'usage régulier d'alcool chez les jeunes Parisiens de 17 ans était significativement supérieur dans le sud-ouest de Paris, et significativement inférieur dans le nord-est.

Les ivresses répétées des jeunes de 17 ans ont récemment augmenté à Paris

La proportion de jeunes ayant connu au moins trois ivresses dans l'année à Paris est passée de 19% en 2005 à 28% en 2008. En Ile-de-France, ces taux sont passés dans le même de temps de 16% à 20%. Entre 2005 et 2008, l'écart s'est creusé entre Paris et l'Ile-de-France et les ivresses répétées des jeunes à Paris sont significativement plus fréquentes qu'en Ile-de-France. Le taux parisien a nettement progressé, alors qu'au niveau national, le taux est resté relativement stable (fig. 3). Ainsi, en 2005, les ivresses répétées étaient significativement moins importantes à Paris qu'en France, alors qu'en 2008, le taux parisien tend à dépasser le taux national.

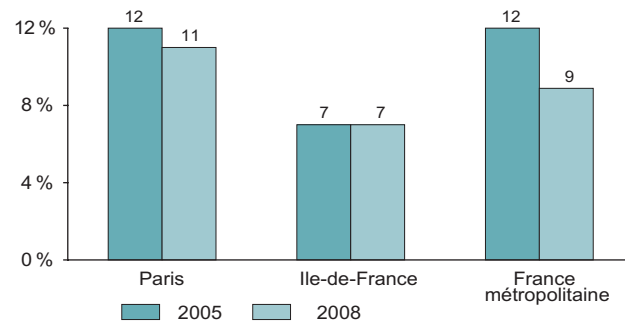
En 2004, selon l'enquête Escapad Paris, les ivresses répétées des jeunes de 17 ans concernaient plus les arrondissements de l'ouest, le nord-est montrant des taux significativement inférieurs (21% dans le nord-ouest et 20% dans le sud-ouest contre 10% dans le nord-est).

L'alcoolisation ponctuelle sévère et répétée des jeunes de 17 ans à Paris est plus fréquente qu'en Ile-de-France

A partir de 2008, l'enquête Escapad propose des données sur les épisodes répétés d'usage d'alcool ponctuel sévère, données qui n'étaient pas disponibles en 2005. Près d'un quart (23%) des jeunes Parisiens de 17 ans ont connu au moins trois épisodes de consommation d'alcool ponctuelle sévère dans le mois. C'est significativement plus qu'en Ile-de-France, où cela concerne 15% des jeunes du même âge. En revanche, les taux de Paris et de la Province restent comparables.

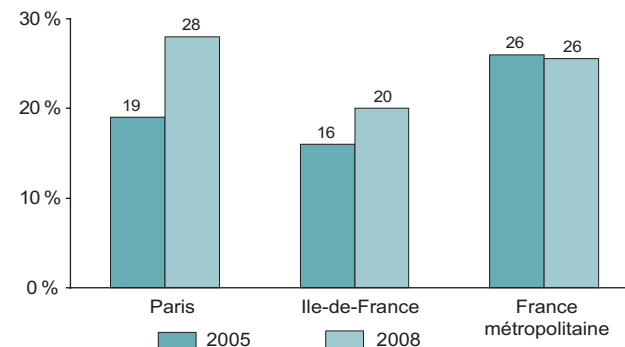
A Paris, les filles sont moins concernées que les garçons : elles sont 17% dans ce cas contre 28% des garçons.

Fig. 2 Evolution des consommations régulières d'alcool* à 17 ans à Paris, en Ile-de-France et en France métropolitaine entre 2005 et 2008 (en %)



Sources : Enquêtes Escapad 2005 et 2008.
* Au moins 10 consommations dans le mois.

Fig. 3 Evolution des ivresses répétées* à 17 ans à Paris, en Ile-de-France et en France métropolitaine entre 2005 et 2008 (en %)



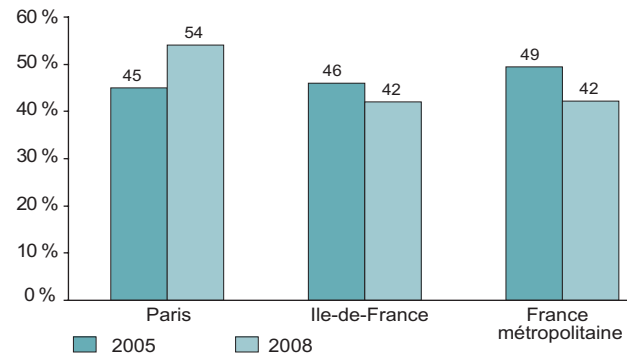
Sources : Enquêtes Escapad 2005 et 2008
* Au moins 3 ivresses au cours de l'année.

Consommation de cannabis

A Paris, un jeune sur deux âgé de 17 ans a déjà consommé au moins une fois du cannabis

Selon l'enquête Escapad de 2008, 54% des jeunes parisiens de 17 ans ont déjà consommé au moins une fois du cannabis. Cela concerne autant les garçons que les filles à Paris. L'expérimentation à 17 ans tend à augmenter à Paris (elle était de 45% en 2005), contrairement à l'Ile-de-France où elle passe de 46% en 2005 à 42% en 2008, et à la France, où elle passe dans le même temps de 49% à 42%. Le taux d'expérimentation du cannabis à 17 ans à Paris en 2008 est significativement supérieur à ceux de l'Ile-de-France et de la France, qui restent comparables entre eux.

Fig.4 Evolution du niveau d'expérimentation* du cannabis à 17 ans à Paris, en Ile-de-France et en France entre 2005 et 2008 (en %)



Sources : Enquêtes Escapad 2005 et 2008.
* Au moins 1 fois au cours de la vie.

La consommation régulière de cannabis concerne d'abord les garçons

Chez les jeunes, les filles sont significativement moins nombreuses que les garçons à consommer régulièrement du cannabis en 2005, que ce soit à Paris, en Ile-de-France, ou en France (tab. 5 et tab. 6). A Paris, les hommes de moins de 25 ans consommateurs réguliers de cannabis sont 29,2% contre 12,4% de femmes du même âge.

Après 25 ans, la consommation régulière de cannabis diminue sensiblement

Si près de 20% des Parisiens de moins de 25 ans et près de 16% des Franciliens et Français du même âge consomment régulièrement du cannabis en 2005, ils sont respectivement 13,8%, 7,2% et 4,9% dans ce cas s'ils sont âgés de 25 à 49 ans. C'est surtout après 35 ans que s'observe une baisse significative (tab. 6). Après 25 ans, les hommes restent plus nombreux que les femmes à consommer du cannabis (tab. 6). Les consommateurs parisiens de 25 à 49 ans sont 20,7% en 2005, contre 8,9% dans les autres départements d'Ile-de-France, et 7,8% en France.

Tab.5 Consommation de cannabis au moins dix fois au cours des 12 derniers mois chez les 15-24 ans à Paris, en Ile-de-France et en France(en %)

	Paris	Ile-de-France hors Paris	p*	Ile-de-France	France
Hommes	29,2	23,7	NS	24,6	22,2
Femmes	12,4	7,8	NS	8,7	10,3
Ensemble	19,9	15,8	NS	16,5	16,3
p**	S**	S***		S***	S***
15-17 ans	19,5	12,9	NS	13,8	14,1
18-24 ans	20,1	17,0	NS	17,6	17,3
p***	NS	NS		NS	S*
Effectifs	259	1 250		1 509	4 169

Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
p* Significativité du test comparant Paris et l'Ile-de-France hors Paris.
p** Significativité du test comparant les hommes et les femmes.
p*** Significativité du test comparant les 15-17 ans au 18-24 ans.
NS Non significatif à 5%, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tab.6 Consommation de cannabis au moins dix fois au cours des 12 derniers mois chez les 25-49 ans à Paris, en Ile-de-France et en France(en %)

	Paris	Ile-de-France hors Paris	p*	Ile-de-France	France
Hommes	20,7	8,9	S***	11,5	7,8
Femmes	5,9	2,1	S**	2,8	2,2
Ensemble	13,8	5,5	S***	7,2	4,9
p**	S***	S***		S***	S***
25-34 ans	19,4	9,7	S***	12,0	8,9
35-49 ans	8,5	2,6	S***	3,7	2,5
p***	S***	S***		S***	S***
Effectifs	530	1 752		2 282	14 016

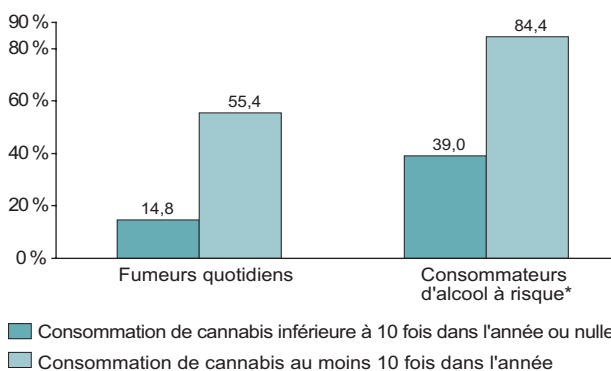
Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
p* Significativité du test comparant Paris et l'Ile-de-France hors Paris.
p** Significativité du test comparant les hommes et les femmes.
p*** Significativité du test comparant les 15-17 ans au 18-24 ans.
NS Non significatif à 5%, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Polyconsommation

A Paris, des consommations plus importantes de tabac et d'alcool chez les fumeurs de cannabis...

Les consommations de substances psychoactives sont très fréquemment associées les unes aux autres. Parmi les jeunes parisiens de 15-24 ans ayant déclaré avoir consommé du cannabis au moins dix fois au cours des 12 derniers mois, 55,4% déclarent fumer quotidiennement, et chez 84,4% d'entre eux, une consommation d'alcool à risque (ponctuel, chronique ou de dépendance) a été retrouvée selon le test de l'Audit-C. Chez les jeunes ayant une consommation de cannabis inférieure ou nulle, ces proportions sont respectivement de 14,8% et 39,0% (fig. 5).

Fig.5 Pourcentage de fumeurs quotidiens et consommateurs d'alcool à risque* chez les Parisiens de 15-24 ans selon le niveau de consommation de cannabis en 2005 (en %)

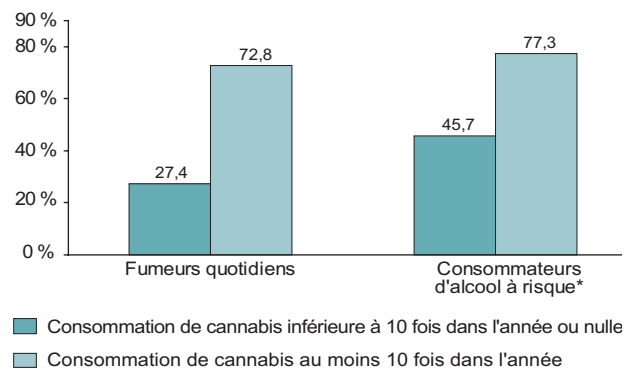


Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
* Risque ponctuel, chronique ou de dépendance.

... quel que soit l'âge

Des tendances comparables sont observées dans la population de 25-49 ans (fig. 6). On retrouve ainsi 72,8% de fumeurs quotidiens parmi les Parisiens de 25-49 ans qui ont consommé au moins dix fois du cannabis dans l'année, contre 27,4% chez ceux qui en ont consommé moins ou pas du tout. La proportion de consommation d'alcool à risque est de 77,3% parmi les consommateurs réguliers de cannabis, contre 45,7% parmi les 25-49 ans qui en consomment peu ou pas (fig. 6).

Fig.6 Pourcentage de fumeurs quotidiens et consommateurs d'alcool à risque* chez les Parisiens de 25-49 ans selon le niveau de consommation de cannabis en 2005 (en %)



Source : Inpes Baromètre santé 2005, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
* Risque ponctuel, chronique ou de dépendance.

Références :

- 1 - Beck F., Guilbert P., Gautier A. Baromètre santé 2005, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2007.
- 2 - Embersin C., Grémy I. La dépression chez les adultes franciliens. Exploitation du Baromètre santé 2005, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008.
- 3 - Legleye S., Spilka S., Le Nézet O. et al. Alcool, tabac et cannabis à 16 ans. Evolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2007, Tendances n°64, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2009.
- 4 - Beck F., Legleye S., Spilka S. Les consommations de drogues à la fin de l'adolescence à Paris. Analyse infra-communale de l'enquête Escapad Paris 2004 menée auprès des jeunes de 17 ans, Tendances n°46, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2006.
- 5 - Legleye S., Spilka S., Le Nézet O. et al. Les usages de drogues des adolescents parisiens. Exploitation secondaire de l'enquête nationale Escapad 2005, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2008.
- 6 - Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C. Exploitation départementale de l'enquête nationale Escapad Paris 2008, Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

3. Grossesse et maternité

3.1. Grossesse et vulnérabilité	113
3.2. Dépistage des anomalies chromosomiques et des malformations	125
3.3. Assistance médicale à la procréation (AMP) et grossesses multiples	131
3.4. Pathologies de la grossesse, accouchement et post partum	137

Suivi de grossesse

- > Moins de cinq femmes enceintes parisiennes sur cent consultent pour la première fois au-delà du premier trimestre de grossesse.

Couverture sociale

- > 3,3% des femmes enceintes parisiennes venant s'inscrire dans les maternités de l'AP-HP n'ont pas de couverture sociale.

Hébergement d'urgence

- > Les familles migrantes en hôtel constituent un groupe à risque particulier.

Accompagnement en périnatalité

- > A Paris, des réseaux périnataux spécifiques favorisent la prise en charge des situations les plus difficiles.
- > Près de 6% des Parisiennes sont vues à domicile par une sage-femme de PMI.

Grossesse et violences conjugales

- > Selon les données d'enquêtes, un peu plus de 5% des femmes seraient victimes de violences conjugales au cours de la grossesse.

Grossesse et addictions

- > Légère diminution de la consommation de tabac pendant la grossesse.
- > Une évolution du regard et des pratiques vis-à-vis des femmes enceintes toxicomanes a permis d'améliorer le pronostic périnatal.

Femmes enceintes séropositives au VIH

- > Environ une femme enceinte séropositive sur cinq a découvert sa séropositivité pendant la grossesse.

Accouchement sous X

- > Le taux de naissances sous X est plus élevé à Paris.

Contexte

Les événements qui marquent l'évolution de la grossesse et l'arrivée de l'enfant influencent l'état de santé de la mère et du nouveau-né. La santé et la situation socio-économique des personnes sont interdépendantes : alors qu'un état de santé dégradé peut conduire à une accentuation de la vulnérabilité sociale, celle-ci contribue à un éloignement de la prévention et du recours aux soins.

En raison des changements physiques et psychiques qui la caractérisent, la grossesse est une période de vulnérabilité. A cette fragilité induite par la grossesse, les femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale présentent des facteurs de risque supplémentaires. Elles n'ont pas toujours accès à un suivi de grossesse conforme aux normes prévues par la législation. Ainsi, dans l'enquête périnatale 2003 au niveau national, la part des femmes qui n'ont pas eu les sept visites prénatales réglementaires (6,0% des femmes interrogées) atteint 23,8% chez celles qui n'ont pas été scolarisées, contre 4,4% chez celles qui ont au moins le baccalauréat¹. Cette situation préjudiciable entraîne notamment une augmentation des risques de prématurité et de petit poids de naissance.

Le Plan « périnatalité » 2005-2007² a mis l'accent sur les enjeux médicaux liés aux situations de fragilité et préconise, en articulation avec les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), une amélioration des parcours d'accès aux droits et aux soins.

Par ailleurs, d'autres facteurs sont à prendre en compte dans la prévention des troubles de la relation mère-enfant. Le Plan périnatalité insiste sur l'importance de l'accompagnement psychosocial et sur l'expérience des services de PMI dans le soutien aux familles en situation de vulnérabilité. Il fait de la PMI un acteur clé de la périnatalité : service public territorialisé, sans condition d'accès, intervenant aussi bien en consultation qu'au domicile, la PMI est un service à même de mettre en place des actions de prévention dès la période anténatale.

Selon les enquêtes nationales périnatales entre 1998 et 2003, la proportion de femmes enceintes qui ne vivent pas en couple n'a pas changé (elles représentaient 7,0% de l'échantillon en 1998 et 7,3% en 2003)¹. L'isolement de la femme pendant la grossesse est un facteur de risque psychologique. Pendant la période de fragilité que représente la grossesse, l'absence de soutien et d'étayage social et familial entraîne une vulnérabilité accrue, notamment pour des femmes ayant des parcours de vie difficiles.

Définitions

Selon les membres de la Commission technique consultative autour de la naissance (CTCN) réunie lors de la mise en place du Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) 1999-2004³, la vulnérabilité peut être identifiée au travers de trois groupes à risque.

Les femmes à risque psychologique dominant se caractérisent 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 (dépression du post partum, désintérêt avec risques possibles de maltraitance, difficultés dans le couple, notamment) ;
- d'autres antécédents tels que : 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.

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).

Ces facteurs de risque, souvent intriqués, doivent pouvoir être repérés pour proposer une prise en charge adaptée de la mère et de l'enfant, qu'ils surviennent au cours de la grossesse ou qu'ils la précèdent. Pour évaluer ces situations qui mobilisent des compétences diverses, il existe des instances de travail transversales : des « staffs de parentalité » se sont mis en place au sein des maternités et les réseaux périnataux sont en plein essor.

Suivi de grossesse

Une mise en œuvre du suivi de la grossesse à Paris proche de la moyenne Francilienne

En 2007, une exploitation régionale des premiers certificats de santé a montré que Paris se situait légèrement en-dessous des résultats de l'Ile-de-France pour mise en œuvre du suivi de grossesse (93,9% des consultations lors du premier trimestre, contre 94,3% en Ile-de-France) (tab 1).

Environ cinq femmes enceintes parisiennes sur cent consultent pour la première fois au-delà du premier trimestre de grossesse

En 2008, selon l'exploitation du premier certificat de santé des enfants domiciliés à Paris, 95,1% des premières consultations ont lieu lors du premier trimestre de la grossesse (en 2007 elles étaient de 93,99%), 3,7% lors du second trimestre, et 1,2% lors du troisième trimestre (cette variable est renseignée en 2008 dans 95,2% des cas).

Des disparités selon les arrondissements parisiens

L'analyse des données selon l'arrondissement de domicile des femmes montre cependant une certaine hétérogénéité dans la mise en œuvre des suivis de grossesse sur Paris (carte 1). Ainsi, la proportion de femmes pour lesquelles ce suivi débute au-delà du premier trimestre est plus importante dans le nord et l'est parisiens. Le 18^{ème} arrondissement est particulièrement concerné avec 8,7% des femmes dans ce cas.

A l'inverse, dans le centre-ouest de Paris, la proportion de mise en œuvre tardive du suivi de grossesse est particulièrement faible (inférieure à 2% dans les 1^{er}, 6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} arrondissements).

Tab.1 Moment de la première consultation selon le premier certificat de santé dans les départements franciliens en 2007 (en %)

	Trimestre de la 1ère 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 : Premiers certificats de santé 2007, exploitation : Inserm U953, octobre 2009.

Le suivi d'une femme enceinte

Le suivi d'une grossesse devrait débuter au cours du premier trimestre, permettant à la femme et au futur enfant l'accès aux dépistages recommandés et à un suivi de grossesse satisfaisant.

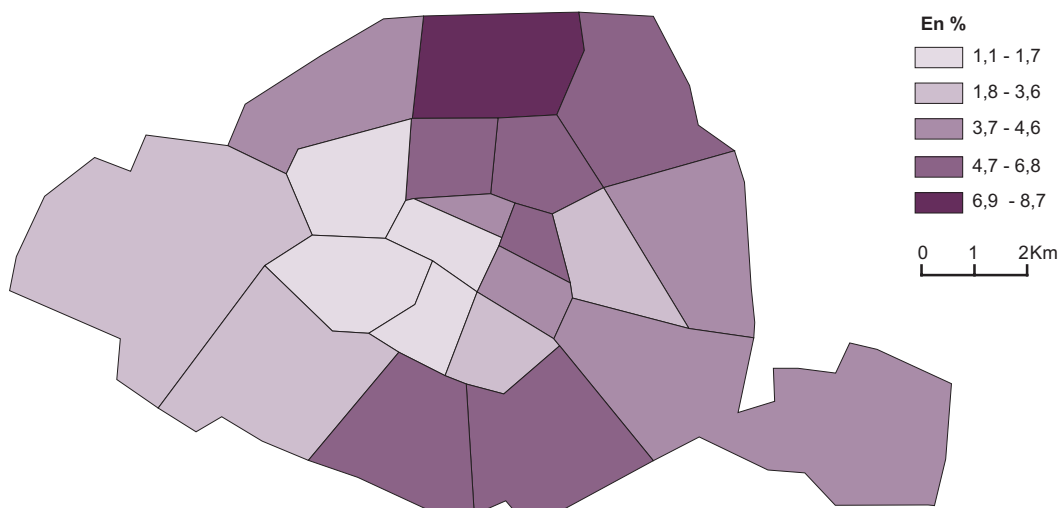
En outre, la législation prévoit que toute femme enceinte doit déclarer sa grossesse avant la fin de la quatorzième semaine suivant la date présumée de début de grossesse.

Ainsi, lors du premier examen prénatal, le médecin remet à la femme un formulaire dit « déclaration de grossesse » 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. Par contre, les bases de données constituées à partir des déclarations de grossesse ne permettent pas d'identifier les déclarations tardives et de ce fait les caractéristiques des femmes concernées.

Carte 1 Consultations au-delà du premier trimestre de la grossesse selon les données des premiers certificats de santé à Paris par arrondissement en 2008



Source : PMI Paris Certificats de santé 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Un suivi plus tardif de la part des femmes peu diplômées

Les données de certificats de santé comportent des informations sur les caractéristiques des mères. Cependant ces données présentent un taux de réponse faible (53,7% pour le niveau de diplôme des mères sur le premier certificat de santé en 2008). Sur les données renseignées, il est observé un très net gradient pour la mise en place du suivi de grossesse défavorable aux bas niveaux d'étude maternels (fig. 1). Ainsi, plus d'une femme sur dix de niveau d'étude primaire a débuté son suivi de grossesse au-delà du premier trimestre, contre seulement 2,0% des femmes de niveau d'étude supérieur.

Un suivi prénatal comparable entre Paris et la France

L'enquête périnatale¹ permet des comparaisons notamment entre Paris et la France. A Paris, en 2003, 10,4% des femmes avaient eu au cours de la grossesse moins de sept consultations prénatales. Il n'est pas mis en évidence de différence significative entre Paris et la France, contrairement à la proche couronne comparée à la France (tab. 2).

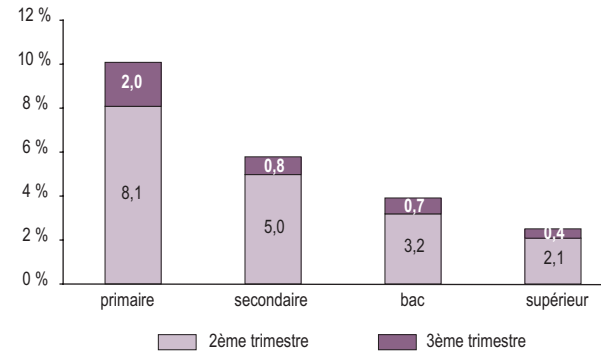
Dans cette enquête, les femmes parisiennes primipares sont 70,0% à avoir suivi une préparation à la naissance, taux comparable au niveau national (66,6%) (tab. 2). A nouveau, le taux observé en proche couronne est moins favorable. Ces données relativement anciennes devraient être actualisées par les données de l'enquête réalisée en 2010.

La préparation à la naissance très inégalement répartie selon les arrondissements parisiens

La notion de préparation à la naissance fait partie des informations recueillies sur les premiers certificats de santé. Cette donnée souffre néanmoins d'un fort taux de données manquantes (21,9% en 2008).

A partir des données renseignées, 66,4% des femmes primipares réalisent une préparation à la naissance.

Fig.1 Mise en œuvre tardive du suivi de grossesse des Parisiennes selon le niveau d'étude de la femme (en %)



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.2 Part des femmes ayant eu moins de 7 consultations prénatales et part des femmes ayant bénéficié d'une préparation à la naissance en 2003 (en %)

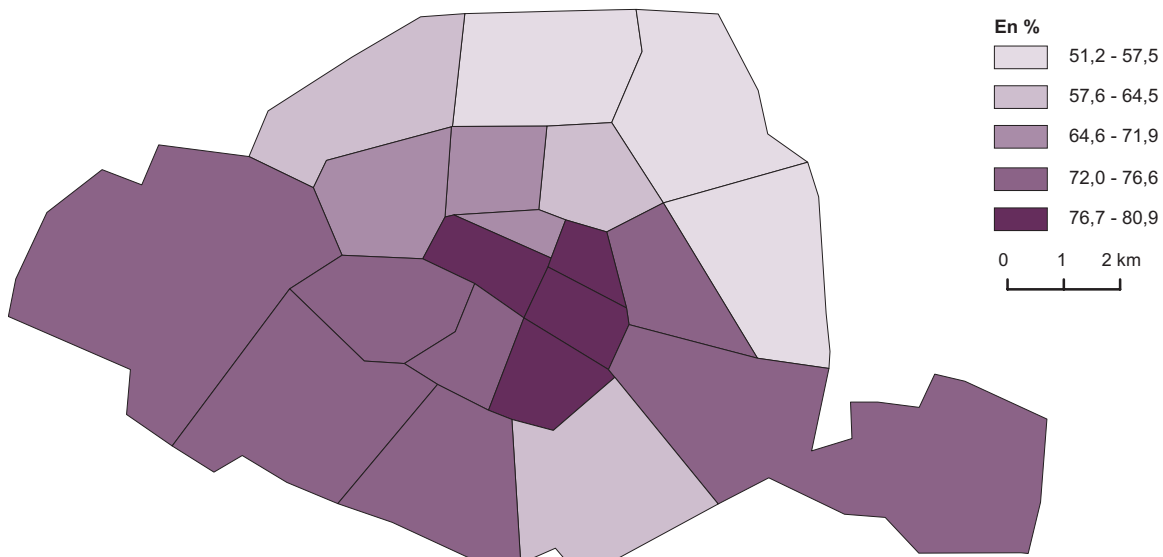
Moins de 7 consultations prénatales	Part (en %)	Intervalle de confiance à 95%	p*
Paris	10,4	[8,3 - 12,7]	NS
Proche couronne	12,1	[10,2 - 14,2]	0,002
Grande couronne	9,0	[7,4 - 10,8]	NS
Ile-de-France	10,5	[9,4 - 11,6]	0,02
France métropolitaine	9,2	[8,7 - 9,7]	
Préparation à la naissance (primipares)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

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

* Test binomial comparant la zone géographique à la métropole.

Les données par arrondissement montrent à nouveau une inégalité territoriale forte, avec des proportions de femmes primipares bénéficiant d'une préparation à l'accouchement particulièrement faibles dans les trois arrondissements périphériques du nord-est (seulement 51,3% dans le 18^{ème} arrondissement) (carte 2).

Carte 2 Préparation à la naissance des primipares selon les données des premiers certificats de santé à Paris par arrondissement en 2008



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

L'entretien prénatal précoce

Le Plan périnatalité 2005-2007² propose une ouverture vers une plus grande prise en compte des attentes et des besoins des futurs parents. Il prévoit pour cela la mise en place d'un examen supplémentaire, l'entretien prénatal précoce.

Il doit être l'occasion d'évoquer les questions peu abordées lors des examens médicaux de la grossesse (sur l'environnement affectif, sur la vie professionnelle, sur la présence de supports familiaux...), et permettre également de prévenir des troubles de la parentalité et du développement psycho-affectif de l'enfant. Sa mise en place difficile suppose, comme pour celle des réseaux, une organisation ville-hôpital-PMI selon les territoires.

Trois réseaux périnatals à Paris

La mise en place des réseaux périnatals est en plein essor, en particulier à Paris. Selon les informations de l'Agence régionale de l'hospitalisation en Ile-de-France (ARHIF) en 2010, trois réseaux sont constitués sur le territoire parisien : le réseau périnatal Paris Nord, le réseau Ile-de-France Port-Royal - St Vincent de Paul, et le réseau Périnatalité Est Parisien. Le réseau périnatal Paris Nord est à l'heure actuelle le plus formalisé.

L'implantation des réseaux nécessite des ajustements et des concertations entre les acteurs de santé en ville et en établissement. Les réseaux visent l'amélioration des parcours de soin et de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés. Dans ce contexte émergent, le système d'information ne permet pas encore une remontée d'informations statistiques exploitable.

Couverture sociale

L'absence de couverture sociale représente un frein au suivi de grossesse. Selon les données de l'enquête périnatale 2003, en début de grossesse, au niveau national, 2,7% des femmes n'avaient pas de couverture sociale¹.

La grossesse, moment clé pour l'établissement des droits

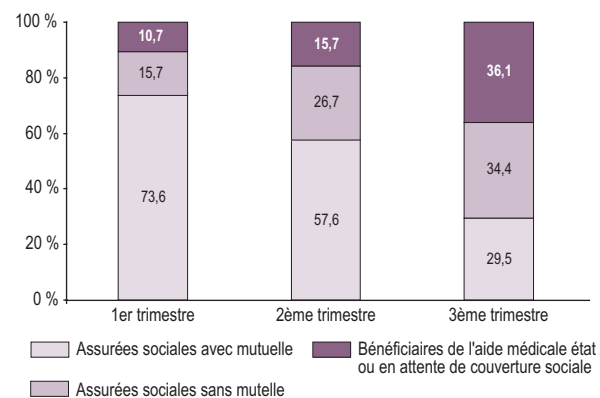
Les services de PMI parisiens ont mis en place des structures départementales d'accueil (SDA) au sein de 10 maternités de l'AP-HP, dans le but d'améliorer l'accès à un suivi de grossesse en facilitant l'accès aux droits et à une inscription en maternité.

En 2009, 16 688 Parisiennes ont été accueillies dans les SDA. Les maternités concernées représentent 51,6% des séjours avec accouchement de femmes domiciliées à Paris en 2008, selon les données disponibles sur le site de perinat-ARHIF [<http://www.perinat-arhif.org/>]. Les résultats présentés ne sont donc pas extrapolables à l'ensemble de la population parisienne, mais donnent une photographie de la couverture maladie de ces femmes lors du premier accueil en maternité. De plus, en 2008, 65,0% des accouchements dans ces maternités concernaient des Parisiennes, soit 15 558 accouchements. La confrontation des effectifs de 2008 et de 2009 permet de penser que la plupart des Parisiennes sont effectivement vues par la SDA lors de leur inscription dans ces maternités.

3,3% des femmes parisiennes venant s'inscrire dans une maternité de l'AP-HP n'ont pas de couverture sociale

En 2009, au premier accueil, 14 561 femmes sont assurées sociales (87,3%), 1 550 bénéficient d'une AME (9,3%), et 557 sont sans couverture sociale - en attente d'ouverture ou non - (3,3%), 20 sont dans des situations autres (0,1%).

Fig.2 Répartition des femmes parisiennes lors du premier contact avec les structures d'accueil de la PMI selon leur type de couverture sociale en 2009 (en %)



Source : Bureau de la PMI de Paris, DFPE, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Les femmes qui sollicitent tardivement une inscription en maternité ont une moins bonne couverture sociale

Globalement, en 2009, 74,4% des femmes vues par les SDA se sont présentées au 1^{er} trimestre de grossesse, 21,8% au second trimestre, 3,8% au dernier.

Les femmes ayant les moins bons niveaux de couverture sociale sont proportionnellement plus nombreuses parmi celles qui se présentent au cours du troisième trimestre de grossesse, soit qu'elles ne bénéficient pas de couverture sociale ou qu'elles aient une AME, soit qu'elles soient assurées sociales mais sans mutuelle. Ainsi, les femmes sans couverture sociale ou bénéficiaires d'une AME représentent 36,1% de celles reçues au cours du troisième trimestre, alors qu'elles n'étaient que 10,7% au premier trimestre (fig. 2). La source d'information ne permet pas de différencier les femmes bénéficiaires d'une AME de celles n'ayant pas de couverture sociale selon le trimestre de grossesse lors du premier passage en maternité.

Hébergement d'urgence

C'est surtout vers le Samusocial de Paris que s'adressent les services sociaux des maternités

D'après l'étude AP-HP⁵, les démarches du service social en vue de régler un problème d'hébergement s'adressent, dans 59,0% des cas, au Samusocial, aussi bien en prénatal qu'en suites de couches. Le reste des orientations concernait la Coordination de l'accueil des familles demandeuses d'asile (Cafda) (13,3%), des structures d'urgence accueillant des femmes enceintes (7,8%), des structures d'insertion (1,9%), ou encore des structures particulières comme le centre médical du Vésinet (12,5%) et les centres maternels (3,1%).

Les familles migrantes en hôtel : un groupe à risque particulier

L'étude Samenta⁷ (cf. encadré sources d'information p 70) montre que les personnes hébergées en hôtel sont essentiellement des familles migrantes, souvent monoparentales composées de mères isolées (cf. fiche 1.6). Ces femmes connaissent des difficultés d'accès aux soins du fait notamment de l'éloignement géographique et des barrières culturelles ou de langue. Les auteurs attirent l'attention sur les troubles anxieux ou dépressifs moyens à légers que vivent ces personnes, dus aux situations administratives et sociales vécues dans les pays d'origine et en France. Le rapport recommande une attention particulière au suivi de sortie de maternité en hôtel, et préconise la création ou le soutien « d'équipes mobiles de soins périnatals dédiées aux familles en hôtel ».

Des parcours d'hébergement chaotiques

Interrogées sur leur parcours d'hébergement, 62,0% des femmes participant à l'étude AP-HP⁵ déclaraient avoir déjà connu plusieurs hébergements. Au moment de l'étude, seules 6,0% ne relevaient pas d'un hébergement d'urgence, précaire ou provisoire. Plus de la moitié était hébergée par des connaissances. Par ailleurs, l'enquête ES 2004 met en évidence une catégorie de mères isolées récemment précarisées, sortant d'un logement ordinaire où elles étaient accueillies par des amis ou de la famille⁶ (12,0% de la population accueillie en urgence dans les CHRS).

Sources d'information

La précarité au cours de la grossesse pose la question de l'hébergement, question parfois renouvelée au moment de l'accueil du nouveau-né au sortir de la maternité. Plusieurs études permettent de mieux connaître le recours à l'hébergement d'urgence à Paris mais sans données spécifiques relatives aux femmes enceintes (cf. fiche 1.6).

Une étude, effectuée par la coordination des services sociaux hospitaliers de l'AP-HP en 2005⁵, permet de mieux connaître les problématiques associées à une grossesse dans un contexte difficile. Cependant, il s'agit d'une étude réalisée sur un faible effectif de femmes (237) rencontrées par le service social des maternités de l'AP-HP. L'étude a été réalisée sur une période de 15 jours au mois de mars 2005, en prénatal comme en postnatal. Cette étude doit être renouvelée en 2010.

Au niveau national, l'enquête « établissements sociaux » (ES 2004) donne des éléments sur les personnes hébergées dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)⁶ mais la situation des femmes enceintes n'y est pas spécifiée.

Accompagnement en périnatalité

Les centres maternels

L'accueil des Parisiennes en centre maternel se fait majoritairement dans Paris

Au 31 décembre 2008, 300 mères et 328 enfants sont accueillis en centre maternel par l'ASE de Paris. 87,0% des mères étaient hébergées dans des centres situés à Paris, 8,6% en Ile-de-France, et 4,3% en Province (tab. 3). La durée moyenne de séjour est estimée par les services de l'ASE à 13 mois.

Une majorité de mères de moins de 25 ans

Les mères et les futures mères parisiennes présentes dans les centres maternels au 31 décembre 2008 sont 58,2% à être âgées de moins de 25 ans. La proportion des 20 à 24 ans est la plus élevée (36,0%), les majeures de moins de 20 ans sont 19,3%, tandis que les mineures sont 2,9% (9 mères ou futures mères en 2008). Les femmes de 25 à 29 ans représentent 23,6% des femmes accueillies.

Tab.3 L'accueil des mères et des enfants parisiens de moins de 3 ans en centre maternel par l'ASE de Paris selon le lieu d'hébergement au 31/12/2008

	Paris	Ile-de-France (hors Paris)	Province	Total
Mères	261	26	13	300
Enfants	283	26	19	328

Source : ASE de Paris, DASES, rapport d'activité 2008.

Les centres maternels

« Les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, notamment parce qu'elles sont sans domicile » (casf L 222-5) peuvent être prises en charge par les services de l'Aide sociale à l'enfance. Elles sont alors accueillies en centre maternel. Ces centres ont pour mission d'apporter un soutien à l'insertion professionnelle et une préparation à l'autonomie, et d'accompagner la création ou le maintien du lien mère-enfant.

Soins en périnatalité

Près de 6% des Parisiennes enceintes sont vues à domicile par une sage-femme de PMI

Les sages-femmes de la PMI de Paris participent au suivi des femmes enceintes, et notamment des femmes en situation de vulnérabilité psychosociale. Le nombre de femmes rencontrées varie peu au cours des dernières années (fig.3), et rapporté au nombre d'accouchements en 2008, ce sont 5,8% des femmes enceintes parisiennes qui sont concernées par ce type d'intervention. Cependant, le système d'information ne permet pas de caractériser ces situations. Après une période de diminution entre 2005 et 2008, le nombre de visites à domicile augmente en 2009, alors que le nombre de femmes est resté stable (fig. 3).

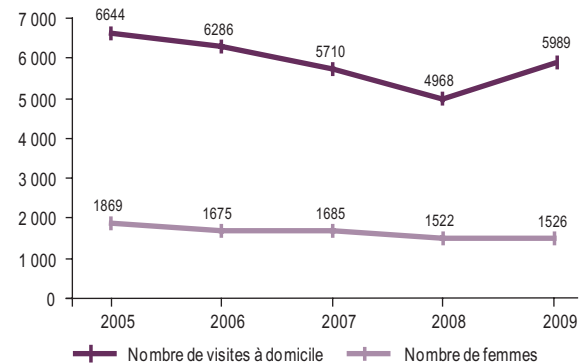
Favoriser l'accès aux soins des femmes les plus fragiles par des réseaux périnataux spécifiques

Des réseaux spécifiques ciblant les femmes enceintes en difficulté sont mis en œuvre à Paris.

Le réseau **Solipam** (Solidarité Paris Maman) vise l'amélioration de l'accès aux soins périnataux des femmes isolées domiciliées à Paris, disposant de peu ou d'aucune ressource et sans logement stable. Il intervient au cours de la grossesse et jusqu'aux trois mois de l'enfant. Il veille également à la continuité du parcours de soins de la mère et de l'enfant sur le plan médico-social.

Le réseau **DAPSA** (Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires) a pour mission de favoriser l'accès et la continuité des soins des parents ou futurs parents, souffrant de troubles psychiques et/ou somatiques, en lien avec une consommation problématique de substances psycho-actives, licites ou illicites. Le DAPSA intervient en Ile-de-France pendant les périodes pré et post-natales, en direction de femmes enceintes, mais aussi de futurs pères, de parents et de leurs enfants jusqu'à l'âge de trois ans.

Fig.3 Evolution du nombre de visites à domicile et de femmes rencontrées par les sages-femmes de PMI à Paris de 2005 à 2009



Source : PMI de Paris, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

La prise en charge des situations de vulnérabilité en service de soins

Le service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet accueille des femmes souffrant de pathologies somatiques ou psychiques, qui viennent perturber le déroulement de la grossesse ou les interactions précoces avec l'enfant. En 2008, en prénatal, les Parisiennes représentaient 42,4% des patientes de ce service, soit 56 femmes. Ces femmes présentent des troubles d'ordres médical et obstétrical, psychologique, et social (notamment au regard de l'hébergement). C'est la combinaison de ces facteurs qui entraîne une hospitalisation dans ce service spécialisé, qui se fait essentiellement après le premier trimestre de grossesse (95,8% des cas), et majoritairement au cours du dernier trimestre (58,9%).

A partir du deuxième semestre 2010, avec l'ouverture de l'hôpital mère-enfant de l'est parisien dans le 11^{ème} arrondissement, l'orientation des Parisiennes fera l'objet d'une coopération entre ces deux services.

Grossesse et violences conjugales

La grossesse, une période à risque

La grossesse est qualifiée comme une période à haut risque au regard des violences conjugales. D'une part en raison de la gravité des conséquences que celles-ci peuvent entraîner sur la femme et sur le déroulement de la grossesse, d'autre part en raison du risque accru de déclenchement des violences physiques. Les violences conjugales pendant la grossesse sont encore peu étudiées en France, la plupart des études sur la question sont anglosaxonnes. En particulier deux études canadiennes ont estimé le taux de violences physiques pendant la grossesse à un peu plus de 5,0%^{8,9}. Pour 14% des femmes victimes des mauvais traitements de leur partenaire les violences ont commencé pendant la grossesse, tandis que 64,0% des femmes déclaraient une aggravation des violences au cours de la grossesse⁹.

La grossesse, une période propice au dépistage

La grossesse étant une période d'accès aux soins et de rencontres fréquentes avec les acteurs de santé, elle constitue un moment propice à la prévention et au dépistage. Une enquête auprès de 706 femmes primipares ou secondipares dans trois maternités françaises dont deux en Ile-de-France en 1993-94¹⁰, a estimé la fréquence des violences conjugales au cours de l'année qui suit une naissance à 4,1%. L'isolement des femmes est mis en exergue dans cette étude : 31,0% des femmes de l'étude déclarant des violences dans le couple un an après la naissance disent ne pouvoir compter sur personne dans leur entourage, et 46,0% déclarent n'avoir personne à qui se confier. Dans certains cas, un contexte de violences conjugales perturbe le suivi de grossesse. L'accès tardif ou irrégulier à un suivi peut donc constituer une alerte. D'autres signes peuvent être associés aux violences conjugales, notamment les addictions de la mère et/ou du conjoint, des signes de souffrance psychique, ou des troubles du comportement et de la personnalité¹¹.

Tabac

Légère diminution de la consommation de tabac pendant la grossesse en France

Entre l'enquête périnatale de 1998 et celle de 2003¹, le comportement vis-à-vis du tabac pendant la grossesse s'est légèrement modifié. Ainsi, le pourcentage de consommatrices au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse est passé de 25,0% en 1998 à 21,8% en 2003. Cette tendance se retrouve dans la consommation globale avant la grossesse, puisque 39,4% des femmes avaient fumé au moins une cigarette avant la grossesse en 1998 contre 35,9% en 2003 (tab. 4).

Les modifications du comportement tabagique au cours de la grossesse liées au milieu social

Une étude menée par l'ORS Haute Normandie¹² en 2007 auprès de 923 femmes, propose des résultats comparables en termes de proportion de consommatrices avant la grossesse (35,1%). Parmi elles, 93,2% déclarent avoir modifié leur consommation au cours de la grossesse, mais l'arrêt concernait surtout des femmes issues d'un milieu social favorisé (fig. 4) : 85% d'entre elles déclarent un arrêt du tabac, contre 44,2% des femmes issues de milieu intermédiaire, 39,2% des femmes d'un milieu modeste, et 35,9% d'un milieu défavorisé. Tous milieux confondus, les femmes réduisent leur consommation à 51,2%, contre 42,0% qui arrêtent et 6,8% qui ne modifient pas leur comportement.

Les deux enquêtes montrent que les modifications se font globalement sans recours aux substituts tabagiques (dans 96,6% des cas dans l'enquête périnatale 2003, dans 99,0% des cas dans l'enquête ORS Haute Normandie en 2007).

Alcool

La majorité des hommes et des femmes estime qu'il ne faut pas boire d'alcool pendant la grossesse

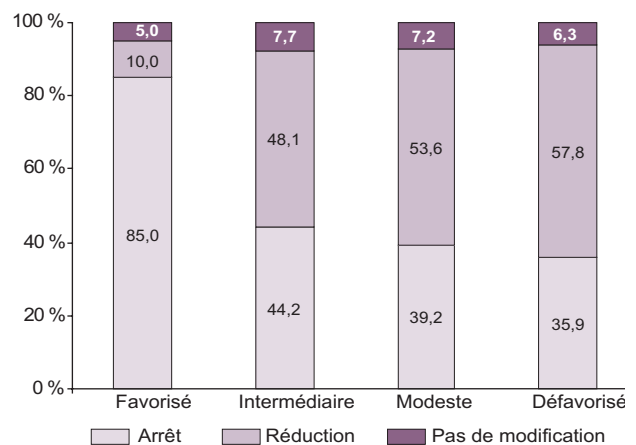
Selon une enquête de l'Inpes en 2004, réitérée en 2007, la connaissance des recommandations quant à la consommation d'alcool pendant la grossesse progresse dans la population française de 15 ans et plus¹³ : 86,9% estiment qu'il ne faut pas boire d'alcool du tout pendant cette période (81,5% en 2004). Le niveau de réponse le plus élevé se retrouve chez les 25-34 ans (90,0%). Dans le détail des questions sur les risques de consommation, les femmes répondent mieux que les hommes.

Tab.4 Consommation de tabac avant et au cours de la grossesse en France métropolitaine en 1998 et 2003 (en %)

Nbr de cigarettes par jour avant la grossesse	1998	2003	IC à 95%
0	60,6	64,1	[63,3-64,9]
1 à 9	10,3	9,9	[9,4-10,4]
10 et plus	29,1	26,0	[25,3-26,8]
Nbr de cigarettes par jour au 3 ^{ème} trimestre de la grossesse	1998	2003	IC à 95%
0	75,0	78,2	[77,4-78,9]
1 à 9	15,0	13,4	[12,8-14,0]
10 et plus	10,0	8,4	[8,0-8,9]

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

Fig.4 Modification du comportement tabagique lors de la grossesse de 324 fumeuses en Haute Normandie selon le niveau social en 2007



Source : ORS Haute Normandie, 2007.

Limites des sources d'information

Que ce soit pour le tabac ou pour l'alcool, il n'existe pas de source d'information francilienne ou parisienne permettant de documenter les consommations pendant la grossesse. En particulier l'exploitation des premiers certificats de santé est rendue impossible par l'importance des données manquantes (en 2008, 58,3% pour le tabac et 58,6% pour l'alcool).

Moins de consommation «zéro alcool» déclarée dans les milieux les plus favorisés

Dans l'étude menée en Haute Normandie¹², les femmes issues d'un milieu social favorisé déclarent plus souvent une consommation d'alcool avant la grossesse (77,3%) que celles de milieux défavorisés (25,9%). Elles déclarent cependant presque toutes modifier leurs habitudes pendant la grossesse. Les femmes des milieux les plus favorisés tendraient davantage que les autres à réduire leur consommation qu'à l'arrêter totalement (68,0% déclarent arrêter contre 77,1% des femmes les moins favorisées). Au total dans cette étude, 87,8% des femmes se déclarent abstinentes pendant la grossesse (75,3 % dans les milieux les plus favorisés contre 93,3% dans les milieux les plus défavorisés).

Prévention, connaissance et dépistage des consommations d'alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus dangereuse pour le fœtus. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) est la conséquence la plus lourde de la consommation d'alcool importante pendant la grossesse, mais son diagnostic reste difficile à poser dès la naissance¹⁴.

Sans définition d'un niveau de consommation qui serait sans risque pour l'enfant, les autorités sanitaires recommandent, selon le principe de précaution, l'abstinence totale d'alcool pendant la grossesse.

La prévention et le dépistage sont d'autant plus difficiles que l'alcool est un produit licite et culturellement accepté, et cette question reste peu abordée avec les femmes par les professionnels¹⁵.

Autre consommation de produits psychoactifs

Un diagnostic de grossesse plus difficile

La consommation de certains produits peut entraîner une aménorrhée et une baisse de la fertilité¹⁶ qui perturbent la perception des premiers signes de grossesse et de ce fait le diagnostic médical. Le retard de diagnostic et de suivi relèverait donc surtout d'une problématique de « gestion du corps »¹⁷ pour les femmes toxicomanes.

Nous ne disposons pas de données permettant de mesurer la fréquence de telles consommations pendant la grossesse. Certains travaux permettent cependant de les caractériser.

Des consommations associant plusieurs produits

Les femmes enceintes consommatrices régulières de substances psychoactives en France sont le plus souvent des polyconsommatrices¹⁸. A la dépendance aux opiacés, y compris de substitution, la consommation est presque toujours associée au tabagisme, à des consommations variables d'alcool, voire à d'autres substances (cannabis, cocaïne, crack ou médicaments)¹⁶. L'intensité de ces consommations associées serait inversement proportionnelle au niveau d'éducation, selon l'étude de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et du Groupe d'étude grossesse et addiction en 2003 concernant 259 mères sous traitement de substitution pendant leur grossesse.¹⁸

Tab.5 Principaux effets sur le fœtus et le nouveau-né de l'exposition *in utero* aux substances psycho-actives¹⁶

Alcool	- anomalies malformatives et dysmorphiques ; - retard de croissance pré et post-natal ; - troubles graves du développement neurologique, cognitif et comportemental.
Opiacés	- syndrome de sevrage néonatal (SSNN) ; - souffrance fœtale anoxique, voire mort fœtale <i>in utero</i> : risques essentiellement dus à des épisodes de manque maternel.
Tabac Cannabis	- hypotrophie fœtale.
Cocaïne/ Crack	- lésions ischémiques tissulaires fœtales ; - séquelles de pathologies périnatales, en particulier anoxie per-partum et prématurité.

Dépendance, sevrage et substitution

La prise en compte de la dépendance et du « risque fœtal majeur induit par des sevrages brutaux » de la mère¹⁶ ont conduit à des accompagnements par substitution. Ces traitements par substitution ont permis de réduire les cas d'overdoses ou de rechutes, et d'améliorer le suivi de grossesse et la santé de l'enfant. A titre indicatif, une étude rétrospective sur les femmes suivies entre 1998 et 2007 par l'équipe mobile addiction de la maternité Cochin-Saint Vincent de Paul à Paris, montre que la majorité des femmes prenait un traitement de substitution, soit 67,5% (189 femmes sur 280).

Des consommations plus modérées en Ile-de-France

Des disparités régionales apparaissent également dans cette étude de l'OFDT¹⁸ quant au niveau des consommations (cf encadré définition). Des scores de consommation faible sont plus fréquemment observés en Ile-de-France (tab. 6). L'écart entre les régions peut s'expliquer en partie par une offre des traitements non homogène sur le territoire national, l'ancienneté variable de la toxicomanie, ainsi que par des niveaux d'éducation hétérogènes.

Un suivi de grossesse amélioré par un changement de regard et des pratiques vis-à-vis des femmes enceintes toxicomanes

La grossesse associée à une problématique d'addiction présente deux difficultés majeures : « l'adaptation à une clientèle spécifique [...] et le suivi de grossesses à risques débouchant sur des nouveau-nés nécessitant une vigilance particulière »¹⁷. Une évolution vers une prise en charge pluridisciplinaire identifiée en tant que suivi d'une grossesse à risque sans stigmatisation de la consommation, a permis d'offrir « une surveillance précoce et "normale" des grossesses »¹⁸ selon le principe de réduction des risques, avec une amélioration du pronostic périnatal¹⁶.

Les modifications des pratiques vers une prise en charge globale et adaptée des femmes enceintes toxicomanes permettent l'établissement d'un lien de qualité mère-enfant, aboutissant à une plus grande prise en charge des enfants par leur mère à la naissance¹⁸. Un étayage pluriprofessionnel permet souvent d'accompagner efficacement la sortie de ces femmes au domicile.

