

La santé observée à Paris

Tableau de bord départemental

Juin 2011

L'ORS île-de-France, département autonome de l'IAU île-de-France,
est un observatoire scientifique indépendant financé par
l'Agence régionale de santé d'Île-de-France et le Conseil régional d'île-de-France





Avant-propos

La santé est une préoccupation majeure et croissante pour tous nos concitoyens, quel que soit leur âge, leur catégorie socioprofessionnelle ou leur lieu de résidence. Elle est donc aussi un enjeu de premier ordre pour les Parisiens.

Or, la situation sanitaire à Paris est contrastée. Elle est globalement très positive. L'espérance de vie y est une des plus élevées au monde. Mais dans le même temps, les inégalités sociales et territoriales de santé demeurent très profondes, les situations de vulnérabilité psychosociale et d'exclusion trop nombreuses. Sur le plan médical, l'offre à Paris est extraordinairement riche, diverse et innovante. Pourtant, de nombreux Parisiens connaissent des difficultés croissantes d'accès à la santé. Enfin, l'environnement quotidien dans la capitale peut s'avérer porteur de risques quant à la préservation de notre bien être et de notre santé.

J'ai souhaité mettre en œuvre à Paris une politique de santé dynamique et innovante pour répondre à l'évolution des besoins de santé des habitants. Pour l'élaborer de manière rationnelle et la décliner dans des programmes et des actions cohérents, il est nécessaire de disposer de données objectives sur la santé et ses déterminants de la population concernée.

C'est pourquoi j'ai confié à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) d'Ile de France la mission de dresser le premier « Tableau de la santé à Paris », et d'étudier l'état de santé des Parisiens en fonction des populations, des territoires et des environnements.

En outre, pour approfondir l'analyse des inégalités de santé, un diagnostic sanitaire de cette ampleur est, pour la première fois, enrichi par l'Etude RECORD de l'Inserm, qui vise à mieux connaître les facteurs de risque et les comportements à risque en fonction des profils « socio-démographiques ».

L'ensemble de ce recueil d'informations considérable est un outil de connaissance approfondie et nécessaire pour tous les acteurs du champ sanitaire mais également une aide à la décision politique. Les indicateurs recensés devront aussi nous permettre d'évaluer les actions menées.

C'est donc avec fierté et enthousiasme que nous vous présentons aujourd'hui le résultat de ce travail, et cette contribution au dialogue entre la science et le politique. Car j'ai la conviction, qu'au même titre que les valeurs et les idéaux, la pensée scientifique doit inspirer l'action publique.

Jean-Marie Le Guen
Adjoint au Maire de Paris
Chargé de la Santé publique et des relations avec l'AP-HP

Sommaire

Contributions	6
Présentation	7
Etude RECORD	9
1 - Données démographiques	11
Faits marquants	12
1.1 Population	13
1.2 Population par âge, projections de population	19
1.3 Natalité, fécondité	22
1.4 Mortalité	25
1.5 Pauvreté-précarité	29
2 - Santé des populations - vue d'ensemble	33
Faits marquants	34
2.1 Causes médicales de décès	35
2.2 Mortalité prématurée	38
2.3 Santé des enfants de moins d'un an	42
2.4 Santé de l'enfant de un à quatorze ans	46
2.5 Affections de longue durée	51
2.6 Diagnostics d'hospitalisation	55
2.7 Santé perçue, symptômes de dépression et stress	57
3 - Problèmes de santé et pathologies	61
Faits marquants	62
3.1 Maladies infectieuses et parasitaires - hépatites	63
3.2 Sida et infection à VIH	66
3.3 Tuberculose	70
3.4 Infections nosocomiales	74
3.5 Ensemble des cancers	76
3.6 Cancer du côlon-rectum	80
3.7 Cancer du poumon	84
3.8 Mélanome de la peau	88
3.9 Cancer du sein	91
3.10 Cancer du col et du corps de l'utérus	95
3.11 Cancer de la prostate	98
3.12 Diabète	101
3.13 Surpoids et obésité	103
3.14 Troubles mentaux	107
3.15 Maladie d'Alzheimer et autres démences	110
3.16 Cardiopathies ischémiques	114
3.17 Maladies vasculaires cérébrales	118
3.18 Maladies de l'appareil respiratoire	122
3.19 Asthme	125
3.20 Pathologies pendant la grossesse	127

Sommaire

4 - Comportements, environnement	131
Faits marquants	132
4.1 Consommation excessive d'alcool	133
4.2 Tabagisme	138
4.3 Usage de drogues illicites	142
4.4 Contraception et IVG	145
4.5 Exposition à l'amiante	149
4.6 Accidents de la vie courante	151
4.7 Accidents de la circulation	153
4.8 Suicide	157
4.9 Air et santé	159
4.10 Eau et santé	165
4.11 Légionellose	169
4.12 Bruit et santé	171
4.13 Cadre de vie	175
4.12 Activité physique récréative et activité de marche à Paris	177
5 - Offre de soins, prévention	181
Faits marquants	182
5.1 Ensemble des médecins	183
5.2 Omnipraticiens libéraux	185
5.3 Médecins spécialistes	188
5.4 Chirurgiens-dentistes	191
5.5 Infirmiers	193
5.6 Professionnels de la rééducation et de la réadaptation	195
5.7 Sages femmes	198
5.8 Pharmaciens	200
5.9 Etablissements de santé	202
5.10 Soins en médecine	205
5.11 Soins en chirurgie	207
5.12 Soins en gynécologie-obstétrique	209
5.13 Soins de suite et de réadaptation	211
5.14 Soins en psychiatrie	213
5.15 PMI et autres structures de soins et de prévention non hospitalières	215
5.16 Recours aux soins urgents ou non programmés	219
5.17 Consommation de soins ambulatoires	221
5.18 Couverture sociale, couverture maladie universelle	225
5.19 Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés	228
5.20 Accompagnement des adultes handicapés	232
5.21 Aide à l'autonomie des personnes âgées	235
5.22 Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées	238

Contributions

Pour leur contribution, remerciements à

L'ensemble de l'équipe de l'ORS Ile-de-France et notamment Valérie Féron, Myriam Dalbarade, Florence de Maria, Adrien Saunal et Iris Hourani, chargés d'études à l'ORS Ile-de-France

Martine Boissavy-Vinau, ingénieur communicant à Airparif, pour les analyses sur la qualité de l'air
Michel Thibaudon, directeur du RNSA et Valérie Bex-Capelle, ingénieur hygiéniste au LHVP, pour les analyses sur les risques polliniques

Basile Chaix, chargé de Recherche Inserm, pour les analyses issues de l'Etude Record

L'équipe de l'Observatoire régional de santé des Pays-de-la-Loire pour sa contribution à la rédaction des contextes nationaux et les nombreux échanges pendant la réalisation de l'étude

Magali Coldefy (Irdes), Bernard Asselain (Institut Curie), Patrick Duguet, (Mairie de Paris) pour leur relecture et conseils

Membres du comité de pilotage

Pour la DASES, direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé

Ghislaine Grosset, sous-directrice de la santé

Docteur Jean Loup Théry, chef du bureau des centres de santé

Docteur Sylvie Larnaudie, chef du bureau des vaccinations et de la cellule tuberculose

Docteur Geneviève Richard, chef du bureau de la santé scolaire et des CAPP

Docteur Nicolas Boo, chef du bureau des CMS, Sida-IST, cancer

Docteur Fabien Squinazi, chef du bureau de la santé environnementale et de l'hygiène

Eric Callet, chef du service de gestion des ressources

Mélanie Ridel, chargée de mission études et observation sociale

Salima Deramchi, chargée de mission Paris Santé Nutrition et ASV

Pour le Cabinet de Jean-Marie Le Guen adjoint au maire en charge de la santé et des relations avec l'AP-HP

Florent Hubert, directeur de cabinet

Docteur Judith Dulioust, conseillère santé

Pour le Cabinet du Maire de Paris

Docteur Martine Lévine, conseillère santé

Présentation

La santé observée à Paris

L'objectif de ce document est de mettre à disposition des décideurs, des professionnels du domaine sanitaire et social mais aussi de toute personne intéressée par ces sujets, dans un document unique, une quantité importante de données et d'informations habituellement dispersées dans différents organismes nationaux et locaux.