Tab.6 Répartition des femmes selon le score* de consommation et la région (en %)

Régions	Score moins de 2	Score de 2 à 4	Score de 5 et plus	Total	n
Normandie	4,0	44,0	52,0	100,0	25
Pays de Loire / Aquitaine/Poitou/ Bretagne	10,5	57,9	31,6	100,0	19
Languedoc/Midi	10,3	55,2	34,5	100,0	29
Nord/Picardie	1,8	62,5	35,7	100,0	56
Alsace	2,2	51,1	46,7	100,0	45
Ile-de-France	25,9	44,7	29,4	100,0	85
Total	11,6	51,7	36,7	100,0	259

Source : OFDT-Groupe d'étude grossesse et addictions, *Grossesse et substitution*, 2003.

* Score attribué selon les produits consommés et la fréquence de consommation (cf. encadré définition).

Définition

Un **score** a été établi pour évaluer le niveau des consommations associées (tabac, alcool, haschich, héroïne, cocaïne, ecstasy) : pour chaque femme, chaque substance consommée compte un point si la consommation est épisodique, 2 pour une consommation plus fréquente, et 3 pour une consommation quotidienne.

Ainsi, par exemple, une consommation quotidienne des 6 produits testés correspond à $6 \times 3 = 18$, mais les scores au-delà de 10 points sont marginaux.

A partir de ces résultats, un regroupement des scores a été réalisé en 3 catégories de consommation : faible (<2), modérée (2 à 4), forte (>5).

Source : *Enquête Grossesse et substitution, OFDT, 2003*¹⁸.

Femmes enceintes séropositives au VIH

Une séropositivité découverte environ une fois sur cinq pendant la grossesse

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. Cette enquête qui existe depuis 1986 permet de disposer d'informations sur les caractéristiques des femmes et leur suivi de grossesse. En 2006-2007, ce sont 677 femmes qui ont été incluses à Paris, soit près de 50% des inclusions franciliennes (tab. 7). Les femmes sont pour la plupart d'origine étrangère (87,8% à Paris), pourcentage proche de ce qui est observé parmi les découvertes de séropositivité chez les femmes à Paris (85,2%)¹⁹. Près d'une femme sur cinq découvre sa séropositivité pendant la grossesse, davantage chez les primipares (30,3% sont dans ce cas à Paris). Si moins de la moitié des femmes sont traitées avant la grossesse, la grande majorité d'entre elles bénéficie d'un traitement au cours de la grossesse. En 2006-2007, ce sont 10 enfants qui sont infectés à Paris, soit 1,9% des enfants pour lesquels les données virologiques ont été obtenues.

Tab.7 Caractéristiques et suivi des femmes enceintes séropositives au VIH incluses dans l'Enquête Périnatale Française en 2006 et 2007 (en %)

	Paris (n=677)	IdF (n=1 397)	France métro (n=1 896)
Origine géographique			
France métropolitaine	12,3	10,6	16,6
Afrique Sub-saharienne	81,4	81,4	75,3
Autres	6,4	8,0	8,1
Parité			
Primipare	28,8	32,2	36,6
Découverte de la séropositivité			
Pendant la grossesse	17,5	20,7	20,2
Existence d'un traitement			
Au début de la grossesse	47,7	43,8	44,5
Pendant la grossesse	97,6	97,9	98,2
A l'accouchement	93,3	92,8	93,4
Traitement néonatal	98,8	99,3	99,5
Transmission à l'enfant			
Enfant infecté	1,9	1,3	1,0

Source : *Enquête Périnatale Française 2006 et 2007, exploitation Inserm U569, avril 2010.*

Accouchement sous X

Un taux de naissances sous X plus élevé à Paris

Paris est le département qui enregistre le plus grand nombre de naissances sous le secret en France en 2008, avec 40 enfants nés sous X. La nécessité pour certaines femmes souhaitant accoucher sous le secret de se soustraire à leur entourage et de cacher leur grossesse peut expliquer une surreprésentation des accouchements secrets à Paris, puisque le taux parisien de naissances sous X pour 10 000 naissances (13,1) est presque deux fois plus élevé que le taux national, qui est de 7,2 pour 10 000, soit 598 naissances sous le secret en France en 2008 (tab. 8)²⁰.

Tab.8 Nombre de naissances sous le secret et taux de naissances sous le secret à Paris, proche couronne et grande couronne en 2008 (taux pour 10 000)

		Nombre de naissances sous X	Taux de naissances sous X (pour 10 000)
Paris	75	40	13,1
	92	10	4
Proche couronne	93	18	6,4
	94	11	5,3
Grande couronne	77	18	9,4
	78	13	6,5
	91	12	6,6
	95	14	7,5

Source : Oned, enquête situation des pupilles en 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Cadre légal

« Lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservé » (Art. 41-1 du Code Civil). La loi organise pour les femmes souhaitant accoucher sous le secret, un espace de sécurité et de soin pour elle et l'enfant à venir. En effet, les institutions doivent organiser l'accouchement dans le respect de la décision de la femme. Le personnel de maternité qui ne respecterait pas cet anonymat serait passible de sanctions (Art. 226-13 du Code Pénal).

Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance du département où se situe l'établissement, qu'il soit public ou privé (loi n°96-604 du 5 juillet 1996). L'aide sociale à l'enfance doit également proposer un accompagnement psychosocial des femmes désirant accoucher sous X (Art. L.222-6 Code de l'action sociale et des familles).

Aucune autorisation parentale n'est demandée pour les patientes mineures. La femme qui n'a pas demandé le secret à son admission en maternité peut le demander dans les trois jours qui suivent la naissance. Aucune filiation ne sera établie et la déclaration de naissance sera faite par le personnel hospitalier.

La femme peut, si elle le souhaite, laisser des informations non identifiantes et doit être informée de sa possibilité, à tout moment, de lever le secret de son identité.

Pour faciliter l'accès aux origines, le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles (CNAOP) a été créé par la loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002. Des correspondants départementaux lui sont désignés parmi les personnels de l'ASE et de la PMI. L'accès aux origines ne modifie pas la filiation ou l'état civil. Les pupilles ou anciens pupilles peuvent s'adresser au CNAOP directement ou par le biais de l'Aide sociale à l'enfance. C'est également au CNAOP que s'adressent les parents de naissance souhaitant lever le secret de leur identité.

Références :

- 1 - 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.
- 2 - Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité, Ministère de la Santé et de la protection sociale, 2004.
- 3 - Serfaty A., Papiernik E. L'action collective périnatalité en Ile-de-France (1996-2000), 2005.
- 4 - Morel A., Daniel A G., Ménager M-P. Répertoire des centres périnataux et des réseaux de périnatalité en Ile-de-France, Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF), édition 2010.
- 5 - Etude du service social hospitalier. Femmes en grande vulnérabilité et maternité, AP-HP, Département des activités médicales, Coordination du service social hospitalier, 2005.
- 6 - Mainguene A. L'hébergement d'urgence dans les CHRS. Etudes et résultats, n°620, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2008.
- 7 - Laporte A., Chauvin P. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, Inserm-Observatoire du Samusocial de Paris, 2010.
- 8 - Stewart DE., Cecutti A. Physical abuse in pregnancy, Can Med Assoc J, 1993.
- 9 - Muhajarine N. Physical abuse during pregnancy : prevalence and risk, Can Med Assoc J, 1999.
- 10 - Saurel-Cubizolles M-J., Blondel B., Lelong N. Violence conjugale après une naissance, Contraception, fertilité, sexualité, vol. 25, 1997.
- 11 - Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, Rapport au ministre chargé de la santé, 2001.
- 12 - Villet H., Lefebvre A., Flamand M. et al. Étude "grossesse et alcool". Enquête auprès des femmes en maternité, Observatoire Régional de Santé de Haute Normandie (O.R.S.H.N.), 2008.
- 13 - Guillemenont J., Leon C. Alcool et grossesse : connaissance du grand public en 2007 et évolutions en trois ans, Evolutions, n°15, Inpes, 2008.
- 14 - Bloch J., Cans C., Vigan (de) C. et al. Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale, France, 2006-2008, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°10/11, InVS, 2009.
- 15 - Toutain S. Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°10/11, InVS, 2009.
- 16 - Lejeune C. Spécificités de prise en charge de certaines populations. Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité, Alcoologie et Addictologie, n°29, 2007.
- 17 - Simmat-Durand L. Grossesse et drogues illicites, Déviance et Société, n°26, 2002.
- 18 - Lejeune C., Simmat-Durand L. Grossesse et Substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leur nouveau-nés, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2003.
- 19 - Halfen S., Embersin-Kyprianou C., Grémy I. et al. Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France, Bulletin de santé, n°15, Observatoire régional de santé Ile-de-France, 2009.
- 20 - Situation des pupilles de l'Etat au 31.12.2008, Observatoire national de l'enfance en danger (Oned), 2010.

Dépistage des anomalies chromosomiques et des malformations

Dépistage sanguin de la trisomie 21

- > En 2003, trois Parisiennes sur quatre déclarent avoir eu un dosage sanguin pour le dépistage de la trisomie 21.

Dépistages échographiques au cours de la grossesse

- > 3% des naissances parisiennes ont moins de trois échographies pendant la grossesse.
- > La mesure de la clarté nucale a été réalisée pour 95% des naissances, mais des inégalités territoriales sont relevées à Paris.

Prélèvement cytogénétique invasif

- > Un peu plus de 10% des femmes ont un prélèvement cytogénétique.

Interruptions de grossesse pour motif médical (IMG)

- > 1 760 attestations ont été délivrées en Ile-de-France en 2006 en vue d'une IMG soit le quart des attestations délivrées en France.

Contexte

La trisomie 21 est la plus fréquente des anomalies chromosomiques. Les enfants touchés présentent de multiples malformations anatomiques, un phénotype particulier et une déficience mentale plus ou moins sévère. Le dépistage prénatal vise à fournir aux femmes enceintes qui le souhaitent les éléments d'information les plus fiables possibles sur le niveau de risque de trisomie 21 fœtale de la grossesse en cours.

Depuis le milieu des années 1970, une politique de dépistage de la trisomie s'est mise en place, initialement fondée sur l'âge maternel, puis évoluant en fonction des connaissances. En France depuis 1997, le dépistage prénatal de la trisomie 21 repose sur le dosage d'au moins deux marqueurs sériques maternels, réalisés entre la 15^{ème} et la 18^{ème} semaine d'aménorrhée. Ce dosage doit être proposé à toute femme enceinte. Lorsque le risque estimé de trisomie fœtale est au-delà du seuil de risque fixé à 1/250, une amniocentèse pour caryotype fœtal est proposée à la femme. Cet examen est alors remboursé par l'assurance maladie, qui prend également en charge les amniocentèses et caryotypes fœtaux réalisés chez des femmes de 38 ans ou plus et en cas d'anomalie échographique.

Les pratiques de dépistage se sont cependant progressivement diversifiées au-delà du cadre défini par la réglementation avec l'utilisation de la mesure échographique de la clarté nucale au 1^{er} trimestre de la grossesse. La coexistence de ces dépistages conduit en France à un taux d'amniocentèse de l'ordre de 11%¹, avec la iatrogénie induite par ces examens invasifs : risque de perte fœtale et anxiété pour les femmes qui y ont recours. En 2007, l'HAS a recommandé de proposer un dépistage combiné du 1^{er} trimestre de la grossesse, réalisé entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée et associant la mesure de la clarté nucale et le dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et fraction libre de la β -hCG)². Les dépistages par dosage de marqueurs sériques au deuxième trimestre restent recommandés pour les femmes n'ayant pas bénéficié du dépistage combiné. Cette stratégie de dépistage doit désormais permettre de ne proposer le diagnostic prénatal qu'aux femmes à risque, sans distinction d'âge. Le dispositif prévoit en outre l'organisation d'un contrôle de qualité des images échographiques de la clarté nucale qui est actuellement en cours de mise en œuvre.

Outre le dépistage de la trisomie 21, les échographies réalisées au cours de la grossesse, en particulier l'échographie morphologique de 2^{ème} trimestre, permettent une analyse précise du développement du fœtus. L'assurance maladie prévoit le remboursement d'au moins trois échographies au cours d'une grossesse.

Ces dépistages peuvent être à l'origine d'indication d'interruption de grossesse pratiquée pour motif médical (IMG). Cette possibilité d'IMG est encadrée strictement par une procédure médico-légale d'acceptation de la demande parentale ou maternelle par deux médecins³. Des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ont été créés par la loi du 30 juillet 1994, et mis en œuvre en 1999. En outre, l'indication d'IMG doit être signée par un spécialiste de médecine fœtale membre d'un de ces centres.

Le suivi des diagnostics prénatals en France est assuré par l'Agence de biomédecine à partir des données transmises par les centres de diagnostics prénatals⁴.

Dépistage sanguin de la trisomie 21

Trois Parisiennes sur quatre déclarent en 2003 avoir eu un dépistage sanguin de la trisomie

Selon les données issues de l'enquête périnatale 2003, 79,7% des femmes au niveau national déclaraient avoir eu un dépistage sanguin de la trisomie ; elles étaient 66,5% en 1998. Cette augmentation montre une diffusion rapide de cet examen, alors qu'il doit être systématiquement proposé aux femmes et remboursé seulement depuis 1997.

A Paris, les femmes sont moins nombreuses qu'en France à déclarer avoir eu un dosage sanguin pour ce dépistage : elles sont ainsi 76,0%, niveau similaire à celui des femmes de proche couronne, contre 79,7% en France (tab. 1).

En 2009, selon les données de remboursement de la CPAM de Paris, 14 757 remboursements pour dépistage de la trisomie 21 au deuxième trimestre par les marqueurs sériques maternels ont été effectués,

Tab.1 Part des femmes ayant eu dosage sanguin maternel pour le dépistage de la trisomie 21 en 2003 (en %)

	Part (en %)	Intervalle de confiance à 95%	p*
Paris	76,0	[72,8 - 78,9]	0,01
Proche couronne	72,5	[69,7 - 75,1]	<0,001
Grande couronne	79,0	[76,5 - 81,3]	NS
Ile-de-France	75,9	[74,3 - 77,4]	<0,001
France métropolitaine	79,7	[79,1 - 80,4]	

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

*Test binomial comparant la zone géographique à la métropole.

ainsi que onze remboursements au cours du premier trimestre. Ces remboursements ne couvrent pas l'ensemble des dépistages réalisés. En l'absence d'étude spécifique, il n'est pas possible de produire des données précises actualisées pour les femmes parisiennes.

Environ 6% des femmes déclarent refuser le dosage
Selon l'enquête périnatale nationale 2003, seules 6,1% des femmes n'ont pas eu le dosage sanguin en raison d'un refus de leur part (tab. 2). Dans 4,0% des cas, la femme déclarait ne pas s'être vue proposer le dépistage, pourcentage en nette diminution par rapport à l'enquête de 1998 où l'absence de proposition concernait 16,2% des femmes.

514 cas de trisomie 21 dépistés en France en 2007 par les marqueurs sériques

En 2007, selon les données analysées par l'agence de biomédecine (cf. encadré sources d'information), 665 054 femmes ont été testées par marqueurs sériques au cours d'une grossesse. Au seuil de risque de 1 sur 250, le taux de femmes considérées à risque sur le nombre de femmes testées est de 8,4%. En fonction de l'âge des femmes ce pourcentage passe de 5,2% chez les moins de 35 ans, à 17,7% chez les 35-37 ans et à 44% chez les femmes de 38 ans ou plus.

Tab.2 Dépistage sanguin du risque de trisomie 21 et motif de non réalisation en France métropolitaine en 2003 (en %)

	n	%	Intervalle de confiance à 95%
Oui	10 985	79,7	[79,1 - 80,4]
Non, car non proposé	553	4,0	[3,7 - 4,4]
Non, car refus de la femme	836	6,1	[5,7 - 6,5]
Non, car consultation tardive	421	3,1	[5,7 - 6,5]
Amniocentèse d'emblée	311	2,3	[2,8 - 3,4]
Non, autre raison	201	1,5	[1,3 - 1,7]
Ne sait pas	468	3,4	[3,1 - 3,7]

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

Ceci a permis le dépistage de 712 anomalies chromosomiques déséquilibrées dont 72% de trisomie 21 (514 cas). Ainsi, le pourcentage de trisomie 21 chez les femmes à risque est de 0,9% au total (0,8% chez les moins de 35 ans, 0,9% chez les 35-37 ans et 1,4% chez les 38 ans ou plus.

Dépistages échographiques au cours de la grossesse

Seules 3% des parisiennes ont moins de trois échographies pendant la grossesse en 2007

Selon les données publiées par la Dress⁶, 97% des parisiennes ont eu au moins trois échographies au cours de la grossesse en 2007 (tab. 3). Le nombre de naissances n'ayant eu aucun examen de ce type au cours de la grossesse est très marginal.

Parmi les départements franciliens, l'Essonne et la Seine-Saint-Denis se distinguent par un pourcentage plus élevé de naissances n'ayant eu qu'une ou deux échographies au cours de la grossesse (environ 5%).

Paris se caractérise par un pourcentage élevé de naissances ayant eu plus de trois échographies.

Tab.3 Nombre d'échographies réalisées au cours de la grossesse en 2007 (en %)

	Trimestre de la 1 ^{ère} consultation			
	aucune	1 ou 2	3	4 ou plus
Paris	0,2	2,6	65,2	31,9
Seine-et-Marne *	0,1	2,7	77,4	19,8
Yvelines	0,2	1,7	70,2	27,9
Essonne *	0,2	5,2	74,8	19,8
Hauts-de-Seine	0,0	1,8	72,8	25,3
Seine-Saint-Denis	0,3	4,9	65,2	29,6
Val-de-Marne	0,1	2,6	70,5	26,8
Val d'Oise	0,5	3,1	73,9	22,5
France	1,5	3,4	71,5	23,6

Source : Premiers certificats de santé 2007, exploitation Dress, 2010.
* Donnée disponible en 2006 uniquement.

Sources d'information et limites

Les **premiers certificats de santé** prévoient de renseigner le nombre total d'échographies réalisées pendant la grossesse, ainsi que la mesure de la clarté nucale et la réalisation d'une échographie morphologique (codage en oui/non). Les certificats de santé, établis pour les naissances vivantes ne couvrent pas l'ensemble des grossesses. Ils représentent cependant la principale source d'information disponible à un niveau départemental.

Aucune information sur les dépistages par marqueurs sériques de la trisomie 21 ou le dépistage combiné n'est à ce jour enregistrée sur ces certificats.

Les données de l'**enquête périnatale 2003**¹ fournissent par ailleurs des informations sur les dépistages, également à partir de données recueillies au moment de la naissance. Seules certaines analyses sont disponibles à un niveau infra national. Surtout, compte-tenu des évolutions (cf contexte) dans les stratégies de dépistage, l'enquête de 2010 permettra de fournir des informations plus actualisées.

Les analyses réalisées par l'**agence de biomédecine**^{4,5} produites à partir des données des centres de dépistage prénatal viennent compléter ces sources d'informations. Les dernières données disponibles ont été collectées en 2007. Les analyses sont principalement réalisées à un niveau national. Les données sont enregistrées selon la localisation du centre de dépistage prénatal et ne sont pas territorialisables selon le domicile de la femme.

A Paris, les femmes ayant moins de trois échographies sont plus nombreuses dans le nord-est

En 2008, l'exploitation des premiers certificats de santé parisiens donne des résultats strictement comparables à ceux de 2007 (pour 9,7% des certificats, le nombre d'échographies n'est pas précisé).

Les analyses selon l'arrondissement de domicile montrent que davantage de femmes ont moins de trois échographies (une ou deux) dans le 18^{ème} arrondissement (5,1%), dans le 19^{ème} (4,9%), le 20^{ème} (3,4%) et le 10^{ème} (3,2%). Dans l'ensemble des autres arrondissements parisiens, les pourcentages observés sont inférieurs à 3%.

Environ une femme sur cinq ignore si elle a eu une mesure de la clarté nucale

Selon les données nationales issues de l'enquête périnatale 2003, 76,0% des femmes déclarent avoir eu une mesure de la clarté nucale à l'échographie. Pour 3,0% des femmes la mesure n'a pas été faite en raison d'une consultation trop tardive. Par ailleurs, 2,4% déclarent ne pas en avoir eu pour une autre raison, et 18,6% ignorent si cet examen a été pratiqué.

A Paris en 2008, 95% des naissances ont eu une mesure de la clarté nucale

A Paris, selon les données des premiers certificats de santé en 2008, pour 94,4% des naissances, une mesure de la clarté nucale a été réalisée (cette donnée n'est pas renseignée pour 6,6% des naissances). Ce

pourcentage est de 96,9% pour les femmes dont le suivi de grossesse a débuté au cours du premier trimestre de la grossesse.

Au niveau national, selon les dernières données disponibles à partir des premiers certificats de santé de 2007, 92,7% des naissances ont eu une mesure de la clarté nucale.

Moins de mesures de la clarté nucale dans le nord-est de Paris

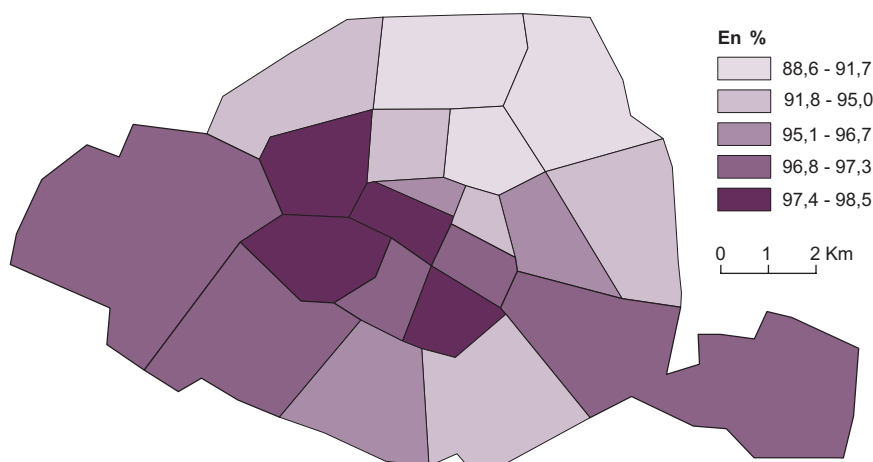
Des disparités territoriales sont cependant relevées, avec une moindre réalisation d'une échographie avec mesure de la clarté nucale pour les naissances domiciliées dans les arrondissements du nord-est de Paris. Ainsi, dans le 18^{ème} arrondissement, seulement 88,6% des naissances ont eu cette mesure effectuée (carte 1). La mise en œuvre tardive pour ces femmes du suivi de grossesse contribue à ces résultats (cf. fiche 3.1).

L'échographie morphologique réalisée pour quasiment toutes les Parisiennes

Selon les données parisiennes des premiers certificats de santé en 2008, une échographie morphologique a été réalisée pour 98,3% des naissances (le pourcentage de données manquantes est de 6,5%).

Le pourcentage national de réalisation de ce type d'échographies est de 95,2% en 2007.

Carte 1 Naissances ayant bénéficié d'une mesure de la clarté nucale selon les données des premiers certificats de santé à Paris par arrondissement en 2008



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Prélèvement cytogénétique invasif

Un peu plus de 10% des femmes ont un prélèvement cytogénétique

Selon l'enquête périnatale nationale de 2003, 11,4% des femmes ont eu un prélèvement cytogénétique invasif pour un diagnostic de trisomie 21. Il s'agit principalement d'une amniocentèse (10,8%). Une biopsie du trophoblaste ou un prélèvement de sang fœtal sont beaucoup plus rarement réalisés (respectivement 0,4% et 0,2%). Lorsque le prélèvement cytogénétique a été réalisé, le principal motif en était le résultat du dosage sanguin (37,5%) et l'âge maternel (34,6%). Dans cette enquête, en 2003, 61,4% des femmes de 38 ans ou plus et 67,3% des femmes de 39 ans ou plus ont eu une amniocentèse.

Une évolution des indications qui reposent moins sur l'âge maternel

Selon les enquêtes périnatales, entre 1998 et 2003, le taux d'amniocentèses et les motifs de réalisation sont

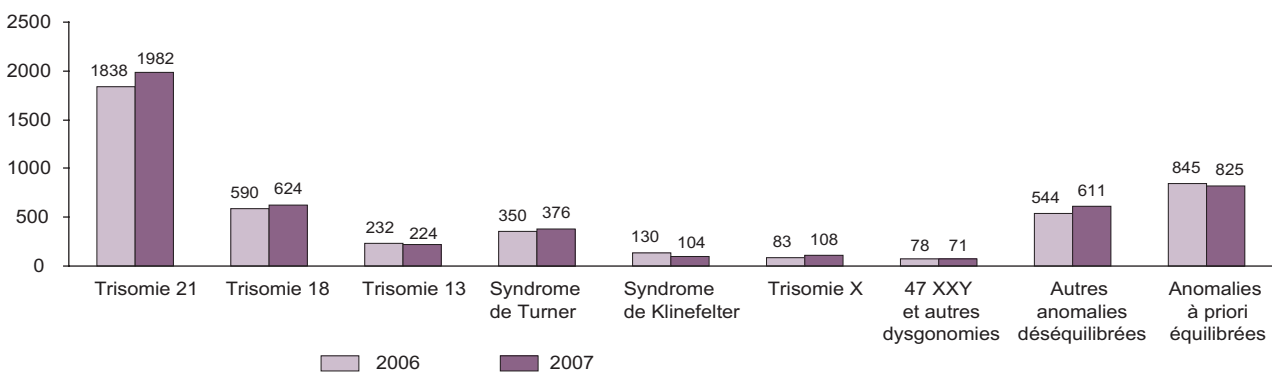
restés identiques. Le taux d'amniocentèses chez les femmes de 38 ans ou plus a cependant baissé entre 1998 et 2003, passant de 68,5% à 61,4%.

En 2007, selon les données publiées par l'Agence de biomédecine, 94 375 caryotypes fœtaux ont été réalisés en France. L'indication principale est le plus fréquemment un signe d'appel biologique (40,7%) puis l'âge maternel de 38 ans ou plus (32,5%). Des signes échographiques autres que la clarté nucale sont mentionnés dans 12,6% des cas et une clarté nucale augmentée de façon isolée avant 13SA+6 jours dans 5,6% des cas.

Près de 2000 cas de trisomie 21 identifiés en France en 2007

Les prélèvements réalisés ont permis d'identifier, en 2007, 1 982 cas de trisomie 21 en France, sur un total de 4 925 anomalies chromosomiques diagnostiquées (soit 40,2% de trisomie 21) (fig. 1).

Fig.1 Anomalies chromosomiques identifiées en 2006 et 2007



Source : Agence de biomédecine, bilan des activités de procréation et génétique humaines en France, 2007.

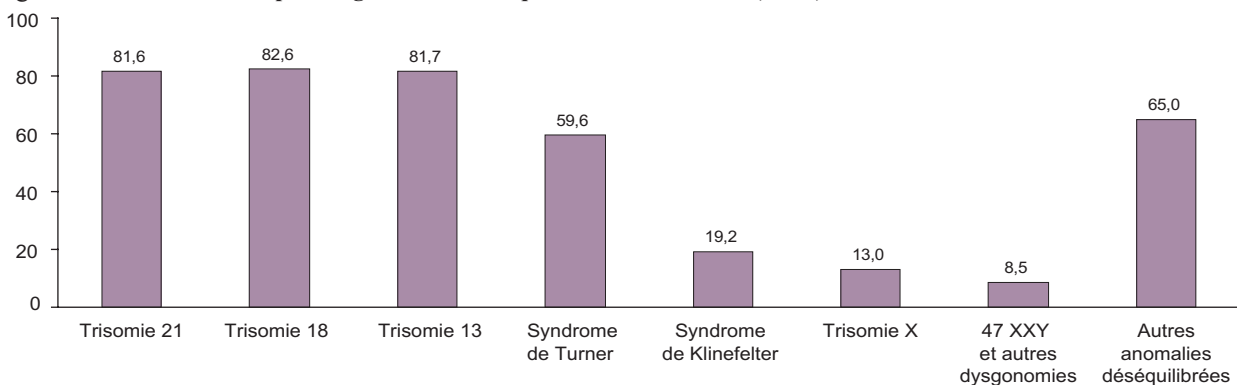
Interruptions de grossesse pour motif médical

Plus de huit diagnostics de trisomie 21 sur dix entraînent une IMG

Le recours à une interruption volontaire de grossesse pour motif médical (IMG) est très lié au type

d'anomalies chromosomiques et à la gravité prouvée de leurs conséquences. Ainsi, les trisomies 21, 18 et 13 font l'objet d'une IMG dans plus de 80% des cas (fig. 2).

Fig.2 Taux d'IMG selon la pathologie chromosomique en France en 2007 (en %)



Source : Agence de biomédecine, bilan des activités de procréation et génétique humaines en France, 2007.

Un quart des attestations délivrées en vue d'une IMG le sont en Ile-de-France

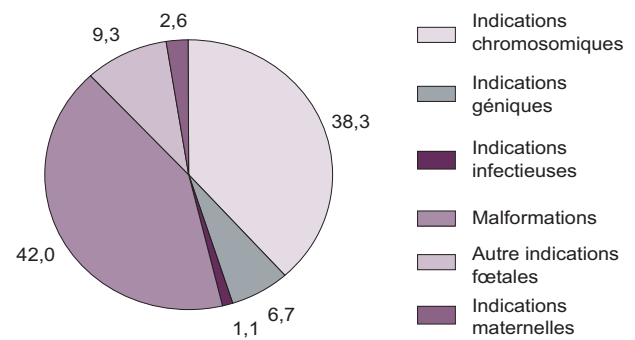
En 2007 en France, selon les données publiées par l'Agence de biomédecine, 6 642 attestations ont été délivrées en vue d'une IMG. En 2006, leur nombre était de 6 787, dont 1 760 délivrées en Ile-de-France (soit 25,9%).

Parmi les indications conduisant à ces demandes d'IMG, 42,0% sont des malformations ou syndromes malformatifs et 38,3% des indications chromosomiques (fig. 3).

Davantage d'IMG précoces lorsque l'indication est génétique

Les IMG les plus précoces sont proposées lorsque l'indication est génétique : les indications chromosomiques conduisent à délivrer une attestation en vue d'une IMG avant 21 semaines d'aménorrhée (SA) dans 75% des cas et les indications génétiques dans 70% des cas (fig. 4). Les malformations ou

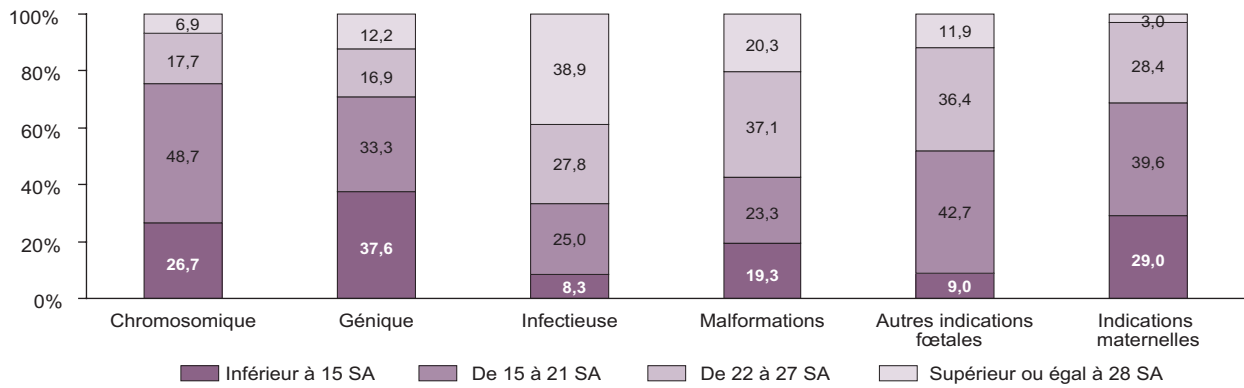
Fig.3 Indications des attestations délivrées en vue d'une IMG en France en 2007 (en %)



Source : Agence de biomédecine, bilan des activités de procréation et génétique humaines en France, 2007.

syndromes malformatifs donnent lieu à des délivrances plus tardives des attestations, 42,6% seulement ont lieu avant 21 SA. Les indications infectieuses sont les plus tardives avec seulement une sur trois réalisée avant 21 SA.

Fig.4 Terme des attestations délivrées pour interruption volontaire de grossesse pour motif médical selon l'indication en France en 2007



Source : Agence de biomédecine, bilan des activités de procréation et génétique humaines en France, 2007.

Références :

- 1 - 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.
- 2 - Haute autorité de santé. Evaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21, Recommandations de santé publique, 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_evaluation_des_strategies_de_depistage_de_la_trisomie_21.pdf (dernière consultation le 25 juin 2010).
- 3 - Daffos G. Interruption médicale de la grossesse (IMG) et la loi française, 2010. <http://www.diagnostic-prenatal.fr/img.htm> (dernière consultation 5 juillet 2010).
- 4 - Agence de biomédecine. Bilan des activités de procréation et génétique humaines en France. 2007. Site internet : www.agence-biomedecine.fr (dernière consultation : 24 juin 2010).
- 5 - Agence de biomédecine. Activité régionale d'assistance médicale à la procréation et de génétique humaine. Synthèse nationale 2006. Site internet : www.agence-biomedecine.fr (dernière consultation 24 juin 2010).
- 6 - Collet M., Vilain A. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8), validités 2006 et 2007, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Série sources et méthodes. 2010. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method12.pdf> (dernière consultation 29 juin 2010).

Assistance médicale à la procréation

Grossesses multiples

Assistance médicale à la procréation (AMP)

- > Davantage de naissances issues de l'AMP en Ile-de-France qu'en France.
- > Des tentatives qui concernent des femmes plus âgées sur la région.
- > Des recours à une fécondation *in vitro* plus importants dans l'ouest et le centre de Paris.

Grossesses multiples

- > Un peu plus d'accouchements multiples chez les Parisiennes.
- > Près d'un enfant sur deux issu d'une grossesse multiple naît prématurément.

Contexte

La loi de bioéthique n°2004-800 du 6 août 2004 établit les principes de l'assistance médicale à la procréation (AMP). Ainsi, la mise en œuvre de l'assistance médicale à la procréation est indiquée lorsque le couple se trouve face à une infertilité médicalement constatée ou pour éviter la transmission d'une maladie grave à l'enfant ou à l'un des membres du couple. Elle se pratique dans des établissements autorisés et par des praticiens agréés pour ces activités. Le couple doit être en âge de procréer et marié ou en mesure de justifier d'au moins deux ans de vie commune. En France, il est interdit de faire appel à une « mère porteuse » et d'avoir recours à un double don de gamètes.

Dans la plupart des cas (94%), les tentatives sont réalisées avec les gamètes des deux membres du couple ; dans 6% des cas, elles font appel à des spermatozoïdes, des ovocytes ou des embryons issus d'un don¹.

En 2007, en France, ce sont 20 657 enfants qui sont nés après une AMP. Un peu plus d'un sur quatre (25,9%) ont été conçus par insémination intra-utérine intraconjugale, technique d'AMP la plus simple, la moins invasive et la moins coûteuse. Les enfants issus d'une fécondation *in vitro* (FIV) intraconjugale hors injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI) et ceux issus d'une ICSI représentent respectivement 21,6% et 36,4% des enfants nés après une AMP. Près de 10% des enfants sont issus d'une congélation embryonnaire intraconjugale. Enfin, 6,3% des enfants sont nés grâce à un don : 5,6% des enfants sont issus d'un don de spermatozoïdes, 0,7% d'un don d'ovocytes et 0,1% d'accueil d'embryons. Si l'activité d'AMP réalisée à partir d'un don de spermatozoïdes est stable au cours des dernières années, l'activité avec don d'ovocytes et accueil d'embryons a augmenté en 2007. Celle-ci est passée de 573 à 696 pour le don d'ovocytes et de 57 à 124 transferts pour le don d'embryons. Cette activité reste cependant très inférieure à la demande, et peut conduire des couples à se déplacer dans des pays étrangers. Fin 2007, près de 1 300 couples sont en attente de ce type de don¹.

Dans les années 1980-1990, le nombre de grossesses multiples a connu une augmentation importante, en particulier compte-tenu des traitements d'infertilité du couple. Ainsi, en 1980, 10,1 pour mille accouchements étaient gémellaires en France ; ce taux en 2008 est de 15,6 pour mille. Ce sont ainsi 25 241 enfants qui sont nés de grossesses multiples en 2008 en France selon les données de l'Insee.

Assistance médicale à la procréation (AMP)

Davantage de naissances issues de l'AMP en Ile-de-France qu'en France

Rapportées à l'ensemble des naissances, selon les analyses de l'agence de biomédecine, 31,7 pour mille naissances en Ile-de-France sont issues d'une AMP. En France, ce taux s'élève à 25,3 pour mille naissances^{1,2}.

Cette surreprésentation des naissances issues d'une AMP est le reflet de tentatives plus nombreuses au niveau de la région comparé à la France. Le tableau 1 présente l'ensemble des tentatives réalisées en Ile-de-France et en France en 2007 selon la technique et

l'origine des gamètes. Au total, ce sont 14 438 inséminations artificielles, 15 056 ponctions d'ovocytes en vue de FIV et 4 772 transferts d'embryons congelés qui ont été réalisés en Ile-de-France ; les tentatives réalisées en Ile-de-France représentant 28,1% de l'ensemble tentatives réalisées en France.

L'exploitation des données nationales montre que sur 122 056 tentatives, le nombre de grossesses échographiques obtenues est de 23 029 (18,9% des tentatives), aboutissant à 18 128 accouchements (14,9% des tentatives) et à 20 657 enfants nés vivants.

Sources d'information

L'agence de biomédecine publie les résultats nationaux de l'assistance médicale à la procréation (AMP) en synthétisant des rapports d'activité des centres d'AMP¹. Une analyse est par ailleurs produite au niveau régional², avec pour objectif de servir de support à la réflexion sur l'organisation territoriale des soins et contribuer à l'amélioration des conditions d'accès et de prise en charge des couples pour les activités d'AMP. Ces analyses sont réalisées à partir de données agrégées et ne permettent pas une déclinaison selon la domiciliation des femmes à un niveau départemental. Le registre national des fécondations *in vitro* (FIV), recueillant des données individuelles, connaît actuellement une montée en charge importante et permettra à l'avenir d'affiner certains indicateurs en particulier à des échelons territoriaux plus fins.

Par ailleurs, les données du PMSI, à partir du moment où il y a un séjour hospitalier, constituent également une source d'information. Ceci est le cas pour les FIV, par contre les inséminations artificielles ne nécessitent pas d'hospitalisation. Ces données sont analysables selon le domicile de la patiente, en nombre de séjours ou en nombre de femmes concernées. Le code « Z312 » correspondant aux FIV a été utilisé comme critère de sélection lorsqu'il était présent en diagnostic principal.

L'information sur le mode de procréation n'est pas disponible sur les certificats de santé.

Tab.1 Tentatives* d'aide médicale à la procréation selon la technique et l'origine des gamètes réalisées en Ile-de-France et en France en 2007

Techniques	Ile-de-France	France	% des tentatives réalisées en Ile-de-France
Intraconjugal			
IU	13 471	49 240	27,4%
FIV	5 954	19 720	30,2%
ICSI	8 704	31 055	28,0%
TEC	4 554	14 461	31,5%
Spermatozoïdes de donneur			
IU	815	4 307	18,9%
IIC	152	1 071	14,2%
FIV hors ICSI	100	491	20,4%
ICSI	124	580	21,4%
TEC	91	311	29,3%
Don d'ovocytes			
FIV hors ICSI	74	176	42,0%
ICSI	100	312	32,1%
TEC	102	208	49,0%
Accueil d'embryons			
TEC	25	124	20,2%
Total	34 266	122 056	28,1%

Source : Agence de biomédecine, rapport d'activité 2007 et synthèse régionale Ile-de-France 2007.

IU : insémination intra-utérine,

IIC : insémination intracervicale,

FIV : fécondation in vitro,

ICSI : injection intracytoplasmique de spermatozoïdes,

TEC : transfert d'embryons congelés.

* Tentatives : Cycles d'insémination artificielle (IU, IIC) ; ponctions d'ovocytes dans le cadre des fécondations in vitro (FIV, ICSI) ; transferts d'embryons congelés (TEC).

Davantage de tentatives d'AMP réalisées en Ile-de-France dans un contexte de prise en charge du risque viral

Les techniques d'AMP permettent à des couples dont au moins l'un des membres est atteint d'une infection virale (VIH, VHC et/ou VHB) de réaliser un projet parental. Les tentatives de fécondation in vitro réalisées dans ce cadre présentant un risque particulier, elles doivent être réalisées dans une structure et selon un circuit spécifiques.

L'approche est cependant différente selon le type d'atteinte virale, l'objectif principal lorsque l'un des membres du couple est atteint du VIH étant de réduire la transmission au conjoint ou à l'enfant. Il s'agit du seul contexte où, en France, une AMP peut être proposée alors qu'aucune infertilité n'a été diagnostiquée. En 2007 en France, ce sont 955 tentatives qui ont été réalisées pour des couples dont l'homme et/ou la femme est infecté par le VIH, et 142 enfants sont nés suite à une AMP réalisée dans

Des femmes plus âgées concernées en Ile-de-France

La répartition selon l'âge des femmes ayant une AMP (tab. 2) montre que les femmes réalisant celles-ci en Ile-de-France sont plus âgées comparées à la moyenne France. Ainsi, 28,5% ont 38 ans ou plus lors de la réalisation d'une insémination artificielle, et 30,6% lors d'une fécondation in vitro en Ile-de-France, contre respectivement 19,1% et 23,9% en France.

En comparaison, selon le premier certificat de santé, seulement 12,6% des enfants parisiens nés en 2008 ont une mère âgées de 38 ans ou plus.

Tab.2 Répartition par âge des femmes lors des tentatives d'aides médicales à la procréation pour les inséminations artificielles et les fécondations in vitro, en Ile-de-France et en France en 2007 (en %)

Age	Inséminations artificielles		Fécondations in vitro	
	Ile-de-France	France	Ile-de-France	France
< 30 ans	16,9	25,0	14,2	19,7
30-34 ans	34,9	37,8	32,4	35,4
35-37 ans	19,6	18,2	22,8	21,0
38-40 ans	10,2	8,3	13,1	11,1
≥ 40 ans	18,3	10,8	17,5	12,8

Source : Agence de biomédecine, rapport d'activité 2007 et synthèse régionale Ile-de-France 2007.

Tab.3 Aides médicales à la procréation avec prise en charge du risque viral en 2007 (proportion sur l'ensemble des tentatives, en %)

	Inséminations artificielles		Fécondations in vitro	
	Ile-de-France	France	Ile-de-France	France
VIH	2,4	1,0	1,0	0,6
VHC/VHB	0,7	0,3	1,4	0,9

Source : Agence de biomédecine, rapport d'activité 2007 et synthèse régionale Ile-de-France 2007.

ce contexte. Pour le VHC ou le VHB, ce sont 736 tentatives qui ont été initiées au niveau national, et 98 enfants en sont nés.

En Ile-de-France, ce type d'indication est plus fréquemment retrouvé qu'en France que ce soit pour les inséminations artificielles ou les fécondations in vitro (tab. 3). En outre, ceci s'explique par la prévalence plus élevée du VIH et des hépatites en Ile-de-France.

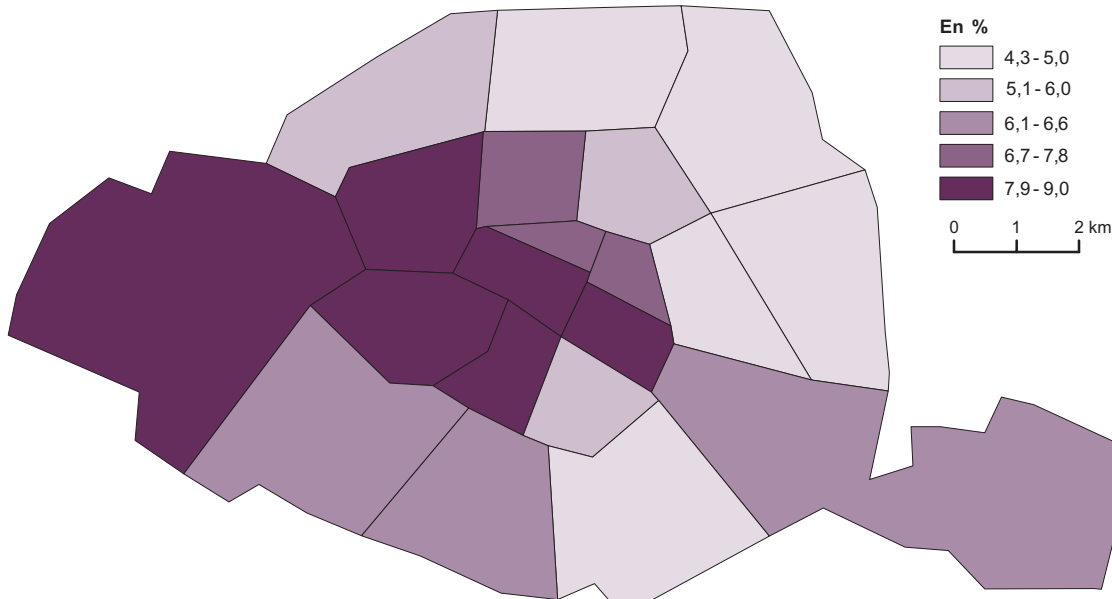
Une FIV sur quatre en Ile-de-France concerne une Parisienne

En 2008, selon les données du PMSI, ce sont 15 598 séjours concernant 7 555 femmes franciliennes qui ont été enregistrés avec une FIV en diagnostic principal. Les Parisiennes sont 1 825 et représentent 24,2% de la population ayant bénéficié d'une FIV. Cependant, il n'est pas possible d'extrapoler cette proportion à l'ensemble des AMP, bon nombre étant réalisées sans séjour hospitalier (en particulier la quasi-totalité des inséminations).

A Paris, le nombre de femmes concernées, selon les données du PMSI par arrondissement va d'une petite vingtaine dans le 1^{er} arrondissement à plus de 200 dans le 15^{ème} arrondissement.

Afin de comparer les territoires entre eux, nous avons rapporté le nombre de femmes ayant eu au moins une FIV au nombre de naissances vivantes en 2008 selon les données de l'état civil. Cette comparaison montre que davantage de femmes de l'ouest et du centre parisien recourent à une FIV (carte 1).

Carte 1 Femmes ayant eu au moins une FIV rapportées au nombre de naissances* à Paris par arrondissement



Sources : PMSI 2007 et 2008 ; Etat civil Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
*Moyenne du nombre de FIV par an rapportée au nombre de naissances de 2008.

Près d'un accouchement sur cinq après une FIV est un accouchement multiple

Selon les données de 2007 de l'agence de biomédecine, près d'un accouchement sur cinq est un accouchement multiple après une AMP en intraconjugal réalisée par FIV hors ICSI ou ICSI, et un peu plus d'un sur dix pour les inséminations artificielles et les TEC¹ (tab. 4). La plupart de ces accouchements multiples sont des accouchements gémellaires.

En effet, dans les premiers temps de l'AMP, le but était d'obtenir une grossesse à tout prix et les grossesses multiples n'étaient pas considérées comme un problème³. Compte tenu des conséquences néonatales sévères de ces grossesses multiples, les cliniciens ont œuvré pour limiter les grossesses triples et au-delà. A ce jour, le pourcentage de transferts de plus de deux embryons est compris entre 8,1% et 15,2% selon le technique (tab. 4) et les accouchements triples sont aujourd'hui très à la marge.

Tab.4 Accouchements multiples et transferts de plus de deux embryons dans les AMP intraconjugales en France en 2007 (en %).

	IA	FIV	ICSI	TEC
% accouchements multiples/ accouchements				
gémellaires	11,2	19,1	18,8	11,1
triples	0,5	0,4	0,4	0,2
% transferts d'embryons				
plus de deux	-	13,4	15,2	8,1

Source : Agence de biomédecine, rapport d'activité 2007.
IA : insémination artificielle, FIV : fécondation *in vitro*.
ICSI : injection intracytoplasmique de spermatozoïdes.
TEC : transfert d'embryons congelés.

Grossesses multiples

En 2006, 15,6 accouchements pour mille en France sont des accouchements multiples. Il s'agit principalement d'accouchements gemellaires. Ainsi, on dénombre 12 349 accouchements doubles, 177 triples et 3 quadruples.

L'augmentation de la part de ces accouchements multiples a été observée à la fin des années 1980 principalement en raison des recours plus fréquents aux traitements contre la stérilité (fig. 1). Par ailleurs, l'âge de la mère intervient en tant que tel dans le risque de grossesse multiple comme le montre l'écart entre les courbes chez les 20-24 ans et les 30-35 ans, quelle que soit l'année. La différence s'est néanmoins accentuée, les femmes plus âgées ayant davantage recours aux traitements contre la stérilité.

Un peu plus d'accouchements multiples chez les Parisiennes

En 2008, selon les données des premiers certificats de santé des parisiennes, 19,3 accouchements pour mille sont des accouchements multiples, soit une part un peu plus élevée qu'au niveau national.

Ce sont ainsi 3,8% des enfants parisiens qui sont nés de grossesses multiples, principalement de grossesses gemellaires (3,7% des enfants).

Ce pourcentage augmente avec l'âge des mères. A son niveau le plus bas entre 20 et 30 ans (2,6%), il atteint 6,6% lorsque celles-ci ont au moins 40 ans (fig. 2). Ceci résulte de l'effet de l'âge mais aussi de l'impact des traitements contre la stérilité dans cette population.

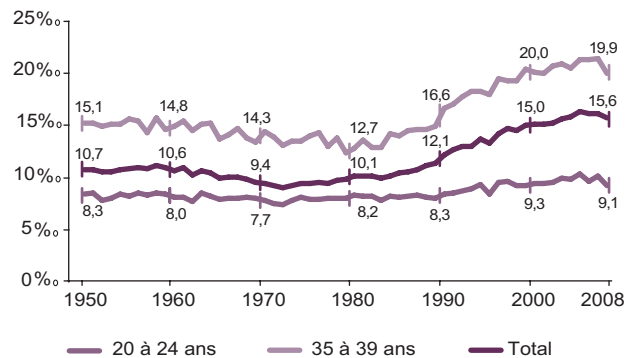
Importance de la prématurité dans les grossesses multiples

En 2008, le taux de prématurité (<37SA) est de 6,6% à Paris. Celui-ci est de 48,3% parmi les enfants issus de grossesses multiples. La grande prématurité (<33 SA) concerne 1,2% du total des enfants, mais près d'un sur dix en cas de grossesse multiple (9,2%). L'importance de cette prématurité augmente avec le nombre de fœtus (fig. 3).

Source d'information

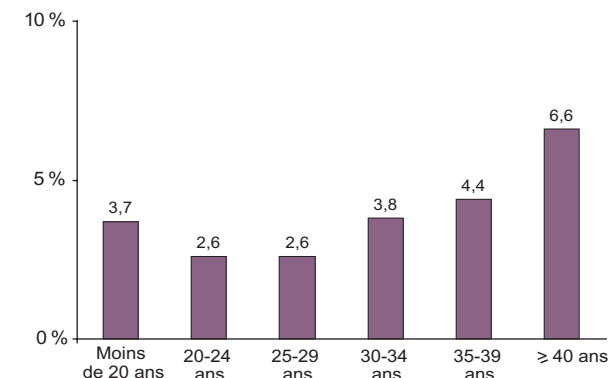
Les premiers certificats de santé permettent de connaître le nombre de fœtus lors de la naissance d'un enfant. S'il est possible de croiser cette information avec certaines caractéristiques de la grossesse, le mode de fécondation n'y est pas renseigné.