Conformément à la démarche "tableau de bord" élaborée par les ORS et leur fédération au début des années 1990, chaque thème est traité selon un plan bien précis :

- un résumé présente les faits marquants à Paris,
- un texte référencé présente le contexte national du thème,
- suivent ensuite des indicateurs illustrés par des graphiques ou des cartes commentés.

L'Etude Record de l'Inserm

L'Etude RECORD est conduite en collaboration entre l'UMR-S 707 et le Centre d'Investigations Préventives et Cliniques (IPC) de Paris. L'objectif principal de ce projet est d'étudier les disparités de santé qui existent en Île-de-France, avec un intérêt particulier pour les différences observées entre quartiers favorisés et quartiers défavorisés. Cette étude apporte un éclairage complémentaire sur certaines thématiques développées dans ce document.

Un suivi régulier et concerté du projet

Un comité de pilotage composé de représentants de la Dases, de la Mairie de Paris et des responsables du projet à l'ORS s'est régulièrement réuni pour suivre l'avancement des travaux, proposer les aménagements éventuellement nécessaires et assurer une relecture du document.

Etude RECORD

L'objectif principal du projet RECORD est d'étudier les disparités de santé qui existent en Ile-de-France, avec un intérêt particulier pour les différences observées entre quartiers favorisés et quartiers défavorisés. L'étude repose sur un échantillon de 7 290 Franciliens ayant fréquenté un centre de santé. Parmi ceux-ci, 2 128 résidaient à Paris. Des analyses portant sur cet échantillon de Parisiens permettent d'enrichir de nombreuses thématiques abordées dans le tableau de bord de la santé à Paris.

L'Etude RECORD

(www.record-study.org) est conduite en collaboration entre l'UMR-S 707 et le Centre d'Investigations Préventives et Cliniques (IPC) de Paris.

Méthodologie de l'étude : les participants ont passé un examen de santé de deux heures, qui renseigne notamment sur l'indice de masse corporelle et le tour de taille, les pressions artérielles systolique et diastolique, l'état lipidique et la glycémie. Un électrocardiogramme a été réalisé et les participants ont passé un examen dentaire, un examen de la vision et un test auditif. Au cours de l'examen, les participants ont répondu à différents questionnaires, qui concernent notamment leur situation sociale, médicale et psychologique, leurs comportements de santé et un ensemble d'opinions et de ressentis au sujet de leur quartier de résidence.

Par ailleurs, les participants ont été précisément géocodés au niveau de leur bâtiment de résidence (voir la carte ci-après). Cette opération permet d'associer à chaque participant une grande quantité d'informations sur son environnement de résidence à une échelle micro-locale.

Enfin, la CNIL a autorisé l'appariement annuel à la base de données de l'ensemble des informations de consommations de soins des participants issues du SNIIR-AM (système d'information de l'Assurance Maladie). Les données des années 2006 à 2009 ont d'ores et déjà été appariées.

L'Etude RECORD

Dans cette étude, 7 290 individus qui se présentaient en 2007-2008 pour un Examen Périodique de Santé de la Sécurité Sociale ont été recrutés soit sur le site parisien du Centre d'Investigations Préventives et Cliniques (IPC), soit dans trois de ses sites de banlieue (Argenteuil, Mantes-la-Jolie et Trappes). Les participants avaient entre 30 et 79 ans à l'inclusion et résidaient dans 112 communes d'Ile-de-France (111 communes et 10 arrondissements parisiens). Parmi l'ensemble des participants, 2 128 résidaient à Paris au moment de l'enquête.

Contribution de l'Etude RECORD à la description de la santé des Parisiens

Dans le cadre des travaux entrepris en collaboration entre l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France et la Ville de Paris au sujet de la santé des Parisiens, il a semblé que l'étude épidémiologique RECORD pouvait apporter un éclairage complémentaire à celui des autres sources d'informations mobilisées. Parce que l'exercice qui consiste à intégrer de telles données d'études épidémiologiques à un tableau de bord de la santé n'est pas courant, la présente double page vise à clarifier la contribution propre de la démarche à l'étude de la santé des Parisiens.

Recourant à l'ensemble des données recueillies pour les 2 128 participants parisiens de l'Etude RECORD, l'approche proposée est de s'intéresser aux relations qui existent entre un certain nombre de caractéristiques démographiques et socio-économiques des individus ou de leur quartier de résidence et diverses variables de santé ou de comportements de santé. Les dimensions de santé prises en compte à partir de l'Etude RECORD dans le présent rapport incluent par exemple l'obésité, la tension artérielle, la santé perçue et la symptomatologie dépressive, alors que les comportements de santé étudiés comprennent la consommation de tabac et d'alcool, l'activité physique et les modes de recours aux soins.

Dans chacune des analyses, un certain nombre de caractéristiques démographiques et socio-économiques des 2 128 Parisiens ont été simultanément prises en compte, afin d'établir à partir de ces différents facteurs des profils socio-démographiques de risque quant à telle ou telle

dimension de santé. Le présent travail appelle "profil socio-démographique" les différents facteurs qui sont associés de façon indépendante à une variable de santé particulière. Parce que les mêmes facteurs démographiques et socio-économiques ont été pris en compte pour chacune des dimensions de santé, la méthode aboutit à des profils socio-démographiques comparables entre les différentes variables de santé. Ces profils permettent au final de dire que certaines caractéristiques socio-démographiques (par exemple le sexe et les revenus du ménage) semblent être à l'origine de disparités de santé pour telle dimension sanitaire, alors que des facteurs socio-démographiques différents (par exemple le niveau d'instruction et le quartier où l'on vit) apparaissent au contraire prépondérants pour d'autres dimensions de santé.

En plus des caractéristiques démographiques et socio-économiques des individus, les analyses font intervenir des variables socio-économiques contextuelles relatives au quartier de résidence des participants, afin d'affiner le repérage des populations en mauvaise santé. La question est alors de savoir si les caractéristiques socio-économiques des quartiers constituent des "marqueurs socio-environnementaux" de situations de mauvaise santé, c'est-à-dire si elles sont associées aux états de santé après que l'on ait pris en compte les caractéristiques des personnes elles-mêmes.

L'échantillon parisien de l'Etude RECORD

Les 2 128 participants parisiens de l'Etude RECORD résidaient dans les 2^{ème}, 10^{ème}, 11^{ème}, 12^{ème}, 13^{ème}, 15^{ème}, 17^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements au moment de l'enquête. Le tableau ci-après montre que la répartition entre arrondissements des participants est largement comparable à la distribution entre arrondissements de la population parisienne d'âge identique du Recensement de la Population de 2006. Il existe en revanche une certaine distorsion entre l'échantillon d'étude et la population parisienne (Recensement de Population de 2006) pour certaines variables, notamment celles ayant trait au niveau de formation. Cette distorsion tient à l'impossibilité d'inclure dans l'étude des personnes qui ne parlaient pas suffisamment le Français pour répondre aux questionnaires proposés. Toutefois, le pourcentage de participants ayant un niveau

Tab 1 - Répartition des participants RECORD (n = 2 128) et de la population parisienne d'âge correspondant par arrondissement de résidence

Arrondissement	% de participants RECORD dans chaque arrondissement	% de la population dans chaque arrondissement (recensement de 2006)
2 ^{ème}	1,3	1,4
10 ^{ème}	5,7	5,9
11 ^{ème}	10,2	9,8
12 ^{ème}	8,7	9,1
13 ^{ème}	10,2	11,5
15 ^{ème}	18,0	15,0
17 ^{ème}	12,8	10,4
18 ^{ème}	13,1	12,3
19 ^{ème}	8,4	12,0
20 ^{ème}	11,6	12,5
Total	100	100

d'instruction supérieur à BAC+2 dans chaque arrondissement était très fortement corrélé au pourcentage de participants de niveau d'instruction correspondant déterminé à partir du Recensement de 2006 (corrélation de 0,87). Ce résultat suggère que l'échantillon de l'Etude RECORD reflète correctement les variations socio-économiques dans la Ville de Paris.

Méthode d'analyse des données

Dans ces analyses, les caractéristiques démographiques et socio-économiques des individus qui ont été retenues pour établir les profils socio-démographiques de santé sont les suivantes : l'âge (30-44 ans, 45-59 ans et 60-79 ans), le sexe, le statut de cohabitation (en couple ou non), le niveau d'instruction individuel (sans diplôme, diplôme inférieur au BAC, BAC ou BAC+2, et diplôme

supérieur à BAC+2), le niveau d'instruction des parents (rien ou primaire, secondaire, tertiaire), la profession (cadre, profession intermédiaire, employé, ouvrier), le fait d'être chômeur ou retraité, les revenus du ménage, une variable de difficultés financières rapportées et le niveau de développement humain du pays de naissance des personnes (en distinguant les personnes nées en France et dans des pays à niveau de développement humain faible, intermédiaire ou élevé, selon la définition des Nations Unies).

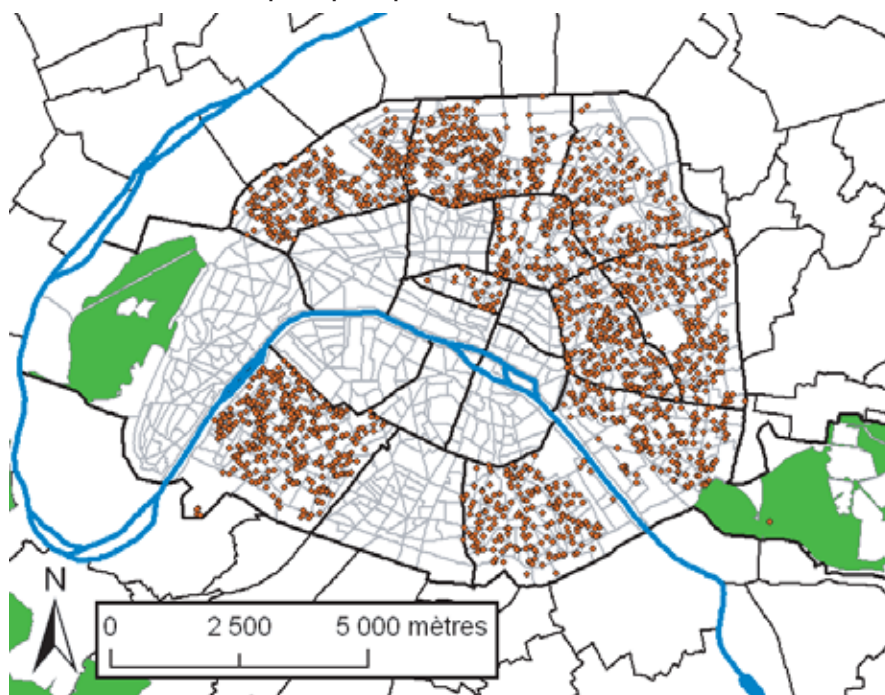
Différentes variables socio-économiques ont été considérées à l'échelle du quartier de résidence des participants (zones IRIS de l'Insee qui comprennent environ 2 000 habitants) : le pourcentage des personnes qui avaient un diplôme supérieur ou égal à BAC+2 (Recensement de la Population de 2006), la médiane du revenu du ménage par unité de consommation (Revenus Fiscaux des Ménages de 2006) et les prix des biens immobiliers au sein du quartier (Chambre des Notaires de Paris, 2003-2007).

Les analyses se sont systématiquement appuyées sur des modèles statistiques de régression multiniveaux qui permettent de tenir compte du fait que les résidents d'un même quartier "TRIRIS" (comprenant généralement 3 quartiers IRIS) ont en moyenne des états de santé plus similaires que des résidents de quartiers différents. Les variables démographiques et socio-économiques individuelles et contextuelles ont été simultanément prises en compte, afin d'estimer chacune des associations entre facteurs socio-démographiques et variables de santé « toutes choses égales par ailleurs ». Seules les variables associées au phénomène de santé considéré ont été retenues dans le modèle correspondant.

Description de l'échantillon :

dans l'échantillon des 2 128 Parisiens, 7,3% des participants sont ouvriers, 39,2% sont employés et 45,4% d'entre eux sont cadres (contre 32% de cadres dans la population parisienne du même âge et des mêmes arrondissements dans le Recensement de 2006). Suivant la dénomination de l'Assurance Maladie, 19,6% des participants sont "prioritaires précaires", un pourcentage qui varie de 13,6% dans le 15^{ème} arrondissement à 31,9% dans le 18^{ème} arrondissement. Quant aux revenus, 6,5% des personnes appartient à un ménage où le revenu par unité de consommation est inférieur à 500 € par mois et 13,6% des personnes ont indiqué qu'elles rencontraient de réelles difficultés financières pour faire face à leur besoin (alimentation, loyer, EDF, etc.). Au contraire, 14,3% des participants parisiens ont rapporté un revenu du ménage par unité de consommation supérieur à 3 000 €.

Carte 1 - Localisation des 2 128 participants parisiens de l'Etude RECORD



1

Données démographiques

1. Données démographiques

1.1	Population	13
1.2	Population par âge, projections de population	19
1.3	Natalité, fécondité	22
1.4	Mortalité	25
1.5	Pauvreté - précarité	29

1. Données démographiques

> Paris est une “ petite ” ville de 105 km² dans laquelle vivent près de **2,2 millions d’habitants**. Sa densité de population, plus de 20 000 habitants par km², est particulièrement élevée.

> Après une longue période de décroissance, la **population parisienne augmente** de nouveau depuis le milieu des années 1990, sous les effets conjugués d’une progression du solde naturel et d’un solde migratoire moins déficitaire.

> L’**agglomération de Paris** compte près de 10 millions d’habitants en 2007. Depuis 1975, sa population a augmenté de près de 15%. Malgré cette hausse, elle est passée du 8^{ème} au 20^{ème} rang mondial en 32 ans. Toutefois l’agglomération de Paris reste au **premier rang européen**.

> La population de Paris se distingue par une forte proportion de **personnes vivant seules** (plus de la moitié de la population contre un tiers en France), par une faible proportion d’enfants et de jeunes de moins de 20 ans et par une importante proportion de personnes de nationalité étrangère : elles représentent 15% de la population parisienne contre 6% en France métropolitaine.

> Paris se démarque des autres départements de l’Ile-de-France par un **indice conjoncturel de fécondité** très bas : 1,59 enfant par femme à Paris en 2008 contre une moyenne régionale de 2,01 et une moyenne nationale de 1,97.

> En 2007, le **revenu médian** par unité de consommation est de 23 408 euros à Paris, plus élevé que celui constaté en Ile-de-France ou en France métropolitaine (respectivement de 20 575 euros et 17 497 euros). Mais les **inégalités sont fortes** à Paris : le revenu médian varie de 15 000 euros à près de 40 000 euros selon les arrondissements avec une situation plus favorable dans l’ouest. Par ailleurs le rapport entre le 9^{ème} décile (revenu au-dessus duquel se situent 10% des revenus les plus élevés) et le 1^{er} décile (revenu en dessous duquel se situent 10% des revenus les plus faibles) atteint 11,4 à Paris, contre 7,2 en Ile-de-France et 5,4 en France.