Fig.1 Nombre d'accouchements doubles pour 1 000 accouchements au total et pour deux classes d'âge maternel de 1950 à 2008



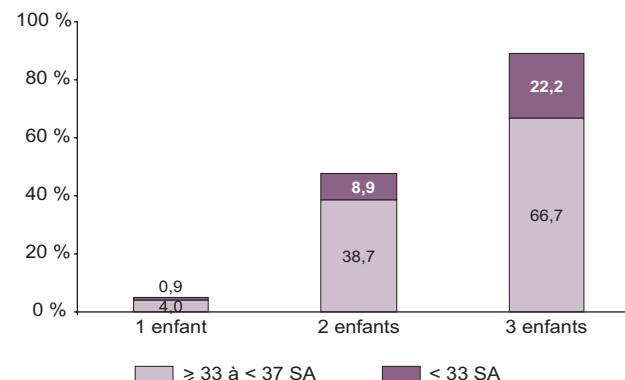
Source : Insee état civil, France métropolitaine, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Fig.2 Pourcentage d'enfants issus d'une grossesse multiple selon l'âge de leur mère



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS-Ile-de-France, 2010.

Fig.3 Taux de prématurité selon le nombre de fœtus à Paris en 2008



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS-Ile-de-France, 2010.

Références :

- 1 - Bilan des activités de procréation et génétique humaines en France, Agence de biomédecine, 2007. Site internet : www.agence-biomedecine.fr.
- 2 - Activité régionale d'assistance médicale à la procréation et de génétique humaines. Synthèse régionale, Agence de biomédecine, 2007. Site internet : www.agence-biomedecine.fr.
- 3 - Mayenga J.M., Bélaisch-Allart J. Grossesses multiples après FVI/ICSI. http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=843 - dernière consultation le 7 mai 2010.

Pathologies de la grossesse, accouchement et post partum

Pathologies et environnement de la grossesse

- > Des pathologies et des hospitalisations plus nombreuses chez les femmes aux âges extrêmes de la maternité.
- > Un peu plus de six femmes parisiennes sur dix travaillent pendant leur grossesse.

Accouchement

- > En 2008, 22,1% des Parisiennes ont accouché par césarienne.
- > A partir de 40 ans, plus de quatre primipares parisiennes sur dix accouchent par césarienne.
- > En 2008, moins d'une Parisienne sur dix accouche sans anesthésie.

Suites de couches

- > Les femmes parisiennes restent en moyenne 5 jours en maternité, 4,3 jours pour les accouchements uniques, spontanés par voie basse et 6,5 jours en cas de césarienne.
- > L'hospitalisation à domicile en post-partum concerne près d'une Parisienne sur dix.

Suivi du post partum

- > Un peu plus d'une femme sur dix traverserait une période de troubles dépressifs dans l'année qui suit la naissance.

Contexte

Le plan périnatalité 2005-2007¹ place la santé des mères au centre de ses préoccupations et s'inscrit de ce fait dans une relative rupture par rapport aux plans antérieurs, qui depuis le premier plan de 1971-1976 « tendaient à restreindre la notion de grossesse à risque de complications au seul point de vue de l'enfant »².

Les enquêtes périnatales permettent de mieux connaître les femmes et leur état de santé pendant la période périnatale, ainsi que leur prise en charge³. Elles mettent ainsi au jour des évolutions dans les caractéristiques de la population et dans les pratiques de soins. Entre les deux dernières enquêtes publiées (1998 et 2003), la part des femmes de 35 ans ou plus a évolué, passant de 14,7% à 15,9%. En 2003, 66,0% des femmes ont exercé un emploi pendant la grossesse, même pendant une période courte. Ce statut est en augmentation puisqu'il concernait 60,2% des femmes en 1995 et 64,3% en 1998. Compte tenu d'une certaine instabilité de l'emploi au cours d'une grossesse, le pourcentage de femmes déclarant un emploi au moment de la naissance est moindre mais suit la même évolution (58,1% en 1998 et 61,0% en 2003). En parallèle, le type de profession a évolué de façon différenciée, la part des femmes ouvrières et personnels de service ayant diminué entre les deux études (9,7% des femmes ouvrières en 1998 puis 7,5% en 2003 ; 9,7% de femmes personnels de service en 1998 puis 7,9% en 2003).

En 2003, les femmes étaient invitées à s'exprimer sur leur bien-être psychologique pendant leur grossesse : 6,7% d'entre elles disent s'être senties assez mal, 2,4% se sont senties mal. Parmi ces femmes, 12,4% disent avoir reçu l'aide d'un psychiatre ou d'un psychologue.

Les hospitalisations au cours de la grossesse sont en diminution : 21,6% en 1998, 18,6% en 2003, avec une tendance à des hospitalisations plus courtes. Ainsi, près d'un quart des hospitalisations en prénatal en France (22,7%) sont d'une journée.

La fermeture ou le regroupement de petites maternités a modifié l'offre de soins en périnatalité. De ce fait, selon l'enquête périnatale de 1998, 20,9% des femmes ont accouché dans une maternité pratiquant 2 000 accouchements et plus, pourcentage qui, en 2003, atteignait 35,7%.

Les caractéristiques de l'accouchement ont évolué au cours du temps : le début du travail est moins souvent spontané (70,5% en 1998 et 67,8% en 2003), la douleur est davantage prise en compte (ainsi 58,0% des femmes ont eu une péridurale en 1998, 62,6% en 2003), et le mode d'accouchement a évolué avec davantage de césariennes (17,5% en 1998 et 20,2% en 2003).

Pathologies et environnement de la grossesse

Environ une femme parisienne sur dix a présenté une pathologie au cours de la grossesse

Selon les données issues des premiers certificats de santé en 2008 (cf encadré sources d'information), une pathologie est enregistrée lors de la grossesse pour 10,5% des femmes parisiennes. Un diabète gestationnel est mentionné pour 3,4% des grossesses, une hypertension traitée et une pré-éclampsie l'étant chacune dans 0,8% des cas.

Selon les données nationales de 2007⁴, une pathologie pendant la grossesse est signalée pour 8,3% des naissances ; un diabète gestationnel pour 2,5%.

Concernant le diabète gestationnel, selon le PMSI (cf encadré sources d'information), ce sont 4,6% des parisiennes qui sont concernées ; une pré-éclampsie sévère est enregistrée pour 0,7% des femmes.

Les menaces d'accouchement prématuré représentent près d'une hospitalisation sur trois

A partir des certificats de santé, une hospitalisation d'au moins une journée pendant la grossesse est signalée pour 7,5% des Parisiennes en 2008. Les motifs d'hospitalisation concernent princi-

palement : une menace d'accouchement prématuré pour 32,7% d'entre elles, une hypertension pour 8,6% et un retard de croissance intra-utérin pour 7,4%.

Au niveau national en 2007⁴, pour 8,9% des naissances, une hospitalisation avait eu lieu pendant la grossesse.

Une prise en charge sur quatre en HAD est motivée par un diabète

Selon les données des hospitalisations à domicile (HAD) de l'AP-HP, ce sont 582 femmes parisiennes qui ont été hospitalisées en HAD anté-partum en 2009. Le diagnostic principal le plus fréquent est un diabète (26,3% des HAD concernant des parisiennes). Viennent ensuite les « soins maternels pour affections du fœtus » (principalement retard de croissance) qui concernent 20,5% des HAD, ainsi que les « soins maternels pour anomalie connue ou présumée des organes pelviens » (essentiellement une béance du col) pour 19,8% de ces hospitalisations. Par ailleurs près d'une fois sur dix (9,8%) le diagnostic principal est codé « soins maternels liés à une grossesse multiple ».

Davantage de pathologies chez les femmes aux âges extrêmes de la maternité

La fréquence des pathologies au cours d'une grossesse est plus élevée chez les femmes les plus jeunes, et surtout chez les plus âgées. Ainsi, ce sont 15,0% des femmes parisiennes de 40 ans ou plus qui ont une pathologie mentionnée sur le certificat de santé et 12,6% des femmes de moins de 20 ans. Pour la fréquence des hospitalisations, ce sont les moins de 20 ans qui ont été davantage hospitalisées (dans 11,1% des cas), les moins hospitalisées étant les femmes de 30 à 34 ans avec 6,5% d'hospitalisations (fig. 1).

Les femmes de plus de 40 ans représentent une part importante des femmes prises en charge par l'HAD de l'AP-HP : elles représentent 13,6% des femmes hospitalisées dans ce cadre, alors que sur l'ensemble des mères, la part représentée par cette tranche d'âge est d'environ 6%.

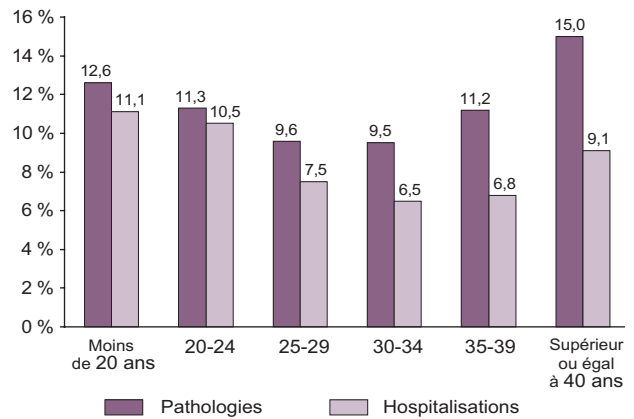
Un peu plus de six femmes sur dix travaillent pendant leur grossesse

Selon les données nationales de l'enquête périnatale de 2003, 61,0% des femmes ont un emploi au moment de la naissance. Ce statut était en augmentation puisqu'il concernait 58,1% des femmes en 1998.

Les données issues des déclarations de grossesse concernant des femmes parisiennes ayant terminé leur grossesse en 2009 identifient 62,4% de ces femmes comme ayant une activité professionnelle. Ce pourcentage est le plus élevé d'Ile-de-France, la Seine-Saint-Denis se caractérisant par le plus faible taux avec 40,7% de femmes dans ce cas (fig. 2).

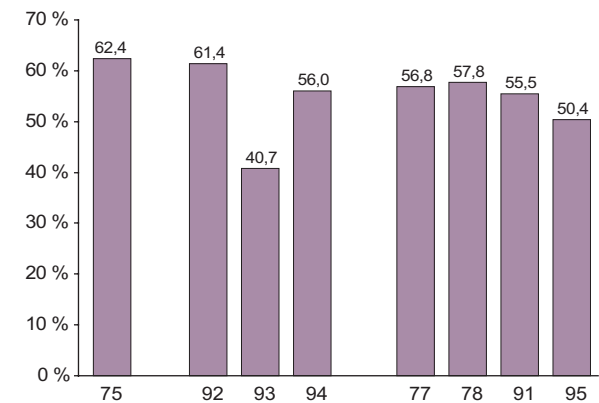
Les données de la littérature pointent un excès de risque de prématurité pour les femmes déclarant devoir toujours porter des charges lourdes pendant leur travail, risque plus important parmi les femmes «personnels de service, employées de commerce et ouvrières», et ce d'autant plus fortement que la durée de travail hebdomadaire est longue⁵.

Fig.1 Femmes ayant présenté une pathologie ou ayant été hospitalisées au cours de la grossesse selon leur âge en 2008 (en %)



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Fig.2 Femmes ayant une activité au cours de la grossesse en 2009 dans les départements franciliens (en %)



Source : CAF Ile-de-France, grossesses déclarées et ayant pris fin en 2009. exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Nous ne disposons pas d'informations particulières aux femmes parisiennes sur les expositions professionnelles à risque pendant la grossesse.

Sources d'information et limites

Les **premiers certificats de santé** prévoient de renseigner les pathologies survenant au cours de la grossesse. Trois d'entre elles (pré-éclampsie, hypertension (HTA) traitée et diabète gestationnel) sont précisées dans ce recueil. De plus, il est prévu de mentionner les hospitalisations (y compris au domicile), avec trois motifs détaillés : HTA, retard de croissance intra-utérin et menace d'accouchement prématuré (le diabète n'est pas un item prévu sur ce certificat). Cependant, la part des données manquantes est importante dans cet enregistrement : 36,0% pour les pathologies de la grossesse en 2008 ; 78,0% pour les hospitalisations. Par défaut, ces données manquantes ont été considérées dans les analyses présentées comme une absence de pathologie ou d'hospitalisation. Les premiers certificats de santé permettent également de disposer d'informations sur l'accouchement et ses caractéristiques.

Pour l'ensemble de ces analyses, en cas de grossesse multiple, un seul certificat de santé a été pris en compte.

Le **Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** constitue une autre source d'information. Les données présentées sont extraites du système d'exploitation mis en place par l'ARH en partenariat avec les professionnels de la périnatalité (<http://www.perinat-arhif.org/>). Il permet de disposer d'informations enregistrées lors du séjour pour l'accouchement. Les données présentées portent sur l'année 2008. Dans le même sens que pour les certificats de santé, les analyses portent sur les pathologies enregistrées, ce qui peut ne pas être l'exact reflet de la réalité. A partir des bases PMSI, des analyses spécifiques sur les durées de séjour avec accouchement ont été effectuées par l'ORS. Les durées portent sur l'intégralité du séjour maternel, incluant le temps ayant précédé l'accouchement.

Des informations ont été recueillies auprès des services d'hospitalisation à domicile (HAD-AP-HP et HAD Fondation Œuvre Croix Saint Simon), tant en ante-partum qu'en post partum. Les données présentées concernent des femmes hospitalisées dans ce secteur en 2009. Enfin, les **déclarations de grossesse** effectuées auprès des Caisses d'allocations familiales ont été analysées afin de connaître la situation des femmes face à l'emploi.

L'accouchement à domicile reste exceptionnel

Selon les données disponibles à partir des premiers certificats de santé, seules 45 femmes à Paris ont accouché au domicile (soit 0,16% des accouchements de femmes parisiennes).

Parmi les accouchements en maternité en 2008, 36,7% des Parisiennes accouchent dans une maternité de type I, 38,1% dans une maternité de type II et 25,2% dans une maternité de type III.

En 2003, selon l'enquête périnatale au niveau national, 36,3% des accouchements ont eu lieu en maternité de type I, 44,4% dans une maternité de type II et 19,3% dans une maternité de type III.

La grande majorité des Parisiennes accouchent à Paris

Les Parisiennes ayant accouché en 2008 ont, selon les données des certificats de santé, accouché à Paris pour 86,1% d'entre elles. Un peu plus d'une femme sur dix a accouché dans deux départements de proche couronne : les Hauts-de-Seine (7,5%) et la Seine-saint-Denis (3,6%). Enfin, 1,5% des femmes ont accouché dans les autres départements de la région Ile-de-France et 1,3% en dehors de l'Ile-de-France.

Tab.1 Part des femmes ayant eu un accouchement déclenché en 2003 (en %)

	Part (en %)	Intervalle de confiance à 95%	p*
Paris	18,3	[15,7-21,1]	NS
Proche couronne	20,6	[18,3-23,0]	NS
Grande couronne	19,8	[17,6-22,1]	NS
Ile-de-France	19,7	[18,4-21,1]	NS
France métropolitaine	19,7	[19,1-20,4]	

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

* Test binomial comparant la zone géographique à la métropole.

Tab.2 Part des femmes ayant eu une césarienne en 2003 (en %)

	Part (en %)	Intervalle de confiance à 95%	p*
Paris	23,6	[20,8-26,6]	0,02
Proche couronne	19,9	[17,7-22,2]	NS
Grande couronne	21,6	[19,4-24,0]	NS
Ile-de-France	21,5	[20,1-22,9]	NS
France métropolitaine	20,2	[19,5-20,8]	

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

* Test binomial comparant la zone géographique à la métropole.

Pour près d'une femme sur cinq, l'accouchement est déclenché, sans qu'il existe de différence entre Paris et la France

Selon les données de l'enquête périnatale 2003, le pourcentage de femmes ayant eu un début de travail spontané est de 67,8% au niveau national. Les césariennes avant le travail sont réalisées pour 12,5% des femmes et un déclenchement dans 19,7% des cas. Il n'est pas observé dans cette enquête de différence entre Paris, l'Ile-de-France et la France métropolitaine sur la fréquence des déclenchements (tab. 1).

En 2008, selon les données issues des premiers certificats de santé, 19,9% des accouchements concernant des Parisiennes sont déclenchés et pour 9,8% une césarienne est prévue avant le début du travail. Au niveau national en 2007⁴, pour 19,4% des naissances le début du travail a été déclenché, et pour 11,1% une césarienne programmée.

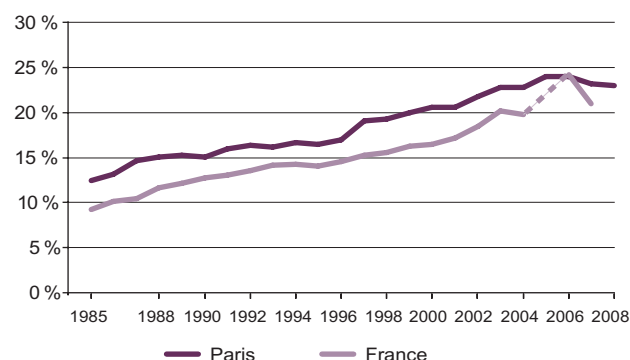
Une augmentation des accouchements par césarienne

L'analyse des données nationales des enquêtes périnatales montre une augmentation de la fréquence des accouchements par césarienne entre les différentes enquêtes : 15,9% en 1995, 17,5% en 1998 et 20,2% en 2003.

Les analyses effectuées à partir de ces enquêtes, en tenant compte de la parité et des antécédents, mettent en évidence une augmentation des taux de césariennes chez les primipares et chez les multipares sans antécédents de césarienne.

Les données issues des premiers certificats de santé, que ce soit au niveau national ou parisien, montrent également cette progression de la fréquence des césariennes au cours du temps (fig. 3).

Fig.3 Evolution du nombre d'enfants nés par césarienne à Paris et en France depuis 1985 (en %)



Sources : Premiers certificats de santé, Paris 1985-2008 et France 1985-2007 (sauf 2005 non disponible), exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Des taux de césariennes plus élevés à Paris

La courbe d'évolution des taux de césariennes montre qu'ils sont supérieurs à Paris, comparés au niveau national (à l'exception de l'année 2005 où les taux sont identiques) (fig. 3).

Les comparaisons faites dans la dernière enquête périnatale (23,6% de césariennes chez les Parisiennes contre 20,2% en France en 2003) confirmaient cette différence entre Paris et la France (tab. 2). La dernière donnée disponible au niveau national en 2007, situe le pourcentage de naissance par césarienne à 21%⁴.

Une stabilisation semble s'observer à Paris sur les quatre dernières années (fig. 3).

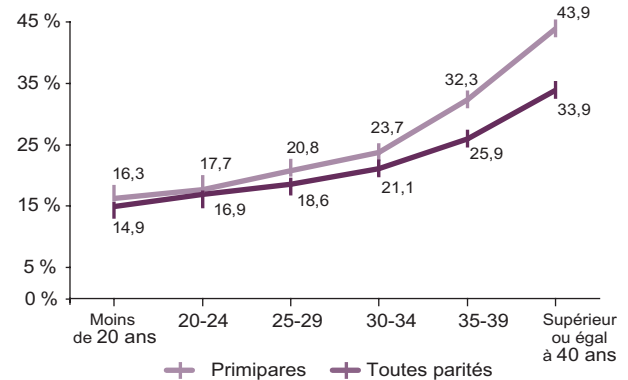
Davantage de césariennes chez les primipares et chez les multipares avec antécédent de césarienne

En 2008, selon les premiers certificats de santé, 22,1% des Parisiennes ont eu une césarienne. Le taux de césariennes est élevé chez les primipares (24,3%), relativement bas chez les multipares sans antécédents de césariennes (11,4%), et très élevé chez les multipares ayant un antécédent de césarienne (65,2%). Ces différences selon la parité étaient décrites dans l'enquête nationale périnatale de 2003, avec respectivement des taux estimés à 23,3%, 8,8% et 64,6%.

Plus de quatre Parisiennes primipares sur dix de 40 ans ou plus accouchent par césarienne

Si le taux de césariennes chez les femmes jeunes est inférieur à 20%, celui-ci augmente avec l'âge des mères à l'accouchement (fig. 4). Ce sont ainsi près du tiers des femmes primipares parisiennes de 35-39 ans (32,3%) et plus de quatre sur dix âgées de 40 ans ou plus (43,9%) qui ont eu une césarienne en 2008.

Fig.4 Taux d'accouchements par césarienne des mères parisiennes selon leur âge et la parité (en %)

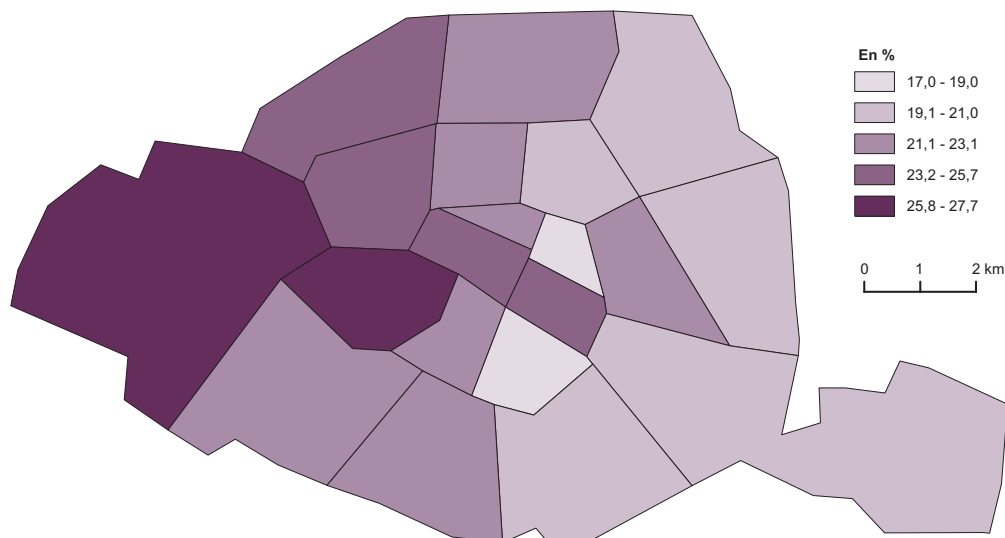


Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Davantage de césariennes dans l'ouest parisien

Des taux de césariennes particulièrement élevés sont observés dans l'ouest parisien (carte 1). Ainsi, plus d'une femme sur quatre (27,7%) domiciliée dans le 16^{ème} arrondissement et ayant accouché en 2008 a eu une césarienne. Le pourcentage de femmes âgées de plus de 35 ans à l'accouchement est particulièrement élevé dans cet arrondissement (34,5%). Cependant, le taux de césarienne chez les femmes primipares de 35 ans ou plus demeurant dans le 16^{ème} arrondissement reste le plus élevé de Paris, avec 43,3% de césariennes chez ces femmes. A l'opposé, les femmes primipares de 35 ans ou plus domiciliées dans le 20^{ème} arrondissement ne sont que 26,3% à avoir eu une césarienne en 2008.

Carte 1 Accouchements par césarienne selon les données des premiers certificats de santé à Paris par arrondissement en 2008



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

La prise en charge de la douleur au cours de l'accouchement est mieux prise en compte

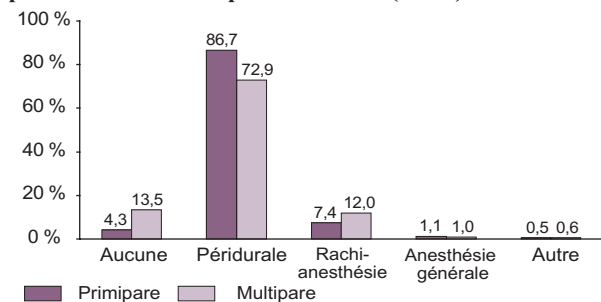
L'analyse des données nationales des enquêtes périnatales montre qu'entre 1998 et 2003 le pourcentage de femmes ayant eu une péridurale est passé de 58,0% à 62,6% et celui des femmes ayant eu une rachi-anesthésie de 8,5% à 12,3%. Les accouchements sans anesthésie ont diminué, passant de 29,5% à 22,5% entre les deux enquêtes.

A Paris en 2008, moins d'une femme sur dix accouche sans anesthésie

Selon les données des premiers certificats de santé, 9,0% des femmes ayant accouché à Paris en 2008 n'ont eu aucune anesthésie lors de l'accouchement. Elles sont 80,2% à avoir eu une péridurale et 9,2% une rachi-anesthésie. En France, ce sont 24,6% des naissances de 2007 qui ont eu lieu sans analgésie.

Des différences sont observées selon la parité, très peu de Parisiennes primipares n'ayant pas eu d'anesthésie lors de l'accouchement (4,3% contre 13,5% pour les

Fig.5 Anesthésie lors de l'accouchement pour les femmes parisiennes selon la parité en 2008 (en %)



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

autres femmes) (fig. 5).

Mais une inégalité territoriale forte

Si dans l'ensemble, les femmes du centre et de l'ouest parisien ont une anesthésie lors de l'accouchement, les accouchements sans anesthésie sont plus fréquents dans les arrondissements du nord-est de Paris. Ainsi, le taux d'accouchements sans anesthésie le plus élevé observé en 2008, concerne les femmes multipares domiciliées dans le 19^{ème} arrondissement (20,8%) (tab. 3).

Tab.3 Absence d'anesthésie lors de l'accouchement pour les femmes parisiennes selon la parité et par arrondissement en 2008 (en %)

	Primipares	Multipares	Total
1er	1,0	13,6	6,8
2ème	4,0	13,6	8,6
3ème	8,1	18,5	12,1
4ème	2,0	13,2	7,1
5ème	3,7	11,2	6,9
6ème	1,1	10,9	5,7
7ème	1,6	5,3	3,4
8ème	3,1	6,4	4,7
9ème	4,3	10,3	7,1
10ème	5,8	17,6	11,5
11ème	5,4	16,2	10,0
12ème	4,1	13,8	8,8
13ème	3,9	13,8	8,6
14ème	1,7	6,7	5,5
15ème	2,2	6,4	4,2
16ème	2,2	4,7	3,5
17ème	3,2	11,0	6,9
18ème	5,5	18,6	12,2
19ème	7,7	20,8	14,9
20ème	5,1	19,0	12,1

Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Suites de couches

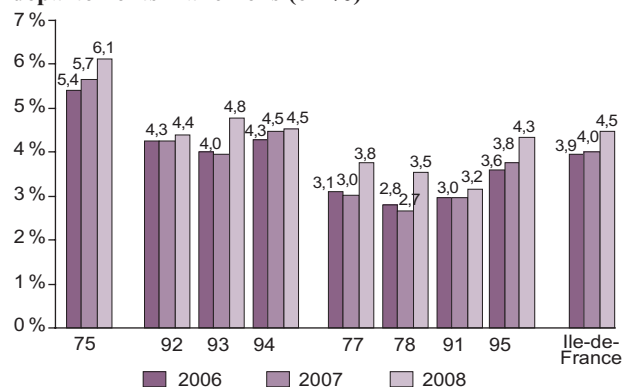
6% des femmes domiciliées à Paris présentent une hémorragie de la délivrance

Selon les données codées dans le PMSI en 2008 (cf. encadré sources d'informations et limites, page 139), pour 6,1% des accouchements de femmes domiciliées à Paris, une hémorragie de la délivrance est enregistrée. Ce taux représente le plus fort taux observé parmi les départements franciliens, le taux moyen régional étant de 4,5% (fig. 6). Ce pourcentage plus élevé sur Paris est observé sur les trois années étudiées. Une tendance à la hausse en particulier en 2008 est observée, ceci quelque soit le département de domicile.

Les femmes restent en moyenne 5 jours en maternité

Selon les données du PMSI 2008 (cf. encadré sources d'information et limites, page 139), la durée moyenne de séjour des femmes parisiennes en maternité est de 5,0 jours (4,9 jours pour les Franciliennes). La médiane est de 4 jours et pour 20,4% des femmes la sortie de maternité a lieu au plus tard le troisième jour

Fig.6 Hémorragie de la délivrance selon le PMSI dans les départements franciliens (en %)



Source : PMSI, Périnat-arhif 2006 à 2008, exploitation ORS Ile-de-France 2010.

après l'entrée. Les femmes ayant eu un accouchement unique spontané par présentation du sommet ont une durée moyenne de séjour de 4,3 jours (médiane 4 jours, premier quartile 3 jours). En cas de césarienne, la durée moyenne de séjour est de 6,5 jours (médiane 6 jours, premier quartile 5 jours). Il n'est pas mis en évidence de différence sur la durée de séjour selon le

domicile de la femme.

Mise en place fréquente d'une hospitalisation à domicile en post-partum

En 2009, une hospitalisation à domicile au décours d'un accouchement a été réalisée pour 2 291 femmes parisiennes par l'HAD de l'AP-HP et pour 364 femmes par l'HAD Fondation Œuvre Croix Saint-Simon. Au total, ce sont donc près de 9% des femmes ayant accouché pour lesquelles ce type de prise en charge est mis en place. La part la plus importante est liée à une surveillance post-césarienne (respectivement 1 198 et 63 femmes).

Pour les femmes prises en charge par l'HAD de l'AP-HP en dehors d'un contexte post-chirurgical, les deux

principaux motifs enregistrés sont un contrôle du post-partum (346 femmes) et une surveillance de l'allaitement (181 femmes). Viennent ensuite les troubles mentaux et du comportement liés à la puerpéralité (250 femmes) et les surveillances suite à une hémorragie du post-partum (119 femmes).

Par ailleurs, l'HAD de l'AP-HP a mis en place pour le post-partum physiologique une cellule d'orientation qui a concerné 2 300 patientes en 2009. Cette cellule est consacrée à la prise en charge des sorties précoces des femmes et des nouveaux-nés et doit permettre d'assurer un accompagnement et la continuité des soins engagés en maternité, en mettant les femmes en relation avec une sage-femme libérale, et non par la mise en place d'une HAD.

Suivi du post partum

Un peu plus d'une femme sur dix présenterait une période de troubles dépressifs dans l'année qui suit la naissance

La dépression post-natale peut survenir durant l'année qui suit la naissance d'un enfant, mais sa fréquence la plus haute se situe quelques semaines après la naissance. Son diagnostic est rendu difficile par la symptomatologie non pathologique liée à la grossesse et à l'accouchement. Peu d'études françaises et récentes sont disponibles sur le sujet, mais la littérature existante estime qu'une mère sur dix au moins traverse une période de troubles dépressifs dans l'année qui suit la naissance d'un enfant (10 à 20% selon les études)⁶.

Un quart des admissions en unités mère-bébé font suite à un premier épisode ou un premier diagnostic d'une pathologie mentale

Selon une étude portant sur des hospitalisations conjointes avec un bébé de moins de un an pour au moins cinq jours consécutifs entre 2001 et 2007 en France⁵, 25% des motifs d'admission correspondent à un premier épisode aigu ou un premier diagnostic de pathologie mentale. Par ailleurs, 33% concernent un épisode d'une maladie chronique et 22% des

admissions se font suite à une rechute d'un épisode aigu. Les situations liées à l'interaction mère-bébé ou aux compétences maternelles sans épisode psychiatrique représentent 18% des motifs d'admission (2% des femmes sont admises pour d'autres motifs).

Prédominance de troubles sévères psychotiques dans les unités mère-bébé

Selon cette même étude⁵, les mères hospitalisées présentent le plus souvent des troubles sévères ne pouvant être pris en charge en ambulatoire. L'étude, portant sur 13 unités représentant une cinquantaine de lits sur la soixantaine répertoriée en France, établit une répartition des grandes classes diagnostiques (CIM-10) des mères hospitalisées entre 2001 et 2007. Un quart (24%) des situations correspondent à des troubles maniaques, bipolaires et schizoaffectifs, 18% à des troubles dépressifs et 17% à des troubles névrotiques - réaction au stress. Les cas de schizophrénies et autres troubles délirants concernent 18% des hospitalisations, dont 5% sont des troubles délirants aigus et transitoires. Pour 12% des cas, il s'agit de troubles du comportement, de la personnalité et cognitifs, et pour 11% de troubles cognitifs et autres troubles.

Les unités mère-bébé (UMB)⁶

Le développement des UMB s'inscrit dans un contexte de meilleure prise en compte de la sécurité émotionnelle et psychique au cours de la grossesse et lors de l'accueil du nouveau-né, notamment pour les femmes présentant des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychosocial ou présentant des troubles psychiatriques. L'hospitalisation conjointe d'une mère et son bébé permet d'observer et d'agir sur la qualité des soins de maternage et l'établissement du lien précoce. Il s'agit de soigner au plus tôt l'effondrement maternel afin de prévenir une dépression maternelle plus grave, ainsi que les troubles de développement et les risques de maltraitance qui pourraient en découler.

Les indications d'hospitalisation en UMB ne reposent pas tant sur le diagnostic psychiatrique maternel que sur la possibilité d'un travail sur le lien mère-enfant, base du soin en UMB. Il peut s'agir d'aider une mère à trouver ou retrouver des relations adaptées à son enfant ou de préparer de bonnes conditions de placement pour l'enfant.

Ce travail de lien peut commencer *in utero*, quand les situations laissent présager des difficultés dans l'établissement du lien mère-bébé, la pertinence de l'hospitalisation en UMB étant évaluée dans le période qui suit immédiatement l'accouchement. Pour les situations non prévues, par exemple en cas de décompensation psychique maternelle majeure, l'hospitalisation en UMB offre la possibilité d'allier les soins pour la mère et la prévention et/ou le traitement des troubles de l'interaction précoce. Le faible nombre de lits ne permet pas toujours de prendre en charge les situations en urgence.

Le soin en UMB s'inscrit dans un travail de partenariat et dans un projet de soins global, articulé autour de la famille et des dispositifs qui peuvent s'y rattacher.

Références :

- 1 - Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité, Ministère de la Santé et de la protection sociale, 2004.
- 2 - Danet S.(dir.), Olier L.(dir.) La santé des femmes en France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2009.
- 3 - 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.
- 4 - Collet M., Vilain A. Les certificats de santé de l'enfant au 8ème jour (CS8), validités 2006 et 2007, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Série sources et méthodes, 2010. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method12.pdf> (dernière consultation 29 juin 2010).
- 5 - Saurel-Cubizolles M-J., Lelong N. Conditions de travail et issue de la grossesse. Enquête nationale en France en 1995, Revue de médecine du travail, vol 27, n°5, 2000.
- 6 - Les unités mère-bébé en hospitalisation temps plein : leurs rôles en psychiatrie périnatale, Pluriels n°80, 2009.

4. Santé de l'enfant

4.1. L'enfant à la naissance	147
4.2. Nutrition et pathologies associées	153
4.3. Vaccinations	161
4.4. L'enfant et les déficiences	169
4.5. L'enfant en danger	177
4.6. Saturnisme	185
4.7. Autres pathologies de l'enfant	193

Indicateurs de risques pour le nouveau-né

- > 6,6% des nouveau-nés Parisiens sont nés prématurément en 2008.
- > La prématurité augmente en France et à Paris sur les dernières années.

Dépistages en période néonatale

- > Une population bien couverte pour le dépistage des cinq maladies en période néonatale.
- > Plus de la moitié des cas de drépanocytose dépistés sont franciliens.
- > Une pratique hétérogène pour le dépistage de la surdité en période néonatale, encore au stade de l'expérimentation.

Contexte

En France, un peu plus de 6% des 830 000 naissances annuelles sont des naissances prématurées, soit environ 50 000 enfants. Si la prise en charge de la prématurité s'est améliorée sur les dernières années, la prématurité est un problème de santé publique préoccupant, d'autant qu'elle est en augmentation. Trois facteurs explicatifs sont généralement évoqués pour expliquer cette hausse : les grossesses qui surviennent de plus en plus tardivement ; l'importance du nombre de grossesses multiples; et les accouchements provoqués avant le terme pour protéger la santé de la mère et/ou de l'enfant. En outre, les disparités sociales en matière de prématurité sont soulignées notamment dans l'enquête périnatale de 2003¹. Ainsi, les taux de prématurité tous types de naissance confondus varient de 4,6% à 8,0% selon la catégorie socio-professionnelle de la mère. Pour les naissances uniques, ils sont compris entre 3,9% et 6,4%, les taux les plus bas étant observés chez les mères cadres. Or, si la prématurité est une cause importante de mortalité infantile, elle est aussi source de morbidité périnatale ou de handicap parfois sévère.

La fin des années 1990 et le début des années 2000 ont été marquées par une réorganisation des maternités, avec en outre l'objectif d'orienter les femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque obstétrical vers des structures disposant de l'environnement pédiatrique et maternel nécessaire². Le décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 définit les conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Au 1^{er} janvier 2010, en Ile-de-France, l'offre de soin en périnatalité comporte 100 maternités, dont 15 établissements de type III³. Ces derniers ont assuré 26% des naissances de la région en 2008. Selon les premiers certificats de santé de 2007, ils prenaient en charge 78% des naissances vivantes enregistrées prématurées inférieures à 32 SA.

En période néonatale, la mise en place du dépistage néonatal (DNN) cible certaines maladies afin de mettre en œuvre une prise en charge précoce, évitant notamment l'apparition de séquelles irréversibles. Ce dépistage a été confié depuis plus de 30 ans par le Ministère de la santé et la caisse nationale d'assurance maladie à l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDHE). Il concerne en 2010 cinq maladies : Phénylcétonurie, Hypothyroïdie congénitale, Hyperplasie congénitale des surrénales, Drépanocytose et Mucoviscidose. Le dépistage est systématique chez tous les nouveau-nés pour la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie des surrénales et pour la mucoviscidose (dernier dépistage systématique mis en place depuis 2002, il ne couvre pas toutes les régions outre-mer). Le dépistage de la drépanocytose, généralisé en 2000, est ciblé sur les enfants à risque nés en métropole et systématique dans les Départements et Région d'outre-mer et à Mayotte.

S'il n'existe pas de dépistage néonatal systématique et organisé de la surdité en France, le dépistage précoce de la surdité fait l'objet d'une réflexion souvent controversée. Depuis 2005, la CnamTS, en association avec l'AFDHE, a mis en place un programme expérimental de dépistage systématique de la surdité dans certaines maternités. Un rapport publié en décembre 2007 concluait en la faisabilité de ce dépistage mais à un coût relativement élevé. Des stratégies alternatives ont été envisagées, de nouveaux protocoles mis en œuvre dont les résultats devraient être publiés prochainement. Alors que la Haute autorité de santé (HAS), tout comme l'Académie de médecine a émis un avis favorable à ce dépistage⁴, le Comité consultatif national d'éthique et certaines associations y sont défavorables 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 de la surdité vers le troisième ou quatrième mois.

Indicateurs de risque pour le nouveau-né

La prématurité et les petits poids de naissance

Des données parisiennes pour la prématurité et les petits poids de naissance comparables aux données nationales

Le taux de prématurité et la fréquence des petits poids de naissance ne diffèrent pas entre Paris, l'Ile-de-France et la France. Les données de l'enquête périnatale de 2003 situaient les taux parisiens respectivement à 6,6% et 7,2%, comparables à ceux observés en France (6,3% et 7,2%) (tab. 1)⁵. Peu d'écart sont observés entre les différents départements franciliens, Paris se situant dans la moyenne régionale et la Seine-Saint-Denis au plus mauvais rang des départements de la région (tab. 2)⁶.

6,6% des nouveau-nés parisiens sont nés prématurément en 2008

En 2008, selon les premiers certificats de santé, 6,6% des nouveau-nés parisiens sont nés prématurément (soit rapporté au nombre de naissances un plus de 2 000 enfants). La grande prématurité (terme inférieur à 33 SA) concerne 1,2% des enfants.

Les petits poids de naissance (inférieurs à 2 500 grammes) représentent quant à eux 6,5% des naissances parisiennes de 2008 ; 1,4% ont un poids de naissance entre 1 500 et 2 000 grammes et 0,8% ont un poids de naissance inférieur à 1 500 grammes.

Une prématurité qui augmente sur les dernières années

Le suivi sur les trente dernières années des taux de prématurité montre une période de relative stabilité dans les années 1980, autour de 5% à Paris. Depuis le milieu des années 1990, la tendance est à la hausse et le seuil des 6% de naissances prématurées a été franchi à Paris en 2006 (fig 1). En 2007 (dernière année disponible au niveau national)⁷, que ce soit à Paris ou en France, le taux de prématurité est de 6,4%.

Définitions

La prématurité est une naissance avant le terme normal de la grossesse. La durée normale d'une grossesse est de 40 à 41 semaines. L'âge gestationnel est un critère suffisant pour définir la prématurité. Tout enfant né avant 37 semaines révolues d'aménorrhée (SA), soit huit mois de grossesse, est considéré comme prématuré.

Les grands prématurés sont des enfants nés entre 22 et 32 SA. La limite de la viabilité du très grand prématuré est estimée actuellement à 22 SA.

Source : <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/prematurite>

Sources d'information

Deux sources d'informations principales sont à ce jour disponibles au niveau régional et départemental en périnatalité : les premiers certificats de santé - dits Cs8 - d'une part et la base de donnée construite à partir des données du PMSI pour les établissements publics et privés (<http://www.perinat-arhif.org/perinat-arhif.php>).

Tab.1 Prématurité (< 37 SA) et petits poids de naissance (<2500 g) estimés à partir d'un échantillon des naissances vivantes en 2003

Prématurité	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]	
Petits poids de naissance			
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]	

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

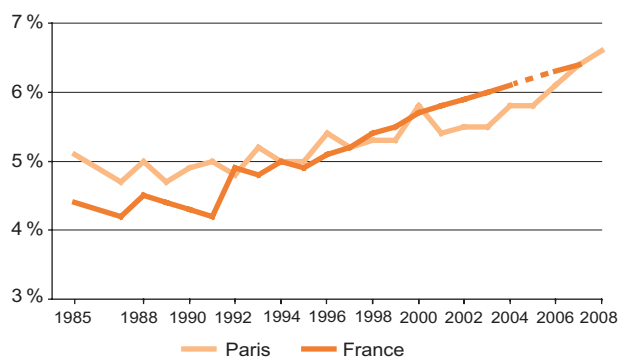
* NS : différence non significative (test binomial comparant la zone géographique à la métropole).

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, Premiers certificats de santé 2006-2007, exploitation : Périnat-Arhif, Inserm U953, octobre 2009.

Fig.1 Prématurité (< 37 SA) selon les premiers certificats de santé à Paris et en France entre 1985 et 2008 (en %)



Sources : Premiers certificats de santé, Paris 1985-2008 et France 1985-2007 (sauf 2005 non disponible), exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Des taux de prématurité plus importants aux âges extrêmes de la maternité

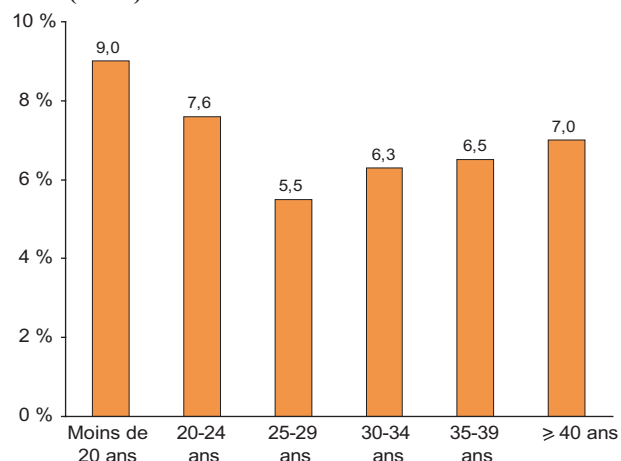
Les taux de prématurité les plus faibles sont observés chez les femmes âgées de 25 à 29 ans (5,5%) (fig. 2) Lorsque les mères ont moins de 25 ans ou au moins 40 ans, le taux de prématurité atteint voir dépasse les 7%.

Des taux de prématurité inégalement répartis sur le territoire parisien

La prématurité dépasse les 7% dans 5 arrondissements périphériques situés au nord-est de Paris (18^{ème}, 19^{ème}, et 20^{ème}) mais aussi au sud (13^{ème}, 15^{ème}).

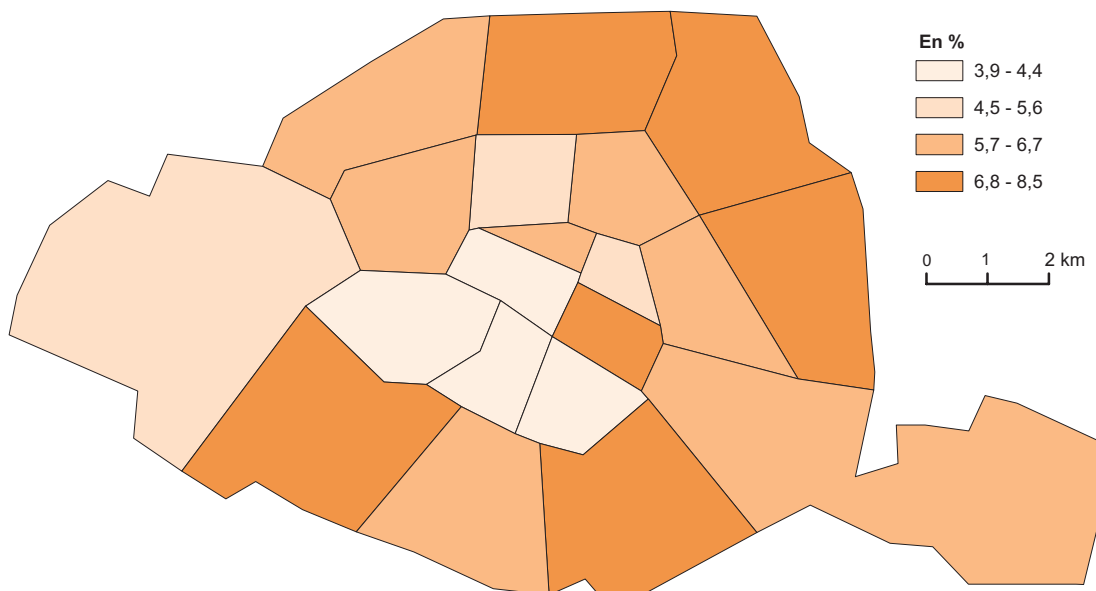
A l'inverse, des taux de prématurité inférieurs à 5% sont observés dans 5 arrondissements du centre de Paris (1^{er}, 3^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} et 7^{ème} arrondissements). Le 4^{ème} arrondissement fait figure d'exception au centre de Paris en 2008, avec 8,5% de naissances prématurées.

Fig.2 Prématurité (< 37 SA) selon l'âge des mères parisiennes selon les premiers certificats de santé en 2008 (en %)



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Carte 1 Prématurité (<37 SA) selon les données du premier certificat de santé à Paris par arrondissement en 2008



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Etat de santé des nouveau-nés

Un taux de transfert à la naissance à Paris comparable aux données nationales...

Lors de l'enquête périnatale de 2003⁵, les transferts ou hospitalisations particulières de l'enfant concernent 7,9% des nouveau-nés vivants, pourcentage comparable à celui de l'enquête précédente en 1998. En 2008 à Paris, le taux de nouveau-nés transféré est proche de ces données nationales, avec 7,2% des nouveau-nés parisiens qui ont du être transférés en post-natal. Plus de huit de ces transferts sur dix sont réalisés immédiatement après la naissance. En outre, plus d'un nouveau-né parisien transféré sur deux est né prématurément.

... de même pour la vitalité de l'enfant à la naissance

La vitalité de l'enfant à la naissance peut être mesurée par le coefficient d'APGAR. Selon les données de l'enquête périnatale, si le score à 1 minute s'est amélioré entre 1998 et 2003 (passant de 71,8% à 75,4% pour un score à 10), il est resté stable pour le score à 5 minutes (environ 94% des enfants ont un score de 10)⁵.

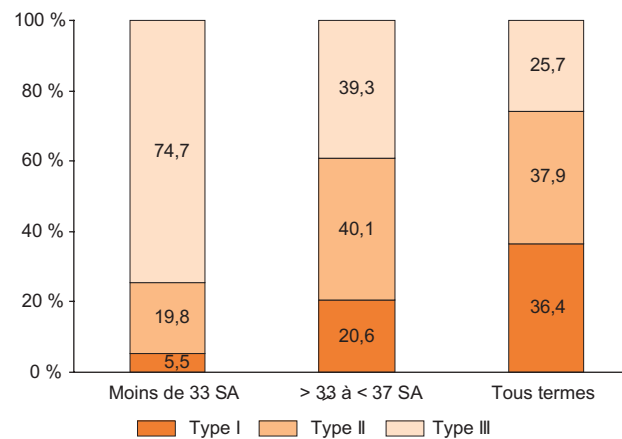
En 2008, à Paris, à 1 et 5 minutes, respectivement 76,0% et 94,9% des nouveau-nés ont un APGAR à 10. Par ailleurs, leur état de santé a nécessité pour 4,0% d'entre eux la mise en œuvre de gestes techniques spécialisés.

Une adéquation entre le type de maternité et le terme à la naissance qui peut encore être améliorée

Lorsqu'une naissance risque de survenir avant 33 semaines, il est recommandé de transférer la mère dans un centre périnatal de type III avant la naissance, afin de permettre la naissance de l'enfant dans un centre spécialisé et éviter ainsi son transfert.

Selon les données de 2008, près des trois quart des naissances survenues avant 33 semaines ont effectivement eu lieu dans un centre de type III, le pourcentage dans un centre de type I étant de 5,5% (fig. 3).

Fig.3 Répartition des termes de naissance des enfants parisiens selon le type obstétrico-pédiatrique des maternités en 2008



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Dépistages en période néonatale (DNN)

Dépistages systématiques de 5 maladies en période néonatale

Une population bien couverte pour les 5 dépistages proposés en période néonatale

En Ile-de-France, en 2008, ce sont 182 821 enfants qui ont été testés pour les quatre maladies à dépistage systématique et 105 087 pour la drépanocytose. Au total sur la région, seuls 9 refus du dépistage ont été comptabilisés. Pour la drépanocytose, l'Ile-de-France, avec 57,5% de la population francilienne totale ciblée, est la région de métropole où le dépistage est le plus fréquent (de 4,8% à 57,5% selon les régions). Le détail des résultats par pathologie figure dans le tableau 3.

Plus de la moitié des drépanocytoses dépistées le sont en Ile-de-France

Sur les 361 enfants présentant un syndrome drépanocytaire majeur en 2008, 205 sont diagnostiqués en Ile-de-France. L'Ile-de-France regroupe ainsi 56,8% des enfants drépanocytaires

dépistés (tab. 3).

Outre les syndromes drépanocytaires majeurs, ce dépistage conduit à repérer d'autres anomalies, en particulier un groupe important où l'anomalie est à l'état hétérozygote simple associé à une hémoglobine (Hb) normale. Aucune prise en charge thérapeutique n'est à envisager, mais une information doit être donnée aux parents. Ainsi, au total 8 354 nouveau-nés hétérozygotes HbS sont repérés dont 3 846 en Ile-de-France. La 2^{ème} anomalie la plus fréquente est l'HbC, qui touche 2 135 nouveau-nés porteurs sains, dont 1 000 en Ile-de-France.

Source d'information

A partir de données collectées par l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDHE) l'ensemble des résultats des DNN pour les 5 maladies concernées est disponible au niveau national et au niveau régional, mais ce type d'analyse n'a pu être réalisé selon le domicile des enfants à un niveau départemental.

Tab.3 Résultats des dépistages néonataux réalisés en 2008 en Ile-de-France et en France et depuis la mise en œuvre du dépistage en Ile-de-France

Maladie	Ile-de-France			France	
	2008 (nombre de cas)	...* à 2008 (nombre de cas)	1 cas de maladie pour ... dépistés **	2008 (nombre de cas)	1 cas de maladie pour ... dépistés en 2008
Phénylcétonurie	16	332	16 665	60	14 152
Hypothyroïdie congénitale	63	1456	3 390	250	3 397
Hyperplasie des surrénales	8	117	21 308	47	18 067
Mucoviscidose	33	182	5 981	169	4 863
Drépanocytose					
Outre-Mer				64	767
Ile-de-France ou Métropole	205	2 123	521	297	794

Source : AFDPHE, bilan d'activité 2008.

* 1966 pour la phénylcétonurie, 1978 pour l'hypothyroïdie, 1994 pour l'hyperplasie des surrénales, 1996 pour la drépanocytose, 2002 pour la mucoviscidose.

** Depuis la mise en œuvre du dépistage.

Dépistage de la surdité en période néonatale

A ce jour, une pratique hétérogène à Paris et une faible qualité de l'information recueillie

Selon les premiers certificats de santé en 2008, la pratique d'un test de l'audition est signalée pour 4 728 enfants, soient 16,7% des certificats reçus. Son absence de réalisation est mentionnée dans 44,2% des cas. Pour près d'un enfant sur quatre l'information n'est pas disponible.

La réalisation de ce dépistage, encore au stade de l'expérimentation, est concentrée dans deux maternités qui à elles seules réalisent 64,4% des dépistages d'enfants parisiens en 2008. Ces deux

maternités ont des taux de réalisation des dépistages auditifs de 72,4% et 87,4%.

Lorsque le test est réalisé, dans 93,4% des cas il est considéré comme normal, dans 1,8% des cas il justifie des explorations complémentaires (86 enfants), les 5% manquants étant des tests pour lesquels le résultat n'est pas mentionné sur le certificat de santé.

Source d'information

Les données proviennent des premiers certificats de l'enfant, qui comportent un item sur la réalisation ou non d'oto-émissions. Les résultats présentés concernent les enfants domiciliés à Paris nés en 2008.

Références :

- 1 - Vilain A., Peretti (de) C., Herbet JB. Enquête nationale périnatale 2003. Compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Institut national de la santé et de la recherche, Février 2005.
- 2 - Buisson G. Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales, Etudes et résultats, n°225, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2003.
- 3 - Morel A., Daniel A.G., Ménager M-P. Répertoire des centres périnatals et des réseaux de périnatalité en Ile-de-France, Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF), édition 2010.
- 4 - HAS. Evaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale, Avis de l'HAS, 2007.
- 5 - 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.
- 6 - 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.
- 7 - Collet M., Vilain A. Les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour (CS8), validités 2006 et 2007, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Série sources et méthodes. 2010. <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method12.pdf> (dernière consultation 29 juin 2010).

Allaitement maternel

- > L'intention d'allaiter concerne environ huit nouveau-nés sur dix à Paris.
- > Le système d'information est peu performant sur la durée de l'allaitement.

Surpoids et obésité

- > Un peu plus d'un enfant parisien sur dix présente un excès de poids à l'âge de 5 ans.
- > Les prévalences de l'obésité et du surpoids sont plus élevées en quartier prioritaire.

Santé bucco-dentaire

- > L'objectif de l'OMS (au moins 80% d'enfants indemnes de caries à 6 ans) est insuffisamment atteint.
- > L'importance de l'atteinte carieuse est variable selon les arrondissements, avec davantage d'atteintes sévères dans le nord-est parisien.

Anémie par carence en fer

- > Très peu d'informations disponibles sur cette thématique.

Contexte

L'allaitement maternel constitue la référence pour l'alimentation du nourrisson pendant les premiers mois de la vie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, voire au-delà en fonction du souhait des mères¹.

Face au constat du retard de la France par rapport aux autres pays européens dans la pratique de l'allaitement maternel, le Programme national nutrition santé (PNNS) a fait de sa promotion l'un de ses objectifs^{2,3}. Les enquêtes nationales périnatales ont fourni jusqu'en 2003 des informations régulières sur l'initiation à l'allaitement en maternité en France⁴. Elles montrent une augmentation des pourcentages de femmes pratiquant l'allaitement dans les premiers jours de la vie de leur enfant : de 36,6% en 1972, le pourcentage est passé à 51,6% en 1995 à 62,6% en 2003. Selon la dernière étude de 2003, l'allaitement maternel était plus élevé chez les primipares, les femmes de niveau d'étude élevé et les femmes de nationalité étrangère.

Les données nationales ne permettent pas d'estimer la durée de l'allaitement. D'après diverses études régionales, sa durée médiane est estimée à 10 semaines, vraisemblablement sans évolution récente⁵.

L'intention d'allaiter

Les Parisiennes initient plus souvent un allaitement...

Selon les données de l'enquête périnatale de 2003, le pourcentage de femmes parisiennes réalisant un allaitement au sein exclusif ou partiel en maternité est de 79,1%, ce qui le place au-dessus de la moyenne francilienne et surtout nationale (tab. 1).

Ces résultats sont également observés selon les données issues des certificats de santé de 2004 et publiés par la Dress⁶, qui place Paris au premier rang en Ile-de-France mais sensiblement au même niveau que les départements de proche couronne (fig. 1).

... sans évolution sur les dernières années

En 2008, 26 128 premiers certificats parmi les 28 269 reçus concernant des enfants parisiens sont renseignés pour l'allaitement au sein (92,4%). Parmi eux, le taux d'intention d'allaiter est de 78,3%.

Dans le début des années 1990, ce taux se situait autour de 60%. Après une période marquée par une augmentation régulière, aucune évolution significative n'est observée depuis 2005 (fig. 2).

Les enfants parisiens nés de femmes primipares sont un peu plus nombreux à bénéficier d'une intention d'allaiter : 81,0%, contre 75,7% et 73,3% aux deuxième et troisième accouchements.

Définitions

L'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris de l'eau.

L'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture.

Intention d'allaiter : Les informations recueillies juste après la naissance de l'enfant à la maternité ne permettent pas de savoir si l'allaitement va se poursuivre au-delà des premiers jours de vie de l'enfant. C'est pourquoi il est alors préférable de parler d'intention d'allaiter.

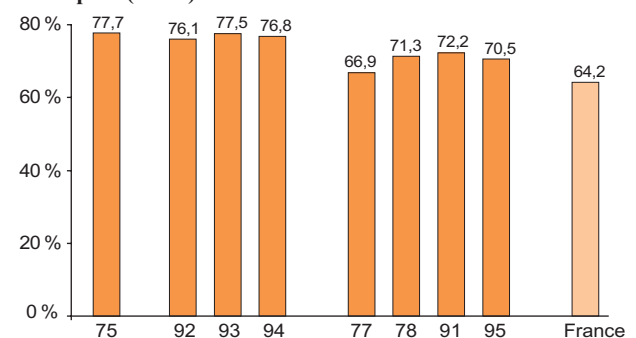
Tab.1 Allaitement au sein exclusif ou partiel à partir de l'échantillon des enfants vivants non transférés de l'enquête périnatale 2003⁴

	Part (en %)	Intervalle de confiance à 95%	p*
Paris	79,1	[76,1 - 82,0]	< 0,001
Proche couronne	76,7	[74,1 - 79,2]	< 0,001
Grande couronne	68,2	[65,3 - 70,9]	< 0,001
Ile-de-France	74,2	[72,5 - 75,8]	< 0,001
France métropolitaine	62,6	[61,7 - 63,4]	

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

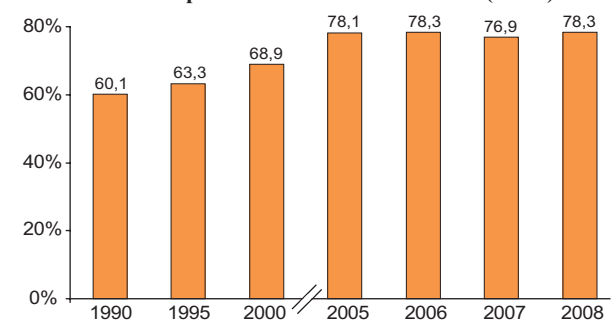
* p : degré de significativité d'un test binomial comparant la zone géographique à la métropole.

Fig.1 Intention d'allaiter en 2004 selon les premiers certificats de santé dans les départements franciliens et en métropole (en %)



Source : Cs8 Drees 2004, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Fig.2 Evolution de l'intention d'allaiter entre 1990 et 2008 à Paris selon les premiers certificats de santé (en %)



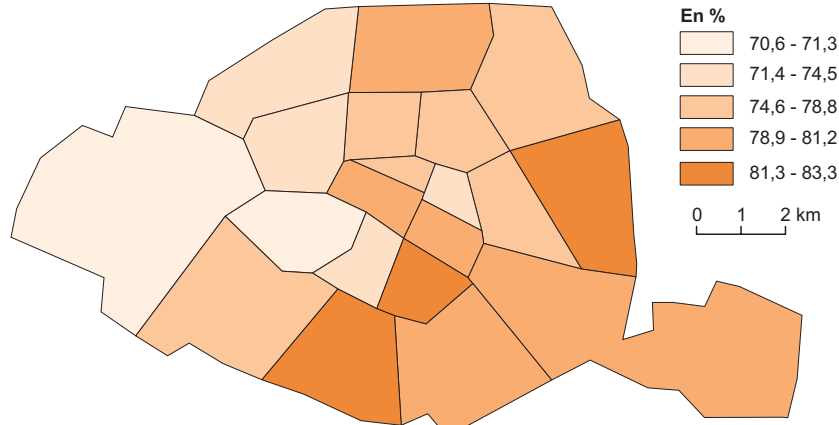
Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Moins d'intention d'allaiter dans le nord-ouest de Paris

L'intention d'allaiter est moindre dans le nord-ouest parisien, en particulier dans les 16^{ème} et 7^{ème} arrondissements (respectivement 70,7% et 71,3%) (carte 1). Le centre de Paris apparaît plus contrasté

avec peu d'intention d'allaiter dans le 3^{ème} (73,5%), alors que ce taux est particulièrement élevé dans le 5^{ème} (83,3%). En périphérie, les taux les plus élevés sont observés dans les 20^{ème} et 14^{ème} arrondissements (82,5% et 82,0%).

Carte 1 Intention d'allaiter selon les données du premier certificat de santé à Paris par arrondissements en 2008



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Durée de l'allaitement maternel

Un quart des enfants allaités le sont toujours à la fin du 8^{ème} mois

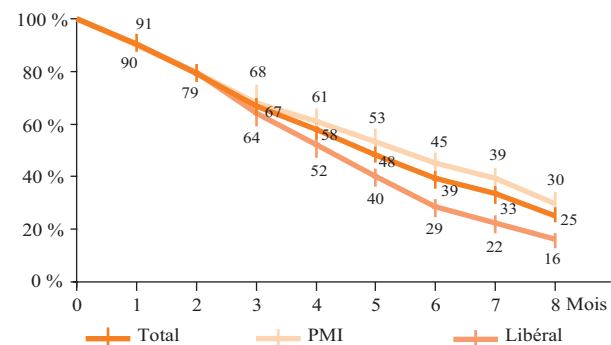
A partir de la base disponible des certificats de santé du 9^{ème} mois concernant les enfants parisiens (cf. encadré sources d'information et limites), pour 66,6% des enfants, un allaitement aurait été mis en œuvre.

Pour ces enfants, la durée médiane de l'allaitement serait de 20 semaines (inclus allaitement exclusif et partiel). Pour les deux tiers des enfants pour lesquels un allaitement a été réalisé, celui-ci serait toujours effectif à la fin du 3^{ème} mois de vie; 39,3% seraient encore allaités à la fin du 6^{ème} mois et 25,1% à la fin du 8^{ème} mois (fig. 3).

Moins d'enfants allaités à 8 mois lorsque l'examen du 9^{ème} mois est réalisé en libéral

Si avant 3 mois, le pourcentage d'enfants encore allaités évolue de manière identique que l'enfant soit vu en PMI ou en médecine libérale à 9 mois, l'arrêt de l'allaitement apparaît plus marqué ultérieurement pour les enfants suivis en libéral. Ainsi, à la fin du 8^{ème} mois, ils ne sont plus que 16,4% à être encore allaités

Fig. 3 Enfants allaités à la fin de chaque mois de vie jusqu'à 8 mois parmi les enfants allaités à la naissance d'après les données des certificats de santé du 9^{ème} mois parisiens selon le lieu de réalisation de l'examen (en %)



Source : Cs9 Paris (enfants nés en 2007), exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

contre 29,6% pour les enfants vus en PMI. Les profils de clientèle différents selon le lieu de consultation, en particulier en termes d'activité, interviennent dans cette évolution différenciée au moment de la reprise du travail.

Sources d'information et limites

Les certificats de santé du 9^{ème} et du 24^{ème} mois (Cs9 et Cs24) devraient permettre de renseigner la durée de l'allaitement.

Pour les Cs9, cette information est recueillie depuis plusieurs années. Cependant, le taux de réception de ce certificat à Paris est faible (de l'ordre de 50% pour les enfants nés en 2007). De plus, les moyens mis en œuvre ne permettent que la saisie d'un échantillon (deux mois de naissance), soit pour les enfants nés en 2007, 2 181 Cs9 saisis. Par ailleurs, cet échantillon ne peut être considéré comme représentatif, 62,0% des Cs9 ayant été renseignés en PMI, reflétant les retours plus fréquents des certificats établis en PMI. Il convient donc d'interpréter les données présentées avec prudence.

Pour les Cs24, les informations disponibles portent sur des enfants nés en 2006. Cette année correspond à une période de refonte du certificat de santé où la notion d'allaitement et sa durée ont été introduites. De fait, des enfants ont l'ancien modèle, d'autres le nouveau. Ajouté aux limites envisagées pour les Cs9, l'exploitation de la durée de l'allaitement à partir de cette source d'information n'a pas été retenue.

Contexte

La lutte contre l'obésité constitue l'un des principaux défis de santé publique en ce début de XXI^{ème} siècle. L'un des objectifs du Programme national nutrition santé (PNNS)^{1,2} vise à interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez l'enfant.

Au niveau national, les données du cycle triennal d'enquêtes réalisées en santé scolaire ont permis d'estimer en 1999-2000 la prévalence de l'excès de poids en grande section de maternelle à 14,4%, dont 3,9% d'enfants obèses⁸. Sur cette même étude, les enfants franciliens étaient pour 16,0% d'entre eux en excès de poids, avec 4,7% d'enfants obèses. Les analyses soulignaient les effets de structure économique de la population : ainsi, parmi les enfants scolarisés en ZEP, 17,3% était en excès de poids au niveau national contre 13,9% pour ceux scolarisés dans une école située dans une autre zone. Les résultats plus récents de cette enquête pour ce niveau scolaire n'ont pas été publiés à ce jour.

Pour les enfants un peu plus âgés, plusieurs études suggèrent une stabilisation récente de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France^{9,10}.

L'excès de poids touche un peu plus d'un enfant parisien sur dix en grande section de maternelle

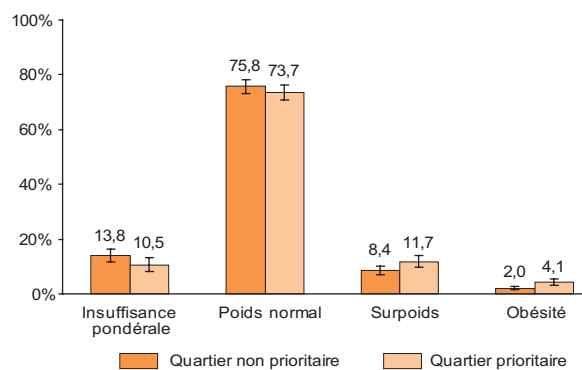
L'excès de poids touche 12,3% des enfants de grande section maternelle scolarisés à Paris (9,6% d'enfants en surpoids et 2,7% d'enfants obèses). Rapporté à la population des enfants parisiens âgés de 5 ans, le nombre d'enfants en situation d'excès de poids est estimé entre 2 335 et 2 935 enfants âgés de 5 ans, dont un nombre d'enfants obèses compris entre 471 et 728.

Davantage d'enfants touchés dans les quartiers prioritaires

L'excès de poids est plus important chez les enfants scolarisés en quartier prioritaire. La prévalence y est de 15,8% contre 10,4% chez les enfants scolarisés en quartier non prioritaire ($p < 10^{-3}$) (fig. 4).

Cette différence est observée pour le surpoids (11,7% vs 8,4%) et pour l'obésité qui est deux fois plus élevée chez les enfants scolarisés en quartier prioritaire (4,1% contre 2,0% dans les autres quartiers) ($p < 10^{-3}$).

Fig.4 Corpulence selon le type de quartier de scolarisation des enfants parisiens de grande section de maternelle d'après la définition IOTF (en % et IC à 95%) (n=2 217)



Source : Santé scolaire publique Paris, 2008-2009, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Source d'information

Une étude réalisée au cours de l'année scolaire 2008-2009 auprès de 2 217 enfants parisiens scolarisés dans le secteur public permet de disposer d'informations sur les prévalences du surpoids et de l'obésité chez les jeunes parisiens¹⁴.

Dans ce travail les prévalences ont été analysées selon le type de quartier où l'enfant était scolarisé définissant des quartiers dits prioritaires lorsque l'école était en ZEP, REP ou en quartier politique de la ville.

Définitions

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est l'indice communément employé pour la classification du déficit pondéral, du surpoids et de l'obésité. Il se calcule en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m^2). Chez l'adulte, il y a **obésité** lorsque l'IMC est supérieur ou égal à 30, **surpoids** lorsqu'il est supérieur ou égal à 25 et inférieur à 30, et **insuffisance pondérale** s'il est inférieur à 18,5.

Chez l'enfant, l'IMC varie avec le sexe et l'âge. L'International Obesity Task Force (IOTF) propose des valeurs de référence pour le surpoids et l'obésité, assurant une continuité entre les valeurs de l'enfant et celles de l'adulte¹¹. Depuis 2007, des seuils de maigreur ont été proposés chez l'enfant¹². L'emploi de ces références permet, en outre, la comparaison entre les différentes études épidémiologiques.

En pratique clinique, en France, des seuils sensiblement différents sont utilisés, basés sur les courbes de références françaises et définissant l'obésité de degré 1 (équivalent au surpoids) et l'obésité de degré 2 (équivalent à l'obésité)¹³. Pour la maigreur, les références IOTF correspondent au 10^{ème} percentile des courbes françaises.

La santé bucco-dentaire

Contexte

La santé bucco-dentaire est une composante essentielle de la santé générale et contribue au bien-être des populations. Priorité inscrite dans la loi de santé publique d'août 2004, l'objectif 91 visait à réduire les indices carieux, notamment chez les enfants de 6 ans de 30% en 5 ans. Pour 2010, l'OMS a fixé comme objectif que 80% des enfants soient indemnes de caries à l'âge de 6 ans.

Depuis 1987, une enquête est conduite en France par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) en partenariat avec le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Celle-ci permet par la réalisation d'un bilan dentaire sur un échantillon d'enfants, de quantifier et de suivre l'évolution des indices carieux au niveau national¹⁷.

Les données de la dernière enquête réalisée en 2006 montraient qu'à 6 ans, le CAO mixte (cf. encadré définitions) moyen était estimé à 1,37 et trois enfants sur dix avaient un besoin de soins (29,6%). Le pourcentage d'enfants indemnes à cet âge était de 63,4% et moins d'un enfant sur deux (48,5%) déclaraient avoir déjà consulté un chirurgien dentiste.

Si depuis 1987, les atteintes sur dents permanentes ont été divisées par quatre et celles sur dents temporaires par 2,5, les besoins en soins restent donc encore très élevés.

Surtout, les disparités sociales de santé sont particulièrement fortes comme le souligne l'écart entre les catégories socio-professionnelles des parents. Ainsi dans l'enquête de 2006, le CAO mixte lorsque le chef de famille était ouvrier était de 1,73 contre 0,77 lorsque celui-ci était cadre.

Les jeunes Franciliens concernés par deux programmes de prévention bucco-dentaire

En 2006-2007, le programme « M'T dents » s'est mis en place au niveau national et propose aux jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans une consultation gratuite de prévention bucco-dentaire, y compris de prévention, intitulé « examen bucco-dentaire » (EBD). Effectué par un chirurgien-dentiste, ce bilan vise la population générale et se déroule en ville (cabinet libéral, centre de santé).

En Ile-de-France, dans le cadre d'un partenariat entre l'Assurance maladie, les collectivités territoriales, les professionnels de santé dentaire et l'Éducation nationale, le programme « Arcade » s'est mis en place à partir de 2003. Son objectif est de promouvoir, soutenir et harmoniser les actions de prévention bucco-dentaires réalisées en milieu scolaire auprès des 0-12 ans, particulièrement en direction des populations précarisées. En 2009, seul un promoteur parisien entre dans le cadre du programme Arcade (association Espace 19 orientée vers les populations immigrées ou précaires)¹⁶.

Une organisation spécifique du dépistage à Paris

La prévention et le dépistage bucco-dentaire auprès des jeunes enfants parisiens sont confiés à deux structures : le comité UFSBD 75 et le Centre d'orthodontie pour enfants (CPAM 75).

Il s'agit d'une part de faire adopter aux enfants directement et par le biais de leur famille, des comportements favorables à leur santé bucco-dentaire. D'autre part, les dépistages visent à repérer précocement la pathologie carieuse et les dysmorphoses dento-faciales, afin d'inciter les parents au recours aux soins.

Au cours de l'année scolaire 2008-2009, le dépistage auprès des enfants scolarisés en moyenne section de maternelle a été effectué d'une part par l'UFSBD dans les écoles publiques situées en zone d'éducation prioritaire dans 3 arrondissements parisiens (3^{ème}, 13^{ème} et 17^{ème}) ; d'autre part par le Centre d'Orthodontie dans les cinq arrondissements du nord-est parisien (10^{ème}, 11^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème}). De plus, les équipes de l'UFSBD 75 ont vu les enfants de CP des écoles des arrondissements parisiens non ciblés par le centre d'Orthodontie.

Parallèlement à ces dépistages, les jeunes parisiens se voient également proposer l'EBD à 6 ans dans le cadre du dispositif « MT'Dents ».

L'organisation du dépistage bucco-dentaire parisien est régulièrement revue. Ainsi, en 2009-2010, les dépistages sont réalisés par le Centre d'Orthodontie pour Enfants et ciblent les enfants de moyenne section de maternelle dans les 10^{ème}, 11^{ème}, 13^{ème}, 17^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème}, et 20^{ème} arrondissements.

Définitions

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 CAO divisée par le nombre d'individus composant la population. On note cao les mêmes indices pour les dents lactéales.

Pour les enfants en denture mixte (coexistence à partir de 6 ans 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 zéro, c'est à dire n'ayant aucune dent cariée, ni absente pour cause de carie, ni soignée.

Recours aux soins et suivi bucco-dentaire

Moins de réponses dans le cadre du programme MT'dents des jeunes parisiens de 6 ans...

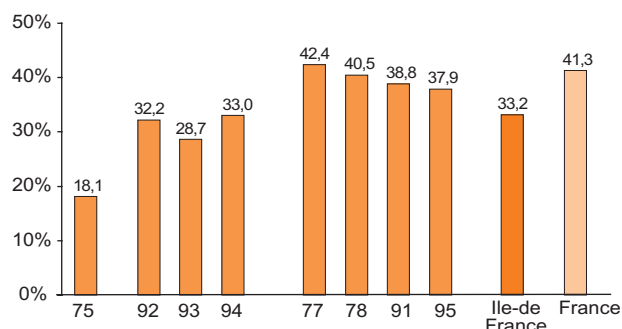
Les statistiques produites par la CnamTS montrent un recours à l'examen bucco-dentaire assez faible pour les enfants de 6 ans à Paris : 18,1% des enfants parisiens alors que les moyennes francilienne et nationale sont respectivement de 33,2% et 41,3% (France métropolitaine) (fig. 5).

Tab.2 Proportion d'enfants de 5 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année en 1999, 2004 et 2009

	1999	2004
Paris	10,8%	19,8%
Proche couronne		
Hauts-de-Seine	11,2%	18,3%
Seine-Saint-Denis	8,9%	15,9%
Val-de-Marne	11,3%	12,6%
Grande couronne		
Seine-et-Marne	10,8%	13,0%
Yvelines	10,7%	10,8%
Essonne	11,2%	11,0%
Val-d'Oise	9,3%	7,2%

Source : URCAMIF, Evaluation du programme «Arcade», 2000-2005.

Fig.5 Recours en 2009 (en %) des enfants de 6 ans à l'examen bucco-dentaire gratuit (régime général)



Source : CnamTS - Erasme V1, données 12/2009. Exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

... mais davantage de consultations chez un dentiste pour les jeunes Parisiens à 5 ans

A Paris, selon des données analysées dans le cadre du programme « Arcade », en 2004 19,8% des enfants de 5 ans à Paris avaient eu recours au moins une fois dans l'année à un chirurgien-dentiste (tab. 2). Cette proportion était la plus élevée parmi celles observées dans les différents départements franciliens. Entre 1999 et 2004, la tendance est à la hausse des recours dans la plupart des départements franciliens.

L'état de santé bucco-dentaire

Une grande disparité de l'atteinte carieuse selon les arrondissements parisiens...

Au cours de l'année scolaire 2008-2009 les dépistages réalisés auprès des moyennes sections de maternelle permettent de disposer de connaissances sur la santé bucco-dentaire de 4 339 enfants scolarisés dans les 10^{ème}, 11^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements et de 595 enfants scolarisés en ZEP-REP dans les 3^{ème}, 13^{ème} et 17^{ème} arrondissements (tab. 3).

Par ailleurs, dans les arrondissements confiés à l'UFSBD au cours de cette même année, des données sont disponibles pour les enfants en CP : 9 124 enfants scolarisés dans le secteur public et 2 362 enfants scolarisés dans le secteur privé (tab. 4 et tab. 5).

Deux arrondissements (les 10^{ème} et 19^{ème}) n'atteignent pas l'objectif visé par l'OMS (80% d'enfants indemnes à 6 ans) dès la grande section de maternelle (tab. 3). Sur les 15 arrondissements étudiés en CP, seul un tiers d'entre eux ont atteint ce seuil (tab.4 et tab. 5). Ces taux sont néanmoins plus favorables que le pourcentage d'enfants de 6 ans indemnes de caries estimé au niveau national à 63,4% en 2006¹⁵.

Tab.3 Dépistages bucco-dentaires et résultats chez les enfants scolarisés en GSM dans huit arrondissements parisiens en 2008-2009

	Nombre de dépistages	Taux de couverture du dépistage *	Taux d'enfants totalement indemnes	Taux d'enfants présentant des caries actives	
				1 à 3 caries	4 caries ou plus
3ème **	56	90,3%	83,9%	ND	ND
10ème *	408	90,9%	77,9%	15,7%	4,2%
11ème *	444	84,8%	89,0%	7,0%	2,9%
13ème **	343	91,0%	87,2%	ND	ND
17ème **	196	90,7%	82,7%	ND	ND
18ème *	1 321	85,1%	81,0%	11,7%	4,8%
19ème *	1 028	89,2%	75,4%	16,0%	5,2%
20ème *	1 126	91,0%	80,2%	11,8%	4,3%

Sources : * Centre d'orthodontie pour enfants, CPAM Paris, 2008-2009, ** UFSBD, 2008-2009 : dépistages en ZEP-REP, Exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

ND : Données non disponibles.

... en particulier pour les enfants les plus gravement atteints

Dans les 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements, mais également dans les 18^{ème} et 20^{ème} arrondissements, le pourcentage d'enfants présentant dès la grande section un nombre important de caries actives est à souligner (entre 4,2% et 5,2% d'enfants) (tab. 3). De tels

pourcentages sont également retrouvés chez les enfants dépistés en CP par l'UFSBD dans les écoles publiques des 1^{er} et 16^{ème} arrondissement, alors que dans le secteur privé, les enfants ne sont presque jamais concernés par un nombre important de caries actives (tab. 4 et tab. 5).

Tab.4 Dépistages bucco-dentaires et résultats chez les enfants scolarisés en CP dans le secteur public de quinze arrondissements parisiens en 2008-2009

	Nombre de dépistages	Taux de couverture du dépistage *	Taux d'enfants totalement indemnes	Taux d'enfants présentant des caries actives	
				1 à 3 caries	4 caries ou plus
1 ^{er}	109	99,1%	81,7%	11,0%	4,6%
2 ^{ème}	151	83,4%	74,2%	15,9%	2,0%
3 ^{ème}	274	95,8%	70,8%	20,1%	3,3%
4 ^{ème}	256	99,6%	81,6%	12,1%	0,8%
5 ^{ème}	351	98,3%	80,6%	12,8%	1,4%
6 ^{ème}	203	95,3%	79,8%	9,9%	0,0%
7 ^{ème}	312	95,7%	78,5%	12,5%	0,6%
8 ^{ème}	243	94,9%	82,7%	11,5%	0,4%
9 ^{ème}	435	92,8%	77,2%	15,6%	2,3%
12 ^{ème}	1 073	97,7%	74,3%	15,4%	3,1%
13 ^{ème}	1 353	93,3%	71,1%	17,1%	3,8%
14 ^{ème}	895	94,9%	77,2%	13,6%	2,7%
15 ^{ème}	1 450	97,9%	81,0%	13,2%	1,7%
16 ^{ème}	866	92,3%	78,8%	11,4%	4,7%
17 ^{ème}	1 153	94,7%	75,0%	16,0%	2,3%

Source : UFSBD, 2008-2009, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.5 Dépistages bucco-dentaires et résultats chez les enfants scolarisés en CP dans le secteur privé de quinze arrondissements parisiens en 2008-2009

	Nombre de dépistages	Taux de couverture du dépistage *	Taux d'enfants totalement indemnes	Taux d'enfants présentant des caries actives	
				1 à 3 caries	4 caries ou plus
1 ^{er}	56	98,2%	85,7%	7,1%	0,0%
2 ^{ème}	28	100,0%	89,3%	3,6%	0,0%
3 ^{ème}	30	100,0%	83,3%	10,0%	0,0%
4 ^{ème}	96	86,5%	79,2%	13,5%	0,0%
5 ^{ème}	93	62,4%	82,8%	10,8%	0,0%
6 ^{ème}	69	30,7%	84,1%	14,5%	0,0%
7 ^{ème}	166	52,0%	86,7%	9,6%	0,0%
8 ^{ème}	206	72,8%	89,8%	8,3%	0,0%
9 ^{ème}	81	94,2%	88,9%	6,2%	0,0%
12 ^{ème}	194	78,2%	82,5%	9,3%	1,0%
13 ^{ème}	176	71,8%	79,0%	15,9%	0,0%
14 ^{ème}	118	70,7%	81,4%	11,0%	1,7%
15 ^{ème}	239	70,5%	82,4%	9,6%	1,7%
16 ^{ème}	487	-	87,3%	6,6%	0,4%
17 ^{ème}	323	76,0%	87,3%	8,7%	0,3%

Source : UFSBD, 2008-2009, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

L'anémie en fer

Contexte

Le fer est un micronutriment essentiel pour de nombreuses fonctions biologiques.

L'amélioration du statut en fer des enfants et des adolescents constitue l'un des neuf objectifs spécifiques du Programme national nutrition santé (PNNS)². La loi de santé publique d'août 2004 prévoit de diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive, pour passer de 4,2% des enfants de 6 mois à 2 ans à 3% et de 2% à 1,5% des enfants de 2 à 4 ans. Cependant, il n'y a pas à ce jour de données récentes au niveau national chez les enfants de 6 mois à 4 ans.

Très peu d'enfants parisiens présentent une anémie

Selon les données du centre d'examen de santé de la CPAM de Paris, parmi les enfants vus en 2009 et pour lesquels un prélèvement sanguin a été effectué, seuls 47 enfants âgés de 12-18 mois et 23 enfants âgés de 42-54 mois ont une anémie avec ferritine basse. Ceci représente respectivement 2,3% et 0,8% des enfants des consultants de ce centre.

Source d'information

Le centre d'examen de santé de l'enfant de la CPAM de Paris propose à ses assurés sociaux un examen de santé pour leurs enfants à deux classes d'âge précises (12-18 mois et 42-54 mois). Lors de ces examens, les enfants ont un prélèvement sanguin de façon quasi systématique. Des dosages de l'hémoglobine et de la ferritine sont ainsi réalisés. Pour définir l'anémie par carence martiale, les seuils retenus sont de 10,5g/l pour l'hémoglobine et 12µg/l pour la ferritine.

Références :

- 1 - OMS. 54^{ème} assemblée mondiale de la santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. WHA 54.2, 2001.
- 2 - Programme national nutrition santé 2001-2005, Ministère de la santé et des solidarités, 2001.
- 3 - Deuxième Programme national nutrition santé (PNNS2) 2006-2010. Actions et mesures, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006.
- 4 - Blondel B., Supernant K., Mazaubrun (du) C. 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.
- 5 - La santé des femmes. Etudes et statistiques, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2009.
- 6 - Collet M., Vilain A. Les certificats de santé du 8^{ème} jour (cs8), validité 2004, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, série sources et méthodes, n°5, 2009.
- 7 - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Allaitement maternel, mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant, Recommandations, 2002.
- 9 - Guignon N., Niel X. L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions, Etudes et Résultats, n°250, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2003.
- 10 - Peneau S., Salanave B., Rolland-Cachera M.F. et al. Stabilisation des prévalences de surpoids et d'obésité chez les enfants de 7 à 9 ans en France entre 2000 et 2007, 26^{ème} congrès de l'Association française d'étude et de recherche sur l'obésité (Poster), Toulouse, 2009.
- 11 - Etude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2 (INCA 2) (2006-2007), Afssa, 2009.
- 12 - Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M. et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey, BMJ, 320:1240, 2000.
- 13 - Cole T.J., Flegal K.M., Nicholls D. et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents : international survey, BMJ, 335:194, 2007.
- 14 - Roland Cachera M.F., Thibault H. Définition et évolution de l'obésité infantile, Journal de Pédiatrie et de Puériculture, n° 15(8), 2002.
- 15 - Fourage C., Vincelet C., Richard G. et al. Surpoids et obésité : Importance du problème chez les enfants scolarisés dans le secteur public à Paris en 2009, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2010.
- 16 - Hescot P., Roland E. La santé dentaire en France. Enfants de 6 et 12 ans, Union française pour la santé bucco-dentaire, 2008.
- 17 - Arcade, Bilan régional, 2009.

Vaccination contre la tuberculose

- > Une levée de l'obligation vaccinale en 2007, remplacée en Ile-de-France par une forte recommandation dès la naissance.
- > Une baisse des couvertures vaccinales dans la période entourant la levée de l'obligation, différenciée selon le suivi médical et le territoire de domicile...
- > ... puis une légère tendance à la hausse de la vaccination.

Vaccination contre l'hépatite B

- > Des couvertures vaccinales plus élevées en Ile-de-France et à Paris qu'en France.
- > Entre 20 et 25% des enfants parisiens n'auraient eu aucune injection contre l'hépatite B à l'âge de quatre ans et demi.
- > Une amélioration souhaitée de la couverture vaccinale qui devrait être facilitée par l'utilisation du vaccin hexavalent.

Vaccination contre la rougeole

- > Des objectifs fixés par le plan national d'élimination de la rougeole.
- > Un contexte d'augmentation du nombre de cas déclarés de rougeole en 2010 au niveau national.
- > Une couverture vaccinale « 2 doses » d'environ 50% à l'âge de deux ans chez les Parisiens, qui doit être améliorée.

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 quelque fois 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 recommandations^{1,2}. Les évolutions dans les stratégies retenues et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la politique vaccinale ont conduit à documenter ici trois vaccinations : la vaccination contre la tuberculose (BCG), la vaccination contre l'hépatite B et celle contre la rougeole.

Concernant **la lutte contre la tuberculose**, l'obligation vaccinale par le BCG des enfants et adolescents a été suspendue par le décret du 17 juillet 2007. Cette obligation est remplacée par une recommandation forte de vaccination dès la naissance pour les enfants à risque élevé de tuberculose. L'Ile-de-France regroupe près de quatre cas déclarés de tuberculose sur dix en France métropolitaine³. A ce titre, la vaccination de tous les enfants dès la naissance et jusqu'à 15 ans est fortement recommandée pour les Franciliens^{1,2}. En outre, la levée de l'obligation vaccinale est survenue dans un contexte de disparition de la vaccination par multipuncture en janvier 2006, ne laissant sur le marché que le vaccin intradermique.

La lutte contre l'hépatite B, dans la perspective d'un contrôle à long terme, repose sur la vaccination des enfants, prioritairement celle des nourrissons. Dans son avis du 13 février 2009, le Haut conseil en santé publique rappelle que le poids épidémiologique de l'hépatite B en France métropolitaine demeure important avec 1 327 décès attribués à l'hépatite B en 2001, et un nombre de cas estimés chaque année entre 2 500 et 3 000, dont 7% entre 11 et 15 ans¹. En 2009, la recommandation de vacciner contre l'hépatite B est donc confirmée et doit se poursuivre en s'appliquant notamment à tous les nourrissons. Par ailleurs, il est recommandé de poursuivre le rattrapage des enfants non vaccinés à la naissance jusqu'à l'âge de 15 ans.

La vaccination contre la rougeole est recommandée en France depuis 1983. La rougeole est une maladie théoriquement éradicable par la vaccination. La région Européenne de l'OMS s'est engagée en 1998 dans une politique d'élimination de la rougeole à l'horizon 2010, imposant une harmonisation des politiques dans les pays de la région. Dans ce contexte, le plan national d'élimination a été mis en place en France 2005⁴. Parmi les objectifs de ce plan, il a été fixé un niveau de couverture vaccinale, dans l'ensemble des départements, à l'âge de 24 mois d'au moins 95% pour la première dose et d'au moins 80% pour la seconde dose et un niveau de couverture vaccinale d'au moins 90% à l'âge de 6 ans pour la deuxième dose. Par ailleurs, la rougeole est redevenue, en juin 2005, une maladie à déclaration obligatoire. La recommandation actuelle de vaccination contre la rougeole (avec un vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole) est l'administration d'une première dose à 12 mois et d'une seconde dose entre 13 et 24 mois². Pour les enfants accueillis en collectivité, la première dose est recommandée à 9 mois, et la seconde entre 12 et 15 mois. Un programme de rattrapage cible les enfants et adolescents nés en 1992 et au-delà (ayant jusqu'à 18 ans en 2010) pour atteindre deux doses, et les adultes nés entre 1980 et 1991 âgés de 19 à 30 ans en 2010 pour atteindre une dose. Une épidémie de rougeole sévit en France depuis 2008 et, au début 2010, plus de 2 800 cas ont été déclarés. La circulation du virus s'intensifie en 2010. Cette situation reflète probablement une meilleure déclaration des cas mais elle témoigne surtout de la diffusion du virus et d'une augmentation du nombre de foyers de cas groupés. Les populations les plus affectées restent les jeunes enfants (incidence la plus élevée chez les moins de 2 ans), les adolescents et les jeunes adultes⁵.

Vaccination contre la tuberculose (BCG)

Une population non intégralement couverte par la vaccination BCG en Ile-de-France...

En février 2008, selon l'enquête conduite auprès des médecins du réseau Infovac-France (cf. encadré sources d'informations), 76% des enfants d'Ile-de-France âgés de 2 à 23 mois avaient été vaccinés par le BCG⁶. Hors Ile-de-France, 71% des enfants à risque était vaccinés.

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 était de 63% ; chez les enfants âgés de 8 à 23 mois (entre l'arrêt de commercialisation du BCG par multipuncture et la suspension de l'obligation vaccinale), la couverture vaccinale était de 88%.

Dans cette étude, plusieurs groupes ont été distingués selon le mode d'exercice du médecin (libéral exclusif, mixte, salarié). La plus faible couverture vaccinale était observée dans le groupe exerçant exclusivement en libéral avec 67% enfants vaccinés (51% pour les 2-7 mois et 80% pour les 8-23 mois en Ile-de-France).

... même si la situation est rassurante dans la population vue en PMI en Ile-de-France

L'étude réalisée en PMI en 2009⁷, chez des enfants nés après la levée de l'obligation vaccinale, montre une couverture vaccinale élevée dans les PMI d'Ile-de-France : 89,8% de l'échantillon étudié (86,7% pour les enfants de 2 à 12 mois et 95,0% chez les enfants de plus de 12 mois). Hors Ile-de-France, ce sont 61,7% des enfants à risque qui ont été vaccinés (53,1% des 2-12 mois et 75,5% des plus de 12 mois).

Cette étude souligne que les enfants franciliens sont vaccinés tôt puisque 82% des petits enfants (2-12mois) et 72% des grands enfants (>12 mois) avaient été vaccinés à l'âge de 2 mois.

Très peu de vaccination en période néo-natale

Les données parisiennes issues des premiers certificats de santé montrent que la vaccination par le BCG est très exceptionnellement réalisée à la maternité : 42 enfants vaccinés en 2008 (soit 0,15% des certificats reçus).

Baisse de la couverture vaccinale à Paris pour les enfants nés après 2005 ...

Une étude spécifique a été conduite par le service de PMI à partir des données des certificats du 9^{ème} et du 24^{ème} mois. Un échantillon de ces certificats, dont les taux de réception sont faibles, est saisi chaque année à Paris. Les couvertures vaccinales mesurées sont donc à interpréter avec une certaine prudence.

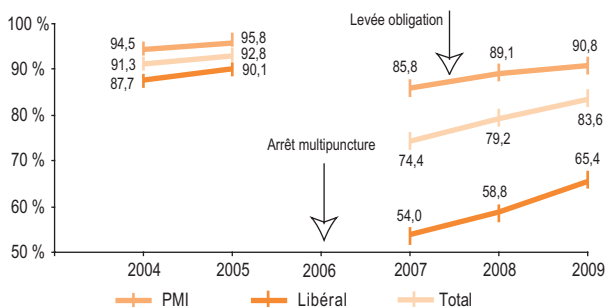
Cependant, l'évolution observée dans les enquêtes de l'InVS est confirmée. Les figures 1 et 2 montrent des taux de couverture vaccinale élevés avant la levée de l'obligation, une chute importante pour les enfants nés en 2006 et en 2007, puis une tendance à la hausse pour ceux nés en 2008 et 2009.

Sources d'information

Suite à la levée de l'obligation vaccinale par le BCG, et compte-tenu de l'absence de source directe d'information permettant d'identifier précocement une éventuelle baisse de la couverture vaccinale, l'InVS a réalisé en février 2008 une étude auprès des médecins abonnés au réseau Infovac-France⁶, puis en 2009 une étude dans les lieux de consultation de PMI ciblant les enfants ayant au moins un critère de vaccination par le BCG⁷. Ces deux études permettent, de disposer d'informations sur la couverture vaccinale d'enfants nés après la levée de l'obligation, au niveau national mais aussi de la région Ile-de-France. Les plans de sondage utilisés ne permettent cependant pas de produire une information pour la population parisienne.

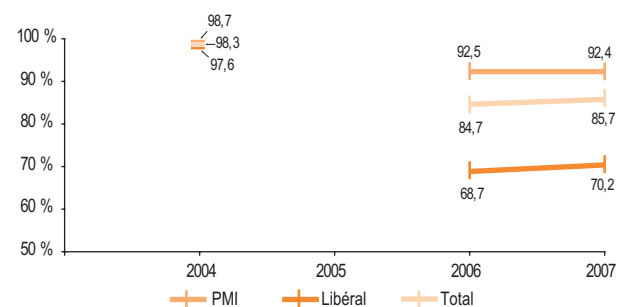
Par ailleurs, les certificats de santé de l'enfant constituent une source d'information en population générale sous réserve que la vaccination soit enregistrée sur le certificat et que ce dernier soit adressé au service de PMI.

Fig.1 Evolution de la couverture vaccinale BCG des enfants parisiens nés de 2004 à 2009*, selon le lieu de réalisation de l'examen du 9^{ème} mois (en %)



Source : Cs9 Paris, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
* L'information n'est pas disponible pour les enfants nés en 2006.

Fig.2 Evolution de la couverture vaccinale BCG des enfants parisiens nés de 2004 à 2007*, selon le lieu de réalisation de l'examen du 24^{ème} mois (en %)



Source : Cs24 Paris, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
* L'information n'est pas disponible pour les enfants nés en 2005.

... moins marquée lorsque l'enfant consulte en PMI

L'analyse selon le lieu d'exercice du médecin ayant complété le certificat de santé souligne l'écart entre les enfants vus en PMI et ceux vus en médecine libérale : la plus basse couverture vaccinale est ainsi observée pour les enfants nés en 2007, avec seulement 54% d'enfants vaccinés à 9 mois parmi ceux vus en libéral contre 76% pour ceux vus en PMI. La tendance ultérieure à la hausse est observée sur les données des certificats du 9^{ème} mois dans les deux groupes, cependant l'écart est important avec plus de 90 % de vaccinés dans le groupe vu en PMI et 65,4% dans le groupe vu en libéral. Si les enfants à l'âge de deux ans sont un peu mieux vaccinés, les couvertures vaccinales demeurent en dessous des années précédant la levée de l'obligation : 92,4% des enfants parisiens nés en 2007 et vus en PMI sont vaccinés à 2 ans ; les enfants vus en secteur libéral sont 70,2% dans ce cas.

Une couverture vaccinale insuffisante confirmée par les données du centre d'examens de santé de l'enfant...

Selon les données collectées en 2009 au centre d'examens de santé de la CPAM de Paris (cf. encadré autre source d'information), la couverture vaccinale des enfants vus entre 42 et 54 mois (enfants nés avant 2007) est de 98,6%. Elle n'est plus que de 82,5% pour les enfants de 12-18 mois (nés après 2007). Cette

couverture vaccinale est proche de celle mesurée à partir des certificats de santé du 9^{ème} mois.

... données qui suggèrent une disparité territoriale forte sur Paris

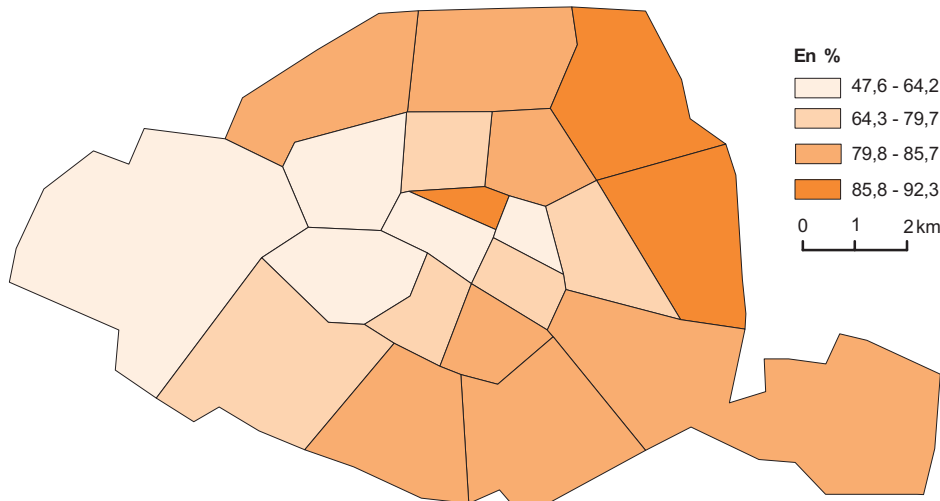
L'analyse de ces données selon l'arrondissement de domicile des parents (carte 1) suggère des taux de couverture vaccinale inégalement répartis sur le territoire parisien. Ainsi, parmi les enfants vus au centre d'examens de santé à 12-18 mois, les couvertures vaccinales extrêmes par arrondissement de domicile vont de moins de 50% dans le 7^{ème} arrondissement à plus de 90% dans le 19^{ème}. Les arrondissements périphériques du nord-est de Paris sont principalement ceux où la couverture vaccinale - mesurée parmi les enfants vus au centre d'examens de santé - est la plus élevée.

Autre source d'information

Le centre d'examens de santé de la CPAM de Paris propose à ces assurés sociaux un examen de santé pour leurs enfants à deux classes d'âge précises (12-18 mois et 42-54 mois).

Des données sur les vaccinations sont ainsi disponibles pour les examens réalisés en 2009 pour près d'un parisien sur dix pour la première classe d'âge (8,4%) et pour 12% de la seconde. Si ces enfants ne peuvent être considérés comme représentatifs de la population (l'examen est proposé aux familles, sans caractère obligatoire), les données analysées permettent cependant de renseigner certaines thématiques de santé peu documentées. Ces examens constituent à ce titre une source d'information unique en pédiatrie.

Carte 1 Couverture vaccinale par le BCG des enfants parisiens vus en 2009 au centre d'examens de l'enfant de la CPAM de Paris à l'âge de 12-18 mois



Source : Centre d'examens de santé de l'enfant, CPAM de Paris, 2009, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

D'une recommandation générale... à un résultat ciblé

L'ensemble des résultats présentés illustre le passage d'une obligation vaccinale à une recommandation forte pour la population parisienne, qui se traduit par une couverture vaccinale plus faible des enfants nés après 2007. Dans la décision de vacciner un enfant, sont probablement pris en compte des facteurs de risques de tuberculose autres que la seule notion de

« région à risque », comme le montre l'analyse des données selon le type de suivi de l'enfant ou selon l'arrondissement de domicile. Ainsi, si la notion de « région à risque » se voulait globale et non stigmatisante, la vaccination est plus ciblée sur les populations ayant davantage de facteurs de risque individuels.

Vaccination contre l'hépatite B

L'application des recommandations concernant les nouveau-nés à risque paraît satisfaisante

L'analyse des premiers certificats de santé parisiens de 2008 montre que 1,6% des enfants parisiens ont été vaccinés contre l'hépatite B à la naissance (459 enfants). De plus, 448 enfants ont reçu des immunoglobulines. Selon les informations concernant les mères, 376 ont eu pendant la grossesse une recherche d'Ag HBs qui s'est avérée positive (1,3%). Si pour certains enfants une vaccination dès la naissance est réalisée en l'absence de sérologie hépatite B positive connue, il apparaît que l'inverse est très peu observé (cela concerne 6 enfants) (cf. encadré schéma vaccinal).

Pour les enfants nés en 2007, une analyse des données à la naissance dans les différents départements franciliens avait montré que Paris se distinguait par le plus fort taux de vaccination contre l'hépatite B à la naissance : 1,7% alors que l'ensemble des autres départements ne dépassaient pas le seuil des 1% d'enfants vaccinés (à l'exception du Val d'Oise avec 1,2%)³.

Des couvertures vaccinales loin des recommandations chez les enfants plus grands

Les données collectées lors du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire donnent des informations sur des échantillons représentatifs au niveau national et régional. Si les couvertures vaccinales franciliennes apparaissent plus importantes qu'en France, elles dépassent tout juste la barre des 50% d'enfants totalement vaccinés en CM2 lors de la dernière étude disponible pour des enfants nés en 1999-2000 et âgés de 11 ans lors du recueil (tab. 1). Une étude à partir des certificats du 24^{ème} mois, montre entre 2004 et 2007 une évolution favorable des couvertures vaccinales⁸ : ce sont 34,5% des enfants de 24 mois qui avaient reçus « 3 doses » de vaccin en 2004, ils sont 41,9% en 2007 (tab. 2). La région Ile-de-France se distingue par le meilleur taux de couverture vaccinale de métropole avec 55,9% d'enfants vaccinés.