> A Paris, 242 500 personnes, soit 11,1% de la population vivent dans un **foyer allocataire** des CAF à **bas revenus** (soit avec moins de 11 000 euros annuels par unité de consommation). Cette proportion est proche de la moyenne régionale (11,9%) et légèrement inférieure à la moyenne nationale (13,4%).

> Avec une **espérance de vie à la naissance** de 79,6 ans pour les hommes et de 85,5 ans pour les femmes en 2007, Paris se situe nettement au-dessus de la moyenne nationale (deux ans de plus pour les hommes et un an pour les femmes). La baisse de la mortalité particulièrement accentuée dans la capitale depuis une dizaine d’années conforte ces bons résultats. Mais ils ne sont pas partagés sur l’ensemble du territoire parisien : la situation est beaucoup plus favorable dans les arrondissements de l’ouest que dans ceux du nord et de l’est.

1.1 Population

Si Paris est la première ville de France par son nombre d'habitants, loin devant Marseille et Lyon, elle a perdu des places au niveau mondial. Sa population a frôlé les 3 millions d'habitants après la première guerre mondiale puis a connu une longue période de décroissance, jusqu'à 2,1 millions d'habitants au recensement de 1990. On constate depuis lors un retour de croissance dû à une progression du solde naturel (naissances plus nombreuses que les décès) et à un solde migratoire dont le déficit diminue.

Contexte national

Au 1^{er} janvier 2010, la population de la France est estimée à 64,7 millions d'habitants, dont 62,8 millions en métropole. Au cours de l'année 2009, la population de la France métropolitaine a augmenté de 346 000 personnes, soit + 0,5%. L'augmentation est légèrement inférieure à celle des années précédentes : + 0,7% en 2006 et + 0,6% en 2007 et 2008 [1]. Notre pays, qui représente près de 13% de la population de l'Union européenne (500 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2010 dans 27 pays), se situe au deuxième rang après l'Allemagne (81,7 millions d'habitants) et juste devant le Royaume-Uni et l'Italie [2]. Depuis 1950, la population de France métropolitaine a augmenté de plus de 50%. Au cours de cette période, la France a connu en réalité plusieurs régimes démographiques distincts. Tout d'abord, une forte natalité (baby-boom) et un solde migratoire important jusqu'en 1973. Ensuite, une fécondité nettement plus basse et un solde migratoire beaucoup plus faible ont provoqué une réduction de moitié de la croissance démographique. Depuis le début des années 1990, la natalité qui augmente de nouveau et la mortalité qui poursuit sa baisse permettent un accroissement naturel (différence entre les naissances et les décès) soutenu. En 2009, le nombre de naissances vivantes (821 000) est supérieur de 275 000 au nombre de décès (546 000). La France est d'ailleurs, après l'Irlande, le pays d'Europe qui a le plus fort taux d'accroissement naturel alors que dans certains pays européens, les décès sont plus nombreux que les naissances. Les mouvements migratoires, avec un solde positif évalué à 71 000 en 2009, représentent le cinquième de l'augmentation de la population. Pour l'ensemble de l'Union européenne, les mouvements migratoires représentent en revanche 80% de la croissance démographique [2]. La principale source de connaissance sur l'évolution démographique de la France est le recensement général de la population conduit tous les 7 à 10 ans par l'Insee. Depuis janvier 2004, ce recensement est devenu annuel, les habitants n'étant pas tous recensés la même année et ceux des villes de plus de 10 000 habitants étant recensés sur échantillon. Les analyses révèlent de fortes disparités géographiques dans les évolutions démographiques récentes de la France métropolitaine. Les régions du sud-est, du midi et de l'ouest sont celles qui connaissent la plus forte croissance démographique. Les régions de la moitié sud demeurent les plus attractives alors que la région Champagne-Ardenne, le Nord-Pas-de-Calais et l'Île-de-France sont les plus déficitaires sur le plan migratoire [3]. L'Île-de-France se caractérise à la fois par un fort déficit

migratoire vis-à-vis des autres régions, en partie contrebalancé par les migrations internationales (la région accueille près d'un étranger sur deux s'installant en France) mais surtout par un excédent naturel important [4]. Les résultats du recensement permettent aussi de mieux appréhender les nouveaux équilibres qui s'instaurent entre ville et campagne : en 2006, 60,2% de la population de France métropolitaine vit dans un pôle urbain (dont 27,7% dans une "ville centre"), 21,8% vit dans un espace péri urbain et 18% dans un espace à dominante rurale. Après une longue période de déclin, puis de stagnation, la population des espaces ruraux augmente désormais au même rythme (0,7% l'an) que l'ensemble de la population française [5]. En 2006, 8,6 millions d'habitants de France métropolitaine (14,3%) vivent seuls dans leur logement. Cette proportion était de 12,9% en 1999 et de 6,1% en 1962. Cette augmentation du nombre de personnes vivant seules a affecté toutes les classes d'âge. Elle résulte des changements de comportement et de l'amélioration des conditions de vie, notamment en termes de logement et de santé. Les femmes, notamment les femmes âgées, sont les plus nombreuses à vivre seules. Les personnes seules vivent davantage que les autres dans les villes, en particulier les centre-villes. Mais habiter seul ne signifie pas forcément vivre sans compagnon. Entre 20 et 30 ans, 2,5% des hommes et des femmes vivant seuls déclarent vivre en couple avec une personne n'habitant pas dans leur logement. Corollaire de ces évolutions socio-démographiques, le nombre de personnes par logement continue de décroître (2,3 en 2004) [6]. Environ 3,6 millions de personnes vivant en France (métropole et outre mer) sont de nationalité étrangère, représentant 5,8% de la population totale. Cette proportion est quasiment stable depuis 1999. En France métropolitaine, les nationalités les plus représentées sont les nationalités portugaises (490 000 personnes soit 0,8% de la population de France métro) algériennes (480 000 personnes), et marocaines (460 000 personnes) [7]. En 2006, la France métropolitaine compte 28,6 millions d'actifs, dont 25,4 millions de personnes ayant un emploi et 3,2 millions de chômeurs déclarés (chômage au sens du recensement des 15-64 ans). Le taux d'activité de la population en âge de travailler (71,5%) a peu progressé depuis 1999. L'Île-de-France, les Pays de la Loire, le Centre, et Rhône-Alpes ont les taux d'activité les plus élevés, supérieurs à 73%. Dans les régions Nord-Pas-de-Calais, Corse, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur, ces taux sont inférieurs à 70% [7].

¹ La notion d'**agglomération** ou d'**unité urbaine** repose sur la continuité de l'habitat : est considérée comme telle un ensemble d'une ou plusieurs communes présentant une continuité du tissu bâti (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) et comptant au moins 2 000 habitants. La condition est que chaque commune de l'unité urbaine possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie. Les unités urbaines sont redéfinies à l'occasion de chaque recensement de la population. Elles peuvent s'étendre sur plusieurs départements. Si la zone bâtie se situe sur une seule commune, on parlera de ville isolée. Dans le cas contraire, on a une agglomération multicommunale.