Une couverture vaccinale des parisiens plutôt meilleure mais encore insuffisante

A partir des deux sources de données utilisées concernant des enfants parisiens, seulement 20 à 25% des parisiens entre 2 ans et 4 ans et demi n'auraient reçu aucune injection contre l'hépatite B (tab. 3).

La mise en parallèle des données des certificats de santé de l'enfant et du centre d'examen de santé de l'enfant de la CPAM de Paris suggère un décalage entre les recommandations et la réalisation des vaccinations. En effet, selon les certificats du 9^{ème}

Tab.1 Couverture vaccinale contre l'hépatite B* à partir des données du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire

Couverture vaccinale	GSM** 2002-2003	CM2 2001-2002	3ème 2003-2004	CM2 2004-2005
Ile-de-France	ND***	43,1%	49,4%	52,1%
France	33,5%	33,1%	42,4%	38,9%

Sources : Drees - Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire.

* 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.

** GSM : grande section de maternelle.

*** ND : non disponible.

Tab.2 Couverture vaccinale contre l'hépatite B par 1 dose et 3 doses chez les enfants de 24 mois en France

	2004	2005	2006	2007
« 1 dose »	40,2%	41,9%	46,1%	50,6%
« 3 doses »	34,5%	35,1%	39,3%	41,9%

Source : Certificats de santé du 24^{ème} mois, France, 2004-2007⁸.

Tab.3 Couverture vaccinale contre l'hépatite B des enfants parisiens

Vaccination	9 mois cs9 (n=2 181)	12-18 mois ESE (n=2 031)	24 mois cs24 (n=1 703)	42-54 mois ESE (n=2 649)
Non réalisée	42,3%	26,1%	25,4%	20,0%
Incomplète	15,0%	2,9%	11,3%	3,9%
Complète	42,7%	71,0%	63,3%	76,1%

Sources : Certificats de santé du 9^{ème} mois Paris (enfants nés en 2007) et du 24^{ème} mois (enfants nés en 2006) ; Centre d'examen de santé de l'enfant de la CPAM de Paris (consultants vus en 2009) ; exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Le schéma vaccinal recommandé chez le jeune enfant²

Actuellement, le schéma vaccinal recommandé prévoit une première dose à deux mois, une seconde à 4 mois et enfin une troisième entre seize et dix-huit mois.

Ainsi, selon l'âge des enfants, l'adéquation entre le nombre de doses reçues et le nombre recommandé permet d'identifier les enfants pour lesquels la couverture vaccinale est satisfaisante.

Les enfants nés de mère Ag HBs positif représentent une population à risque particulier. Pour ces enfants, il est recommandé une vaccination dans les 24 heures qui suivent la naissance ainsi que l'administration d'immunoglobulines. Les deuxième et troisième doses du vaccin doivent être respectivement administrées à 1 et 6 mois d'âge.

mois, les vaccinations incomplètes (une seule injection) concernent 15,0% des enfants, alors qu'entre 12 et 18 mois, les enfants vus au centre d'examen de santé ne sont que 2,9% dans ce cas.

Selon ces sources, entre 60% et 75% des enfants parisiens seraient intégralement vaccinés contre l'hépatite B. Néanmoins, ces données issues de sous-populations non représentatives doivent être interprétées avec prudence, une sur-estimation des couvertures vaccinales étant probable.

Une vaccination plus fréquente lorsque l'enfant consulte en PMI...

Que ce soit sur les analyses effectuées à partir des certificats du 9^{ème} ou de 24^{ème} mois, le pourcentage d'enfants ayant une vaccination complète est significativement plus fréquent chez les enfants pour lesquels le certificat a été réalisé en PMI (fig. 3). Ainsi, 70,0% des enfants vus en PMI à 2 ans ont une vaccination complète contre 49,6% en libéral.

Un rattrapage des enfants non vaccinés à améliorer en particulier en secteur libéral

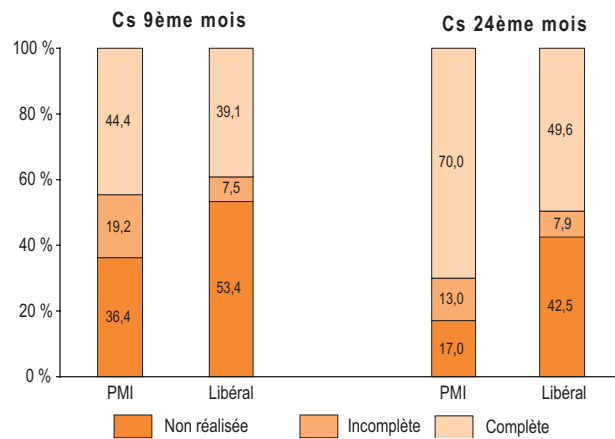
Si lors de l'examen du 9^{ème} mois, 42,3% des enfants n'ont reçu aucune injection contre l'hépatite B, ils ne sont plus que 25,4% selon les données des certificats du 24^{ème} mois. L'écart entre les enfants vus en PMI ou en libéral s'accroît entre ces deux âges, avec 17,0% d'enfants vus en PMI n'ayant eu aucune injection à 24 mois contre 42,5% pour les enfants vus en libéral. Si le rattrapage des enfants non vaccinés doit être global, celui-ci est donc particulièrement important en libéral.

Une absence de vaccination plus marquée dans certains arrondissements

Environ un tiers des enfants des 6^{ème} et 7^{ème} arrondissements de Paris vus au centre d'examen de santé de l'enfant de la CPAM de Paris n'ont reçu aucune injection contre l'hépatite B. A l'inverse, les enfants demeurant dans les 1^{er}, 8^{ème}, 14^{ème} et 20^{ème} arrondissements apparaissent mieux vaccinés (carte 2).

Les déterminants de ces disparités sont sans doute multiples. Le Baromètre santé de l'Inpes au niveau national chez les 15 ans et plus en 2005 montre que 9,4% de la population est défavorable à la vaccination⁹. Or, la vaccination qui suscite le plus de réserve est celle contre l'hépatite B avec 38,6% des sujets se déclarant défavorables à la vaccination qui y sont réticents. Cette opinion s'est d'ailleurs accentuée entre 2000 et 2005 (23,6% en 2000).

Fig.3 Vaccination contre l'hépatite B selon les données des certificats de santé du 9^{ème} mois et du 24^{ème} mois, selon le lieu de réalisation de l'examen (en %)

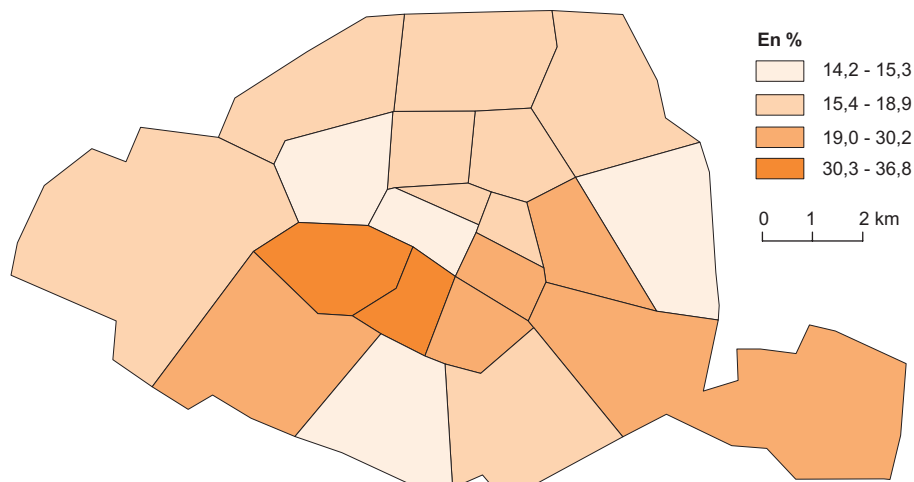


Sources : Cs9 (enfants nés en 2007) et Cs 24 (enfants nés en 2006) Paris, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Quel impact du vaccin hexavalent sur la couverture vaccinale hépatite B ?

La vaccination contre l'hépatite B s'est vue facilitée à partir de la fin du premier trimestre 2008 par le remboursement du vaccin hexavalent permettant, par l'administration simultanée à d'autres vaccinations, de limiter le nombre d'injections pour l'enfant et faciliter l'adhésion des parents. Une seule étude a été publiée depuis en France et montre une augmentation de la proportion d'enfants âgés de 6 à 8 mois ayant reçu au moins une dose de vaccin hépatite B avant l'âge de 6 mois suite à ce remboursement¹⁰ (32,5% en février 2008 et 53,5% en novembre 2008). L'impact ne peut cependant pas être mesuré par les informations disponibles à ce jour à un niveau départemental. L'exploitation des certificats du 9^{ème} mois pour les enfants nés en 2008 et 2009 méritera, à ce titre, une attention particulière.

Carte 2 Absence totale de vaccination contre l'hépatite B chez les enfants parisiens vus en 2009 au centre d'examen de santé de l'enfant de la CPAM de Paris à l'âge de 42-54 mois



Source : Centre d'examen de santé de l'enfant, CPAM de Paris, 2009, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Vaccination contre la rougeole

Rougeole : des complications qui peuvent être gravissimes

Les pneumopathies (virales ou bactériennes) surviennent chez 1 à 6 % des cas, les encéphalites aiguës pour 1 cas sur 1000 environ (risque de décès ou de séquelles neurologiques) et les panencéphalites subaiguës sclérosantes (complication tardive de la rougeole évoluant vers le décès) dans 1 cas sur 100 000. Deux personnes sont décédées suite à des complications de l'infection rougeoleuse en 2009.

En 2010, la circulation du virus s'intensifie en France

Dans son bilan en date du 31 mars 2010, l'InVS souligne l'intensification de la circulation du virus en 2010 en France⁵. Des cas groupés sont survenus principalement en crèches, en collectivités scolaires, parmi les étudiants, des gens du voyage, ainsi que des épisodes de transmission en milieu de soin.

L'incidence des cas déclarés en 2009 au niveau national est de 2,5 cas pour 100 000 habitants. Si le virus circule sur la quasi totalité du territoire, 7 départements regroupaient un tiers des cas déclarés en 2009, avec une incidence de cas déclarés supérieure à 10 pour 100 000 habitants (le Puy-de-Dôme, l'Allier, le Tarn, la Charente-Maritime, le Haut-Rhin, l'Indre-et-Loire et les Landes). Paris est un département à incidence faible, inférieure à 1 pour 100 000 habitants (15 cas sur Paris pour un total de 164 cas franciliens). Les foyers épidémiques sont la conséquence d'un niveau insuffisant et hétérogène de la couverture vaccinale en France, l'accumulation progressive des sujets non immunisés conduisant à des poches de sujets réceptifs au virus.

En France, 9 enfants sur 10 ont été vaccinés au moins une fois contre la rougeole à 2 ans

Selon les données Drees-InVS⁵, la couverture vaccinale « 1 dose » à 2 ans est de 90,1% en 2007, en légère augmentation sur les dernières années (87,5% en 2004, 87,2% en 2005 et 89,4% en 2006).

Chez l'enfant plus grand, les données issues du cycle triennal en santé scolaire, qui ont lieu chaque année depuis 2001 alternativement en grande section de maternelle (GSM), en CM2 et en 3^{ème} permettent d'estimer les couvertures vaccinales. On observe ainsi au niveau national un rattrapage de la première dose au-delà de l'âge de 2 ans (tab. 4). La couverture « 2 doses » reste très insuffisante.

Plus de 95% des enfants franciliens ont reçus au moins une dose de vaccin contre la rougeole

Selon les données régionales disponibles à partir du cycle triennal en santé scolaire, plus de 95% des

enfants franciliens de CM2 et en 3^{ème} ont reçu au moins une dose de vaccin (tab. 4). Les couvertures vaccinales « 2 doses », bien que n'atteignant pas le seuil OMS, sont plus favorables en Ile-de-France. Ainsi pour les enfants en CM2 en 2004-2005, un peu plus de huit enfants sur dix à reçu deux doses de vaccin.

Tab.4 Couverture vaccinale contre la rougeole « 1 dose » et « 2 doses » en fonction de l'âge et de la classe fréquentée au moment de l'enquête, en France et en Ile-de-France entre 2001 et 2006

Année d'enquête	Niveau scolaire	Couverture vaccinale « 1 dose »		Couverture vaccinale « 2 doses »	
		France	IdF	France	IdF
2001-2002	CM2	94,1%	96,4%	56,8%	63,0%
2002-2003	GSM	93,3%	ND*	28,1%	ND*
2003-2004	3 ^{ème}	93,9%	95,5%	65,7%	71,5%
2004-2005	CM2	95,7%	ND*	74,2%	81,2%
2005-2006	GSM	93,3%	ND*	44,3%	ND*

Sources : Drees, InVS, DESCO⁵
* N.D : Données non disponibles.

Des résultats qui paraissent favorables chez les enfants parisiens, mais une couverture « 2 doses » insuffisante à 2 ans

Les données disponibles chez les enfants parisiens, que ce soit celles issues des certificats de santé (24^{ème} mois) ou du centre d'examens de santé de la CPAM de Paris, montrent des couvertures vaccinales qui augmentent avec l'âge des enfants (tab. 5). Cependant, si chez les enfants vus en 2009 au centre d'examens de santé de la CPAM de Paris à l'âge de 42-54 mois, la couverture vaccinale « 2 doses » dépasse les 90%, elle ne concerne qu'un parisien sur deux à 2 ans selon les données des certificats du 24^{ème} mois.

Tab.5 Couverture vaccinale contre la rougeole des enfants parisiens

Couverture vaccinale	12-18 mois ESE (n=2 031)	24 mois Cs24 (n=1 703)	42-54 mois ESE (n=2 647)
« 1 dose »	88,4%	94,2%	98,7%
« 2 doses »	11,5%	50,2%	91,5%

Sources : Certificats de santé du 24^{ème} mois Paris (Cs 24) (enfants nés en 2006); Centre d'examens de santé de l'enfant (ESE) de la CPAM de Paris (consultants vus en 2009); exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Peu de différence selon le lieu de suivi de l'enfant

Selon les données du certificat de santé du 24^{ème} mois, la couverture vaccinale « 2 doses » ne diffère pas significativement entre les enfants vus en PMI ou en secteur libéral (respectivement 51,5% et 48,1% des enfants). Les enfants vus en PMI sont cependant moins nombreux à n'avoir reçu aucune injection contre la rougeole : 4,0% contre 9,0% pour ceux vus en libéral.

Références :

- 1 - Calendrier vaccinal 2009 - Calendrier des vaccinations 2009 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°16-17, InVS, 2009.
- 2 - Calendrier vaccinal 2010 - Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2010 selon l'avis de Haut conseil en santé publique, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°14-15, InVS, 2010.
- 3 - 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.
- 4 - Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France (2005-2010), 2005.
- 5 - InVS, Dossiers thématiques - Maladies à déclaration obligatoire - Rougeole. <http://www.invs.sante.fr/surveillance/rougeole/>. Dernière consultation : mai 2010.
- 6 - Guthmann J.P., 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, 2008. Disponible sur : www.invs.sante.fr.
- 7 - Guthmann J.P., Fonteneau L., Lévy-Bruhl D. Vaccination par le BCG chez les enfants nés après la suspension de l'obligation vaccinale et suivis dans les PMI de France - Couverture vaccinale, pratiques vaccinales et connaissances de la politique vaccinale par les médecins vaccinateurs. Rapport final, Institut de veille sanitaire, février 2010. Disponible sur : www.invs.sante.fr.
- 8 - Fonteneau L., Guthmann J.P., Collet M. et al. Couverture vaccinale hépatite B chez l'enfant estimée à partir des certificats de santé du 24^{ème} mois, France, 2004-2007. BEHWeb, n°1, 2010.
- 9 - Baudier F., Léon C. Le geste vaccinal : préserver sa place au cœur de la prévention, Baromètre santé 2005, Inpes, 2007.
10. Gaudelus J., Cohen R., Lepetit H. et al. Vaccinoscopie : couverture vaccinale vis-à-vis de la rougeole, de la rubéole, des oreillons et de l'hépatite B en France en 2008, Médecine et enfance, 207-12, 2009.

Malformations congénitales

- > La prévalence de la trisomie 21 parmi les naissances vivantes reste stable, et est de 8,7 pour 10 000 naissances à Paris en 2008.
- > Environ 200 enfants naissent chaque année à Paris porteurs d'une cardiopathie congénitale.

Dépistage des déficiences

- > La file active annuelle pour les quatre Camps parisiens est de 1 338 enfants.
- > Les enfants seraient accueillis à un âge plus précoce dans les Camps parisiens.

Prévalence des déficiences

- > Les déficiences sévères concerneraient 1% des enfants soit environ 270 enfants par an à Paris.

Bénéficiaires des aides pour enfant handicapé

- > Les enfants parisiens de 0-2 ans sont 2,8 pour mille à bénéficier de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH); ils sont 9,4 pour mille à 3-5 ans.

Intégration des enfants en situation de handicap

- > En 2006, 380 enfants en situation de handicap sont accueillis dans les établissements parisiens de la petite enfance ou chez une assistante maternelle.
- > Un peu plus de 1% des enfants scolarisés en maternelle à Paris présente un handicap reconnu.

Contexte

La loi du 11 février 2005 (loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) 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 plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Il est difficile d'estimer le nombre d'enfants handicapés, compte tenu de l'absence de système d'information. Les sources administratives permettent de connaître le nombre d'enfants bénéficiant d'une aide en raison de leur handicap, sans en connaître le motif médical.

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 rares¹. Une origine périnatale concernerait par déduction, de 55 à 60% des déficiences¹.

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^{2,3}. L'étude Epipage^{4,5} souligne combien le pronostic neuro-développemental de la grande prématurité est préoccupant. Si l'âge gestationnel est un facteur pronostic majeur, la morbidité reste importante entre 33-36 SA.

Le plan national Périnatalité 2005-2007⁶ préconise « d'améliorer la prise en charge à long terme des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap », une action médico-sociale précoce pouvant permettre de limiter la survenue d'un handicap ou son aggravation.

Le droit d'inscrire à l'école tout enfant qui présente un handicap constitue l'une des évolutions fondamentales de la loi du 11 Février 2005. La scolarisation en milieu ordinaire est posée comme principe. Sont concernés les jeunes de 6 à 16 ans mais la formation peut commencer avant l'âge de la scolarité si la famille en fait la demande.

Malformations congénitales

Les malformations congénitales, 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 industrialisés⁷. En 2007, avec 869 cas de malformations enregistrés par le registre des malformations pour des femmes domiciliées à Paris et accouchant à Paris, le taux de prévalence totale était de 329,9 cas pour 10 000 naissances totales (incluant morts-nés et IMG), et 221,8 cas pour 10 000 naissances vivantes. L'ensemble de ces malformations

n'aboutissent pas à un handicap ou à un suivi particulier de l'enfant après la naissance.

Trois types ont été développés ici : la trisomie 21, en raison de sa sévérité, sa fréquence et la politique de diagnostic prénatal mise en place, les cardiopathies congénitales en raison de leur fréquence et de leurs conséquences en termes de mortalité infantile, et les anomalies du tube neural, du fait de leur sévérité et de l'existence d'une prévention pré-conceptionnelle et lors du premier trimestre de grossesse par un apport en acide folique chez la femme.

Trisomie 21

Une prévalence totale de la trisomie 21 en augmentation à la fin des années 2000

Dans la période 1980-2000, la prévalence totale de la trisomie 21 a augmenté en moyenne à Paris de 5% par ans⁷. Elle est ainsi passé de 15 pour 10 000 en 1981 à plus de 40 pour 10 000 au début des années 2000. Ceci s'explique par l'augmentation de l'âge maternel et par le fait que certaines interruptions de grossesse pour motif médical réalisées compte tenu du diagnostic prénatal auraient auparavant donné lieu à des fausses couches spontanées non prises en compte dans l'enregistrement.

Sur la période 2001-2008, on observe une relative stabilité de la prévalence totale de l'ordre de 40 pour 10 000 naissances totales (fig. 1).

Une prévalence de la trisomie 21 parmi les naissances vivantes qui reste stable

La prévalence de la trisomie 21 parmi les naissances vivantes est de 8,7 pour 10 000 naissances en 2008, avec peu de variations observées sur la période 2001-2008. Ainsi chaque année, entre 15 et 25 enfants parisiens présentant une trisomie 21 sont nés à Paris. Selon les données des premiers certificats de santé, 21

Cardiopathies congénitales

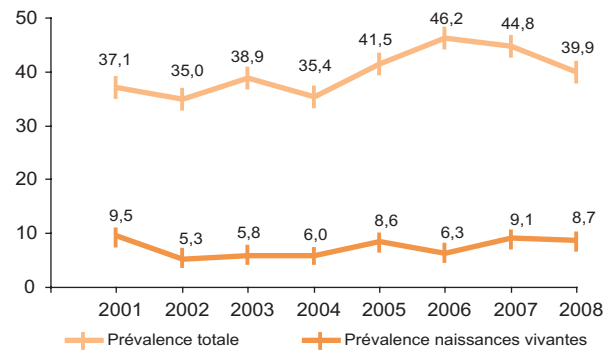
Environ 200 enfants chaque année à Paris naissent porteur d'une cardiopathie congénitale

Les cardiopathies congénitales sont les malformations les plus fréquentes et sont une cause importante de mortalité infantile par malformations.

Selon les données du registre de malformations congénitales de Paris, sur les trois dernières années disponibles, environ 200 enfants parisiens présentant une cardiopathie congénitale sont nés chaque année à Paris. Les premiers certificats de santé de l'enfant n'identifient en 2008 que 98 enfants présentant ce type de pathologie parmi les enfants nés à Paris.

La prévalence totale de ces cardiopathies est estimée à partir des données du registre à 87,3 pour 10 000 naissances en 2008 et la prévalence des naissances vivantes à 69,3 (fig. 2). Le diagnostic prénatal de ces malformations est réalisé pour environ un enfant sur

Fig.1 Trisomie 21 : Evolution de la prévalence totale et de la prévalence parmi les naissances vivantes pour 10 000 naissances entre 2001 et 2008 (femmes domiciliées à Paris accouchant à Paris)

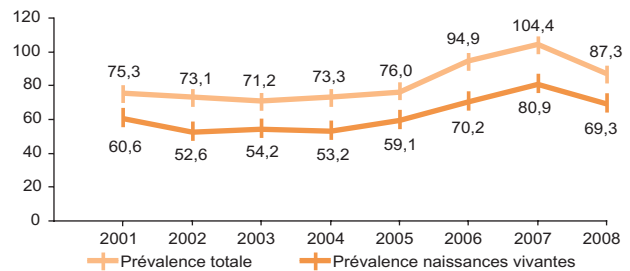


Source : Registre des malformations congénitales de Paris

Prévalence totale : enfants nés sans vie de plus de 22 SA + enfants nés vivants + interruptions médicales de grossesse pour 10 000 naissances totales.

cas de trisomie 21 chez des enfants parisiens sont nés en 2008. Dans 60% des cas la mère avait 40 ans ou plus et dans 25% entre 35 et 39 ans. Pour 4 de ces enfants, il n'y avait pas eu de mesure échographique de la clarté nucale. Les certificats de santé ne permettent pas de connaître plus précisément les diagnostics prénataux réalisés.

Fig.2 Cardiopathies congénitales : Evolution de la prévalence totale et de la prévalence parmi les naissances vivantes pour 10 000 naissances entre 2001 et 2008 (femmes domiciliées à Paris accouchant à Paris)



Prévalence totale : enfants nés sans vie de plus de 22 SA + enfants nés vivants + interruptions médicales de grossesse pour 10 000 naissances totales.

Source : Registre des malformations congénitales de Paris

deux (52,6% en 2008), en augmentation depuis les années 80 où il n'était fait que pour un enfant sur cinq (23,0% pour la période 1983-1988).

Sources d'information et limites

Le registre des malformations de Paris enregistre depuis 1981 les cas de malformations et d'anomalies chromosomiques pour la population couverte par le registre : mère résidant à Paris ou en proche couronne et accouchant ou réalisant une IMG à Paris, soit environ 38 000 naissances annuelles. La définition des anomalies est commune avec celle d'EUROCAT (liste sur le site www.eurocat-network.eu/). Les données sont recueillies à partir de sources d'information multiples, incluant les maternités, les services de néonatalogie, de cytogénétique et de fœtopathologie. L'enregistrement est presque complet pour les cas identifiés durant le séjour en maternité et pour ceux identifiés à l'examen post-mortem. Les malformations découvertes après le séjour en maternité ne sont pas enregistrées. Les données figurant ici concernent les seules femmes domiciliées à Paris et accouchant ou réalisant une IMG à Paris. Les premiers certificats de santé de l'enfant comportent une question sur le diagnostic d'anomalies congénitales (codé en oui/non) avec certaines pathologies précisées telles les anomalies du tube neural, les malformations cardiaques et la trisomie 21. Ces certificats portent sur les naissances vivantes.

Anomalies du tube neural

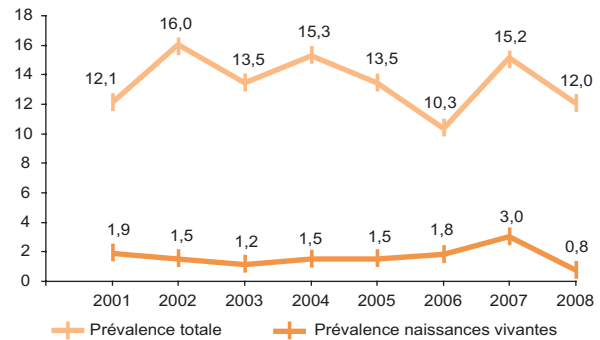
Les anomalies du tube neural sont quasiment toutes diagnostiquées en prénatal

Les anomalies de fermeture du tube neural peuvent faire l'objet d'une prévention primaire. L'objectif est de proposer aux femmes de prendre de l'acide folique durant la période périconceptionnelle, et au plus tard avant la fin du premier mois de grossesse.

La prévalence totale entre 2001 et 2008 oscille entre 12 et 16 pour 10 000 naissances. Très peu d'enfants naissent avec ce type d'anomalie, le diagnostic prénatal étant fait dans plus de 90% des cas et une interruption de grossesse pour motif médical réalisée dans plus de 80% des cas.

La prévalence des naissances vivantes est estimée à 0,8 pour 10 000 naissances en 2008. Le nombre de naissances vivantes chaque année à Paris sur la période 2001-2008 est compris entre 2 et 8 cas par an.

Fig.3 Anomalies du tube neural : Evolution de la prévalence totale et de la prévalence parmi les naissances vivantes pour 10 000 naissances entre 2001 et 2008 (femmes domiciliées à Paris accouchant à Paris)



Source : Registre des malformations congénitales de Paris.

Prévalence totale : enfants nés sans vie de plus de 22 SA + enfants nés vivants + interruptions médicales de grossesse pour 10 000 naissances totales.

Dépistage des déficiences

Un accueil à un âge plus précoce des enfants parisiens en Camsp

La file active annuelle (nombre d'enfants vus au moins une fois dans l'année) pour les quatre Camsp parisiens est de 1 338, soit 31,6% des enfants suivis dans les Camsp en Ile-de-France (4 238).

Les enfants accueillis dans les Camsp parisiens semblent un peu plus jeunes que dans le reste de la région ou en moyenne en France (tab. 1). Ainsi, 44,7% des enfants suivis au 31 décembre 2008 ont moins de 3 ans à Paris contre 37,5% en Ile-de-France et 34,5% en France métropolitaine. L'activité qui semble la plus présente dans les Camsp parisiens est le dépistage (57,1% des modes de contact ou de prise en charge, en décembre) puis le suivi thérapeutique (31%). Pour les données franciliennes, le suivi thérapeutique concerne 47,0% des modes de prise en charge puis le dépistage, 31,3%.

D'après les données nationales, 35% des enfants accueillis par les CAMSP sont des enfants prématurés,

Tab. 1 Répartition de la file active selon l'âge en décembre 2008 des enfants pris en charge dans les Camsp

	75	Ile-de-France	France métro
< 1 an	10,9	7,9	12,1
1 an	11,4	12,0	9,7
2 ans	22,4	17,6	12,7
3 ans	18,7	17,2	16,9
4 ans	16,7	17,2	18,4
5 ans	9,6	12,9	16,7
6 ans et plus	10,2	15,2	13,5
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	695	4 112	39 821

Source : CNSA *

dont 19% sont nés à moins de 32 SA et l'orientation des enfants vers les Camsp provient à 57% du secteur sanitaire (hospitalier surtout et libéral). Les écoles et les crèches assurent 13% des orientations puis la PMI (12%).

Sources d'information et limites

Les Centres d'action médico-sociale précoces (Camsp), assurent principalement trois missions (décret n°76-389 du 15 Avril 1976) : les dépistage et diagnostic précoces des déficits ou handicaps, la prévention ou réduction de l'aggravation des 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 santé de l'enfant, et du soutien et de l'aide à l'adaptation social 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%).

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a réalisé en 2008 une enquête quantitative auprès des Camsp afin de mieux connaître leurs capacités d'accueil et leur activité. Les exploitations départementales se trouvent limitées par des taux de réponse variables : à Paris, deux Camsp sur les quatre ont répondu au questionnaire initial puis les deux autres à un questionnaire réduit de relance*.

Prévalence des déficiences

Des prévalences des déficiences plus élevées chez les grands prématurés

Les enfants nés prématurés (<37 SA) et surtout grands prématurés (<33 SA) sont particulièrement à risque de handicap. Parmi les enfants atteints de déficiences sévères, la moitié concerne des enfants prématurés ou grands prématurés¹. Cependant, l'estimation des prévalences des déficiences est rendue difficile du fait de l'absence de registres et du faible nombre d'études. La cohorte Epipage mise en place par l'Inserm étudie le devenir d'enfants grands prématurés (nés entre 22 et 32 SA ou poids de naissance entre 500g et 1 500g) nés dans neuf « régions » de France (soit 2 901 enfants), dont Paris et la proche couronne et celui d'un groupe de référence de 667 enfants nés à 39-40 SA. 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 (PC) sans marche possible ou score PMC - Processus Mentaux composites - inférieur à 55 ou déficience visuelle ou auditive sévère) concerne 5% des grands prématurés (0,3% de ceux nés à terme), un handicap modéré (PC avec marche avec une aide ou score PMC entre 55-70) 9% des grands prématurés (3% de ceux nés à terme) et un handicap léger (PC avec marche sans aide ou score PMC entre 70-84) 25% des grands prématurés (8% de ceux nés à terme). Plus l'âge gestationnel est petit, plus la prévalence des déficiences est élevée : 18% des enfants nés à 24-25 SA ont une paralysie cérébrale, 13% pour ceux nés à 28 SA, 4% pour ceux nés à 32 SA et aucun dans le groupe de référence⁵. Le bilan à 8 ans⁴ montre que les grands prématurés ont plus de difficultés scolaires : parmi ceux scolarisés en classe ordinaire, 18% ont redoublé (5% dans le groupe témoin), 5% sont dans des classes/écoles spécialisées (0,9% pour le groupe témoin). Les données chez les grands prématurés sont probablement sous-estimées car la participation à l'étude à 8 ans est de 60% des parents de grands prématurés et le taux de perdu de vue est plus élevé chez les enfants de milieu social défavorisé.

La prévalence des déficiences sévères concernerait 1% des enfants

D'après le Rheop (cf encadré), la prévalence de l'ensemble des déficiences sévères chez les enfants de 7-8 ans est de 9,1 pour 1000 enfants en Isère, Savoie et Haute-Savoie (tab. 2). L'évolution observée en Isère, seul département concerné depuis la création du registre, montre que cette prévalence ne diminue pas entre les générations : 6,9 pour 1000 enfants des générations 1980-82 et 8,6 pour la génération 1999. Ce registre concerne les naissances de trois départements, pour un total d'environ 30 000 naissances, soit l'équivalent des naissances domiciliées à Paris. Si les prévalences sont comparables entre Paris et les départements de l'Isère, Savoie et Haute-Savoie, le nombre d'enfants atteints chaque année de déficiences sévères serait d'environ 270. D'après ces données, deux tiers des déficiences neurosensorielles concernent des déficiences intellectuelles sévères et des troubles envahissants du développement. Plus qu'un quart concernent les déficiences motrices.

Tab.2 Prévalences à 7-8 ans des déficiences neurosensorielles sévères principales pour les enfants de la génération 1999, en Isère, Savoie et Haute-Savoie

	Nb cas pour 1000 enfants	Effectif	Part (%)
Déficiences motrices	2,4	71	26,9
dont paralysie cérébrale	1,7	49	18,6
Déficiences intellectuelles sévères	3,0	86	32,6
Troubles envahissants du développement	2,9	85	32,2
dont autisme	1,3	37	14,0
Déficiences sensorielles sévères	0,8	22	8,3
dont auditives	0,5	14	5,3
dont visuelles	0,3	8	3,0
Total déficiences	9,1	264	100,0

Source : Rheop⁹

Le Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal, créé en 1991, vise notamment 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 de résidence (départements de l'Isère et depuis 2005, de la Savoie et de la Haute-Savoie) et à constituer une aide à la planification des structures sanitaires ou médico-sociales nécessaires à la prise en charge de ces enfants⁹. Seuls sont enregistrés les enfants porteurs d'au moins une déficience sévère principale, les autres déficiences étant enregistrées quel que soit leur degré de sévérité. Dans le cas d'enfants porteurs de plusieurs déficiences sévères, une règle hiérarchique a été appliquée : déficience motrice -> trouble psychique -> déficience mentale -> déficience sensorielle.

Bénéficiaires des aides pour enfant handicapé

Un taux d'enfants parisiens bénéficiant d'une AEEH dans la moyenne francilienne

A Paris en 2009, 815 familles ont un enfant de moins de 6 ans bénéficiaire d'une AEEH (cf encadré définition), pour un total de 825 enfants. Si très peu d'enfants sont concernés la première année de vie (20 parisiens de moins d'un an en 2009), il est observé une augmentation du nombre d'enfants selon l'âge (276 à 5 ans). Rapporté à la population de référence, les parisiens de 0-2 ans sont ainsi 2,8 pour mille à bénéficier d'une AEEH; ils sont 9,4 pour mille à 3-5 ans (fig. 4). Les taux parisiens pour ces deux classes d'âge se situent dans la moyenne francilienne, alors que la Seine-Saint-Denis se distingue par les taux les plus élevés et les Hauts-de-Seine par les taux les plus bas des départements franciliens.

Un quart des AEEH parisiennes concernent des familles à bas revenus

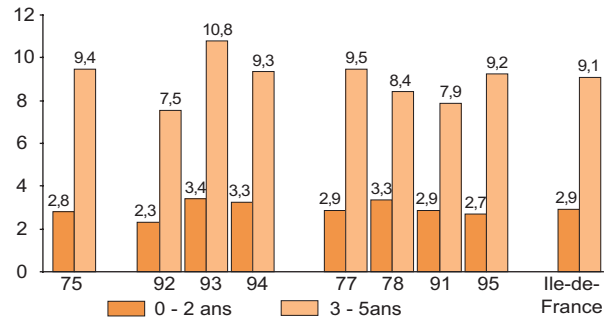
A Paris en 2009, parmi les 815 familles ayant un enfant de moins de 6 ans bénéficiaire d'une AEEH, 208 sont des familles à bas revenus, soit le quart des familles concernées (fig. 5). Ceci place Paris au second rang des départements franciliens derrière la Seine-Saint-Denis, la moyenne régionale se situant à moins de 20%.

Définition

L'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une prestation familiale financée par la sécurité sociale, destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant handicapé. Celle-ci remplace l'allocation d'éducation spéciale (AES) depuis le premier janvier 2006.

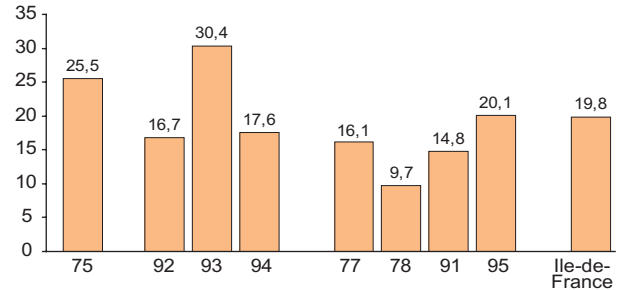
L'AEEH est composée d'une allocation de base, à laquelle il peut être ajouté un complément d'allocation, dont le montant est gradué en six catégories selon : le handicap de l'enfant, la cessation ou la réduction d'activité professionnelle de l'un des parents nécessitée par le handicap, l'embauche d'une tierce personne.

Fig.4 Enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une AEEH en 2009 en Ile-de-France (pour 1.000 enfants)



Sources : Caisses d'allocations familiales d'Ile-de-France 2009, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Fig.5 Part des familles à bas revenus bénéficiant d'une AEEH pour un enfant de moins de 6 ans en 2009 en Ile-de-France (en %)



Sources : Caisses d'allocations familiales d'Ile-de-France 2009, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Intégration des enfants en situation de handicap

Le retard global de développement : principale atteinte rencontrée chez les enfants en situation de handicap et accueillis dans un établissement de la petite enfance à Paris

En 2006, 380 enfants en situation de handicap sont accueillis dans les établissements parisiens de la petite enfance ou chez une assistante maternelle.

Au total, 562 atteintes ont été identifiées chez les 380 enfants en situation de handicap (1,5 par enfant en moyenne) (tab. 3).

La notion de retard global de développement sans lien avec une trisomie 21 apparaît au premier plan (128 enfants, soit plus du tiers des enfants en situation de handicap). Trisomie 21 et l'infirmité motrice cérébrale sont cités respectivement pour 53 et 52 enfants. Par ailleurs, 72 enfants présentent un retard sévère de langage.

Parmi l'ensemble des atteintes observées, 435 (77%) étaient connues dès l'admission dans la structure. Les

Tab.3 Type d'atteintes des enfants en situation de handicap accueillis dans un établissement de la petite enfance à Paris et connaissance de l'atteinte à l'admission dans la structure

	Effectif total	Atteinte connue à l'admission
Retard global de développement (hors T21)	128	103
Trisomie 21	53	52
Infirmité motrice cérébrale	52	48
Retard sévère de langage	72	38
Déficit intellectuel	40	30
Déficit moteur (hors IMC)	56	47
Atteinte visuelle (hors cécité et amblyopie)	55	44
Malformation ostéo-articulaire	23	20
Amblyopie	21	12
Cécité	6	6
Surdité	18	10
Autres handicaps	38	25
Total	562	435

Source : DFPE, PMI 2006.

retards sévères du langage représentent un quart des déficits découverts après l'admission.

Moins d'un enfant sur trois accueillis dans les structures d'accueil de la petite enfance est scolarisé à l'âge de 3 ans

Parmi les enfants accueillis dans les établissements parisiens de la petite enfance, les enfants de plus de 3 ans et atteints de handicap sont scolarisés à la rentrée scolaire 2006-2007 pour 28% d'entre eux. La plupart sont accueillis en halte-garderie (25%), dans un jardin d'enfants (21%) ou dans une crèche avec dérogation d'âge (14%).

Pour environ 5% des enfants, les enfants sont « sans solution d'accueil ». Il s'agit d'enfants scolarisés moins d'un mi-temps par semaine sans autre mode d'accueil ou prise en charge spécialisée associée, et d'enfants gardés à domicile.

Un peu plus de 1% des enfants scolarisés en maternelle présente un handicap reconnu

A Paris, au cours de l'année scolaire 2008-2009, 745 enfants handicapés scolarisés en maternelle ont été vus par le service de santé scolaire. Ceci représente 1,3% des enfants scolarisés à ce niveau. De plus, 584 enfants en situation de handicap sont scolarisés dans le cadre d'une intégration collective.

La plupart des enfants scolarisés en maternelle relèvent d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) (574 enfants soit 77%), les autres bénéficiant d'un projet d'accueil individualisé handicap (PAI) (171 enfants). Un enfant sur trois présente une déficience du psychisme et un sur cinq une déficience intellectuelle (tab. 4). Ces types de déficience représentent une part importante des pathologies retrouvés parmi les enfants scolarisés en CLIS, les déficiences intellectuelles concernant plus de 40% des enfants et les déficiences du psychisme 26% d'entre eux.

Une augmentation du nombre d'enfants scolarisés en maternelle avec un handicap reconnu

Le nombre d'enfants scolarisés en maternelle avec un PPS ou un PAI est passé de 483 en 2006-2007, à 648 en 2007-2008 pour atteindre 745 en 2008-2009. Le pourcentage d'enfants en situation de handicap scolarisés en maternelle est ainsi passé de 0,9% à 1,1% puis 1,3%.

Tab. 4 Type de déficience des enfants atteints de handicaps vus par la santé scolaire en intégration individuelle (en maternelle) ou collective (CLIS*)

	Maternelle	CLIS
Déficience de l'appareil locomoteur	64	26
Déficience de la vision	20	17
Déficience de l'audition	41	9
Déficience des fonctions cognitives	85	91
Déficiences intellectuelles	162	245
Déficiences du psychisme	249	155
Troubles sévères du comportement	97	31
Autres handicaps	27	0
Total	745	584

Source : Dases, Service de santé scolaire, rapport d'activité 2008-2009, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Les données en CLIS portent également sur des enfants scolarisés en niveau élémentaire.

Sources d'information

Le service de PMI de Paris mène périodiquement des enquêtes sur l'accueil des enfants porteurs de handicap ou de maladie chronique dans les établissements d'accueil de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles. Ces études ont pour objectif de dénombrer les enfants accueillis et d'évaluer le service rendu aux enfants et à leurs familles par les modes d'accueil parisiens. La dernière étude a été réalisée en 2006 et concerne tous les enfants fréquentant un lieu d'accueil de la petite enfance à Paris. Seul le volet « handicap » de cette étude a été utilisé ici.

Le service de santé scolaire de la ville de Paris comptabilise chaque année scolaire les enfants présentant un handicap reconnu pour lesquels les médecins sont intervenus. Ces enfants peuvent être scolarisés dans le cadre d'une intégration individuelle ou collective.

Références :

- 1 - Déficiences et handicaps d'origine périnatale, dépistage et prise en charge, Expertise collective, Inserm, 2004.
- 2 - Salle B., Sureau C. Le prématuré de moins de 28 semaines, sa réanimation et son avenir. Rapport adopté le 20 juin 2006. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, tome 190, n°6, 1261-74, 2006.
- 3 - Dehan M., Zupan-Simunek V. Les enjeux éthiques de l'extrême prématurité. Prise en charge des prématurés de 24 à 28 semaines d'aménorrhée. Journal de Gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Vol 33, sup.1, 94-98, 2004.
- 4 - Ancel P-Y. pour le groupe Epipage, Etude Epipage, Quelles données sur le devenir et les handicaps de l'enfant grand prématuré ? Séminaire ORS Ile-de-France "Les systèmes d'information dans le domaine du handicap : de l'observation à l'action", 11 décembre 2008.
- 5 - Larroque B., Ancel P-Y, Marret S. et al., Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study, The Lancet 2008; 371: 813-820.
- 6 - Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Ministère de la Santé et de la protection sociale, 2004.
- 7 - 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. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, n°28-29, 250-253, 2008.
- 8 - Roux C. (coordinatrice), Les CAMSP, Centres d'action médico-sociale précoce, Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008, CNSA et extractions franciliennes non publiées.
- 9 - Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (Rheop). Rapport annuel 2008. Enfants avec déficience sévère - génération 1999. Observatoire périnatal données 2007, 2008.
- 10 - Desplanques L., Bonnefoi MC, Fénières A. Accueil des enfants porteurs de handicap ou de maladie chronique dans les établissements parisiens de la petite enfance. Enquête 2006. DFPE, Service de PMI, Paris, 2007.

Repérage de l'enfance en danger

- > En 2009, 2 996 Informations Préoccupantes (IP) concernent 4 101 enfants parisiens, dont 467 de moins de 6 ans.

L'accueil d'urgence

- > 216 enfants de moins de 6 ans accueillis en centre d'accueil d'urgence en 2008 à Paris.
- > Parmi les enfants de moins de 6 ans accueillis en urgence par l'ASE de Paris 62% ont moins de 3 ans.

Le placement provisoire

- > 69,8% des placements concernant des 0-5 ans sont des décisions judiciaires, 83% en ce qui concerne les 3-5 ans.
- > Le placement des enfants de moins de 6 ans se fait majoritairement en famille d'accueil.

L'aide à domicile

- > Proportionnellement plus de 0-5 ans concernés par une aide à domicile que par un placement.
- > 62,2% des mesures à domicile en 2008 sont des mesures judiciaires.

Contexte

En France, le dispositif de protection de l'enfance repose sur une dualité institutionnelle qui s'est accentuée à partir de 1983 et des lois de décentralisation. A la protection judiciaire, fondée sur l'ordonnance de 1945 qui instaure la primauté de l'éducatif sur le répressif dans le traitement de la délinquance s'ajoute, à partir de 1959¹, l'assistance éducative, traitement au civil de la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger.

La protection de l'enfance s'articule donc autour des services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) relevant de la responsabilité des présidents de Conseil Général d'une part, et d'autre part de la juridiction des mineurs, sous l'autorité de l'Etat.

Le Juge pour Enfants (JE), peut intervenir au pénal ou au civil sur la base de l'assistance éducative à des fins de protection de l'enfant vivant dans un environnement défaillant ou maltraitant.

L'intervention du Département s'inscrit en amont, dans un esprit de prévention, et repose sur l'adhésion de la famille qui doit manifester son accord. De son côté, le JE dispose d'un pouvoir contraignant, même s'il est censé rechercher l'adhésion de la famille. Il peut confier la mise en œuvre des mesures qu'il prend à l'ASE. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance redéfinit le partage des compétences et place clairement le président du Conseil Général comme chef de file de la protection de l'enfance.

Celle-ci a pour but de « prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs »². Les interventions peuvent également viser des majeurs de moins de 21 ans « connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre », ou « les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille »². Il s'agit donc de proposer ou d'imposer des mesures d'assistance éducative qui vont du placement de l'enfant hors du milieu familial, à l'aide éducative à domicile en passant par des mesures d'investigation. Le recours au judiciaire devient subsidiaire et se justifie uniquement en cas d'échec de la mesure administrative, de l'impossibilité de travailler avec la famille, ou de l'impossibilité d'évaluer la situation.

Par ailleurs, la loi du 5 mars 2007 renforce l'objectif de la primo-évaluation, qui s'articule autour de trois axes :

- *favoriser la rencontre entre familles et professionnels le plus en amont possible* pour “prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités”. Dans cette optique, la loi fait de la PMI un acteur clé du dispositif de repérage et de prévention de l'enfance en danger. L'article 1^{er} souligne l'importance du suivi de grossesse et de l'accompagnement de l'arrivée de l'enfant, ainsi que du suivi des premiers jours³ ;

- *clarifier le dispositif d'alerte et d'évaluation des risques de danger* : c'est désormais le Département qui organise le recueil et le traitement des “informations préoccupantes”. Celles-ci sont centralisées au sein de la Cellule de recueil des informations préoccupantes (Crip), créant ainsi un circuit unique de l'information. L'information peut provenir à la Crip sans évaluation professionnelle : appels au numéro vert dédié à la protection de l'enfance (le 119), transmissions de professionnels ne disposant pas des outils nécessaires à une première évaluation, ou encore informations parvenues au Parquet et retransmises à la Crip. D'autres informations préoccupantes parviennent à la Crip accompagnées d'une évaluation sociale ou médico-sociale, notamment de la part des services de la collectivité locale, ainsi que des institutions et structures partenaires (hôpitaux ou Education Nationale, par exemple). C'est à la Crip que revient la décision de transmettre ces informations aux autorités judiciaires. La loi prévoit également que le Département mette en place des protocoles avec ses partenaires institutionnels visant à définir les modalités quant au recueil et au traitement des informations préoccupantes ;

- *inscrire l'enfant au cœur du dispositif* : la prévention et le repérage de l'enfant en danger ou en risque de l'être s'adosent à la notion de développement de l'enfant, désormais inscrite dans l'article 375 du code civil qui fonde la protection des mineurs : “ si la santé, la sécurité, la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, intellectuel, affectif et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice”.

En application de l'article 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant, c'est “l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits” qui doivent guider toute décision le concernant (Art. L112-4 du Code de l'action sociale et des familles).

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)⁴, 286 000 jeunes de moins de 21 ans ont bénéficié d'une mesure de l'ASE en France en 2008. Ils se répartissent de manière équilibrée selon les types de mesure (à domicile ou placement hors du milieu familial).

La majorité de ces mesures était décidée par les autorités judiciaires, ce qui pourrait évoluer avec l'application de la loi. Ainsi, en 2008, 70,9% des mesures à domicile et 74,4% des placements relevaient de décisions judiciaires.

A Paris, cette tendance, bien que moins nette, reste marquée : les mesures judiciaires concernent 62,2% des mesures éducatives à domicile et 65,3% des placements en 2008.

Parmi les enfants bénéficiaires d'une mesure de protection de l'enfance en 2008 en France métropolitaine, 14,3% étaient âgés de moins de 6 ans. A Paris, cette proportion est comparable puisque cette tranche d'âge représente 14,2% des 9 035 jeunes concernés par une mesure de protection en 2008.

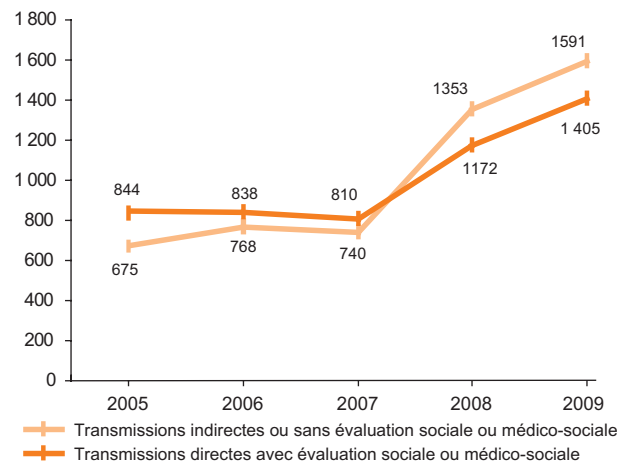
Repérage de l'enfance en danger

Davantage d'informations préoccupantes (IP) enregistrées par le département de Paris à partir de 2008

Le département de Paris avait mis en place en 1994 une cellule de recueil TSU (Traitement des signalements en urgence), mais l'augmentation des demandes enregistrées en 2008 reflète les effets de la loi. Ainsi, en 2008, la Crip a recueilli un total de 2 525 IP, nombre encore à la hausse en 2009 avec un total de 2 996 IP (fig. 1).

Cette hausse est imputable à l'élargissement introduit par la loi des personnes soumises à l'obligation de transmettre des IP d'une part, et à la réorganisation du circuit de l'information d'autre part. Ainsi, avant 2008, certaines informations pouvaient être transmises directement au Parquet, notamment celles provenant du Rectorat et de l'AP-HP. Elles transitent désormais par la Crip. De plus, depuis 2008, la Brigade de protection des mineurs peut s'adresser directement à la Crip. Par ailleurs, les transmissions directes au Parquet sont de plus en plus systématiquement retransmises à la Crip (fig. 2).

Fig.1 Evolution des transmissions au Conseil Général de Paris selon la provenance entre 2005 et 2009



Source : ASE de Paris, DASES, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Les informations des autres professionnels soumis à l'obligation de transmission parviennent à la Crip pour évaluation. En revanche les appels au 119 affichent plutôt une tendance à la baisse (372 appels en 2008 contre 499 en 2005).

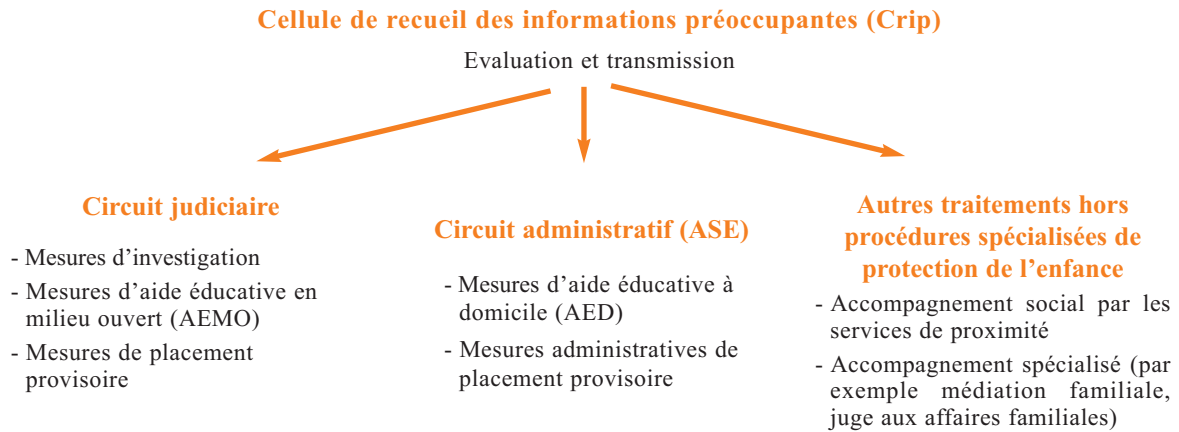
La notion d'information préoccupante (IP)

Introduite par la loi du 5 mars 2007, elle vient modifier le périmètre du dispositif de repérage des enfants relevant de la protection de l'enfance : les professionnels tenus de transmettre ces informations au Conseil Général augmentent en nombre et en diversité dans un contexte d'abaissement du seuil de gravité. En effet, les IP concernent aussi bien les enfants en danger que les enfants en risque de danger. Introduit tel quel, le concept d'IP pose un problème d'interprétation aux professionnels, qui s'interrogent sur les notions subjectives qu'il recouvre. De plus, la question des repères communs à tous les professionnels se pose puisque, à l'heure actuelle, chaque département a proposé sa déclinaison opérationnelle de l'IP. L'Observatoire de l'action sociale décentralisée (Odas) a relevé trois types de définition de l'IP selon les départements⁵ : l'IP désignant des informations brutes (le tout venant des informations parvenant à la cellule), l'IP désignant toutes les informations évaluées par des professionnels de la protection de l'enfance quelle que soit la suite donnée, enfin l'IP désignant des informations évaluées pour lesquelles une mesure de protection de l'enfance est envisagée. Un consensus est recherché par le groupe d'appui à la réforme de la protection de l'enfance mis en place par la Convention nationale des associations de protection de l'enfant (CNAPE)⁶. On ne parle désormais de signalement que lorsque la Crip transmet au Procureur de la République un acte professionnel écrit consécutif à une évaluation, si possible pluridisciplinaire. Le circuit des IP est présenté en figure 2.

Le département de Paris définit les IP comme « toute information (sociale, médicale ou autre) quelle que soit sa provenance, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger ». Il distingue néanmoins les IP parvenant sans évaluation des IP évaluées par des professionnels, rejoignant les associations professionnelles qui souhaitent en effet voir dissocier les démarches des personnes concourant à la protection de l'enfance de celles des professionnels de la protection de l'enfance.

Compte tenu des enjeux de définition de l'IP, seuls les chiffres produits par le département de Paris dans son rapport d'activité 2008 ont été exploités, ainsi que les premières données du rapport d'activité 2009. Des comparaisons avec les autres départements ne seront réalisables

Fig.2 Transmission et suites des informations préoccupantes (IP)



La petite enfance représente plus d'un tiers des informations préoccupantes

Au total, ce sont 4 101 enfants parisiens qui ont fait l'objet d'une information préoccupante au cours de l'année 2009. En effet, les 2 996 IP reçues peuvent concerner des fratries, d'où un nombre d'enfants supérieur au nombre total d'IP. Les enfants de moins de 6 ans représentent une part importante des informations communiquées (35,8%), mais leur poids est nettement supérieur dans les IP transmises sans évaluation : 44,0% contre 26,4% des IP transmises avec l'évaluation d'un professionnel (tab. 1).

Les professionnels de la protection de l'enfance transmettent à la Crip les situations relevant du judiciaire

Dans l'esprit de la loi, la transmission d'une IP au Conseil Général n'est plus le premier acte du professionnel mais le dernier, quand le travail avec la famille, dont l'adhésion au processus d'évaluation et de protection doit être recherchée, n'a pu aboutir. Ainsi, parmi les 1 172 IP avec évaluation qui sont parvenues à la Crip en 2008, 94% ont été orientées vers les autorités judiciaires. Les 6% restant correspondent à des réponses administratives ou à des

Tab.1 Répartition des enfants par tranches d'âge et selon le type d'information à Paris en 2009 (en %)

Tranches d'âge	IP sans évaluation	IP avec évaluation
0 à 2 ans	24,3	11,4
3 à 5 ans	19,7	15,0
6 à 9 ans	19,0	24,7
10 à 12 ans	15,1	14,8
13 à 15 ans	16,2	18,3
16 à 17 ans	5,7	15,8
Total	100,0	100,0

Source : ASE de Paris, Dases.

transferts vers un autre département.

D'un autre côté, les informations parvenant sans évaluation sont, dans 13% des cas, déclarées non justifiées au regard de la protection de l'enfance après évaluation des services sociaux et médico-sociaux de proximité sollicités par la Crip. 32% font l'objet d'une transmission ou retransmission au judiciaire, et 55% ont fait l'objet d'un traitement administratif.

Sources d'information et limites

La loi du 5 mars 2007 réorganise la collecte des données via la création d'Observatoires départementaux de protection de l'enfance (OPDE) par les Conseils généraux. Cette collecte d'information départementale, centralisée par l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), n'est pas encore opérationnelle.

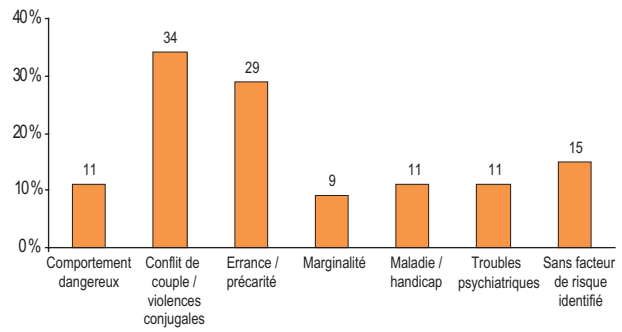
Pour 2008, la source de données au niveau national reste le recueil statistique de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), qui concerne le nombre de bénéficiaires de l'ASE, c'est-à-dire le nombre d'enfants concernés par une mesure de protection de l'enfance, qu'elle soit judiciaire ou administrative. Il ne contient pas d'information sur les éléments de danger.

Les données parisiennes présentées sont issues des rapports d'activité de l'Aide sociale à l'enfance de Paris. Le rapport d'activité de l'ASE contient des informations sur les bénéficiaires et des éléments supplémentaires sur les IP concernant les enfants de 0 à 17 ans. Des résultats ciblant les enfants de moins de 6 ans ont été transmises par l'ASE dans le cadre de ce travail.

Les conflits et violences dans le couple constituent le facteur de risque le plus représenté

Dans l'ensemble des situations de danger transmises par la CRIP au Procureur en 2008, les conflits et violences dans le couple représentent le plus gros facteur de risque familial et concerne un tiers des familles (34,0%) (fig. 2). L'Observatoire national de l'enfance en danger (Oned) recommande⁷ une attention particulière à ces situations où l'enfant, même s'il n'est pas directement objet de maltraitance, subit les effets de l'exposition à la violence conjugale. L'errance et la précarité représentent un facteur de risque presque aussi important (29,0%). Dans 15,0% des cas, aucun facteur de risque n'est identifié.

Fig.3 Principaux facteurs de risque* familial pour l'ensemble des situations transmises au Procureur à Paris, en 2008 (en %)

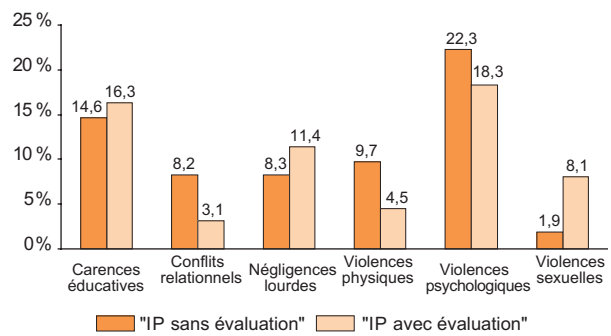


Source : ASE de Paris, Dases, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
* Ces facteurs peuvent se cumuler pour une même famille.

Des éléments de danger variables selon la provenance de l'information préoccupante

Parmi les éléments de danger motivant une IP, six éléments majeurs sont cités, tant dans les IP sans évaluation que dans les IP avec évaluation. Dans les deux types d'IP, violences psychologiques et carences éducatives sont les éléments déclencheurs les plus fréquents (fig. 4). Il existe cependant des écarts notables selon le type d'IP. Les écarts les plus importants concernent les violences sexuelles, motif quatre fois plus cité dans les IP évaluées. Parmi les 0-5 ans repérés par des professionnels de la protection de l'enfance, 8,1% sont concernés par une atteinte ou agression sexuelle suspectée ou avérée.

Fig.4 Principal élément de danger déclencheur d'une information préoccupante avec ou sans évaluation pour les enfants de moins de 6 ans à Paris en 2009 (en %)



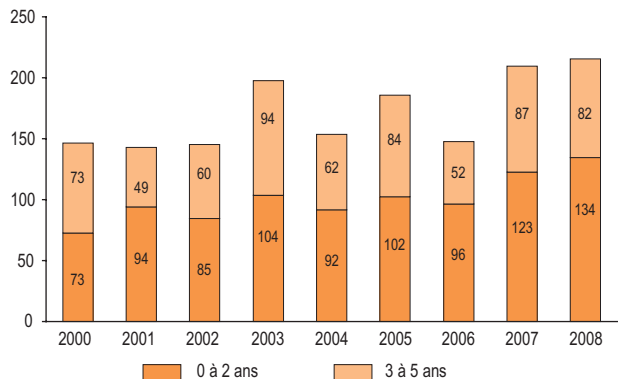
Source : ASE de Paris, Dases, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

L'accueil en urgence

Les 0-2 ans majoritaires parmi les enfants de moins de 6 ans dans le service d'accueil en urgence de Paris

A Paris, le centre d'accueil en urgence de Saint Vincent de Paul accueille des enfants de 0 à 18 ans. C'est le seul centre parisien qui admet des enfants de 0 à 5 ans en urgence. Il devrait être remplacé d'ici fin 2013 par un nouveau centre d'accueil en urgence dans le 20^{ème} arrondissement. Le centre actuel dispose de 27 places en pouponnière pour les 0-2 ans, et de 16 places pour les 3-5 ans. En 2008, 216 enfants de moins de 6 ans ont été accueillis dans ce centre. On observe depuis 2000 une augmentation du nombre d'enfants de moins de 6 ans accueillis à Saint Vincent de Paul, augmentation encore plus marquée pour les moins de 3 ans, qui en 2008 représentent 62,0% des enfants de moins de 5 ans accueillis (fig. 5).

Fig.5 Nombre d'enfants de moins de 6 ans accueillis par le centre d'accueil en urgence de Saint Vincent de Paul : évolution entre 2000 et 2008



Source : ASE de Paris, Dases, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Afin de permettre à ces places d'accueil en urgence de proposer une mise à l'abri transitoire, la diminution de la durée moyenne de séjour a été recherchée, entraînant de ce fait une augmentation du nombre

d'enfants accueillis dans l'année. Depuis 2000, la durée moyenne de séjour a sensiblement baissé, particulièrement pour les 0-2 ans dont le séjour moyen passe de 4,1 mois en 2000, à 1,9 mois en 2008.

A Paris, une plus grande proportion des moins de 6 ans accueillis à l'ASE

Au 31 décembre 2008, 4 845 jeunes étaient accueillis à l'ASE de Paris, dont 3 720 mineurs et parmi eux 593 enfants de moins de 6 ans. Le taux des enfants de 0 à 5 ans placés à Paris (4,1 ‰) est supérieur à celui observé dans le reste de l'Ile de France (fig. 6).

Une tendance à la baisse du placement à Paris

L'accueil peut être un placement provisoire administratif, projet construit avec la famille, ou un placement provisoire judiciaire, en cas d'impossibilité de mettre en place une mesure administrative ou si celle-ci a échoué dans sa mission de protection. Si les mesures d'accueil ont tendance à augmenter sur le plan national (137 085 en 2004 pour 142 404 en 2008), elles sont à la baisse à Paris (5 279 en 2004 pour 4 845 en 2008).

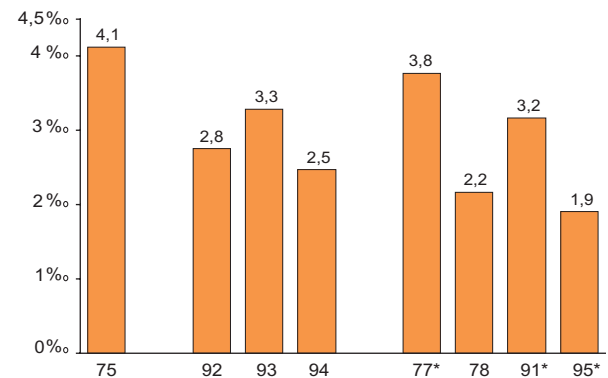
Plus de placements judiciaires qu'administratifs

69,8% des mesures de placement concernant des enfants parisiens âgés de 0 à 5 ans sont des mesures judiciaires. Cette proportion est d'autant plus marquée que l'âge avance. Ainsi, parmi les 0-2 ans, les placements administratifs représentent 41,6% des mesures contre 58,3% de placements judiciaires. Pour les 3-5 ans, seules 17,0% des mesures sont administratives contre 83,0% judiciaires (tab. 2).

L'enfant de moins de 6 ans est majoritairement accueilli en placement familial

En dehors des placements chez un tiers digne de confiance ou en vue d'une adoption, l'hébergement de l'enfant peut s'exercer en établissement ou en famille d'accueil. Les enfants de moins de 6 ans sont placés en familles d'accueil plutôt qu'en établissement : une tendance plus accentuée pour la tranche des 3 à 5 ans (fig. 7). Un enfant hébergé en établissement restera à Paris dans la majorité des cas, contrairement aux enfants en placement familial, les familles d'accueil étant pour la majorité situées hors de Paris, essentiellement en Ile-de-France, parfois en Province.

Fig.6 Enfants confiés à l'ASE présents au 31.12.2008 : taux d'enfants de 0 à 5 ans placés par rapport à la population des moins de 6 ans à Paris, proche et grande couronne (en ‰)



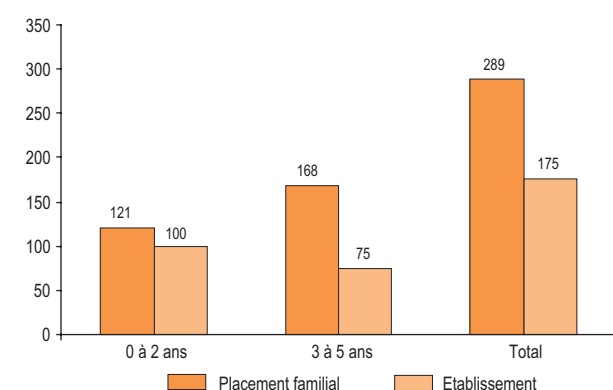
Source : Drees, 31.12.2008, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
* Pour les départements suivis d'une astérisque, les données sont estimées. Effectif 0-5 ans placés/effectif 0-5 ans total.

Tab.2 Enfants de 0 à 5 ans placés sur décision judiciaire ou administrative à Paris en 2008

Age	Placement administratif	Placement judiciaire	Total placement
0 - 2 ans	132	185	317
3 - 5 ans	47	229	276
0 - 5 ans	179	414	593

Source : ASE de Paris, DASES, Exploitation ORS Ile-de-France 2010.

Fig.7 Enfants de moins de 6 ans accueillis à l'ASE de Paris en 2008 en placement familial ou en établissement



Source : ASE Paris DASES, Exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

L'aide à domicile

Les moins de 6 ans davantage concernés par les mesures éducatives à domicile que par le placement

Le taux d'enfants âgés de moins de 6 ans concernés par une mesure éducative à domicile est de 4,9%, contre 4,2% en ce qui concerne le placement (tab.3). Les actions éducatives à domicile ont pour objectif de maintenir l'enfant dans son milieu de vie tout en organisant sa protection : avec l'adhésion des parents quand il s'agit d'une aide administrative (Action éducative à domicile -AED), ou qui s'impose à eux quand il s'agit d'une mesure judiciaire (Action éducative en milieu ouvert - AEMO).

Prépondérance des mesures à domicile sur décision judiciaire

En 2008, à Paris, 62,1% des mesures à domicile sont des mesures judiciaires. La proportion est comparable pour la tranche des 0-5 ans où les mesures judiciaires

Tab.3 Enfants de 0 à 5 ans suivis en mesure éducative à domicile (AED) ou en milieu ouvert (AEMO) à Paris au 31 décembre 2008, et part dans la population parisienne de moins de 6 ans (en ‰)

Age	AED	AEMO	Total
0 - 2 ans	81	152	233
3 - 5 ans	180	278	458
0 - 5 ans	261	430	691
Part des 0-5 ans *	1,8 ‰	3,0 ‰	4,9 ‰

Source : ASE de Paris, Dases, Exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

*Effectif des 0-5 ans en mesure à domicile /effectif population totale des 0-5 ans.

représentent 62,2% des mesures à domicile. Elles correspondent à 65,2% d'AEMO pour la tranche des 0-2 ans, et 60,6% pour les 3-5 ans.

Références :

- 1 - Décret n°59-1095 portant application des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger.
- 2 - Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
- 3 - Code de la santé publique, articles 2112-1 et 2112-2.
- 4 - Bailleau G., Trespeux F. Bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2008, Série statistiques, n°140, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2009.
- 5 - 3^{èmes} Assises nationales de la protection de l'enfance, Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), 30 et 31 mars 2009.
- 6 - www.reforme-enfance.fr
- 7 - Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics? Observatoire national de l'enfance en danger, Service du droit des femmes et de l'égalité, 2009.

L'habitat indigne

- > Avec 80 587 logements parisiens privés potentiellement indignes, Paris rassemble plus du tiers du total des logements privés potentiellement indignes de la région.

Les logements antérieurs à 1949

- > A Paris, environ six résidences principales sur dix ont été construites avant 1949.

Le dépistage du saturnisme chez l'enfant

- > Environ un dépistage francilien sur quatre pour recherche du saturnisme chez l'enfant de moins de 6 ans concerne un enfant parisien en 2007.
- > Avec 1,44% d'enfants de moins de 6 ans primo-dépistés en moyenne par an entre 2005 et 2007, Paris a la plus forte activité de dépistage du saturnisme infantile en Ile-de-France.
- > En 2007, les primo-dépistages ont permis de diagnostiquer 2,5% d'enfants ayant une plombémie supérieure ou égale à 100µg/l, dans un contexte de baisse du nombre de cas incidents sur les dernières années.

Contexte

Mise en évidence depuis la fin des années 1980, l'intoxication par le plomb figure parmi la liste de maladies à déclaration obligatoire depuis 1999. Une synthèse des études récentes (Inserm/InVS) souligne que des effets délétères de l'exposition au plomb peuvent survenir même pour des doses n'entraînant que des plombémies inférieures à 100µg/l. Ainsi, en l'absence de seuil précis de toxicité, les experts incitent à accentuer la prévention du saturnisme et à diminuer l'exposition au plomb des plus vulnérables : les jeunes enfants et les femmes enceintes (toxicité du plomb pour le fœtus)¹.

Les sources de plomb sont nombreuses et l'enfant peut s'y trouver exposé du fait de son environnement. L'habitat ancien est la source d'intoxication principale, compte tenu des peintures anciennes à la céruse utilisées dans l'habitat jusqu'à la fin de la moitié du XX^{ème} siècle. La contamination est le plus souvent liée à l'ingestion par l'enfant des poussières de peintures dégradées, parfois à l'ingestion d'écaillés de peinture. D'autres sources peuvent aussi être responsables d'intoxication : de l'eau présentant des concentrations de plomb importantes, la localisation de l'habitat près d'une source de pollution industrielle, des plats en céramique émaillés en plomb, des cosmétiques et des remèdes traditionnels...

Débuté à Paris en 1986, le dépistage du saturnisme est toujours resté très important en Ile-de-France (environ 60% des enfants testés entre 1995 et 2002 résidaient en Ile-de-France) et plus particulièrement à Paris et en Seine-Saint-Denis. D'autres régions françaises ont mis en œuvre de actions de dépistage importantes comme les régions Rhône-Alpes et Nord-Pas-de-Calais.

Les connaissances actuelles sur l'imprégnation de la population française des enfants de 1 à 6 ans sont issues de deux enquêtes nationales réalisées en 1995-1996 puis en 2008-2009². La prévalence du saturnisme est passée de 2,1% (IC95% [1,6-2,6]) à 0,11% (IC95% [0,002-0,21]). Il est estimé que 25% des enfants ont une plombémie supérieure à 20,2µg/l en France métropolitaine et 20,7µg/l en Ile-de-France.

Cette baisse qui témoigne de la forte diminution de l'exposition des enfants en France depuis 15 ans, confirme les résultats des actions de dépistage au niveau de l'ensemble du territoire qui étaient très loin d'avoir identifié le nombre d'enfants estimés lors de la première étude. Surtout sur les dernières années, la diminution du rendement du dépistage a été particulièrement mise en avant par les résultats du système de surveillance.

Dans une démarche de santé globale, le saturnisme infantile, et plus généralement la surexposition au plomb, ne peut être dissociée des autres problèmes de santé publique des populations concernées, le plus souvent des populations en situation de précarité. Ainsi, la lutte contre le saturnisme doit être incluse dans une stratégie globale de lutte contre l'insalubrité.

L'habitat indigne

A Paris, environ 8% des résidences principales privées sont potentiellement indignes

En 2003, le nombre de logements parisiens privés potentiellement indignes est estimé à 80 587, ce qui représente 8,2% des résidences principales privées (tab. 1). Ainsi Paris rassemble plus d'un tiers du total des logements privés potentiellement indignes de la région.

Forte proportion de logements privés potentiellement indignes dans le nord-est parisien

Sur Paris, sept arrondissements du nord-est ont une part de logements privés potentiellement indignes comprise entre 10 et 19% (2, 3, 10, 11, 18, 19 et 20^{ème}) (carte 1).

La proche banlieue et plus particulièrement la Seine-Saint-Denis sont également fortement concernées. Ainsi parmi les huit communes franciliennes ayant une part de logements privés potentiellement indignes supérieure à 20%, trois se situent dans ce département (Saint-Denis, Saint-Ouen et Aubervilliers).

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

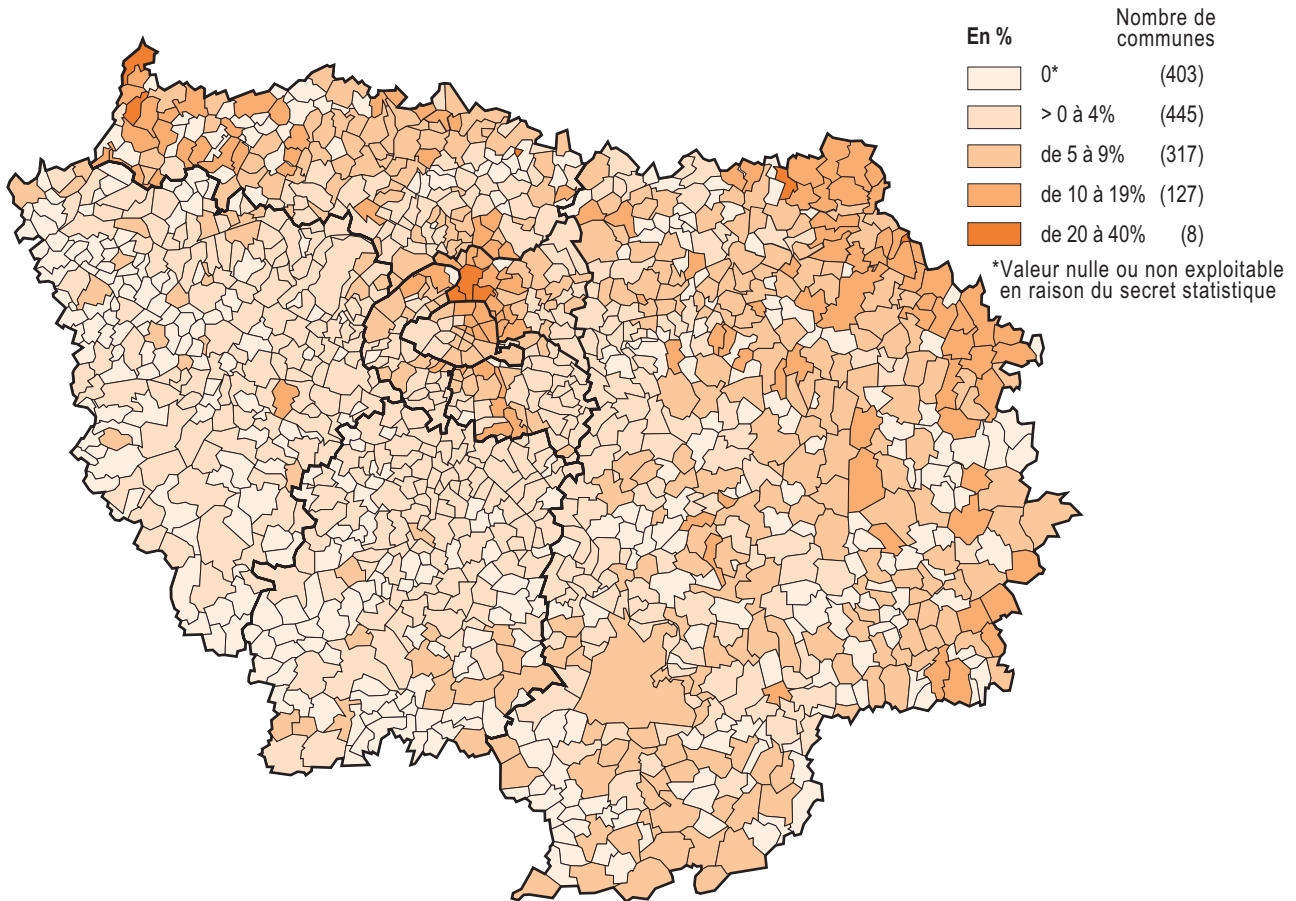
Sources : Filocom 2003, METATM[®] d'après la DGI - traitement ANAH ; DRE Ile-de-France, 2007.

Le parc privé potentiellement indigne

Le parc privé potentiellement indigne (PPPI) est, par définition, un sous-ensemble de l'habitat indigne. En effet, le champ d'observation³ du PPPI est constitué de l'ensemble des résidences principales privées « légalement occupées » (soumises à la taxe d'habitation). Sont exclues les résidences secondaires, les logements sociaux et les logements vacants.

Source des données présentées : ANAH - DCD-Rom PPPI 2003. Exploitation francilienne DRE-DHRU.

Carte 1 Part de logements privés potentiellement indignes dans le parc privé 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/UPSL/JD).

Une politique de lutte contre l'habitat insalubre et indigne mise en place en 2002 à Paris

En 2002, un total de 1 030 immeubles parisiens ont été recensés comme prioritaires dans le cadre de la politique mise en place pour éradiquer l'habitat indigne⁴. L'option de l'incitation à la réhabilitation privée a été jugée possible pour 653 d'entre eux, tandis que 377 immeubles les plus dégradés étaient destinés à l'appropriation publique (démolition ou réhabilitation pour produire des logements sociaux). Dans ce cadre, 434 parcelles ont été confiées à la Société immobilière d'économie mixte de la Ville de Paris (SIEMP). Le service saturnisme de la SIEMP est ainsi intervenu dans 59 immeubles auprès de 394 familles qui habitaient ces immeubles à risque.

Plus de la moitié des logements franciliens aidés annuellement par l'ANAH au titre de l'habitat indigne sont situés à Paris

La lutte contre l'habitat indigne est une des actions importantes de l'ANAH (Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat). Sur la période 2003-2006,

5 621 logements privés par an ont été subventionnés en France au titre de l'insalubrité et du saturnisme (5 131 logements locatifs et 521 logements de propriétaires occupants). Sur la même période, ce sont 1 901 logements en Ile-de-France dont 1 077 à Paris qui ont été aidés (tab. 2).

Tab. 2 Nombre de logements aidés annuellement au titre de l'habitat indigne sur la période 2003-2006

	Logements aidés par l'ANAH	Part du département dans la région
Paris	1 077	56,6%
Hauts de Seine	110	5,8%
Seine Saint-Denis	404	21,3%
Val-de-Marne	191	10,0%
Seine-et-Marne	6	0,3%
Yvelines	42	2,2%
Essonne	17	0,9%
Val-d'Oise	53	2,8%
Ile-de-France	1 901	

Source : ANAH, 2007

Les logements antérieurs à 1949

Carte 2 Nombre de résidences principales antérieures à 1949 à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006



Source : Insee - Recensement de population 2006. Exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Paris compte environ 60% de résidences principales construites avant 1949

Paris se caractérise par une forte densité de logements antérieurs à 1949. Ainsi, parmi les 1 131 810 résidences principales recensées à Paris par l'Insee en 2006, 687 850 sont antérieures à 1949, soit 60,8%. Trois arrondissements parisiens (18^{ème}, 17^{ème} et 11^{ème} arrondissements) avec chacun plus de 50 000 résidences principales construites avant 1949 concentrent plus du quart de cette catégorie de résidences sur Paris (carte 2, tab. 3).

Sur l'ensemble de la région francilienne, la part des résidences principales construites avant 1949 est très inférieure (30,6%). En grande couronne elle est de 18,0% et en proche couronne de 25,0%.

Une répartition hétérogène sur le territoire parisien

Au sein même de Paris, des grandes disparités sont observées, avec des taux de résidences principales construites avant 1949 supérieurs à 80% dans les arrondissements centraux (les taux les plus élevés sont observés dans les 1^{er} et 2^{ème} arrondissements avec 92%). En périphérie, quatre arrondissements ont moins de 50% des résidences principales qui sont construites avant 1949 : le 13^{ème} (35,3%), le 19^{ème} (36,0%), le 20^{ème} (43,0%) et le 15^{ème} (48,2%) (tab. 3)

Une tendance à la baisse des résidences principales construites avant 1949 à Paris

Entre 1999 et 2006, Paris a perdu 33 645 résidences principales construites avant 1949, soit une baisse de près de 5%. Pour trois arrondissements la baisse sur cette période est de l'ordre de 10% (16^{ème}, 4^{ème} et 13^{ème}) (carte 3).

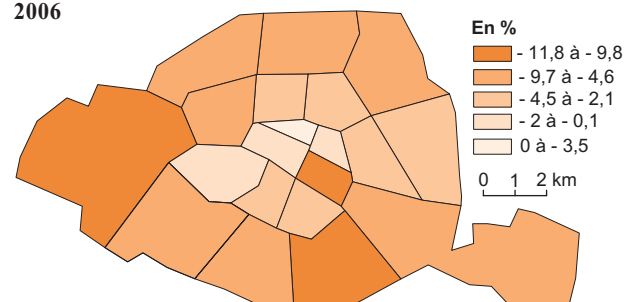
Tab.3 Résidences principales (RP) et résidences principales antérieures à 1949 en 2006 à Paris

	RP	RP avant 1949	% des RP avant 1949*
1er	10 005	9 201	92,0%
2ème	12 492	11 490	92,0%
3ème	19 762	17 548	88,8%
4ème	16 621	14 353	86,4%
5ème	33 529	26 948	80,4%
6ème	24 641	21 477	87,2%
7ème	30 118	25 843	85,8%
8ème	18 866	16 824	89,2%
9ème	31 231	27 662	88,6%
10ème	48 061	36 525	76,0%
11ème	85 701	54 444	63,5%
12ème	74 831	37 755	50,5%
13ème	88 307	31 152	35,3%
14ème	69 003	38 861	56,3%
15ème	125 919	60 673	48,2%
16ème	76 820	49 499	64,4%
17ème	85 036	64 046	75,3%
18ème	102 311	72 575	70,9%
19ème	83 092	29 877	36,0%
20ème	95 465	41 097	43,0%
Paris	1 131 810	687 850	60,8%

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

* Nombre de RP avant 1949 / nombre total de RP.

Carte 3 Evolution du nombre de résidences principales antérieures à 1949 à Paris par arrondissement entre 1999 et 2006



Sources : Insee - Recensements de population 1999 et 2006. Exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Le dépistage du saturnisme chez l'enfant

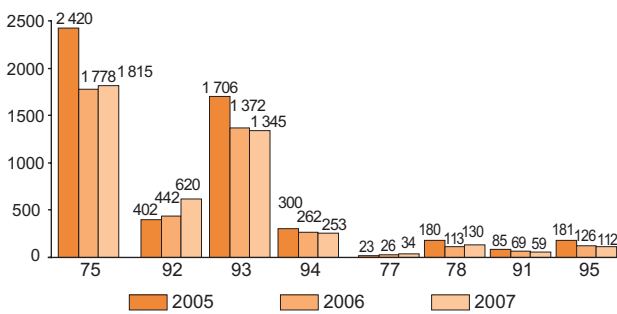
Environ un dépistage francilien sur quatre pour recherche de saturnisme concerne un enfant parisien en 2007

Avec 1 815 plombémies de primo-dépistage réalisées chez des enfants de moins de 6 ans, Paris concentre 31,3% des dépistages du saturnisme en France et 41,6% en Ile-de-France. Primo-dépistages et suivis confondus, ce sont 3 084 plombémies qui ont été réalisées en 2007, représentant 34,3% du total national et 43,0% du total francilien.

Une diminution récente des activités de dépistage

Entre 2005 et 2006, une baisse importante des activités de dépistage est observée, tant sur Paris, que sur la Seine-Saint-Denis (deuxième département en nombre de dépistages réalisés). Ainsi, le nombre d'enfants de moins de 6 ans primo-dépistés est passé à Paris de 2 420 en 2005 à 1 778 en 2006 (fig. 1).

Fig.1 Plombémies de primo-dépistage de 2005 à 2007 chez les enfants de moins de 6 ans à Paris et dans les départements d'Ile-de-France



Source : Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant - InVS Mai 2010.

Activités de dépistage qui demeurent cependant très supérieures à la moyenne annuelle des 10 premières années

Sur la période 1992-2001, ce sont 8 012 primo-dépistages qui ont concerné des enfants parisiens de moins de 6 ans. Rapporté à la population parisienne de cet âge, 0,7% des enfants parisiens ont en moyenne été dépistés sur cette période. Sur les trois années de 2005 à 2007, cette proportion est de 1,4% (tab. 4).

L'augmentation des activités de dépistage concerne l'ensemble des arrondissements parisiens, même si elle apparaît moins importante dans les 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements, tous deux très fortement impliqués dans le dépistage dans les années 90 (tab. 4).

Définitions

Plombémie de primo-dépistage : première plombémie réalisée chez un enfant.

Plombémie de suivi : plombémie réalisée chez un enfant ayant déjà bénéficié d'au moins une plombémie antérieurement.

Cas incident de saturnisme : enfant dont la plombémie atteint ou dépasse 100µg/l pour la première fois (plombémie réalisée lors d'un primo-dépistage, d'un suivi, ou d'une enquête de prévalence). C'est la date du prélèvement sanguin (et non la date de déclaration à la Ddass) qui a été prise en compte pour la comptabilisation des cas par année. L'attribution d'un cas à un département est fonction du lieu d'habitation de l'enfant au moment du prélèvement.

Tab.4 Primo-dépistage du saturnisme chez les moins de 6 ans de mai 1992 à fin 2001 et de 2005 à 2007 et part moyenne annuelle (PMA) d'enfants de moins de 6 ans testés sur ces deux périodes à Paris

	1992-2001		2005-2007	
	effectifs	PMA	effectifs	PMA
1er	25	0,4%	16	0,6%
2ème	79	0,8%	59	1,4%
3ème	113	0,7%	84	1,4%
4ème	25	0,2%	43	1,0%
5ème	14	0,1%	33	0,4%
6ème	11	0,1%	20	0,3%
7ème	9	0,1%	30	0,4%
8ème	41	0,2%	29	0,4%
9ème	156	0,5%	134	1,2%
10ème	709	1,3%	554	2,8%
11ème	1 120	1,4%	625	2,3%
12ème	441	0,6%	331	1,3%
13ème	275	0,3%	184	0,6%
14ème	48	0,1%	101	0,5%
15ème	77	0,1%	134	0,3%
16ème	53	0,1%	78	0,3%
17ème	362	0,4%	446	1,4%
18ème	1 632	1,4%	1 316	3,2%
19ème	1 464	1,2%	864	1,9%
20ème	1 332	1,2%	674	1,6%
Paris	8 012	0,7%	6 013	1,4%

Sources : Système de surveillance du saturnisme de l'enfant en Ile-de-France 4 et Insee RP 1999 pour la période 1992-2001, et Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant, InVS mai 2010 et Insee RP 2006 pour la période 2005-2007, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Sources d'information

Les données présentées pour les années 2005 à 2007 proviennent du Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant mineur (SNSPE), double système, alimenté par :

- la surveillance des plombémies mise en œuvre par les médecins prescripteurs, les laboratoires, les Centres antipoison et de toxicovigilance (CAP-TV) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) ;
- les notifications des cas transmises par les médecins prescripteurs à la Ddass et retransmises à l'InVS.

Les données pour les années 1992 à 2001 ont été extraites du document « 10 ans de surveillance du saturnisme de l'enfant en Ile-de-France »⁵.

Paris a le plus fort taux annuel moyen d'enfants de moins de 6 ans primo-dépistés de 2005 à 2007

Avec 1,4% des enfants de moins de 6 ans primo-dépistés pour le saturnisme en moyenne par an, Paris arrive en tête des départements franciliens, devant la Seine-Saint-Denis (1,0%).

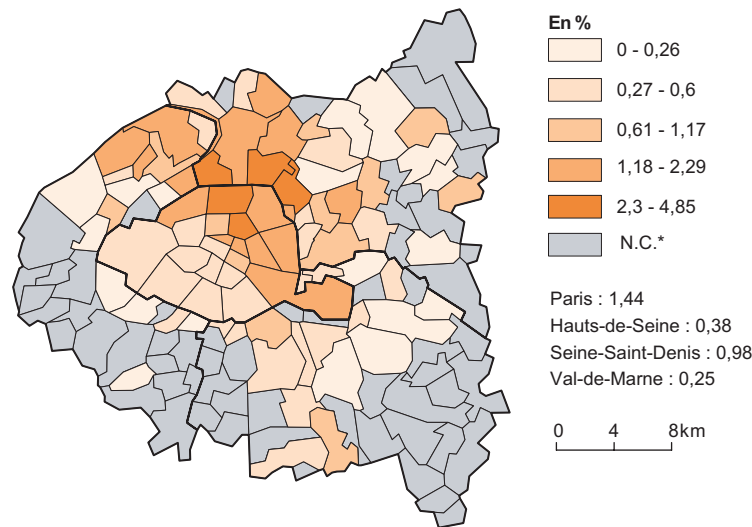
A Paris, la plus forte couverture est observée dans le 18^{ème} arrondissement avec 3,2% d'enfants de moins de 6 ans en moyenne dépistés chaque année. De manière générale, les activités de dépistage restent concentrées dans le nord-est (carte 4).

Les communes de Seine-Saint-Denis fortement impliquées dans le dépistage

Aubervilliers, commune historiquement très impliquée dans le dépistage du saturnisme, a le taux de dépistage d'enfants de moins de 6 ans le plus fort de la région avec 4,9%. Lors de la période 1992-2001, cette commune a réalisé en moyenne des dépistages pour 8,06% de ses enfants de moins de 6 ans.

A Pantin et Saint Ouen, ce sont respectivement 3,0% et 1,8% des enfants qui sont dépistés en moyenne chaque année sur la période récente (carte 4).

Carte 4 Taux annuel moyen d'enfants de moins de 6 ans primo-dépistés à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune sur la période 2005-2006



Sources : Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant, InVS Mai 2010. Insee RP 2006 Exploitation ORS Ile-de-France, 2010.
* NC : Non calculé : les taux n'ont pas été calculés pour les communes ayant réalisé en moyenne moins de 5 plombémies par an.

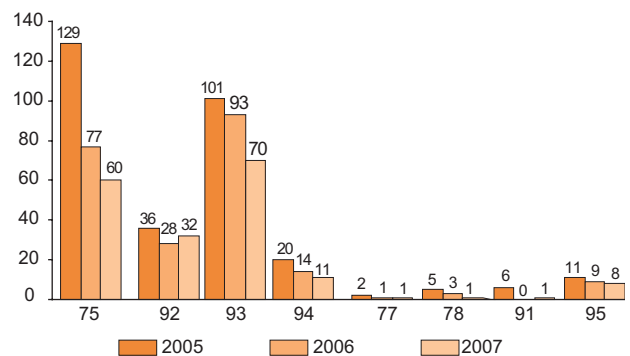
Diminution des cas incidents sur les dernières années

Les années récentes de dépistage du saturnisme ont été marquées par une baisse du nombre de cas incidents. Ainsi, sur les trois dernières années, ce sont respectivement 129, 77 et 60 cas d'enfants présentant une plombémie supérieure ou égale à 100µg/l qui ont été diagnostiqués à Paris (fig. 2). Ces cas ont été diagnostiqués pour la plupart lors du primo-dépistage (188 cas sur les trois ans soit 70,6%). La baisse du nombre de cas incidents est également observée dans la plupart des autres départements franciliens.

Une baisse importante de la proportion d'enfants ayant une plombémie élevée lors du primo-dépistage

Sur ces trois dernières années, le pourcentage de plombémies de primo-dépistage supérieures ou égales à 100µg/l à Paris est respectivement de 4% en 2005 et 2,5% pour 2006 et 2007. Sur la période 1992-2001, ce pourcentage était de 31% avec cependant une pente fortement descendante au cours de la période, baisse

Fig.2. Cas incidents de saturnisme de 2005 à 2007 chez les enfants de moins de 6 ans à Paris et dans les départements d'Ile-de-France



Source : Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant - InVS mai 2010.

particulièrement marquée à Paris avec près de 80% des plombémies de primo-dépistage supérieures ou égales à 100µg/l en 1992 et environ 10% en 2001.

Les primo-dépistages restent majoritairement prescrits en PMI

Un peu plus de la moitié des primo-dépistages concernant des enfants parisiens de moins de 6 ans ont été prescrits par la PMI (53,6%), puis par le centre de bilan de santé de l'enfant avec 22,3% des dépistages. La médecine libérale (médecins généralistes et pédiatres) est à l'origine du dépistage pour 14,3% des enfants. Comparé à la période 1992-2001, où cette catégorie de prescripteurs représentait 0,6% des primo-dépistages, l'implication de la médecine libérale dans le dépistage du saturnisme infantile est à souligner sur la dernière période étudiée.

Références :

- 1 - Saturnisme : quelles stratégies de dépistage chez l'enfant ? Une expertise opérationnelle de l'Inserm et de l'InVS, 2008. En ligne sur le site de l'Inserm : www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/expertises/att00001953/saturnisme_integral.pdf ou sur le site de l'InVS : www.invs.sante.fr/display/?doc=publications/2008/saturnisme_depistage/index.html.
- 2 - Etchevers A., Lecoffre C., Le Tertre A. et al. Imprégnation des enfants par le plomb en France en 2008-2009, BEHWeb n°2, 2010. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/behweb/2010/02/index.htm>.
- 3 - 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.
- 4 - Société immobilière d'économie mixte de la ville de Paris (SIEMP). Rapport d'activité 2009.
- 5 - Bretin P., Lecoffre C., Maulpoix A. et al. 10 ans de surveillance du saturnisme de l'enfant en Ile-de-France. Mai 1992 - Décembre 2001, InVS, Préfecture de la région Ile-de-France, DRASS d'Ile-de-France, 2003.

Autres pathologies de l'enfant

Maladies chroniques

- > Une incidence médico-sociale globalement plus élevée chez les enfants parisiens.
- > Le premier motif d'admission en ALD des enfants parisiens de 0-4 ans est un contact avec le VIH (par exposition materno-fœtale).
- > Environ 2 enfants de moins de 6 ans sur 10 000 concernés par un cancer chaque année à Paris.

L'enfant et l'hôpital

- > Un recours aux urgences hospitalières particulièrement élevé chez les très jeunes avec en moyenne 55,9 recours pour 100 enfants parisiens de moins de 6 ans en 2008.
- > Un enfant parisien de moins de 6 ans sur dix a été hospitalisé au moins une fois au cours de l'année 2008.

Contexte

La maladie chronique, compte tenu de l'importance du suivi médical prolongé qu'elle nécessite, peut donner lieu à une prise en charge en tant qu'affection longue durée (ALD) par l'assurance maladie (cf. encadré définitions). L'analyse des données concernant les personnes prise en charge à 100% pour une ALD permet de s'approcher de l'incidence « médico-sociale » de certaines pathologies. Selon les données nationales 2008 publiées par la CnamTS, 14 476 nouveaux enfants de 0-4 ans ont été pris en charge au titre d'une des 30 ALD exonérantes ainsi que 9 700 nouveaux enfants de 5-9 ans¹. Pour ces deux classes d'âges, le premier motif de mise en ALD est la catégorie « Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale », avec 3 501 nouveaux cas pour les 0-4 ans et 4 412 pour les 5-9 ans, représentant respectivement 24,2% et 45,5% des nouvelles ALD. Chez les 0-4 ans, le deuxième motif est représenté par la catégorie « insuffisance cardiaque, cardiopathies congénitales graves » (2 250 nouveaux cas). La catégorie « Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave » concerne 1 829 enfants de 0-4 ans et 1 115 enfants de 5-9 ans ; les « insuffisances respiratoires chroniques graves » touchent quant à elles respectivement selon l'âge 1 722 et 1 239 enfants.

La mise en place d'un Projet d'accueil individualisé (PAI) vise à favoriser l'accueil et l'intégration pendant le temps scolaire des enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période². Il s'agit avant tout d'une démarche d'accueil résultant des différents intervenants impliqués dans la vie de l'enfant malade. Le suivi du nombre d'enfants accueillis dans le cadre scolaire avec un PAI permet une autre approche de la maladie chronique chez l'enfant.

Bien que rares, les cancers de l'enfant constituent la deuxième cause de mortalité entre 1 et 14 ans. Le Registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHE) et le Registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE) recensent chaque année 1 700 nouveaux cas de cancers dans la population des enfants de moins de 15 ans domiciliés en France métropolitaine³. Le taux d'incidence varie avec l'âge et la moitié des cancers de l'enfant survient avant l'âge de 5 ans.

La transmission materno-fœtale par le VIH s'est considérablement réduite grâce aux traitements antirétroviraux, se stabilisant entre 1 et 2%, contre 15-20% en l'absence de traitement⁴. En France, ceci représente une quinzaine de cas de transmission par an. A ceux-ci s'ajoutent des cas qui surviennent alors que la mère n'a pas eu de dépistage VIH ou a fait une séroconversion pendant la grossesse. L'accès aux soins, notamment un suivi précoce et régulier, peut s'avérer tout particulièrement difficile pour les femmes étrangères en situation irrégulière et dans les départements français d'Amérique. Le système de surveillance mis en place à l'InVS repose d'une part sur la déclaration des cas de séropositivité et d'autre part sur celle des cas de SIDA, ce qui permet un suivi des cas incidents.

Les enfants en affection longue durée (ALD)

Une incidence médico-sociale globalement plus élevée chez les très jeunes Parisiens

En 2008, 795 enfants de 0-4 ans et 390 enfants de 5-9 ans ont été admis en ALD 30 exonérante sur Paris, soit des incidences respectives de 67,4 pour 10 000 enfants de 0-4 ans et de 38,8 pour 10 000 enfants de 5-9 ans. Pour le reste de l'Ile-de-France, ces incidences sont respectivement de 49,3 et 28,4 pour 10 000 enfants.

Les motifs de ces admissions sont présentés dans le tableau 1.

L'exposition au VIH : premier motif d'admission en ALD chez les Parisiens de 0-4 ans

Le principal motif d'admission en ALD 30 chez les enfants parisiens de 0-4 ans est représentée par les déficits immunitaires graves (20,9% des admissions en ALD), principalement pour en raison d'un contact

Tab.1 Nouvelles admissions en ALD 30 pour les enfants de 0-4 ans et de 5-9 ans à Paris et dans le reste de l'Ile-de-France (entre parenthèse) selon le motif en 2008

	0 - 4 ans	5 - 9 ans
ALD 7 : Déficit immunitaire grave	166 (448)	7 (15)
ALD 14 : Insuffisance respiratoire	153 (665)	90 (409)
ALD 23 : Affection psychiatrique	130 (666)	141 (661)
ALD 5 : Insuffisance cardiaque	83 (401)	16 (58)
ALD 9 : Affections neuro. et musculaires	51 (274)	40 (196)
ALD 10 : Hémoglobinopathies	47 (183)	10 (36)
ALD 30 : Tumeur maligne	44 (141)	16 (86)
Autres ALD	121 (552)	70 (359)
Total ALD 30 exonérante	795 (3 330)	390 (1 820)

Source : Urcam Ile-de-France, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

avec le VIH (exposition materno-fœtale) (155 enfants). Ce motif, pour cette classe d'âge, ne représente que 13,5% des motifs d'admission dans le reste de l'Ile-de-France et 6,8% au niveau national (données CnamTS¹).

Autre motif majeur d'admission en ALD : la « pathologie psychiatrique »

Entre 0 et 4 ans, 130 enfants parisiens ont été admis pour une ALD 23 (psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale), ils sont 141 dans ce cas entre 5 et 9 ans. Le principal motif diagnostic est représenté par les troubles envahissants du développement (respectivement 48 et 76 admissions) et le retard mental (34 et 32 admissions). Entre 0 et 4 ans, 28 enfants ont été admis en raison d'une trisomie 21.

Définitions

Affection longue durée 30 exonérante

Une affection de longue durée exonérante est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge à 100 %.

Une liste de 30 affections coûteuses est fixée par l'article D322-1 du code de la sécurité sociale.

Pour ces affections, l'Assurance maladie rembourse à 100% (du tarif de la Sécurité sociale) les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires.

Incidence « médico-sociale »

Les incidences « médico-sociales » sont estimées en rapportant le nombre de nouvelles ALD au cours d'une année sur la population de référence.