Tab 1 - Principales agglomérations urbaines du monde

	Population*		Rang	
	1975	2007	1975	2007
Tokyo	26,6	35,7	1	1
New-York	15,9	19,0	2	2
Mexico	10,7	19,0	3	3
Bombay	7,1	19,0	15	4
Sao Paulo	9,6	18,8	5	5
Delhi	4,4	15,9	23	6
Shanghaï	7,3	15,0	13	7
Calcutta	7,9	14,8	9	8
Dacca	2,2	13,5	65	9
Buenos Aires	8,7	12,8	7	10
Los Angeles	8,9	12,5	6	11
Karachi	4,0	12,1	26	12
Le Caire	6,4	11,9	17	13
Rio de Janeiro	7,6	11,7	11	14
Osaka	9,8	11,3	4	15
Pékin	6,0	11,1	18	16
Manille	5,0	11,1	19	17
Moscou	7,6	10,5	10	18
Istanbul	3,6	10,1	35	19
Paris	8,6	9,9	8	20

Source : ONU

*Population en millions

La situation à Paris

L'agglomération de Paris compte près de 10 millions d'habitants en 2007 contre 8,6 en 1975. Entre ces deux dates, malgré une hausse de sa population de 15%, l'agglomération de Paris est passée du 8^{ème} au 20^{ème} rang mondial, soit une chute de 12 places en 32 ans. Ce recul est dû en grande partie à l'émergence de grandes agglomérations de certains pays du sous-continent Indien comme Bombay et Delhi en Inde, Dacca au Bangladesh et Karachi au Pakistan. Toutefois, l'agglomération de Paris est au premier rang des grandes agglomérations urbaines d'Europe, devant Londres et Madrid. Au niveau national, Paris est de loin la plus grande agglomération devant Marseille-Aix-en-Provence (7,1 fois moins d'habitants), Lyon et Lille.

Tab 2 - Population des principales communes de France et de leur agglomération en 2007

	Commune	Agglomération
Paris	2 193 030	10 197 678
Marseille	852 395	1 428 660
Lyon	472 330	1 422 328
Toulouse	439 453	1 014 590
Nice	348 721	946 631
Nantes	283 025	858 235
Strasbourg	272 123	809 224
Montpellier	253 712	569 960
Bordeaux	235 178	542 662
Lille	225 789	509 898

Sources : Insee RP 2006 et populations légales 2007

Dans ses limites communales, Paris est une "petite" ville de 105 km² (Londres, par exemple, est 15 fois plus étendue). En revanche, elle concentre 2 193 030 habitants en 2007, soit une densité de population de 20 700 habitants par km², l'une des plus élevées au monde. Elle accueille 19% de la population totale de la région Ile-de-France sur à peine 0,9 % de sa superficie. En excluant les bois de Boulogne et de Vincennes, la densité de Paris atteint même 25 100 habitants par km².

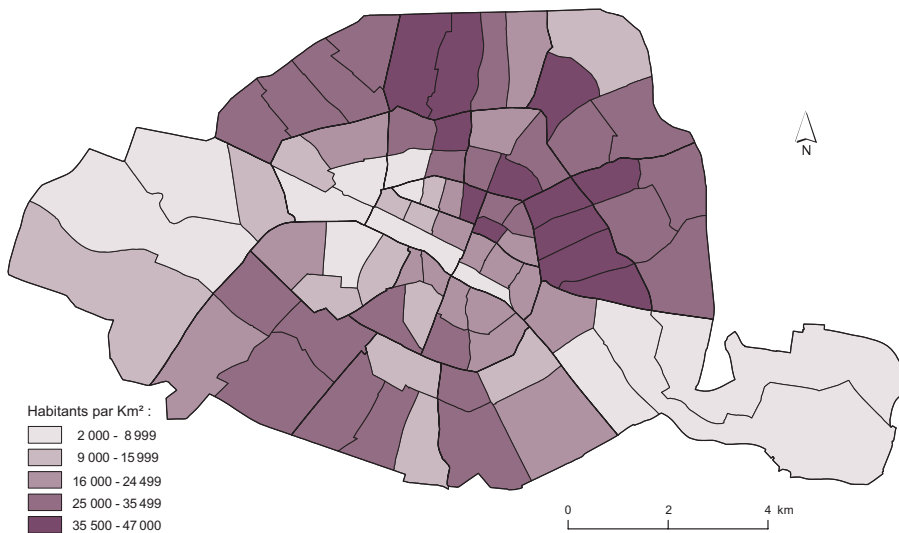
La population parisienne a atteint son maximum, 2,9 millions d'habitants, en 1921. Depuis cette date, la capitale n'a quasiment pas cessé de perdre des habitants jusqu'en 1999 où 2 125 851 habitants ont été recensés dans la capitale.

Tab 3 - Evolution de la population de Paris

1921	1968	1982	1999	2007
2 906 472	2 590 711	2 176 243	2 125 851	2 193 030

Source : Insee RP

Carte 1 - La densité de population dans les grands quartiers parisiens en 2007

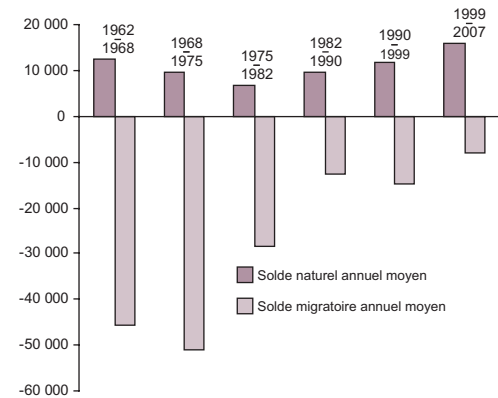


Source : Insee RP 2006 - Exploitation ORS Ile-de-France

La “dépopulation” de Paris a culminé pendant les années 1960 et 1970 du fait du changement d'affectation de certains logements (en bureaux notamment) et par le développement d'autres modes d'utilisation des logements (résidences secondaires, logements occasionnels). Elle a été accentuée par la réduction de la taille des ménages résultant du départ des familles de la capitale vers la banlieue, remplacées par des ménages de plus petite taille (le nombre de personnes par logement occupé à Paris est passé de 2,02 en 1975 à 1,92 en 1990 et 1,8 en 2006). La diminution de la population et notamment du nombre de familles à Paris correspond à la période de forte augmentation de la population en proche et grande couronne. C'est l'époque de la construction de grands ensembles et de logements individuels en zones peu denses, offrant aux familles l'espace et le confort qu'ils ne trouvaient pas dans les logements parisiens. Le nombre de familles à Paris n'a cessé de diminuer entre 1968 et 1999, passant de 242 200 à 190 000 (familles avec enfants de moins de 16 ans). Pendant ces trois décennies, Paris cumule solde migratoire² fortement négatif et solde naturel³ faible. A la faveur d'une amélioration de ces deux composantes démographiques, Paris voit à nouveau légèrement progresser sa population depuis 1999 : + 8 000 habitants chaque année entre 1999 et 2007. Le nombre de familles avec enfants de moins de 16 ans atteint 203 800 en 2006. La croissance démographique ne concerne cependant qu'une partie des arrondissements parisiens, notamment ceux de l'est.

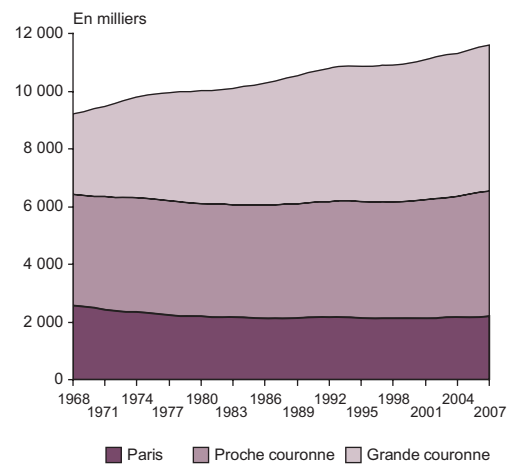
La croissance démographique ces dernières années à Paris s'observe dans la plupart des grandes villes françaises. Elle traduit le regain d'intérêt pour le cœur des grandes agglomérations.