Les enfants scolarisés avec un projet d'accueil individualisé (PAI) pour maladie chronique

L'asthme, premier motif pour mettre en place un projet d'accueil individualisé pour maladie chronique

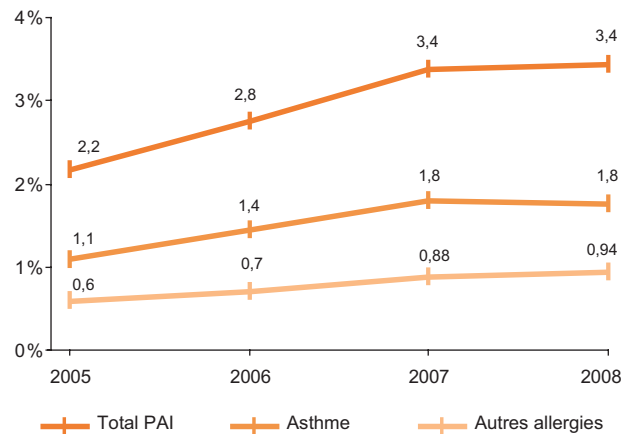
A Paris au cours de l'année scolaire 2008-2009, 1 928 Projets d'accueil individualisé (PAI) ont été élaborés pour maladie chronique hors handicap pour des enfants scolarisés en maternelle dans le secteur public parisien, soit pour 3,4% des élèves. Pour un peu plus de la moitié des PAI, le motif en est l'asthme (989 PAI soit 51,3% de l'ensemble des PAI et 1,8% du total des enfants scolarisés). Un PAI sur quatre est justifié par un autre problème d'allergie (alimentaires ou non alimentaires avec éviction de l'allergène comme l'allergie au latex) (527 PAI soit 27,3% des PAI et 0,9% des enfants).

Une stabilisation du nombre de projets d'accueil individualisé mis en œuvre sur les deux dernières années

La mise en œuvre de ce type de projet, après une période d'augmentation (au cours de l'année scolaire 2005-2006, 1 235 PAI ont été réalisés, il y en a 1 928 en 2008-2009), est stable sur les deux dernières années (fig.1). En outre, ceci reflète la prise de conscience de l'importance du dispositif pour l'accueil des enfants atteints de maladie chronique et leur prise en charge protocolisée dans un contexte d'urgence. Cependant ces PAI sont rédigés à la demande des parents en concertation avec le médecin

qui suit l'enfant pour la pathologie considérée et ne reflètent donc pas l'ensemble de la pathologie chronique à cet âge, en particulier du fait d'une sous déclaration au service de santé scolaire. Ainsi pour l'asthme, une étude de la CnamTS réalisée au niveau national estimait la prévalence de cette pathologie chez les enfants de 5 à 9 ans à 4,2%⁴.

Fig.1 Enfants scolarisés avec un projet d'accueil individualisé pour maladie chronique en maternelle dans le secteur public à Paris de 2005-2006 à 2008-2009 (% total et pour asthme et autres allergies)



Source : Santé scolaire Dases Paris, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Les cancers de l'enfant

Environ 2 enfants sur 10 000 concernés par un cancer à Paris chaque année

Entre 2000 et 2006, ce sont 218 cas de cancer de l'enfant qui ont été diagnostiqués chez des Parisiens de moins de 6 ans (tab. 2). Près d'un cas sur quatre concerne un enfant de moins d'un an (24,3%), 33,0% des enfants de 1 à 2 ans et 42,5% des enfants de 3 à 5 ans. Ceci représente une incidence brute annuelle de 2,24 cas pour 10 000 enfants parisiens de moins de 6 ans.

Sur la même période, ce sont 1 300 enfants qui ont été diagnostiqués en Ile-de-France et 6 121 en France, soit des incidences brutes annuelles de 1,96 et 1,86 cas pour 10 000 enfants.

Plus d'un cancer sur quatre est une leucémie

Les cancers les plus fréquents sont les leucémies (27,1% des cas), les tumeurs du système nerveux central (24,3%) et les tumeurs du système nerveux sympathique (13,8%) (tab 2). Les incidences varient avec l'âge de l'enfant, ainsi, les leucémies représentent environ un cancer sur 10 diagnostiqué avant 1 an et près du tiers entre 1 et 5 ans.

Séropositivité au VIH et sida chez l'enfant

Entre 3 et 5 cas de séropositivité au VIH en moyenne diagnostiqués par an sur Paris chez les moins de 6 ans

En France, entre 2003 et 2008, 163 découvertes de séropositivité au VIH dans le cadre d'une contamination mère-enfant ont fait l'objet d'une déclaration. Parmi eux, 62,0% (n=101) concernent des enfants de moins de 6 ans. Ces jeunes enfants sont Franciliens pour la moitié d'entre eux (n=50) et Parisiens pour un sur cinq (n=20). Ce sont donc entre 3 et 5 cas de séropositivité au VIH qui sont déclarés chaque année à Paris.

Pour 60% des cas parisiens, la mère de l'enfant est originaire d'Afrique Sub-saharienne, ce qui est comparable au reste de l'Ile-de-France (tab. 3). Pour le reste de la France, cette origine de la mère n'est retrouvée que pour 37,3% des enfants alors que 17,7% des cas sont diagnostiqués chez des enfants dont la mère est originaire des Caraïbes et 15,7% chez des mères originaire de France métropolitaine.

Pour seulement 30,0% des enfants une prophylaxie antirétrovirale a été conduite pendant la grossesse. Au total, parmi ces enfants séropositifs au VIH, 60% n'ont aucune prophylaxie antirétrovirale enregistrée, que ce soit pendant la grossesse, à la naissance ou en postnatal (tab. 3).

Tab 2. Diagnostics de cancers chez les enfants parisiens de 2000 à 2006, selon le type de cancer

Groupe diagnostique	<1an	1-2 ans	3-5 ans	Total
Leucémies *	5	24	30	59
Lymphomes **	1	2	6	9
Tumeurs du SNC ***	15	13	25	53
Tumeurs du SNS ****	12	10	8	30
Rétinoblastomes	4	4	4	12
Tumeurs rénales	6	10	7	23
Tumeurs hépatiques	1	1	0	2
Tumeurs malignes osseuses	0	0	2	2
Sarcomes des tissus mous *****	3	5	10	18
Tumeurs germinales *****	6	3	1	10
Tous cancers confondus	53	72	93	218

Sources : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant et Registre national des tumeurs solides de l'enfant, 2000-2006.

* Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques

** Lymphomes et néoplasmes réticulo-endothéliaux.

*** Tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales.

**** Tumeurs du système nerveux sympathique.

***** Sarcomes des tissus mous et extraosseux.

***** Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques.

Tab.3 Caractéristiques des mères et prophylaxie pendant la grossesse pour les enfants découverts séropositifs au VIH entre 2003 et 2008 selon le territoire de résidence (effectif et %)

	Paris (n=20)	IdF hors Paris (n=30)	France hors IdF (n=51)
Origine géographique			
France métropolitaine	1 (5,0%)	2 (6,7%)	8 (15,7%)
Afrique Sub-saharienne	12 (60,0%)	20 (66,7%)	19 (37,3%)
Autres	3 (15,0%)	1 (3,3%)	13 (25,4%)
Non connue	4 (20,0%)	7 (23,3%)	11 (21,6%)
Existence d'une prophylaxie antirétrovirale			
Pendant la grossesse	6 (30,0%)	11 (36,7%)	14 (27,4%)
Lors de la naissance	7 (35,0%)	8 (26,7%)	13 (25,5%)
En post-natal	8 (40,0%)	8 (26,7%)	16 (31,4%)
Au moins une prophylaxie	8 (40,0%)	11 (36,7%)	17 (33,3%)

Source : InVS, Déclarations obligatoires des cas de séropositivité dans le cadre d'une contamination mère-enfant au 31/12/2008.

Exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Sur la même période 2003-2008, ce sont 22 diagnostics de sida chez des enfants de moins de 6 ans qui ont été déclarés en France, dont 4 cas parisiens parmi 11 cas franciliens.

L'enfant et l'hôpital

Contexte

En France, le quart des usagers des urgences a moins de quinze ans et les plus jeunes ont un niveau de recours particulièrement élevé. Ainsi le taux de recours dans l'année des enfants de moins d'un an est le plus élevé (48%), et 1,7 fois plus élevé que celui des enfants de 1 à 5 ans⁶.

La bronchiolite est une maladie virale du jeune enfant qui touche principalement les enfants avant l'âge de 2 ans. En France, on estime que la bronchiolite touche chaque hiver près de 30% des nourrissons soit 460 000 cas. Deux pour cent de ces nourrissons de moins de un an seraient hospitalisés chaque année pour une bronchiolite⁷.

La loi de santé publique de 2004 fixe comme objectif quantifiable sur cinq ans une réduction de 20% de la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation. Les hospitalisations des enfants de moins de 15 ans représentaient en 2005 49,5% des séjours pour asthme avec un taux d'hospitalisation pour asthme pour les 2-4 ans de 4,4 pour 1 000 en France métropolitaine⁸.

Les recours aux urgences hospitalières

Un tiers des passages aux urgences des Parisiens de moins de 6 ans concerne des enfants de moins d'un an

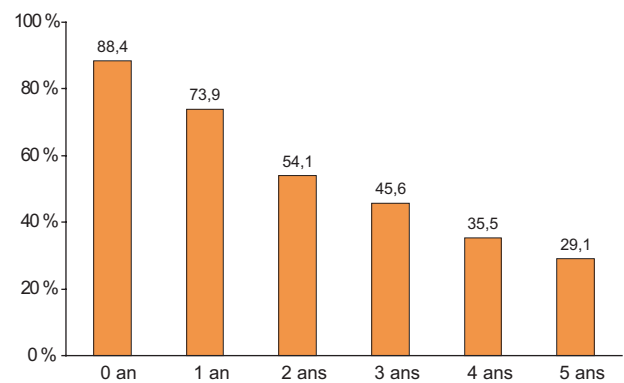
En 2008, selon les données disponibles dans la base Oscour (cf. encadré sources d'information p. 198), 77 896 passages d'enfants parisiens de moins de 6 ans ont été enregistrés aux urgences des hôpitaux d'Ile-de-France. Près de 30% des passages concernent des enfants de moins de 1 an et plus de la moitié (53,0%) ont moins de 2 ans.

Rapporté au nombre d'enfants parisiens de moins de 6 ans, il est enregistré en moyenne 55,9 recours aux urgences pour 100 enfants, avec un nombre de recours compris entre 88,4 pour les moins d'un an et 29,1 pour les enfants de 5 ans (fig. 2).

Des recours plus fréquents aux urgences hospitalières pour les jeunes parisiens domiciliés dans les arrondissements périphériques de l'est

Les enfants domiciliés dans la périphérie est de Paris ont davantage recours aux services d'urgences hospitalières. Ainsi pour les 0-2 ans les recours sont

Fig.2 Recours moyen aux services d'urgences hospitalières des enfants parisiens selon leur âge pour 100 enfants

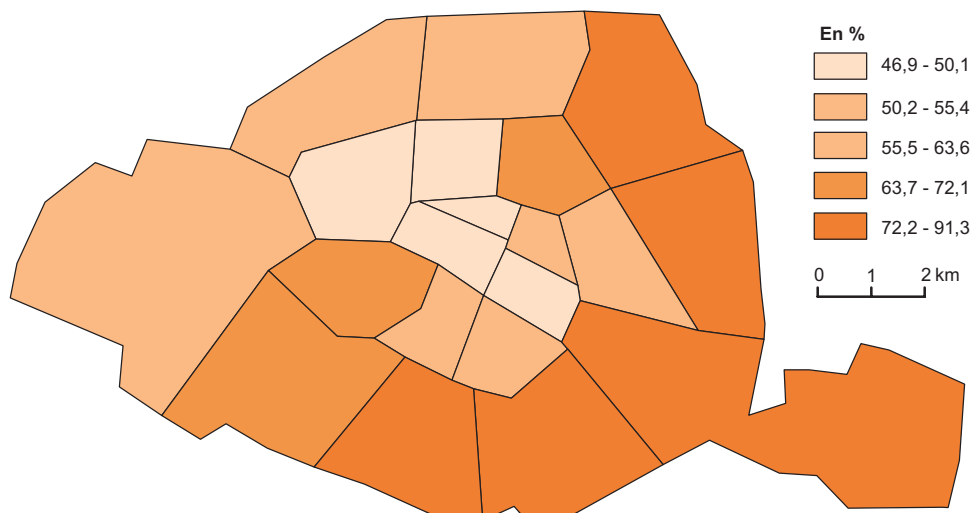


Sources : Données Oscour 2008, Insee RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

plus fréquents dans le 14^{ème} arrondissement avec 91,4 recours pour 100 enfants. Dans les 12^{ème}, 13^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris, il est enregistré plus de 80 recours pour 100 enfants.

En outre, sur l'ensemble des recours, 80,5% ont lieu dans trois hôpitaux situés dans les 19^{ème}, 12^{ème} et 15^{ème} arrondissements.

Carte 1 Recours aux urgences hospitalières des enfants parisiens de 0 à 2 ans pour 100 enfants à Paris par arrondissement en 2008



Sources : Données OSCOUR 2008, Insee RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

L'enfant hospitalisé

Un enfant parisien sur dix de moins de six ans hospitalisé au cours de l'année 2008

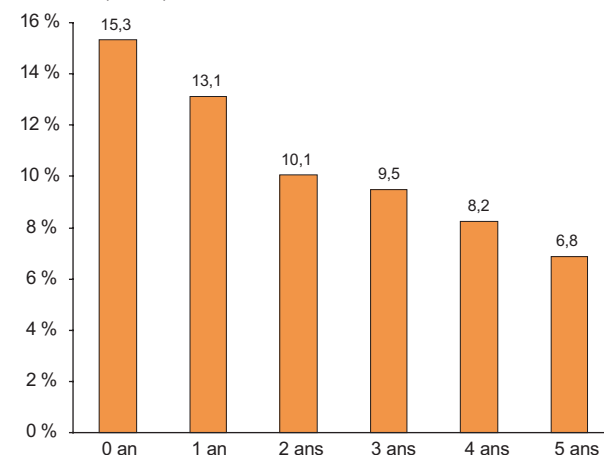
En 2008, 20 467 séjours hospitaliers effectués en Ile-de-France ont concerné 14 941 enfants domiciliés sur Paris (enfants ayant plus de 28 jours et moins de 6 ans au moment de l'hospitalisation). Parmi ces enfants, 19,8% ont moins d'un an. Rapporté au nombre d'enfants parisiens de moins de 6 ans, le taux d'hospitalisation pour 100 enfants sur l'année 2008 est de 10,7%. Celui-ci est particulièrement élevé au cours de la première année de vie (15,3%) pour diminuer progressivement avec l'âge des enfants (fig. 3).

Bronchiolites et asthme entraînent des hospitalisations plus fréquentes chez les très jeunes

En 2008, 957 enfants parisiens de moins d'un an ont été hospitalisés pour une bronchiolite, soit 3,6% des enfants de cette classe d'âge. Au-delà de cet âge, peu d'hospitalisations sont réalisées avec ce diagnostic (99 enfants d'un an).

Au cours de la même année, ce sont 1 091 enfants de moins de 6 ans qui ont été hospitalisés pour asthme,

Fig. 3 Taux d'hospitalisation des enfants parisiens de moins de 6 ans (en %)



Sources : Données PMSI 2008, Insee RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

soit un taux d'enfants parisiens hospitalisés pour ce diagnostic de 7,8 pour 1 000. Le maximum est observé chez les 0-1 an (9,4 pour 1 000), puis diminue à 7,9 pour 1 000 chez les enfants de 2 à 4 ans pour atteindre 3,8 pour 1 000 chez les enfants de 5 ans.

Sources d'information, indicateurs et limites

Les données concernant « l'enfant et l'hôpital » ont été analysées à partir d'une part de la base « Oscour » (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) et d'autre part de la base francilienne du PMSI.

La base de données des services d'urgence permet de disposer d'informations pour l'ensemble des passages aux urgences hospitalières. Les données ne peuvent cependant pas être rapportées au patient, ainsi, les recours itératifs aux urgences ne peuvent être étudiés. Les analyses n'ont porté que sur les recours, l'enregistrement des motifs de recours aux urgences n'étant pas codé systématiquement et ce avec une variabilité majeure entre hôpitaux.

Le PMSI permet de disposer des données pour les enfants hospitalisés. Outre le nombre de séjours et le nombre d'enfants hospitalisés, deux indicateurs d'état de santé ont été retenus : les hospitalisations pour asthme et celles pour bronchiolites. Pour l'asthme, ont été pris en compte les séjours pour asthme : séjours codés J45 (asthme) ou J46 (asthme aiguë ou grave) en diagnostic principal selon la 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) et les séjours pour insuffisance respiratoire aiguë associés à un asthme (J960 en diagnostic principal et J45 ou J46 en diagnostic associé).

Pour les bronchiolites, ont été pris en compte les séjours pour bronchiolite aiguë (J21) et les séjours pour insuffisance respiratoire aiguë associés à une bronchiolite aiguë (J960 en diagnostic principal et J21 en diagnostic associé).

Références :

- 1 - ALD 30 en 2008, Direction de la stratégie, des études et des statistiques, CnamTS. Consultation internet : <http://www.ameli.fr/1-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/incidence/ald-30-en-2008.php> (dernière consultation le 7 juin 2010).
- 2 - Bulletin officiel, Encart n°34 du 18 décembre 2003. Enfants et adolescents atteints de troubles de la santé. Consultation internet : <http://www.education.gouv.fr/bo/2003/34/MENE0300417C.htm#1> (dernière consultation le 1er juin 2010).
- 3 - Sommelet D., Clavel J., Lacour B. Epidémiologie des cancers de l'enfant. Springer, 2009.
- 4 - Yeni P. (dir.). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2008, Médecine-Sciences Flammarion, 2008.
- 5 - Cuerq A., Pépin S., Ricordeau P. Remboursement de médicaments antiasthmiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l'asthme, Points de repère, n°24, CnamTS, 2008.
- 6 - Carrasco V., Baubeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale, Etudes et résultats, n°212, 2003.
- 7 - InVS, dossiers thématiques, Bronchiolites. <http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/bronchiolite> - dernière consultation juin 2010.
- 8 - Danet S., Haury B. (dir.). L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2008, Etudes et statistiques, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2009.



Annexes

1. Récapitulatif des indicateurs	201
2. Récapitulatif des représentations cartographiques	211
3. Cartes et tableaux complémentaires des données de population	213

Récapitulatif des indicateurs

1. Contexte socio-démographique

1.1. Population

Enfants de moins de 6 ans

Effectifs et part des enfants de moins de 6 ans dans la population totale
Effectifs des 0-2 ans et des 3-5 ans et pourcentage des moins de 3 ans parmi les moins de 6 ans
Taux d'évolution annuel moyen de la part des enfants de 0-5 ans dans la population totale

Jeunes de 15 à 24 ans

Effectifs et part des jeunes de 15-24 ans dans la population totale
Effectifs des 15-17 ans, des 18-24 ans
Part des jeunes de 18-24 ans dans la population totale

Femmes de 15 à 49 ans

Effectifs et part des femmes de 15-49 ans dans la population totale
Effectifs des 15-17 ans, des 18-24 ans, des 25-34 ans et des 35-49 ans
Part des femmes de 15-44 ans dans la population totale

Personnes de nationalité étrangère

Effectifs et part des étrangers dans la population totale
Répartition par âge de la population étrangère selon le sexe
Répartition des étrangers selon leur nationalité

1.2. Fécondité et natalité

Naissances domiciliées et enregistrées

Nombre de naissances domiciliées
Nombre naissances enregistrées
Proportion de naissances hors mariage domiciliées
Proportion de naissances issues de couples mixtes ou étrangers
Age moyen des mères à la naissance
Répartition des naissances selon l'âge des mères
Nombre de naissances issues de mères mineures

Taux de natalité et de fécondité

Taux de natalité
Taux de fécondité par âge
Indicateur conjoncturel de fécondité

1.3. Mortalité

Mortalité générale et prématurée

Taux comparatifs de mortalité générale
Espérance de vie à la naissance et à 60 ans
Taux comparatifs de mortalité prématurée
Répartition des causes de décès prématurés

Mortalité des jeunes de 15-24 ans

Taux de mortalité des 15-24 ans

Répartition des causes de décès des 15-24 ans

Mortalité des enfants de moins de 5 ans

Nombre annuel de décès d'enfants de moins d'un an et nombre de morts-nés

Taux de mortinatalité

Taux de mortalité néonatale précoce

Taux de mortalité périnatale

Taux de mortalité néonatale

Taux de mortalité post-néonatale

Taux de mortalité infantile

Répartition des causes de décès des enfants de moins d'un an

Taux de mortalité des enfants de 1 à 4 ans

Répartition des causes de décès des 1-4 ans

Mortalité maternelle

Nombre annuel de décès maternels enregistrés

Part des décès maternels ayant lieu à l'hôpital

Répartition des décès maternels selon la cause obstétricale

Part des décès expertisés considérés comme évitables

1.4. Composition des ménages et des familles, modes de garde des enfants

Modes de cohabitation

Répartition des jeunes de 15-24 ans selon leur mode de cohabitation

Répartition des femmes de 15-49 ans selon leur mode de cohabitation

Familles

Nombre de familles avec enfants de moins de 16 ans

Part des familles dans l'ensemble des ménages

Répartition des familles en fonction du nombre d'enfants de moins de 25 ans

Effectifs et part des enfants de moins de 6 ans vivant dans une famille monoparentale

Pourcentage de familles monoparentales dont le parent est un homme

Part des enfants de 0-5 ans vivant dans une famille dont la personne de référence est étrangère

Solde migratoire annuel moyen des familles

Modes de garde des enfants

Nombre de places agréées dans les crèches parisiennes et du nombre d'enfants gardés à domicile et par une assistante maternelle

Nombre de familles bénéficiaires du complément libre choix d'activité de la PAJE, à taux plein et à taux partiel

Nombre de familles bénéficiaires de l'aide PAPADO

Part des enfants de 2 ans scolarisés

Part des enfants de 3-5 ans scolarisés

Proportion d'écoliers de 2-5 ans dans le privé

Nombre d'enfants accueillis en jardins d'enfants et jardins maternels

1.5. Contexte socio-économique

Revenus

Revenu fiscal médian par unité de consommation

Rapport inter-décile du revenu fiscal par unité de consommation

Revenu moyen après impôts

Revenus médians des foyers fiscaux avec enfants

Chômage

Taux de chômage annuel moyen

Formation et activité

Part des jeunes de 15-24 ans non scolarisés (15 ans, 16-17 ans et 18-24 ans)

Qualification des jeunes 15-24 ans non scolarisés

Taux de 15-24 ans actifs

Part des chômeurs parmi les actifs de 15-24 ans

Répartition des actifs de 20-24 ans ayant un emploi selon leur catégorie socioprofessionnelle

Répartition des femmes de 15-49 ans selon leur dernier diplôme obtenu (15-24 ans, 25-34 ans, 35,49 ans)

Répartition des femmes de 15-49 ans selon leur activité

Proportion de femmes actives ayant un emploi à temps partiel

Répartition des femmes actives de 15-49 ans ayant un emploi selon leur catégorie socio-professionnelle et leur âge

Activité des mères selon le nombre d'enfants

Répartition des enfants de moins de 6 ans selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence de la famille

1.6. Populations en situation de vulnérabilité

Précarité économique

Effectifs des foyers et des familles allocataires à bas revenus

Part des familles allocataires à bas revenus

Effectif et part des populations couvertes par l'AAH, l'API et le RMI

Part des familles bénéficiaires du RMI

Proportion de familles monoparentales parmi les familles allocataires du RMI

Part des familles monoparentales bénéficiaires de l'API

Couverture sociale

Part des bénéficiaires de la CMU-C

Proportion de familles monoparentales parmi les familles bénéficiaires de la CMU-C

Proportion des bénéficiaires de la CMU-C ayant moins de 20 ans

Nombre de bénéficiaires (assurés et ayant droits) de l'aide médicale état (AME)

Logement

Répartition des ménages selon le degré de peuplement

Proportion de petits logements dans le parc immobilier

Nombre et proportion de logements sans confort

Part des ménages pauvres dans le secteur locatif

Proportion des ménages un logement sans confort selon le niveau de pauvreté

Proportion des ménages en situation de surpeuplement selon le niveau de pauvreté

Effectif de bénéficiaires d'une aide au logement et part de population couverte

Répartition selon la composition familiale des familles bénéficiant d'une aide au logement de la CAF (AL + APL)

Taux d'effort brut et net des ménages pauvres et de l'ensemble des ménages pour les frais d'hébergement

Répartition des demandeurs de logement social selon leur statut d'occupation

Part des familles ayant fait une demande de logement social

Hébergement d'urgence

Nombre de personnes sollicitant un hébergement au Samusocial

Proportion de personnes logées en hôtel parmi les personnes sans logement personnel

Proportion de 18-24 ans parmi les adultes hébergés par le Samusocial selon leur situation familiale

Proportion de 18-24 ans sans logement hébergés en établissement et en hôtel

Proportion de femmes parmi les adultes de moins de 25 ans fréquentant les dispositifs d'urgence

Proportion de femmes sans logement personnel de moins de 25 ans ayant au moins un enfant

Pourcentage de femmes, de familles avec au moins un enfant, et de personnes nées en France selon le dispositif d'hébergement : urgence, insertion, hôtel

Nombre de personnes hébergées en famille par le Samusocial

2. Planification familiale

2.1. Sexualité, risques et prévention

Connaissances des risques et des moyens de contraception

Proportion de personnes connaissant les modes de transmission du VIH
Proportion de personnes connaissant l'existence d'un centre de dépistage anonyme et gratuit
Proportion de personnes connaissant et utilisant les différents moyens de contraception

Activité sexuelle

Age médian au premier rapport sexuel
Proportion de femmes ayant eu deux partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois
Proportion d'hommes ayant eu deux partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois

Prévention des IST et des grossesses non prévues

Proportion de personnes ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel
Répartition des méthodes de contraception utilisées lors du 1er rapport sexuel par les femmes de 18-34 ans
Proportion de femmes ayant utilisé une contraception lors du premier rapport sexuel
Proportion de personnes confrontées au refus du partenaire d'utiliser un préservatif
Proportion de femmes en âge de procréer et sexuellement actives n'utilisant pas de contraception
Proportion d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel au cours de l'année selon le type de partenaire
Répartition des principales méthodes de contraception utilisées selon l'âge en France, parmi les femmes de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive
Proportion de femmes de 15 à 49 ans déclarant avoir eu recours à une contraception d'urgence au cours de la vie
Proportion de femmes de 15 à 49 ans déclarant avoir eu recours à une contraception d'urgence au cours des douze derniers mois
Répartition des circonstances du dernier recours à la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois en France selon l'âge
Nombre de recours à la contraception d'urgence au cours de la vie parmi les femmes de 15-54 ans ayant déclaré y avoir eu recours au moins une fois
Nombre d'élèves auxquelles a été délivré un médicament de contraception d'urgence dans le cadre scolaire

Infections sexuellement transmissibles (IST)

Prévalence du *Chlamydia trachomatis* dans les populations testées dans les structures proposant le dépistage
Prévalence du *Chlamydia trachomatis* en population générale
Nombre des syphilis précoces diagnostiquées dans les CIDDIST
Caractéristiques des cas de syphilis (pourcentage de femmes, d'hétérosexuels, de personnes ayant des antécédents de syphilis, de personnes séropositives au VIH)
Taux de recours au dépistage du VIH
Nombre de découvertes de séropositivité au VIH (nombre total et chez les 15-49 ans)
Taux corrigé de découvertes de séropositivité au VIH
Caractéristiques des personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH (pourcentage de contamination concernant des homosexuels, des hétérosexuels, des femmes, des étrangers parmi les femmes, des étrangers parmi les hommes)
Proportion de sérologies positives parmi les consultants hommes et femmes de moins de 50 ans des CDAG
Proportion de sérologies positives par classe d'âge dans les CDAG
Prévalence du portage de l'antigène HBs et des anticorps anti-HBc

2.2. Recours à l'IVG et grossesses non prévues

Recours à l'IVG

Nombre total d'IVG (instrumentales et médicamenteuses)
Répartition des IVG selon la technique utilisée
Nombre d'IVG médicamenteuses réalisées "en ville"
Estimation du taux de recours à l'IVG chez les femmes de 15-49 ans
Répartition des IVG selon l'âge de la femme
Proportion de femmes déclarant avoir eu recours à l'IVG au cours de la vie
Répartition des IVG selon la durée de gestation en semaines d'aménorrhée (SA)

Répartition du nombre d'IVG réalisées chez les femmes réalisant une IVG
Proportion de femmes ayant déjà eu une IVG antérieure
Nombre total d'IVG réalisées par femmes selon l'âge à l'IVG

Grossesses non prévues

Proportion de femmes ayant recours à l'IVG et prenant une contraception

2.3. Violences faites aux femmes

Violences conjugales

Proportion de femmes ayant déclaré des violences conjugales au cours des 12 derniers mois selon le type de violences
Proportion de femmes ayant déclaré des violences conjugales au cours des 12 derniers mois selon le degré de violence
Proportion de femmes vivant en couple déclarant des violences conjugales au cours des 12 derniers mois selon le niveau de gravité des violences et selon l'âge
Proportion de jeunes filles de 18 à 21 ans victimes de violences au sein du couple
Proportion de femmes victimes de violences conjugales au cours des 12 derniers mois selon leur situation d'emploi
Proportion de femmes se déclarant une détresse psychologique selon le niveau de violence conjugale
Proportion déclarant un indice de stress post-traumatique élevé selon le niveau de violence conjugale
Proportion de femmes déclarant consommer des psychotropes selon le niveau de violences conjugales
Proportion de femmes ayant plus de cinq recours chez le généraliste au cours de 12 derniers mois selon le niveau de violences conjugales
Taux d'appels de la population féminine majeure au numéro vert dédié aux victimes de violences conjugales
Répartition des recours des femmes victimes de violences conjugales selon le type de violence
Nombre de violences au sein du couple enregistrées par la Préfecture de police
Nombre de procédures et mains courantes pour violences au sein du couple
Répartition des auteurs incriminés dans les procédures judiciaires pour violences au sein du couple

Violences sexuelles

Proportion de personnes déclarant avoir été victimes de violences sexuelles parmi les hommes et les femmes
Répartition des auteurs par type d'agressions sexuelles
Proportion des agressions répétées parmi les femmes victimes de violences sexuelles
Nombre de plaintes déposées en justice pour agression sexuelle

Mariages forcés

Absence d'indicateur quantitatif

Mutilations sexuelles féminines

Proportion de filles et jeunes filles vivant en France et venant, ou dont les parents viennent d'un pays où se pratiquent les mutilations sexuelles féminines en risque d'excision
Pourcentage de femmes excisées vivant en France intéressées par un recours à la chirurgie réparatrice

2.4. Conduites addictives

Consommation de tabac

Proportion de fumeurs quotidiens chez les jeunes de 15-24 ans
Proportion de fumeurs quotidiens chez les jeunes de 25-49 ans

Consommation d'alcool

Proportion de consommateurs d'alcool à risque (test de l'Audit C) chez les jeunes de 15-24 ans
Proportion de consommateurs d'alcool à risque (test de l'Audit C) chez les jeunes de 25-49 ans
Proportion de personnes de 17 ans ayant des consommations régulières d'alcool
Proportion de personnes de 17 ans déclarant des ivresses répétées au cours de l'année
Proportion de personnes de 17 ans déclarant des alcoolisations ponctuelles sévères et répétées

Consommation de cannabis

Proportion de personnes de 17 ans déclarant avoir déjà consommé du cannabis

Proportion de consommateurs réguliers de cannabis (au moins dix fois au cours des 12 derniers mois) chez les 15-24 ans

Proportion de consommateurs réguliers de cannabis (au moins dix fois au cours des 12 derniers mois) chez les 25-49 ans

Polyconsommation

Pourcentage de fumeurs quotidiens et consommateurs d'alcool à risque chez les Parisiens de 15-24 ans selon le niveau de consommation de cannabis

Pourcentage de fumeurs quotidiens et consommateurs d'alcool à risque chez les Parisiens de 25-49 ans selon le niveau de consommation de cannabis

3. Grossesse et maternité

3.1. Grossesse et vulnérabilité

Suivi de grossesse

Part des femmes consultant au-delà du premier trimestre de la grossesse

Part des femmes consultant au-delà du premier trimestre de la grossesse selon le niveau d'études

Part des femmes ayant eu moins de 7 consultations prénatales

Part des femmes ayant bénéficié d'une préparation à la naissance

Couverture sociale

Répartition des femmes parisiennes lors du premier contact avec les structures d'accueil de la PMI en maternité selon leur type de couverture sociale

Part des femmes sans couverture sociale lors de l'inscription en maternité

Hébergement d'urgence

Répartition des types de recours des services sociaux des maternités en vue de régler un problème d'hébergement

Accompagnement en périnatalité

Nombre de mères et d'enfants de moins de 3 ans accueillis en centre maternel

Répartition par âge des mères accueillies en centre maternel

Nombre de visites à domicile et de femmes rencontrées par les sages-femmes de PMI

Grossesse et violences conjugales

Absence d'indicateurs quantitatifs

Grossesse et addictions

Pourcentage de consommatrices de tabac avant la grossesse

Pourcentage de consommatrices de tabac au cours de la grossesse

Pourcentage de femmes ayant modifié leur comportement tabagique lors de la grossesse

Proportion de femmes ayant une consommation «zéro alcool » selon le milieu social

Absence d'indicateurs quantitatifs pour les autres consommations de produits psychoactifs

Femmes enceintes séropositives au VIH

Caractéristiques des femmes enceintes séropositives au VIH (origine géographique, parité, moment de découverte de la séropositivité)

Suivi des femmes enceintes séropositives au VIH (existence d'un traitement)

Accouchement sous X

Nombre de naissances sous le secret

Taux de naissances sous le secret

3.2. Dépistage des anomalies chromosomiques et des malformations

Dépistages de la trisomie 21

Part des femmes ayant eu dosage sanguin maternel pour le dépistage de la trisomie 21
Nombre de cas de trisomie 21 dépistés par les marqueurs sériques

Dépistages échographiques au cours de la grossesse

Nombre d'échographies réalisées au cours de la grossesse selon le trimestre de la 1^{ère} consultation
Part des naissances ayant eu une mesure de la clarté nucale
Part des naissances ayant eu une échographie morphologique

Prélèvement cytogénétique invasif

Part des femmes ayant eu un prélèvement cytogénétique
Nombre de cas de trisomie 21 identifiés
Nombre de cas d'anomalies chromosomiques identifiées

Interruptions volontaires de grossesse pour motif médical

Taux d'IMG selon la pathologie chromosomique
Répartition des indications des attestations délivrées en vue d'une IMG
Répartition du terme de la grossesse lors de la délivrance des attestations pour interruption volontaire de grossesse pour motif médical

3.3. Assistance médicale à la procréation (AMP) et grossesses multiples

Assistance médicale à la procréation (AMP)

Taux de naissances issues de l'AMP
Nombre de tentatives d'aide médicale à la procréation réalisées selon la technique et l'origine des gamètes
Répartition des tentatives d'aides médicales à la procréation pour les inséminations artificielles et les fécondations in vitro selon l'âge des femmes
Proportion des aides médicales à la procréation avec prise en charge du risque viral
Part des femmes ayant eu au moins une FIV rapportées au nombre de naissances vivantes
Part des accouchements multiples et transferts de plus de deux embryons dans les AMP intraconjugales

Grossesses multiples

Taux d'accouchements doubles
Pourcentage d'enfants issus d'une grossesse multiple selon l'âge de leur mère
Taux de prématurité selon le nombre de fœtus

3.4. Pathologies de la grossesse, accouchement et post-partum

Pathologies et environnement de la grossesse

Proportion de femmes ayant présenté une pathologie au cours de la grossesse (global et selon la pathologie)
Proportion de femmes ayant été hospitalisées au cours de la grossesse
Proportion de femmes ayant une activité au cours de la grossesse

Accouchement

Proportion d'accouchements à domicile parmi l'ensemble des accouchements
Part des femmes ayant eu un accouchement déclenché
Part des femmes ayant eu une césarienne
Taux d'accouchements par césarienne selon l'âge et la parité
Part des femmes ayant eu une péridurale lors de l'accouchement
Répartition des types d'anesthésie selon la parité

Suites de couches

Part des femmes ayant une hémorragie de la délivrance
Durée moyenne de séjour en maternité
Nombre de femmes ayant eu une hospitalisation à domicile en post-partum et motif

Suivi du post-partum

Prévalence de syndrome dépressif post-natal

Répartition des motifs à l'origine d'une hospitalisation mère-bébé

4. Santé de l'enfant

4.1. L'enfant à la naissance

Indicateurs de risques pour le nouveau-né

Taux de prématurité et de grande prématurité

Taux d'enfants nés avec un petit poids de naissance

Taux d'enfants transférés à la naissance

Taux d'enfants présentant un score d'APGAR à 10 à 1 minute et à 5 minutes

Répartition des termes de naissance des enfants selon le type obstétrico-pédiatrique des maternités

Dépistages en période néonatale

Nombre de dépistages effectués et nombre de cas de drépanocytose, proportion des cas dépistés

Nombre de dépistages effectués et nombre de cas de phénylcétonurie, proportion des cas dépistés

Nombre de dépistages effectués et nombre de cas d'hypothyroïdie congénitale, proportion des cas dépistés

Nombre de dépistages effectués et nombre de cas d'hyperplasie des surrénales, proportion des cas dépistés

Nombre de dépistages effectués et nombre de cas de mucoviscidose, proportion des cas dépistés

Taux d'enfants ayant eu un test de l'audition à la naissance et proportion de test entraînant une surveillance

4.2. Nutrition et pathologies associées

Allaitement maternel

Taux d'intention d'allaiter

Durée moyenne de l'allaitement

Pourcentage d'enfants allaités à la fin de chaque mois de vie jusqu'à 8 mois parmi les enfants allaités à la naissance

Surpoids et obésité

Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants scolarisés en grande section de maternelle

Prévalence selon le type de quartier de scolarisation

Santé bucco-dentaire

Pourcentage d'enfants de 5 ans ayant consulté un chirurgien dentiste

Pourcentage d'enfants ayant eu recours au dépistage bucco-dentaire à l'âge de 6 ans

Taux de couverture du dépistage bucco-dentaire enfants scolarisés en GSM, enfants scolarisés en CP dans le secteur public et en CP dans le secteur privé

Taux d'enfants totalement indemnes lors des dépistages bucco-dentaires réalisés à l'école

Taux d'enfants présentant des caries actives (1 à 3 caries et 4 ou plus) lors des dépistages bucco-dentaires réalisés à l'école

Anémie par carence en fer

Taux d'enfants présentant une anémie par carence en fer

4.3. Vaccinations

Vaccination contre la tuberculose

Taux de couverture vaccinale par le BCG

Taux de couverture vaccinale par le BCG selon le lieu de consultation lors de l'examen donnant lieu à un certificat de santé

Vaccination contre l'hépatite B

Taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B

Taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B selon le lieu de consultation lors de l'examen donnant lieu à un certificat de santé

Vaccination contre la rougeole

Taux de couverture vaccinale contre la rougeole

Taux de couverture vaccinale contre la rougeole selon le lieu de consultation lors de l'examen donnant lieu à un certificat de santé

4.4. L'enfant et les déficiences

Malformations congénitales

Taux de prévalence des malformations pour mille naissances totales

Taux de prévalence des malformations pour mille naissances vivantes

Taux de prévalence de la trisomie 21 pour mille naissances totales

Taux de prévalence de la trisomie 21 pour mille naissances vivantes

Taux de prévalence des cardiopathies congénitales pour mille naissances totales

Taux de prévalence des cardiopathies congénitales pour mille naissances vivantes

Taux de prévalence des cardiopathies congénitales pour mille naissances totales

Taux de prévalence des cardiopathies congénitales pour mille naissances vivantes

Dépistage des déficiences

Nombre d'enfants dans la file active des Camsp

Répartition des enfants de la file active selon leur âge

Prévalence des déficiences

Prévalence des déficiences sévères, modérés et léger selon la degré de prématurité

Estimation du nombre d'enfants présentant une déficience sévère

Bénéficiaires des aides pour enfant handicapé

Nombre de familles dont un enfant de moins de 6 ans bénéficie d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

Nombre et taux d'enfants de moins de 6 ans bénéficiant d'une AEEH

Proportion d'AEEH concernant des familles à bas revenu

Intégration des enfants handicapés

Nombre d'enfants porteurs de handicap accueillis dans les établissements de la petite enfance

Répartition des enfants accueillis dans les établissements de la petite enfance selon le type de handicap

Pourcentage d'enfants scolarisés à 3 ans parmi les enfants accueillis dans les établissements de la petite enfance

Nombre d'enfants présentant un handicap scolarisé en maternelle et en CLIS

Répartition des types de déficiences des enfants scolarisés en maternelle et en CLIS

Taux d'enfants scolarisés en maternelle présentant un handicap

4.5. L'enfant en danger

Repérage de l'enfance en danger

Nombre de transmissions au conseil général selon leur type

Répartition des enfants par tranches d'âge et selon le type d'information préoccupante (IP)

Proportion d'IP transmises aux autorités judiciaires

Fréquence des principaux facteurs de risque familiaux pour les situations transmises au Procureur

Fréquence des principaux éléments de danger déclencheurs d'une information préoccupante pour les enfants de moins de 6 ans

L'accueil d'urgence

Nombre d'enfants de moins de 6 ans accueillis par le centre d'accueil en urgence

Le placement provisoire

Nombre d'enfants concernés par une mesure de placement provisoire, dont nombre d'enfants de moins de 6 ans

Taux d'enfants de 0 à 5 ans confiés à l'ASE

Nombre et proportion d'enfants de 0 à 5 ans placés sur décision judiciaire ou administrative

Nombre d'enfants de 0 à 5 ans accueillis à l'ASE en placement familial

Nombre d'enfants de 0 à 5 ans accueillis à l'ASE en établissement

L'aide à domicile

Nombre et taux d'enfants de 0 à 5 ans suivis en mesure éducative à domicile (AED)

Nombre et taux d'enfants de 0 à 5 ans suivis en milieu ouvert (AEMO)

Proportion de mesures judiciaires et administratives

4.6. Saturnisme infantile

L'habitat indigne

Nombre de résidences privées potentiellement indignes

Part des logements privés potentiellement indignes dans le parc privé

Nombre de logements aidés annuellement par l'Agence Nationale de l'amélioration de l'habitat

Logements antérieurs à 1949

Nombre de résidences principales construites avant 1949

Part des résidences principales construites avant 1949

Dépistage du saturnisme chez l'enfant de moins de 6 ans

Nombre de plombémies de primo-dépistage chez l'enfant de moins de 6 ans

Nombre total de plombémies chez l'enfant de moins de 6 ans

Part moyenne d'enfants de moins de 6 ans primo-dépistés

Nombre de cas incidents chez l'enfant de moins de 6 ans

Proportion d'enfants ayant une plombémie supérieure ou égale à 100µg/l lors du primo-dépistage chez l'enfant de moins de 6 ans

Répartition des primo-dépistages chez l'enfant de moins de 6 ans selon le prescripteur

4.7. Autres pathologies de l'enfant

Maladies chroniques

Nombre d'enfants de moins de 6 ans admis en Affection Longue Durée (ALD) et répartition selon le motif d'admission

Taux d'incidence des admissions en ALD chez les enfants de moins de 6 ans

Part des enfants scolarisés avec un projet d'accueil individualisé pour maladie chronique en maternelle dans le secteur public

Nombre de diagnostics de cancer chez l'enfant de moins de 6 ans, et répartition selon le type de cancer

Incidence des cancers chez l'enfant de moins de 6 ans

Nombre d'enfants de moins de 6 ans séropositifs au VIH diagnostiqués

Caractéristiques des mères des enfants diagnostiqués

Nombre de diagnostics de SIDA chez l'enfant de moins de 6 ans

L'enfant et l'hôpital

Nombre de recours aux urgences des enfants de moins de 6 ans

Recours moyen aux urgences par classes d'âge

Nombre de séjours hospitaliers chez les moins de 6 ans et nombre d'enfants concernés

Taux d'hospitalisation des enfants de moins de 6 ans par classes d'âge

Taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an pour bronchiolite

Taux d'hospitalisation des enfants de moins de 6 ans pour asthme

Récapitulatif des représentations cartographiques

Réalisation des cartes

Les cartes ont été réalisées avec le logiciel ArcGIS. La méthode de discrétisation utilisée est celle des seuils naturels de Jenks. C'est une méthode de classification qui consiste à choisir les seuils qui maximisent la variance inter-classe et minimisent la variance intra-classe. Elle présente l'avantage de produire des classes homogènes et une représentation fidèle à la distribution d'origine. Le nombre de classe varie entre 4 et 5 pour optimiser la lisibilité de la carte.

1. Contexte socio-démographique

1.1. Population

Carte 1 : Part des enfants de moins de 6 ans à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006

Carte 2 : Part des enfants de moins de 6 ans dans les grands quartiers parisiens en 2006

Carte 3 : Part des jeunes de 15-24 ans à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006

Carte 4 : Part des jeunes de 18-24 ans dans les grands quartiers parisiens en 2006

Carte 5 : Effectifs et part des femmes de 15-44 ans dans la population totale des grands quartiers parisiens en 2006

Carte 6 : Part des personnes de nationalité étrangère dans la population des grands quartiers parisiens en 2006

Carte 7 : Effectifs et répartition des étrangers selon leur nationalité dans les arrondissements parisiens en 2006

1.2. Fécondité et natalité

Carte 1 : Proportion de naissances de mères de 38 ans ou plus à Paris par arrondissement en 2008

1.3. Mortalité

Carte 1 : Espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2003-2007

Carte 2 : Taux de mortalité infantile en 2004-2008 à Paris par arrondissement

1.4. Composition des ménages et des familles, modes de garde des enfants

Carte 1 : Part des enfants de 0-5 ans vivant dans une famille monoparentale à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006

Carte 2 : Part des enfants de 0-5 ans vivant dans une famille dont la personne de référence est étrangère à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006

1.5. Contexte socio-économique

Carte 1 : Revenu fiscal médian par unité de consommation à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006

Carte 2 : Proportion de femmes actives de 15-49 ans ayant un emploi de cadres parmi l'ensemble des femmes actives de 15-49 ans ayant un emploi, à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006

1.6. Populations en situation de vulnérabilité

Carte 1 : Part des familles bénéficiaires du RMI dans les grands quartiers parisiens en 2008

Carte 2 : Part des familles monoparentales bénéficiaires de l'API dans les grands quartiers parisiens en 2008

Carte 3 : Part de la population couverte par le régime général bénéficiaire de la CMU-C dans les grands quartiers parisiens en 2009

Carte 4 : Part des familles parisiennes ayant fait une demande de logement social à Paris par arrondissement en 2008

3. Grossesse et maternité

3.1. Grossesse et vulnérabilité

Carte 1 : Consultation au-delà du premier trimestre de la grossesse selon les données de premiers certificats de santé à Paris par arrondissement en 2008

Carte 2 : Préparation à la naissance selon les données des premiers certificats de santé à Paris par arrondissement en 2008

3.2. Dépistage des anomalies chromosomiques et des malformations

Carte 1 : Naissances ayant bénéficié d'une mesure de la clarté nucale selon les données des premiers certificats de santé à Paris par arrondissement en 2008

3.3. Assistance médicale à la procréation (AMP) et grossesses multiples

Carte 1 : Femmes ayant eu au moins une FIV rapportées au nombre de naissances à Paris par arrondissement

3.4. Pathologies de la grossesse, accouchement et post-partum

Carte 1 : Accouchements par césarienne selon les données des premiers certificats de santé à Paris par arrondissement en 2008

4. Santé de l'enfant

4.1. L'enfant à la naissance

Carte 1 : Prématurité (<37 SA) selon les données des premiers certificats de santé à Paris par arrondissement en 2008

4.2. Nutrition et pathologies associées

Carte 1 : Intention d'allaiter selon les données des premiers certificats de santé à Paris par arrondissement en 2008

4.3. Vaccinations

Carte 1 : Couverture vaccinale par le BCG des enfants parisiens vus en 2009 au centre d'examens de santé de la CPAM de Paris à l'âge de 12-18 mois

Carte 2 : Absence totale de vaccination contre l'hépatite B chez les enfants parisiens vus en 2009 au centre d'examens de santé de la CPAM de Paris à l'âge de 42-54 mois

4.6. Saturnisme infantile

Carte 1 : Part de logements privés potentiellement indignes dans le parc privé en Ile-de-France pour l'année 2003

Carte 2 : Nombre de résidences principales antérieures à 1949 à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune en 2006

Carte 3 : Evolution du nombre de résidences principales antérieures à 1949 à Paris par arrondissement entre 1999 et 2006

Carte 4 : Taux annuel moyen d'enfants de moins de 6 ans primo-dépistés à Paris par arrondissement et en proche couronne par commune sur la période 2005-2006

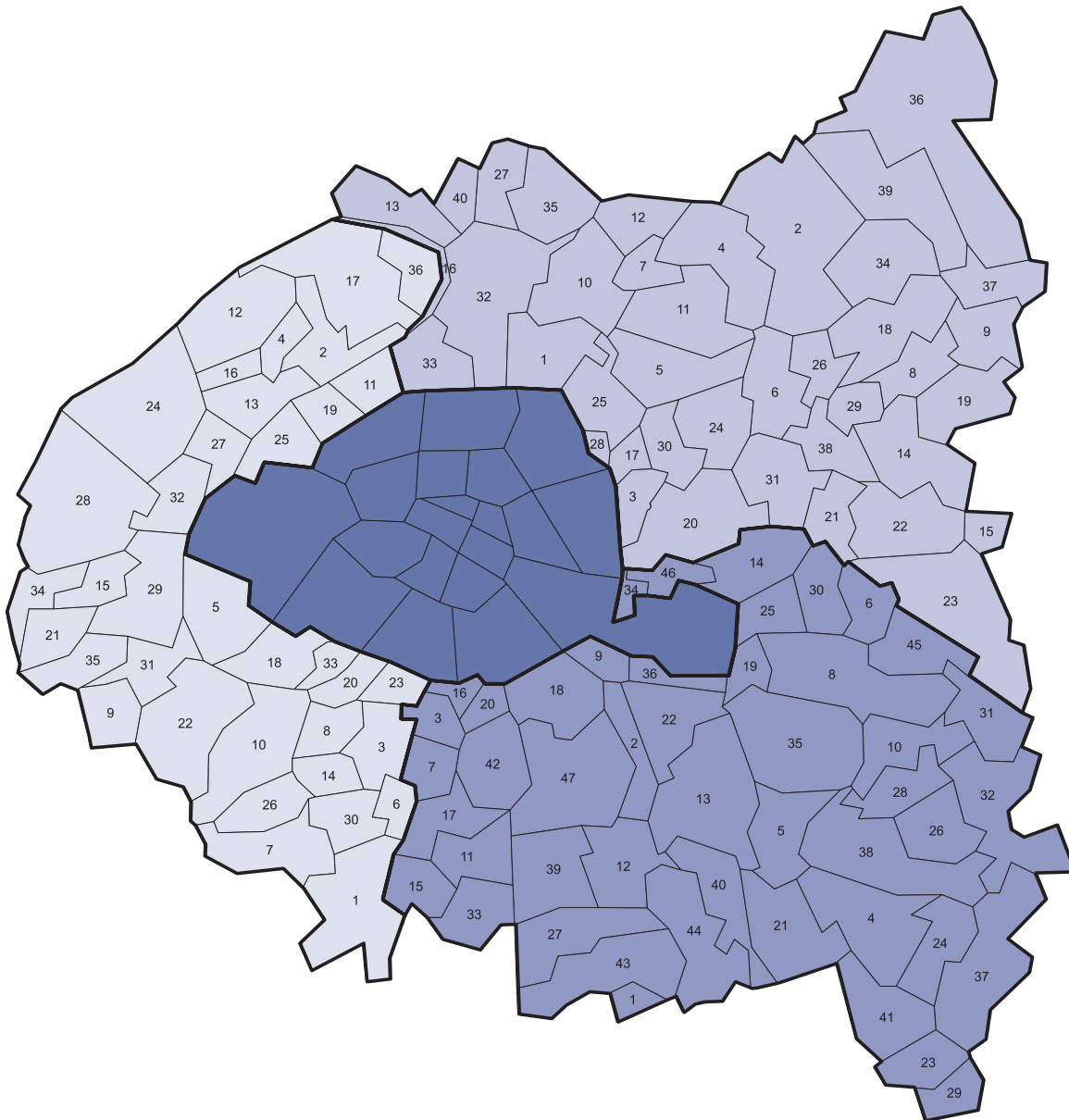
4.7. Autres pathologies de l'enfant

Carte 1 : Recours aux urgences hospitalières des enfants parisiens de 0 à 2 ans pour 100 enfants à Paris par arrondissement en 2008

Cartes et tableaux complémentaires des données de population

A. Localisation des communes de proche couronne

Carte.1 Communes de proche couronne



Tab.1 Communes des Hauts-de-Seine

Hauts-de-Seine					
1	Antony	13	Courbevoie	25	Neuilly-sur-Seine
2	Asnières-sur-Seine	14	Fontenay-aux-Roses	26	Le Plessis-Robinson
3	Bagneux	15	Garches	27	Puteaux
4	Bois-Colombes	16	La Garenne-Colombes	28	Rueil-Malmaison
5	Boulogne-Billancourt	17	Gennevilliers	29	Saint-Cloud
6	Bourg-la-Reine	18	Issy-les-Moulineaux	30	Sceaux
7	Châtenay-Malabry	19	Levallois-Perret	31	Sèvres
8	Châtillon	20	Malakoff	32	Suresnes
9	Chaville	21	Marnes-la-Coquette	33	Vanves
10	Clamart	22	Meudon	34	Vaucresson
11	Clichy	23	Montrouge	35	Ville-d'Avray
12	Colombes	24	Nanterre	36	Villeneuve-la-Garenne

Tab.2 Communes de Seine-Saint-Denis

Seine-Saint-Denis					
1	Aubervilliers	15	Gournay-sur-Marne	29	Le Raincy
2	Aulnay-sous-Bois	16	L'Île-Saint-Denis	30	Romainville
3	Bagnolet	17	Les Lilas	31	Rosny-sous-Bois
4	Le Blanc-Mesnil	18	Livry-Gargan	32	Saint-Denis
5	Bobigny	19	Montfermeil	33	Saint-Ouen
6	Bondy	20	Montreuil	34	Sevran
7	Le Bourget	21	Neuilly-Plaisance	35	Stains
8	Clichy-sous-Bois	22	Neuilly-sur-Marne	36	Tremblay-en-France
9	Coubron	23	Noisy-le-Grand	37	Vaujours
10	La Courneuve	24	Noisy-le-Sec	38	Villemomble
11	Drancy	25	Pantin	39	Villepinte
12	Dugny	26	Les Pavillons-sous-Bois	40	Villetaneuse
13	Épinay-sur-Seine	27	Pierrefitte-sur-Seine		
14	Gagny	28	Le Pré-Saint-Gervais		

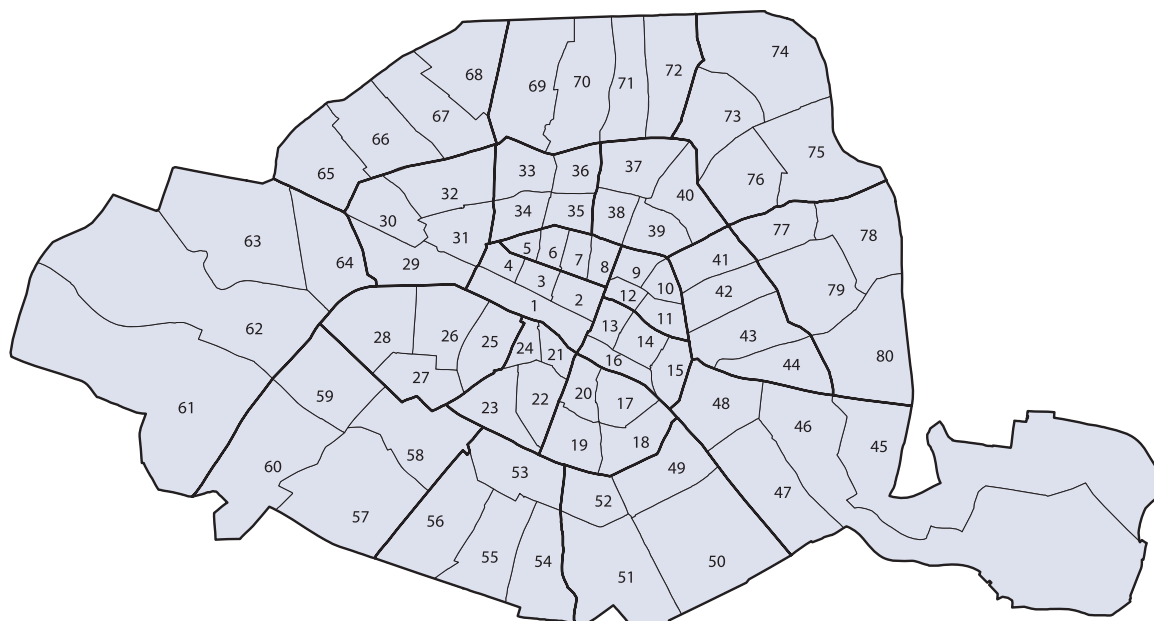
Tab.3 Communes du Val-de-Marne

Val-de-Marne					
1	Ablon-sur-Seine	17	L'Haÿ-les-Roses	33	Rungis
2	Alfortville	18	Ivry-sur-Seine	34	Saint-Mandé
3	Arcueil	19	Joinville-le-Pont	35	Saint-Maur-des-Fossés
4	Boissy-Saint-Léger	20	Le Kremlin-Bicêtre	36	Saint-Maurice
5	Bonneuil-sur-Marne	21	Limeil-Brévannes	37	Santeny
6	Bry-sur-Marne	22	Maisons-Alfort	38	Sucy-en-Brie
7	Cachan	23	Mandres-les-Roses	39	Thiais
8	Champigny-sur-Marne	24	Marolles-en-Brie	40	Valenton
9	Charenton-le-Pont	25	Nogent-sur-Marne	41	Villecresnes
10	Chennevières-sur-Marne	26	Noiseau	42	Villejuif
11	Chevilly-Larue	27	Orly	43	Villeneuve-le-Roi
12	Choisy-le-Roi	28	Ormesson-sur-Marne	44	Villeneuve-Saint-Georges
13	Créteil	29	Périgny	45	Villiers-sur-Marne
14	Fontenay-sous-Bois	30	Le Perreux-sur-Marne	46	Vincennes
15	Fresnes	31	Le Plessis-Tréville	47	Vitry-sur-Seine
16	Gentilly	32	La Queue-en-Brie		

Source : Insee, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

B. Localisation des grands quartiers parisiens

Carte.2 Grands quartiers parisiens



Source : Insee, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.4 Grands quartiers parisiens

Arrondissement	Code	Libellé	Arrondissement	Code	Libellé	Arrondissement	Code	Libellé
1er arrondissement	1	Saint-Germain l'Auxerrois	8e arrondissement	29	Champs Elysées	15e arrondissement	57	Saint-Lambert
	2	Les Halles		30	Faubourg du Roule		58	Necker
	3	Palais Royal		31	Madeleine		59	Grenelle
	4	Place Vendome		32	Europe		60	Javel
2e arrondissement	5	Gaillon	9e arrondissement	33	Saint-Georges	16e arrondissement	61	Auteuil
	6	Vivienne		34	Chaussee d'Antin		62	Muette
	7	Mail		35	Faubourg Montmartre		63	Porte Dauphine
3e arrondissement	8	Bonne Nouvelle	10e arrondissement	36	Rochechouart		64	Chaillot
	9	Arts et Metiers		37	Saint-Vincent de Paul	65	Ternes	
	10	Enfants Rouges		38	Porte Saint-Denis	66	Plaine Monceau	
4e arrondissement	11	Les Archives	11e arrondissement	39	Porte Saint-Martin	17e arrondissement	67	Batignolles
	12	Sainte-Avoye		40	Hopital Saint-Louis		68	Epinettes
	13	Saint-Merri		41	Folie Méricourt		69	Grandes Carrières
	14	Saint-Gervais		42	Saint-Ambroise		70	Clignancourt
5e arrondissement	15	Arsenal	12e arrondissement	43	Roquette	18e arrondissement	71	Goutte d'Or
	16	Notre Dame		44	Sainte-Marguerite		72	Chapelle
	17	Saint-Victor		45	Bel Air		73	Villette
	18	Jardin des Plantes		46	Picpus		74	Pont de Flandre
6e arrondissement	19	Val de Grace	13e arrondissement	47	Bercy	19e arrondissement	75	Amérique
	20	Sorbonne		48	Quinze Vingts		76	Combat
	21	Monnaie		49	Salpêtrière		77	Belleville
	22	Odeon		50	Gare		78	Saint-Fargeau
7e arrondissement	23	Notre Dame des Champs	14e arrondissement	51	Maison Blanche	20e arrondissement	79	Père Lachaise
	24	Saint-Germain des Prés		52	Croulebarbe		80	Charonne
	25	Saint-Thomas d'Aquin		53	Montparnasse			
	26	Invalides		54	Parc de Montsouris			
	27	Ecole Militaire		55	Petit Montrouge			
	28	Gros Caillou		56	Plaisance			

Source : Insee, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

C. Enfants à Paris et en proche couronne

Tab.5 Effectif des 0-2 ans, des 3-5 ans, des 0-5 ans et part des 0-5 ans dans la population totale des arrondissements parisiens en 2006

	0-2 ans	3-5 ans	0-5 ans	Part des 0-5 ans en %
1 ^{er} arrondissement	556	419	975	5,5
2 ^{ème} arrondissement	733	643	1 376	6,5
3 ^{ème} arrondissement	1 110	895	2 005	5,8
4 ^{ème} arrondissement	815	612	1 428	4,9
5 ^{ème} arrondissement	1 568	1 320	2 888	4,7
6 ^{ème} arrondissement	1 056	998	2 054	4,5
7 ^{ème} arrondissement	1 427	1 440	2 867	5,1
8 ^{ème} arrondissement	1 286	1 218	2 504	6,4
9 ^{ème} arrondissement	2 054	1 739	3 794	6,5
10 ^{ème} arrondissement	3 458	3 141	6 599	7,2
11 ^{ème} arrondissement	5 091	3 979	9 069	6,0
12 ^{ème} arrondissement	4 435	3 913	8 348	5,9
13 ^{ème} arrondissement	5 497	4 982	10 479	5,9
14 ^{ème} arrondissement	3 991	3 525	7 517	5,6
15 ^{ème} arrondissement	7 601	6 441	14 042	6,0
16 ^{ème} arrondissement	4 456	4 255	8 710	5,7
17 ^{ème} arrondissement	5 753	5 003	10 755	6,7
18 ^{ème} arrondissement	7 541	6 345	13 886	7,3
19 ^{ème} arrondissement	7 967	7 599	15 565	8,4
20 ^{ème} arrondissement	7 582	6 875	14 457	7,5

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab. 6 Effectif des 0-2 ans, des 3-5 ans, des 0-5 ans et part des 0-5 ans dans la population totale des communes des Hauts-de-Seine en 2006

Code	Libellé	0-2 ans	3-5 ans	0-5 ans	Part des 0-5 ans en %
1	Antony	2 259	2 244	4 502	7,4
2	Asnières-sur-Seine	4 460	3 879	8 339	10,1
3	Bagneux	1 710	1 619	3 330	8,6
4	Bois-Colombes	1 189	1 106	2 295	8,5
5	Boulogne-Billancourt	4 334	3 838	8 172	7,4
6	Bourg-la-Reine	716	742	1 458	7,5
7	Châtenay-Malabry	1 437	1 347	2 784	8,7
8	Châtillon	1 396	1 210	2 606	8,1
9	Chaville	684	675	1 359	7,3
10	Clamart	1 846	1 966	3 813	7,5
11	Clichy	2 661	2 430	5 091	8,9
12	Colombes	4 007	3 806	7 813	9,5
13	Courbevoie	4 037	3 480	7 517	8,9
14	Fontenay-aux-Roses	987	950	1 937	8,1
15	Garches	764	799	1 564	8,6
16	La Garenne-Colombes	1 286	1 021	2 306	8,5
17	Gennevilliers	1 986	1 933	3 920	9,1
18	Issy-les-Moulineaux	2 843	2 630	5 473	8,9
19	Levallois-Perret	2 779	2 457	5 236	8,3
20	Malakoff	1 122	1 192	2 314	7,6
21	Marnes-la-Coquette	61	77	139	8,1
22	Meudon	1 682	1 714	3 396	7,6
23	Montrouge	2 095	1 531	3 626	8,0
24	Nanterre	4 385	3 975	8 361	9,5
25	Neuilly-sur-Seine	2 158	2 101	4 259	6,9
26	Le Plessis-Robinson	968	967	1 935	8,3
27	Puteaux	1 833	1 675	3 508	8,2
28	Rueil-Malmaison	3 352	3 326	6 678	8,6
29	Saint-Cloud	1 208	1 210	2 419	8,2
30	Sceaux	575	611	1 186	6,1
31	Sèvres	1 001	999	2 000	8,4
32	Suresnes	2 146	2 046	4 192	9,5
33	Vanves	975	956	1 931	7,2
34	Vaucresson	360	373	733	8,6
35	Ville-d'Avray	391	477	868	7,7
36	Villeneuve-la-Garenne	1 317	1 305	2 622	10,7

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.7 Effectif des 0-2 ans, des 3-5 ans, des 0-5 ans et part des 0-5 ans dans la population totale des communes de Seine-Saint-Denis en 2006

Code	Libellé	0-2 ans	3-5 ans	0-5 ans	Part des 0-5 ans en %
1	Aubervilliers	3 994	3 694	7 689	10,5
2	Aulnay-sous-Bois	4 038	3 952	7 990	9,8
3	Bagnolet	1 773	1 470	3 243	9,5
4	Le Blanc-Mesnil	2 611	2 444	5 055	9,9
5	Bobigny	2 506	2 497	5 002	10,5
6	Bondy	2 637	2 683	5 319	10,0
7	Le Bourget	720	531	1 251	9,8
8	Clichy-sous-Bois	2 023	1 784	3 807	12,9
9	Coubron	146	182	328	7,1
10	La Courneuve	2 000	1 939	3 938	10,6
11	Drancy	3 100	2 756	5 856	8,9
12	Dugny	642	577	1 219	11,5
13	Épinay-sur-Seine	2 775	2 687	5 462	10,6
14	Gagny	1 694	1 632	3 326	8,8
15	Gournay-sur-Marne	201	208	408	6,6
16	L'Île-Saint-Denis	385	398	783	10,9
17	Les Lilas	965	880	1 845	8,4
18	Livry-Gargan	1 767	1 597	3 364	8,1
19	Montfermeil	1 187	1 266	2 453	9,4
20	Montreuil	4 588	4 089	8 678	8,5
21	Neuilly-Plaisance	835	765	1 601	8,0
22	Neuilly-sur-Marne	1 468	1 583	3 052	9,1
23	Noisy-le-Grand	2 688	2 508	5 196	8,5
24	Noisy-le-Sec	1 835	1 790	3 624	9,4
25	Pantin	2 630	2 311	4 941	9,2
26	Les Pavillons-sous-Bois	877	867	1 744	8,6
27	Pierrefitte-sur-Seine	1 357	1 386	2 743	10,0
28	Le Pré-Saint-Gervais	888	776	1 664	9,7
29	Le Raincy	513	456	969	6,9
30	Romainville	1 259	1 176	2 435	9,7
31	Rosny-sous-Bois	1 924	1 763	3 687	9,0
32	Saint-Denis	5 684	5 011	10 695	10,9
33	Saint-Ouen	2 148	1 891	4 039	9,4
34	Sevran	2 805	2 675	5 480	10,7
35	Stains	1 681	1 787	3 468	10,0
36	Tremblay-en-France	1 429	1 568	2 997	8,5
37	Vaujours	254	242	497	8,3
38	Villemomble	1 189	1 149	2 338	8,2
39	Villepinte	1 704	1 600	3 305	9,3
40	Villetaneuse	647	645	1 292	10,9

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.7 Effectif des 0-2 ans, des 3-5 ans, des 0-5 ans et part des 0-5 ans dans la population totale des communes du Val-de-Marne en 2006

Code	Libellé	0-2 ans	3-5 ans	0-5 ans	Part des 0-5 ans en %
1	Ablon-sur-Seine	242	203	445	8,6
2	Alfortville	2 158	1 924	4 081	9,5
3	Arcueil	808	622	1 431	7,5
4	Boissy-Saint-Léger	755	773	1 528	9,4
5	Bonneuil-sur-Marne	726	750	1 475	9,0
6	Bry-sur-Marne	535	570	1 105	7,4
7	Cachan	1 096	1 010	2 105	7,6
8	Champigny-sur-Marne	3 273	3 261	6 534	8,7
9	Charenton-le-Pont	1 159	1 269	2 428	8,6
10	Chennevières-sur-Marne	804	698	1 502	8,5
11	Chevilly-Larue	767	696	1 463	7,9
12	Choisy-le-Roi	1 746	1 498	3 244	9,0
13	Créteil	4 251	4 137	8 388	9,4
14	Fontenay-sous-Bois	2 162	2 085	4 248	8,2
15	Fresnes	1 121	974	2 095	8,2
16	Gentilly	713	658	1 371	8,0
17	L'Haÿ-les-Roses	1 186	1 229	2 415	7,9
18	Ivry-sur-Seine	2 386	2 064	4 450	8,0
19	Joinville-le-Pont	650	582	1 232	7,2
20	Le Kremlin-Bicêtre	1 234	966	2 200	8,6
21	Limeil-Brévannes	794	843	1 636	8,6
22	Maisons-Alfort	1 928	1 826	3 754	7,1
23	Mandres-les-Roses	135	138	273	6,4
24	Marolles-en-Brie	150	190	340	6,7
25	Nogent-sur-Marne	1 206	1 128	2 334	7,6
26	Noisieu	161	165	327	7,6
27	Orly	997	816	1 813	8,6
28	Ormesson-sur-Marne	320	358	678	6,9
29	Périgny	72	104	176	7,9
30	Le Perreux-sur-Marne	1 162	1 142	2 303	7,2
31	Le Plessis-Trévisé	721	741	1 462	8,3
32	La Queue-en-Brie	512	602	1 114	9,8
33	Rungis	200	220	420	7,4
34	Saint-Mandé	912	813	1 725	7,8
35	Saint-Maur-des-Fossés	2 578	2 513	5 091	6,8
36	Saint-Maurice	731	607	1 338	9,2
37	Santeny	117	145	261	7,4
38	Sucy-en-Brie	953	1 046	1 999	7,6
39	Thiais	915	1 094	2 008	6,9
40	Valenton	629	625	1 254	10,4
41	Villecresnes	296	340	636	6,9
42	Villejuif	2 241	2 138	4 378	8,7
43	Villeneuve-le-Roi	751	848	1 599	8,6
44	Villeneuve-Saint-Georges	1 675	1 489	3 165	10,4
45	Villiers-sur-Marne	1 292	1 408	2 700	9,2
46	Vincennes	2 002	1 605	3 607	7,6
47	Vitry-sur-Seine	3 807	3 546	7 352	8,9

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

D. Enfants des grands quartiers parisiens

Tab.8A Effectif des 0-2 ans, des 3-5 ans, des 0-5 ans et part des 0-5 ans dans la population totale des grands quartiers parisiens du 1er au 10 arrondissements en 2006

Arrondissement	Code	Libellé	0-2 ans	3-5 ans	0-5 ans	Part des 0-5 ans en %
1er arrondissement	1	Saint-Germain l'Auxerrois	65	64	129	7,0
	2	Les Halles	317	214	530	5,5
	3	Palais Royal	98	54	152	4,7
	4	Place Vendome	77	87	164	5,5
2e arrondissement	5	Gaillon	53	20	72	5,8
	6	Vivienne	129	122	251	8,0
	7	Mail	230	187	417	6,9
	8	Bonne Nouvelle	322	313	635	5,9
3e arrondissement	9	Arts et Metiers	338	271	609	6,2
	10	Enfants Rouges	287	209	496	5,5
	11	Les Archives	227	205	432	5,2
4e arrondissement	12	Sainte-Avoye	258	210	468	6,2
	13	Saint-Merri	205	147	353	5,6
	14	Saint-Gervais	225	155	381	3,7
	15	Arsenal	327	253	580	6,2
5e arrondissement	16	Notre Dame	57	57	114	3,4
	17	Saint-Victor	316	283	600	4,9
	18	Jardin des Plantes	517	396	913	5,0
	19	Val de Grace	497	430	927	4,5
6e arrondissement	20	Sorbonne	238	210	449	4,3
	21	Monnaie	138	77	216	3,5
	22	Odeon	176	260	436	4,8
	23	Notre Dame des Champs	625	547	1 172	4,8
7e arrondissement	24	Saint-Germain des Prés	116	114	230	4,3
	25	Saint-Thomas d'Aquin	214	265	479	4,0
	26	Invalides	151	164	316	4,9
	27	Ecole Militaire	278	300	578	4,5
8e arrondissement	28	Gros Caillou	784	710	1 494	5,9
	29	Champs Elysées	78	107	185	4,6
	30	Faubourg du Roule	321	282	602	5,9
	31	Madeleine	189	164	353	6,5
9e arrondissement	32	Europe	698	666	1 363	7,0
	33	Saint-Georges	729	586	1 315	6,1
	34	Chaussée d'Antin	172	128	300	6,9
	35	Faubourg Montmartre	541	402	943	7,6
10e arrondissement	36	Rochechouart	613	623	1 236	6,2
	37	Saint-Vincent de Paul	894	810	1 704	7,6
	38	Porte Saint-Denis	609	573	1 183	7,5
	39	Porte Saint-Martin	809	643	1 452	6,3
	40	Hopital Saint-Louis	1 146	1 115	2 261	7,4

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab. 8B Effectif des 0-2 ans, des 3-5 ans, des 0-5 ans et part des 0-5 ans dans la population totale des grands quartiers parisiens du 11ème au 20ème arrondissements en 2006

Arrondissement	Code	Libellé	0-2 ans	3-5 ans	0-5 ans	Part des 0-5 ans en %
11e arrondissement	41	Folie Méricourt	1 291	1 033	2 324	6,8
	42	Saint-Ambroise	1 135	874	2 009	6,0
	43	Roquette	1 533	1 160	2 693	5,5
	44	Sainte-Marguerite	1 132	911	2 044	5,6
12e arrondissement	45	Bel Air	1 084	1 011	2 096	5,9
	46	Picpus	1 936	1 649	3 585	5,6
	47	Bercy	517	468	985	6,8
	48	Quinze Vingts	898	784	1 682	6,3
13e arrondissement	49	Salpêtrière	580	423	1 003	5,4
	50	Gare	2 479	2 194	4 673	6,3
	51	Maison Blanche	2 014	1 945	3 959	5,9
	52	Croulebarbe	424	419	843	4,4
14e arrondissement	53	Montparnasse	537	380	917	5,2
	54	Parc de Montsouris	442	427	869	4,2
	55	Petit Montrouge	1 248	1 040	2 288	6,0
	56	Plaisance	1 765	1 678	3 443	5,9
15e arrondissement	57	Saint-Lambert	2 953	2 417	5 370	6,3
	58	Necker	1 417	1 102	2 518	5,3
	59	Grenelle	1 537	1 343	2 880	5,9
	60	Javel	1 695	1 579	3 274	6,3
16e arrondissement	61	Auteuil	1 888	1 818	3 706	5,6
	62	Muette	1 316	1 122	2 438	5,8
	63	Porte Dauphine	683	803	1 486	5,4
	64	Chaillot	570	511	1 081	5,8
17e arrondissement	65	Ternes	1 284	1 040	2 324	6,0
	66	Plaine Monceau	1 198	1 315	2 513	6,6
	67	Batignolles	1 501	1 233	2 734	6,8
	68	Epinettes	1 769	1 415	3 184	7,2
18e arrondissement	69	Grandes Carrieres	2 602	1 981	4 583	6,5
	70	Clignancourt	2 423	2 097	4 519	6,8
	71	Goutte d'Or	1 347	1 174	2 521	8,8
	72	Chapelle	1 169	1 094	2 263	9,1
19e arrondissement	73	Villette	2 476	2 210	4 686	8,3
	74	Pont de Flandre	1 412	1 353	2 765	9,5
	75	Amerique	2 374	2 458	4 833	8,2
	76	Combat	1 705	1 578	3 282	7,9
20ème arrondissement	77	Belleville	1 481	1 426	2 907	7,7
	78	Saint-Fargeau	1 885	1 667	3 552	7,9
	79	Pere Lachaise	1 841	1 499	3 340	7,3
	80	Charonne	2 376	2 282	4 658	7,2

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

E. Jeunes à Paris et en proche couronne

Tab.9 Effectif des 15-17 ans, des 18-24 ans, des 15-24 ans et part des 15-24 ans dans la population totale des arrondissements parisiens en 2006

	15-17 ans	18-24 ans	15-24 ans	Part des 15-24 ans en %
1 ^{er} arrondissement	486	1 875	2 360	13,3
2 ^{ème} arrondissement	423	2 453	2 876	13,5
3 ^{ème} arrondissement	796	3 695	4 491	12,9
4 ^{ème} arrondissement	699	2 960	3 660	12,6
5 ^{ème} arrondissement	1 642	9 966	11 608	18,9
6 ^{ème} arrondissement	1 241	6 942	8 183	18,1
7 ^{ème} arrondissement	1 563	6 581	8 145	14,4
8 ^{ème} arrondissement	1 275	4 313	5 588	14,3
9 ^{ème} arrondissement	1 500	6 056	7 556	12,9
10 ^{ème} arrondissement	2 536	9 720	12 256	13,3
11 ^{ème} arrondissement	3 481	16 180	19 662	12,9
12 ^{ème} arrondissement	3 695	13 837	17 532	12,4
13 ^{ème} arrondissement	4 916	20 484	25 400	14,2
14 ^{ème} arrondissement	3 237	16 225	19 462	14,5
15 ^{ème} arrondissement	5 643	25 631	31 274	13,4
16 ^{ème} arrondissement	4 820	14 985	19 805	12,9
17 ^{ème} arrondissement	4 325	15 705	20 030	12,4
18 ^{ème} arrondissement	4 780	18 250	23 030	12,1
19 ^{ème} arrondissement	6 597	18 165	24 761	13,3
20 ^{ème} arrondissement	5 915	18 088	24 003	12,4

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.10 Effectif des 15-17 ans, des 18-24 ans, des 15-24 ans et part des 15-24 ans dans la population totale des communes des Hauts-de-Seine en 2006

Code	Libellé	15-17 ans	18-24 ans	15-24 ans	Part des 15-24 ans en %
1	Antony	2 226	6 252	8 478	26,3
2	Asnières-sur-Seine	2 547	6 903	9 450	27,0
3	Bagneux	1 535	3 618	5 153	29,8
4	Bois-Colombes	857	2 284	3 141	27,3
5	Boulogne-Billancourt	3 069	9 083	12 152	25,3
6	Bourg-la-Reine	711	1 598	2 309	30,8
7	Châtenay-Malabry	1 113	4 293	5 406	20,6
8	Châtillon	1 047	2 417	3 464	30,2
9	Chaville	576	1 577	2 153	26,8
10	Clamart	1 855	4 300	6 155	30,1
11	Clichy	1 715	5 834	7 549	22,7
12	Colombes	3 014	7 365	10 379	29,0
13	Courbevoie	2 264	6 912	9 176	24,7
14	Fontenay-aux-Roses	910	2 293	3 203	28,4
15	Garches	693	1 152	1 845	37,6
16	La Garenne-Colombes	720	2 167	2 887	24,9
17	Gennevilliers	1 909	4 271	6 180	30,9
18	Issy-les-Moulineaux	1 596	5 343	6 939	23,0
19	Levallois-Perret	1 747	5 415	7 162	24,4
20	Malakoff	921	2 922	3 843	24,0
21	Marnes-la-Coquette	75	121	196	38,5
22	Meudon	1 754	3 288	5 042	34,8
23	Montrouge	1 111	4 406	5 517	20,1
24	Nanterre	3 355	10 001	13 356	25,1
25	Neuilly-sur-Seine	1 772	4 646	6 418	27,6
26	Le Plessis-Robinson	833	2 135	2 969	28,1
27	Puteaux	1 272	4 002	5 275	24,1
28	Rueil-Malmaison	2 894	6 122	9 015	11,6
29	Saint-Cloud	1 032	2 098	3 130	10,7
30	Sceaux	827	1 982	2 809	14,5
31	Sèvres	830	1 816	2 645	11,2
32	Suresnes	1 337	3 250	4 586	10,4
33	Vanves	869	2 534	3 403	12,7
34	Vaucresson	298	561	859	10,1
35	Ville-d'Avray	480	776	1 256	11,2
36	Villeneuve-la-Garenne	1 101	2 401	3 502	14,3

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.11 Effectif des 15-17 ans, des 18-24 ans, des 15-24 ans et part des 15-24 ans dans la population totale des communes des Seine-Saint-Denis en 2006

Code	Libellé	15-17 ans	18-24 ans	15-24 ans	Part des 15-24 ans en %
1	Aubervilliers	2 914	7 642	10 556	14,4
2	Aulnay-sous-Bois	3 935	8 382	12 318	15,1
3	Bagnolet	1 231	3 058	4 290	12,6
4	Le Blanc-Mesnil	2 275	5 130	7 406	14,5
5	Bobigny	2 211	5 283	7 494	15,7
6	Bondy	2 299	5 312	7 611	14,3
7	Le Bourget	426	1 070	1 496	11,8
8	Clichy-sous-Bois	1 625	3 431	5 056	17,2
9	Coubron	199	398	597	12,8
10	La Courneuve	1 675	4 195	5 870	15,9
11	Drancy	2 679	6 270	8 949	13,5
12	Dugny	469	1 172	1 641	15,5
13	Épinay-sur-Seine	2 210	5 587	7 797	15,1
14	Gagny	1 478	3 354	4 833	12,8
15	Gournay-sur-Marne	250	539	789	12,8
16	L'Île-Saint-Denis	316	736	1 052	14,6
17	Les Lilas	744	1 779	2 523	11,4
18	Livry-Gargan	1 447	3 752	5 198	12,5
19	Montfermeil	1 394	2 793	4 187	16,0
20	Montreuil	4 031	9 427	13 458	13,2
21	Neuilly-Plaisance	734	1 776	2 510	12,6
22	Neuilly-sur-Marne	1 440	3 164	4 604	13,8
23	Noisy-le-Grand	2 453	6 980	9 433	15,4
24	Noisy-le-Sec	1 633	3 847	5 480	14,2
25	Pantin	2 026	5 012	7 038	13,1
26	Les Pavillons-sous-Bois	779	1 754	2 533	12,5
27	Pierrefitte-sur-Seine	1 229	2 963	4 192	15,2
28	Le Pré-Saint-Gervais	608	1 622	2 230	12,9
29	Le Raincy	590	1 326	1 916	13,6
30	Romainville	1 138	2 256	3 394	13,5
31	Rosny-sous-Bois	1 422	3 977	5 399	13,1
32	Saint-Denis	3 825	10 953	14 778	15,1
33	Saint-Ouen	1 442	4 510	5 952	13,9
34	Sevran	2 159	5 469	7 628	14,9
35	Stains	1 785	3 562	5 347	15,4
36	Tremblay-en-France	1 573	3 359	4 933	14,0
37	Vaujours	235	615	851	14,2
38	Villemomble	1 035	2 398	3 433	12,1
39	Villepinte	1 869	4 488	6 357	17,9
40	Villetaneuse	628	1 332	1 960	16,5

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.12 Effectif des 15-17 ans, des 18-24 ans, des 15-24 ans et part des 15-24 ans dans la population totale des communes du Val-de-Marne en 2006

Code	Libellé	15-17 ans	18-24 ans	15-24 ans	Part des 15-24 ans en %
1	Ablon-sur-Seine	145	406	551	10,7
2	Alfortville	1 428	4 495	5 924	13,9
3	Arcueil	768	2 008	2 776	14,5
4	Boissy-Saint-Léger	702	1 632	2 334	14,4
5	Bonneuil-sur-Marne	634	1 599	2 233	13,6
6	Bry-sur-Marne	565	1 260	1 826	12,2
7	Cachan	966	3 874	4 840	17,5
8	Champigny-sur-Marne	3 100	6 836	9 936	13,3
9	Charenton-le-Pont	883	2 139	3 022	10,6
10	Chennevières-sur-Marne	695	1 582	2 278	12,9
11	Chevilly-Larue	762	1 753	2 515	13,5
12	Choisy-le-Roi	1 150	3 489	4 639	12,8
13	Créteil	3 528	9 358	12 887	14,5
14	Fontenay-sous-Bois	1 989	4 596	6 585	12,7
15	Fresnes	883	2 477	3 360	13,1
16	Gentilly	546	1 743	2 289	13,4
17	L'Haÿ-les-Roses	1 128	2 523	3 652	12,0
18	Ivry-sur-Seine	2 007	6 320	8 327	15,0
19	Joinville-le-Pont	550	1 440	1 990	11,6
20	Le Kremlin-Bicêtre	745	3 182	3 927	15,4
21	Limeil-Brévannes	816	1 895	2 710	14,3
22	Maisons-Alfort	1 739	5 332	7 071	13,3
23	Mandres-les-Roses	189	395	584	13,6
24	Marolles-en-Brie	260	580	839	16,5
25	Nogent-sur-Marne	910	2 228	3 138	10,2
26	Noiseau	213	358	572	13,2
27	Orly	759	2 297	3 056	14,4
28	Ormesson-sur-Marne	374	765	1 139	11,5
29	Périgny	112	172	284	12,7
30	Le Perreux-sur-Marne	1 171	2 710	3 881	12,1
31	Le Plessis-Trévisé	594	1 560	2 154	12,2
32	La Queue-en-Brie	539	891	1 430	12,6
33	Rungis	322	573	895	15,9
34	Saint-Mandé	722	1 593	2 316	10,4
35	Saint-Maur-des-Fossés	2 555	5 931	8 486	11,3
36	Saint-Maurice	433	1 209	1 642	11,3
37	Santeny	149	298	447	12,6
38	Sucy-en-Brie	1 121	2 228	3 349	12,8
39	Thiais	1 154	2 618	3 772	12,9
40	Valenton	614	1 245	1 859	15,4
41	Villecresnes	438	805	1 244	13,5
42	Villejuif	1 714	5 169	6 883	13,6
43	Villeneuve-le-Roi	740	1 696	2 436	13,1
44	Villeneuve-Saint-Georges	1 350	3 328	4 678	15,4
45	Villiers-sur-Marne	1 365	2 622	3 987	13,6
46	Vincennes	1 118	3 806	4 924	10,4
47	Vitry-sur-Seine	3 156	8 042	11 198	13,5

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

F. Jeunes des grands quartiers parisiens

Tab.13A Effectif et part des 15-24 ans dans la population totale des grands quartiers parisiens du 1^{er} au 10^{ème} arrondissements en 2006

Arrondissement	Code	Libellé	18-24 ans	Part des 18-24 ans en %
1er arrondissement	1	Saint-Germain l'Auxerrois	200	10,79
	2	Les Halles	1 032	10,65
	3	Palais Royal	368	11,44
	4	Place Vendome	275	9,20
2e arrondissement	5	Gaillon	131	10,40
	6	Vivienne	313	9,93
	7	Mail	636	10,48
	8	Bonne Nouvelle	1 373	12,74
3e arrondissement	9	Arts et Metiers	1 177	11,98
	10	Enfants Rouges	913	10,17
	11	Les Archives	858	10,25
	12	Sainte-Avoye	748	9,91
4e arrondissement	13	Saint-Merri	590	9,44
	14	Saint-Gervais	1 068	10,46
	15	Arsenal	879	9,39
	16	Notre Dame	424	12,75
5e arrondissement	17	Saint-Victor	1 610	13,29
	18	Jardin des Plantes	2 401	13,23
	19	Val de Grace	3 952	19,05
	20	Sorbonne	2 004	19,13
6e arrondissement	21	Monnaie	1 067	17,32
	22	Odeon	1 626	17,92
	23	Notre Dame des Champs	3 672	14,90
	24	Saint-Germain des Prés	578	10,69
7e arrondissement	25	Saint-Thomas d'Aquin	1 449	11,97
	26	Invalides	734	11,30
	27	Ecole Militaire	1 529	11,98
	28	Gros Caillou	2 870	11,37
8e arrondissement	29	Champs Elysées	446	11,04
	30	Faubourg du Roule	1 043	10,28
	31	Madeleine	592	10,82
	32	Europe	2 232	11,49
9e arrondissement	33	Saint-Georges	2 350	10,82
	34	Chaussée d'Antin	444	10,21
	35	Faubourg Montmartre	1 367	11,01
	36	Rochechouart	1 895	9,47
10e arrondissement	37	Saint-Vincent de Paul	2 305	10,23
	38	Porte Saint-Denis	1 688	10,63
	39	Porte Saint-Martin	2 557	11,08
	40	Hopital Saint-Louis	3 170	10,36

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab.13B Effectif et part des 15-24 ans dans la population totale des grands quartiers parisiens du 11^{ème} au 20^{ème} arrondissements en 2006

Arrondissement	Code	Libellé	18-24 ans	Part des 18-24 ans en %
11e arrondissement	41	Folie Méricourt	3 508	10,28
	42	Saint-Ambroise	3 572	10,69
	43	Roquette	5 168	10,64
	44	Sainte-Marguerite	3 932	10,83
12e arrondissement	45	Bel Air	3 038	8,51
	46	Picpus	6 603	10,23
	47	Bercy	1 427	9,84
	48	Quinze Vingts	2 769	10,34
13e arrondissement	49	Salpêtrière	2 214	11,91
	50	Gare	7 984	10,74
	51	Maison Blanche	7 995	11,97
	52	Croulebarbe	2 291	12,07
14e arrondissement	53	Montparnasse	1 834	10,41
	54	Parc de Montsouris	4 178	20,34
	55	Petit Montrouge	3 878	10,14
	56	Plaisance	6 335	10,93
15e arrondissement	57	Saint-Lambert	9 267	10,89
	58	Necker	5 428	11,52
	59	Grenelle	5 331	10,91
	60	Javel	5 605	10,81
16e arrondissement	61	Auteuil	6 246	9,48
	62	Muette	3 855	9,21
	63	Porte Dauphine	3 190	11,61
	64	Chaillot	1 693	9,08
17e arrondissement	65	Ternes	3 797	9,77
	66	Plaine Monceau	3 285	8,66
	67	Batignolles	4 088	10,11
	68	Epinettes	4 536	10,29
18e arrondissement	69	Grandes Carrieres	6 206	8,81
	70	Clignancourt	6 584	9,84
	71	Goutte d'Or	2 969	10,35
	72	Chapelle	2 492	10,04
19e arrondissement	73	Villette	5 993	10,62
	74	Pont de Flandre	3 346	11,47
	75	Amerique	5 272	8,91
	76	Combat	3 554	8,58
20ème arrondissement	77	Belleville	3 708	9,87
	78	Saint-Fargeau	3 822	8,47
	79	Pere Lachaise	3 944	8,63
	80	Charonne	6 613	10,20

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

G. Femmes des grands quartiers parisiens

Tab.14A Effectif des femmes de 15-29 ans, de 30-44 ans, de 15-44 ans et part des femmes de 15-44 ans dans la population totale des grands quartiers parisiens du 1^{er} au 10^{ème} arrondissements en 2006

Arrondissement	Code	Libellé	15-29 ans	30-44 ans	15-44 ans	Part des 15-44 ans en %
1er arrondissement	1	Saint-Germain l'Auxerrois	198	194	392	42,8
	2	Les Halles	1 206	1 144	2 350	51,1
	3	Palais Royal	378	376	754	45,3
	4	Place Vendome	297	370	667	42,9
2e arrondissement	5	Gaillon	138	170	307	49,0
	6	Vivienne	426	449	874	53,7
	7	Mail	814	837	1 651	55,7
	8	Bonne Nouvelle	1 590	1 387	2 978	59,3
3e arrondissement	9	Arts et Metiers	1 395	1 305	2 700	56,0
	10	Enfants Rouges	1 151	1 200	2 351	51,5
	11	Les Archives	1 103	963	2 065	47,2
4e arrondissement	12	Sainte-Avoye	1 046	980	2 026	53,6
	13	Saint-Merri	801	755	1 555	49,7
	14	Saint-Gervais	1 400	1 188	2 588	47,9
	15	Arsenal	1 124	1 201	2 324	46,5
5e arrondissement	16	Notre Dame	521	329	850	46,1
	17	Saint-Victor	1 830	1 324	3 154	48,2
	18	Jardin des Plantes	2 714	1 914	4 628	46,5
	19	Val de Grace	3 637	1 916	5 553	49,2
6e arrondissement	20	Sorbonne	1 608	967	2 575	48,0
	21	Monnaie	1 015	591	1 607	49,3
	22	Odeon	1 436	823	2 259	46,4
	23	Notre Dame des Champs	3 633	2 428	6 061	44,0
7e arrondissement	24	Saint-Germain des Prés	692	550	1 241	41,8
	25	Saint-Thomas d'Aquin	1 419	1 122	2 541	39,1
	26	Invalides	780	628	1 408	42,4
	27	Ecole Militaire	1 558	1 235	2 793	40,2
8e arrondissement	28	Gros Caillou	3 187	2 735	5 922	43,2
	29	Champs Elysées	480	413	893	40,4
	30	Faubourg du Roule	1 154	1 121	2 274	43,4
	31	Madeleine	671	671	1 342	46,8
9e arrondissement	32	Europe	2 306	2 169	4 474	44,4
	33	Saint-Georges	2 719	2 762	5 481	48,1
	34	Chaussée d'Antin	656	564	1 220	55,5
	35	Faubourg Montmartre	1 673	1 574	3 248	51,6
10e arrondissement	36	Rochechouart	2 685	2 655	5 340	51,2
	37	Saint-Vincent de Paul	2 732	2 720	5 452	49,5
	38	Porte Saint-Denis	2 039	2 218	4 257	55,5
	39	Porte Saint-Martin	3 143	3 014	6 157	53,5
	40	Hopital Saint-Louis	3 838	4 034	7 872	51,2

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab. 14B Effectif des femmes de 15-29 ans, de 30-44 ans, de 15-44 ans et part des femmes de 15-44 ans dans la population totale des grands quartiers parisiens du 11^{ème} au 20^{ème} arrondissements en 2006

Arrondissement	Code	Libellé	15-29 ans	30-44 ans	15-44 ans	Part des 15-44 ans en %
11e arrondissement	41	Folie Méricourt	4 648	4 691	9 339	54,7
	42	Saint-Ambroise	4 586	4 669	9 255	52,5
	43	Roquette	6 634	6 309	12 943	50,6
	44	Sainte-Marguerite	5 460	4 741	10 201	52,2
12e arrondissement	45	Bel Air	3 702	4 193	7 895	40,6
	46	Picpus	8 110	7 572	15 682	44,9
	47	Bercy	1 642	1 798	3 440	45,3
	48	Quinze Vingts	3 536	3 457	6 992	49,7
13e arrondissement	49	Salpêtrière	2 520	2 065	4 586	46,4
	50	Gare	8 408	8 493	16 901	43,9
	51	Maison Blanche	8 616	7 479	16 095	45,0
	52	Croulebarbe	2 595	1 957	4 551	43,8
14e arrondissement	53	Montparnasse	2 159	1 783	3 942	43,4
	54	Parc de Montsouris	3 868	2 084	5 952	56,7
	55	Petit Montrouge	4 901	4 476	9 376	44,3
	56	Plaisance	7 158	6 842	14 001	44,5
15e arrondissement	57	Saint-Lambert	11 396	10 625	22 020	46,7
	58	Necker	6 591	4 999	11 589	45,4
	59	Grenelle	6 824	6 244	13 068	48,1
	60	Javel	6 245	6 149	12 394	44,5
16e arrondissement	61	Auteuil	6 666	6 940	13 606	37,3
	62	Muette	4 076	4 173	8 249	35,8
	63	Porte Dauphine	3 197	2 765	5 963	39,7
	64	Chaillot	1 950	1 980	3 930	39,1
17e arrondissement	65	Ternes	4 554	4 664	9 218	43,8
	66	Plaine Monceau	3 940	4 358	8 299	40,0
	67	Batignolles	5 448	5 489	10 937	50,8
	68	Epinettes	5 724	5 887	11 611	49,7
18e arrondissement	69	Grandes Carrieres	8 232	9 503	17 735	47,0
	70	Clignancourt	8 748	9 537	18 285	53,0
	71	Goutte d'Or	3 452	3 442	6 894	49,6
	72	Chapelle	2 731	3 051	5 782	48,7
19e arrondissement	73	Villette	6 657	6 640	13 297	46,3
	74	Pont de Flandre	3 330	3 431	6 761	47,1
	75	Amerique	6 074	7 220	13 294	43,2
	76	Combat	4 502	5 134	9 636	44,1
20ème arrondissement	77	Belleville	4 509	4 845	9 355	47,8
	78	Saint-Fargeau	4 773	5 851	10 624	43,8
	79	Pere Lachaise	5 350	6 197	11 547	48,4
	80	Charonne	7 814	8 101	15 914	45,8

Source : Insee, RP 2006, exploitation ORS Ile-de-France, 2010.



Remerciements

La réalisation de ce travail, confiée à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France par la ville de Paris n'aurait pu être menée à bien sans le concours actif des nombreux représentants des institutions sanitaires et sociales qui ont accepté d'apporter leur expertise, fourni des exploitations parisiennes ou franciliennes spécifiques ou procédé à des extractions de systèmes d'information. Nous les en remercions vivement.

Il s'agit plus particulièrement de :

AMELLOU Malika, DFPE - PMI de Paris
 ANDRIEU Martine, HAD AP-HP
 ANTONA Denise, InVS, Département maladies infectieuses
 ARENE Marguerite, Ville de Paris - Mission toxicomanie
 BAILLEAU Guillaume, Drees
 BAILLON JAVON Evelyne, ARS
 BATTUT Anne, HAD Croix St Simon
 BAUNOT Nathalie, Réseau périnatal Paris Nord
 BEAUJUAN Laurence, Ciber urgence AP-HP
 BEAUPLET Martine, DFPE - PMI de Paris
 BODIN Tanguy, Centre d'Orthodontie pour Enfants, CPAM de Paris
 BONNEFOI Marie-Claude, DFPE - PMI de Paris
 BOO Nicolas, Dases - SDS
 BOUET Marie-Ange, DASES Paris
 BRETIN Philippe, InVS, Département santé environnement
 BRODIN Marc, HAD AP-HP
 BRUN-NEY Dominique, Ciber urgences AP-HP
 CARAYON Pascale, Fédération nationale femmes solidaires
 CARON Amélie, Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)
 CAZEIN Françoise, InVS, Département maladies infectieuses
 CHASSIN Marie-Delphine, ARS
 CHEMINEAU Danie, Cellule technique de réflexion et d'aide à la décision (CTrad) pour les CAF d'Ile-de-France
 COATSALIOU Carole, Cnamts
 CORNEAU Françoise, Equipe mobile d'addictologie - Port Royal Cochon
 CORONEL Suzanne, DDATC - Ville de Paris
 DELOUR Marcelle, DFPE - PMI de Paris
 DESPLANQUES Laurence, DFPE - PMI de Paris
 DOMMANGE Perrine, DFPE - PMI de Paris
 DO CAO Hung, ARS
 DOTTORI Sandrine, Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas)
 DUFOUR Véronique, DFPE - PMI de Paris
 DRUFFIN Martine, Hôpital Le Vesinet
 DULIOUST Judith, Mairie de Paris
 FAURE Emmanuelle, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) Paris
 FOUCAULT Christophe, Centre d'Examens de Santé de l'Enfant, CPAM de Paris
 GALLAINE Béatrice, Inpes
 GALLY Julien, ARS
 GAUTHEREAU Valérie, Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE)
 GAUTIER Arnaud, Inpes
 GLANGEAUD Nine, Inserm Unité 953
 GRIMAUULT Isabelle, Dases Paris

GODET-MARDIROSSIAN Hélène, HAD AP-HP
GUTHMANN Jean-Paul, InVS, Département maladies infectieuses
GUYAVARCH Emmanuelle, Observatoire du Samusocial de Paris
GUYOT Aurélie, Registre national des hémopathies malignes de l'enfant
HERSCHKORN-BARNY Paule, Réseau Solipam
HUBERT Florent, Mairie de Paris
JASSERON Carine, Inserm - Equipe VIH/IST CESP 1018
KHOSHNOOD Babak, Hôpital Saint-Vincent de Paul - Registre des malformations de Paris
KUHN Genevieve, HAD AP-HP
LACOUR Brigitte, Registre national des tumeurs solides de l'enfant
LAMOUCHE Corinne, AP-HP
LAPORTE Anne, Observatoire du Samusocial de Paris
LATOURES Aurélie, Délégation régionale aux droits des femmes / Egalité d'Ile-de-France
LE BOT Nathalie, Equipe mobile d'addictologie - Port Royal Cochin
LECOFFRE Camille, InVS, Département santé environnement
LEGER Sylviane, Société immobilière d'économie mixte de la ville de Paris (SIEM)
LE VU Stéphane, InVS, Département maladies infectieuses
LOUCHART Philippe, Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU) de la région île-de-France
LUKUSA Joëlle, Préfecture de police - Service de la prévention, de la police administrative et de documentation
MANDEREAU-BRUNO Laurence, Ciber urgences - Cire Ile-de-France
MARINIER Nathalie, Mouvement français pour le planning familial (MFPF) de Paris
MARTIGNON Gilles, CPAM de Paris
MERLE Sandra, DFPE - PMI de Paris
MOREL Catherine, DFPE - PMI de Paris
MOUQUET Marie-Claude, Dress
NGADJEU Rodolphe, CAF de Paris
NOEL Maryvonne, Académie de Paris
OULMANN Martine, CPAM de Paris
PARISOT Rosemonde, DFPE - PMI de Paris
PASQUIER DE FRANCLIEU Michel, Dases Paris
PERDIZ Manuel, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) Paris
PRIOUX France, Institut national d'études démographiques (Ined) - UR3 - Fécondité, famille, sexualité
PRUCHANDRY Patricia, Ministère de l'éducation nationale, direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
QUIROGA Armelle, Cellule technique de réflexion et d'aide à la décision (CTrad) pour les CAF d'Ile-de-France
REYES Nathalie, DFPE - PMI de Paris
RICHARD Geneviève, Dases Paris
RIDEL Mélanie, Dases Paris
ROGER Sandra, Atelier parisien d'urbanisme (Apar)
RONAI Ernestine, Observatoire des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis
ROUSSEY Michel, Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE)
ROUX Christine, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
SAGO Mariette, Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU) de la région île-de-France
STARK Agathe, DFPE - PMI de Paris
STAWINSKI Adeline, Cellule technique de réflexion et d'aide à la décision (CTrad) pour les CAF d'Ile-de-France
TABOADA Marijo, Réseau Dapsa
VILAIN Annick, Dress
WARSAWSKI Josiane, Inserm - Equipe VIH/IST CESP 1018