Graph 1 - Mouvements de population à Paris de 1962 à 2006



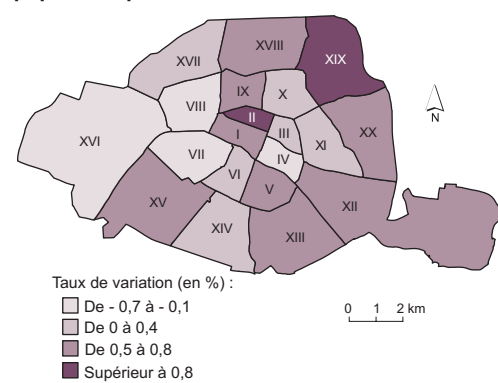
Source : RP 2006 - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 2 - Evolution de la population francilienne entre 1968 et 2007



Sources : IAU Île-de-France, Insee RP 2006 et populations légales 2007 - Exploitation ORS Ile-de-France

Carte 2 - Taux de variation annuel moyen de la population par arrondissement entre 1999 et 2006



Sources : Insee RP 1999 et 2006

Tab 4 - Population âgée de 15 ans ou plus selon l'état matrimonial en 2007

	Paris		Ile-de-France		France métr.	
	Effectifs	%	%	%		
Célibataires	952 258	50,7	41,7	36,4		
Mariés	676 090	36,0	45,1	48,6		
Veufs	104 336	5,6	5,9	7,9		
Divorcés	146 197	7,8	7,3	7,2		
Total	1 878 881	100,0	100,0	100,0		

Source : Insee RP 2007 - Exploitation ORS Ile-de-France

Les ménages à Paris

En France, le recul de l'âge au mariage, l'augmentation du nombre de divorces et l'allongement de la durée de vie ont contribué à modifier la répartition de la population selon l'état matrimonial. L'ampleur de ces phénomènes est particulièrement visible à Paris qui se distingue par une importante proportion de célibataires dans sa population : au recensement de 2007, la population de Paris âgée de 15 ans ou plus se répartit en 51% de célibataires (14 points de plus qu'au niveau national), 36% de personnes mariées (13 points de moins qu'au niveau national), 6% de divorcés et 8% de veufs. A noter que le veuvage concerne 2% des hommes mais 9% des femmes. Corollaire de sa nombreuse population de célibataires, Paris se distingue par une importante proportion de ménages composés d'une personne. Rappelons toutefois que l'état matrimonial ne suffit pas à décrire la situation des individus. Une personne mariée peut, dans les faits, vivre seule et une personne célibataire peut, au contraire, vivre en couple ou en famille.

²Solde migratoire : différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours d'une période.

³Solde naturel : différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période.

Tab 5 - Part des ménages selon le nombre de personnes en 2007 (en %)

	Paris	IDF	France métr.
1 personne	51,4	35,5	33,3
2 personnes	27,1	28,7	32,9
3 personnes	10,1	14,9	14,8
4 personnes	7,3	13,0	12,5
5 personnes	2,8	5,3	4,7
6 personnes ou plus	1,3	2,6	1,8
Nombre moyen de personnes par ménage	1,8	2,3	2,3

Source : Insee RP 2007 - Exploitation ORS Ile-de-France

Les étrangers à Paris

Parmi les habitants de Paris, près de 328 000 personnes sont de nationalité étrangère en 2006, représentant 15% de la population du département. La part des personnes étrangères est en moyenne nettement moins élevée en France (6% de la population). Au niveau de la région, l'Ile-de-France concentre ainsi 41% des personnes de nationalité étrangère habitant en France, alors que sa population ne représente que 19% de la population totale française. Paris est en 2006 au deuxième rang des départements ayant la plus forte concentration d'étrangers. Seul le département de Seine-Saint-Denis a une part de personnes de nationalité étrangère supérieure (21%).

Au sein de Paris, la part des personnes de nationalité étrangère varie de 6,5% à près de 30%. Elle est très élevée dans les quartiers du nord-est parisien (10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements).

En moyenne, près de 30% des étrangers de Paris sont originaires de l'Union Européenne, 21% du Maghreb (Maroc, Algérie et Tunisie), 20% d'Asie ou d'Océanie et 16% du reste de l'Afrique.

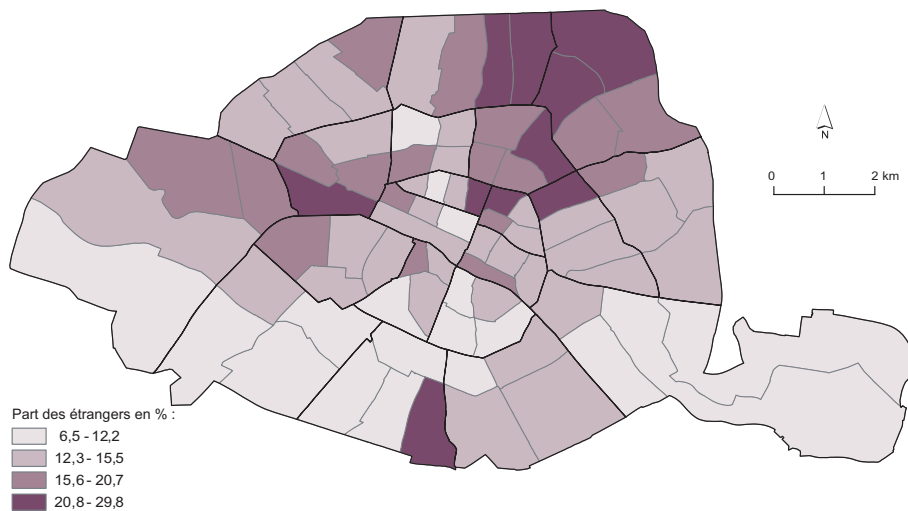
Ces proportions sont variables suivant les arrondissements : dans ceux du centre, les européens sont majoritaires, dans les arrondissements du nord-est de Paris, où les étrangers sont les plus nombreux, les Maghrébins et les autres ressortissants africains sont surreprésentés (respectivement 29% et 24% des étrangers). La part des ressortissants des pays asiatiques ou océaniques est nettement supérieure à la moyenne parisienne dans les 2^{ème}, 3^{ème}, 10^{ème}, 13^{ème}, 15^{ème} et 19^{ème} arrondissements, où elle varie de 24 à 31%.

Tab 6 - Population de Paris par nationalité en 2007

	Paris		Ile-de-France	France métr.
	Effectifs	%	%	%
Français	1 863 977	85,0	87,6	94,2
Etrangers	329 055	15,0	12,4	5,8
dont UE	97 343	4,4	3,6	2,1
Total	2 181 375	100,0	100,0	100,0

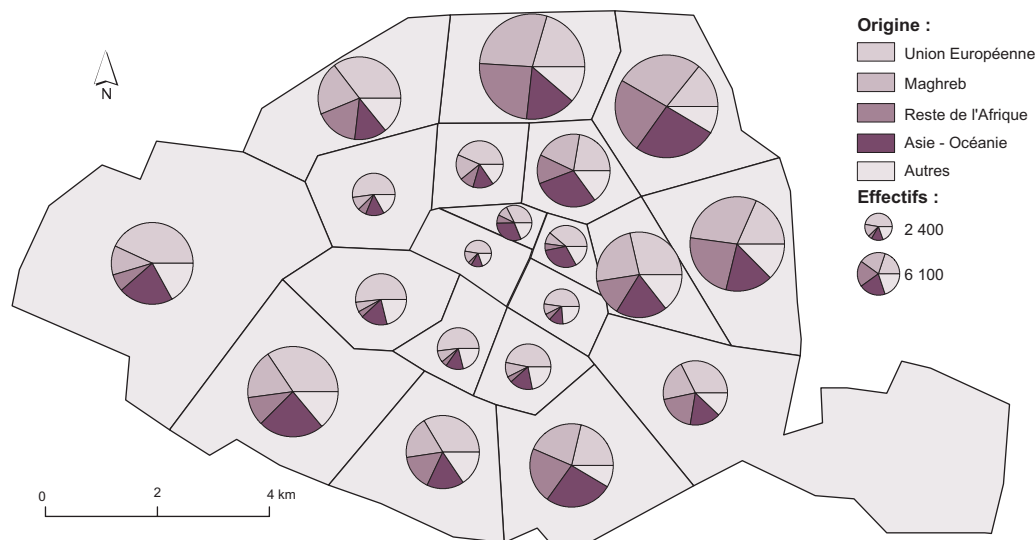
Source : Insee RP 2007 - Exploitation ORS Ile-de-France

Carte 3 - Part des étrangers dans la population par grands quartiers de Paris en 2006



Source : Insee RP 2006 - Exploitation ORS Ile-de-France

Carte 4 - Les étrangers par nationalité dans les arrondissements de Paris en 2006



Source : Insee RP 2006 - exploitation ORS Ile-de-France

La situation économique à Paris

⁴ **Unité de consommation**
Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).
Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille.
Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie. Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :
- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.
Source : Insee

En 2006, Paris compte 1,56 million de personnes âgées de 15 à 64 ans dont 1,18 million d'actifs. Le taux d'activité (76%) est particulièrement élevé. Les actifs se répartissent en 1,04 million de personnes "ayant un emploi" et 0,14 million de chômeurs, soit une proportion de chômeurs (au sens du recensement) de 11,4%.

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée à Paris est celle des cadres qui représentent près de 44% de l'ensemble de la population active alors que cette proportion est de 16% en France métropolitaine et de 27% en Ile-de-France. Il existe en revanche dans la capitale une sous-représentation des ouvriers qui représentent 7% de la population active contre 23% en France métropolitaine et 14% en Ile-de-France. Les artisans, commerçants et chefs d'entreprises représentent 5% de l'ensemble de la population active ayant un emploi à Paris et les professions intermédiaires 23%. Ces proportions sont assez proches des moyennes régionale et nationale.

Toutefois il existe une disparité très nette au sein même de Paris entre les différents arrondissements. Même si les cadres restent majoritaires dans l'ensemble des arrondissements parisiens, leurs proportions varient de 56% dans le 5^{ème} arrondissement à 30% dans le 19^{ème}.

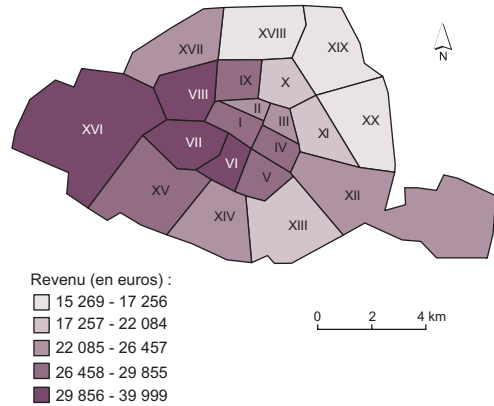
Le revenu annuel médian par unité de consommation⁴ est de 23 408 euros à Paris, plus élevé que celui constaté en Ile-de-France ou en France métropolitaine (respectivement 20 575 euros et 17 497 euros). Mais il existe de fortes disparités entre les différents arrondissements, avec une séparation très nette entre l'ouest et l'est. Les 6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} sont les arrondissements où le revenu par unité de consommation⁴ est le plus élevé tandis que les plus faibles se situent dans les 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements.

Tab 7 - Répartition des actifs ayant un emploi selon les groupes socioprofessionnels (PCS*) en 2007 (en %)

	PCS1	PCS2	PCS3	PCS4	PCS5	PCS6
1 ^{er}	0,1	7,1	51,2	19,7	17,3	4,7
2 ^{ème}	0,1	5,6	50,2	20,5	16,1	7,5
3 ^{ème}	0,0	5,6	52,2	21,0	16,1	5,0
4 ^{ème}	0,1	6,0	50,7	22,0	16,9	4,3
5 ^{ème}	0,1	4,7	55,8	20,7	15,0	3,7
6 ^{ème}	0,1	7,3	55,1	18,5	15,4	3,7
7 ^{ème}	0,1	7,4	52,2	17,0	18,7	4,7
8 ^{ème}	0,1	8,8	49,3	17,1	20,0	4,7
9 ^{ème}	0,1	6,0	50,8	20,9	16,7	5,5
10 ^{ème}	0,0	4,8	42,1	23,3	20,5	9,3
11 ^{ème}	0,0	4,2	44,8	25,2	18,7	7,0
12 ^{ème}	0,0	3,6	43,8	25,7	20,3	6,7
13 ^{ème}	0,0	3,5	38,9	25,6	23,9	8,0
14 ^{ème}	0,0	3,9	47,8	22,9	16,6	5,8
15 ^{ème}	0,0	4,1	50,1	23,0	17,9	4,8
16 ^{ème}	0,1	8,4	51,1	16,7	19,3	4,4
17 ^{ème}	0,1	5,4	47,6	21,2	19,3	6,4
18 ^{ème}	0,0	4,2	35,9	24,9	23,7	11,2
19 ^{ème}	0,0	4,6	29,8	25,7	27,5	12,4
20 ^{ème}	0,0	3,6	33,4	26,9	24,8	11,3
Paris	0,1	5,0	43,9	23,0	20,6	7,4
Ile-de-France	0,1	4,6	27,3	26,3	27,3	14,4
France metro.	2,0	5,9	15,8	24,8	28,4	23,1

Source : Insee RP 2007 - exploitation ORS Ile-de-France
* Professions et catégories socioprofessionnelles
PCS1 : Agriculteurs exploitants
PCS2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprises
PCS3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures
PCS4 : Professions intermédiaires
PCS5 : Employés
PCS6 : Ouvriers

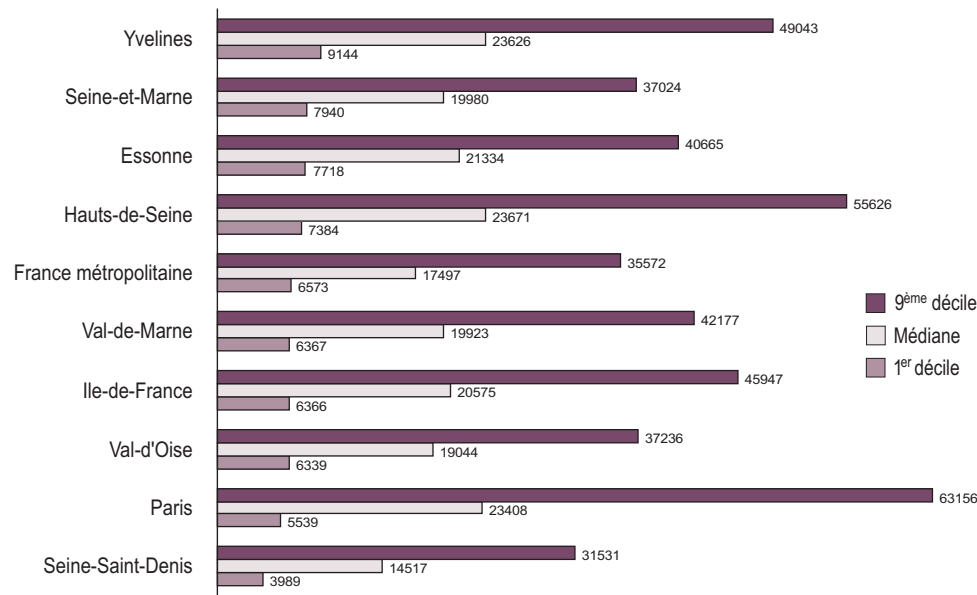
Carte 5 - Revenus fiscaux médian par UC dans les arrondissements parisiens en 2007



Source : Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Les statistiques fiscales montrent des différences entre les régions françaises en termes de revenus. L'Ile-de-France se distingue par un revenu nettement supérieur au reste de la France. Au sein des départements franciliens, le revenu médian est particulièrement élevé dans les Hauts-de-Seine, à Paris et dans les Yvelines alors que la Seine-Saint-Denis se situe en dessous de la moyenne nationale. On peut mesurer l'amplitude des inégalités dans une population en rapportant le 9^{ème} décile (revenu au-dessus duquel se situent 10% des revenus les plus élevés) au 1^{er} décile (revenu en dessous duquel se situent 10% des revenus les plus faibles). Ce rapport entre déciles extrêmes est d'autant plus élevé que les écarts entre les plus riches et les plus pauvres sont marqués dans une population. En Ile-de-France, ce rapport atteint 7,2 alors qu'il n'est "que" de 5,4 en France. Ce rapport est particulièrement élevé à Paris (11,4), qui conjugue 9^{ème} décile très élevé et 1^{er} décile particulièrement bas.

Graph 3 - Revenu fiscal par unité de consommation : 1^{er} décile, revenu médian et 9^{ème} décile, en 2007 (en euros)



Source : Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

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.

Repères bibliographiques et sources

1. Bilan démographique 2009. Deux pacs pour trois mariages. Anne Pla et Catherine Beaumel. Insee Première, Insee, N° 1276 - janvier 2010, 4 p.
2. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/introduction>
3. Recensement de la population de 2006 : Les migrations entre départements : le Sud et l'Ouest toujours très attractifs. Brigitte Baccaini (pôle Analyse territoriale) et David Levy direction régionale de Provence - Alpes - Côte d'Azur, Insee Première N° 1248, juillet 2009, 4 p
4. Île-de-France 2006 : 870 000 Franciliens de plus qu'en 1990. Iau Ile-de-France, Note rapide Société, n° 466 - avril 2009, 6 p
5. Recensement de la population de 2006 : La croissance retrouvée des espaces ruraux et des grandes villes, Jean Laganier et Dalila Vienne, Département de l'Action régionale, Insee Première n° 1218 - janvier 2009, 4 p.
6. Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006 : Seul un tiers des ménages compte plus de deux personnes, Fabienne Daguet, division Enquêtes et études démographiques, Insee première n° 1153 - juillet 2007, 4 p.
7. Recensement général de la population, site internet de l'Insee : Institut national de la statistique et des études économiques : www.insee.fr

1.2 Population par âge, projections de population

La population de Paris se distingue par une faible proportion d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans et une forte proportion de jeunes adultes. La population de Paris devrait connaître une très légère croissance d'ici 2040. La population des plus de 60 ans est celle qui devrait le plus fortement progresser. Le nombre des plus de 75 ans, en particulier, devrait passer de 162 000 à 252 000 entre 2007 et 2040.

Contexte national

Au 1^{er} janvier 2010, la population de la France est estimée à 64,7 millions d'habitants. Ce chiffre regroupe la population de la France métropolitaine (62,8 millions) et des quatre départements d'outre-mer (1,9 million). Au cours de l'année 2009, la population a augmenté de 346 000 habitants. Contrairement à la plupart des pays européens, la France bénéficie d'une croissance démographique soutenue. Celle-ci s'explique essentiellement par des naissances beaucoup plus nombreuses que les décès (821 000 contre 546 000 en 2009, soit un solde naturel de 275 000 personnes) et par un solde migratoire positif de 71 000 personnes. [1].

Près de 16 millions de personnes sont âgées de moins de 20 ans en France, représentant un peu moins de 25% de la population en 2010. Cette proportion est quasiment stable sur les dernières années mais elle s'inscrit dans un contexte de baisse à long terme : la part des moins de 20 ans atteignait 33% en 1970 et encore 31% en 1980. Malgré cette baisse, la population française demeure relativement jeune comparée à celle des autres pays de l'Union européenne, où la part des moins de 20 ans est en moyenne de 22% [2]. Un peu plus de la moitié de la population française (34 millions de personnes) est âgée de 20 à 59 ans en 2010. C'est la tranche d'âge où les taux d'activité sont maximums. Les deux dernières décennies ont été marquées par la forte croissance du groupe d'âge 45-59 ans (montée en âge des générations du baby-boom).

L'effectif des plus de 60 ans (14,5 millions de personnes en 2010) est celui qui connaît la plus forte progression depuis dix ans et celle-ci va se poursuivre dans les prochaines décennies [1, 3].

En 2060, en supposant le maintien des tendances démographiques récentes en matière de fécondité, de mortalité et de migrations, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants, soit 14% de plus qu'en 2010. Selon ce scénario "central", le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait, à lui seul, de 9 millions pour atteindre 23,6 millions de personnes et représenter 32% de la population totale contre 22% en 2010. L'augmentation la plus forte concernerait les plus âgés : ainsi le nombre des personnes âgées de 75 ans ou plus doublerait, passant de 5,7 millions en 2010 à 11,9 millions en 2060.

Le nombre des moins de 20 ans augmenterait légèrement d'ici 2060. Mais leur part dans la population métropolitaine baisserait, passant de 25% en 2010 à 22% en 2060. Dès 2014, la proportion de personnes de moins de 20 ans serait inférieure à celle des 60 ans ou plus.

Le nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans oscillerait autour de 33 millions sur toute la période : à la baisse jusqu'en 2035, puis à la hausse pour se fixer à 33,7 millions en 2060. La part des 20-59 ans dans la population passerait ainsi de 54 % en 2010 à 46% en 2060 [3].

A partir de ce scénario central, des projections de population active pour la France métropolitaine montrent une croissance régulière entre 2010 et 2030 (d'environ 100 000 personnes actives par an), suivie d'une période de croissance plus modérée. Au total, le nombre de personnes actives devrait passer de 28,5 millions à 31 millions entre 2010 et 2060 [4].

La situation à Paris

Au 1^{er} janvier 2007, la population de Paris s'élève à 2 193 000 habitants.

Les moins de 20 ans représentent un cinquième de la population, soit beaucoup moins qu'en Ile-de-France et en France (environ un quart).

Les 20-39 ans sont en revanche très nombreux dans la capitale puisqu'ils représentent 36% de la population parisienne contre respectivement 30% en Ile-de-France et 26% en France. Les 40-59 ans représentent 26% de la population, proportion comparable aux niveaux régional et national.

Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 19% de la population parisienne, proportion légèrement supérieure à celle observée en Ile-de-France (17%) mais inférieure à celle observée en France métropolitaine (22%).

Si l'on compare à d'autres grandes villes françaises, Paris a une proportion de personnes âgées moins élevée que celle de Marseille et comparable à celle de Lyon. En fait, Paris se distingue surtout par sa faible proportion d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans et, au contraire, sa forte population de jeunes adultes car la capitale exerce toujours une forte attractivité auprès des étudiants.

L'indice de vieillissement humain¹, rapport entre l'effectif de la population âgée de 65 ans ou plus et celui des moins de 20 ans est légèrement plus élevé à Paris qu'en France et surtout beaucoup plus élevé que dans les autres départements franciliens. La raison de cet indice élevé n'est pas la forte proportion de personnes âgées mais la faible proportion de moins de 20 ans dans la capitale.

Paris se distingue par une évolution atypique de sa structure par âge. En effet, alors que la tendance est à l'augmentation de la part des 60 ans ou plus dans la population française, celle-ci a beaucoup diminué à Paris : elle était de 22% au début des années 70 et n'est plus aujourd'hui que de 19%. Paris, qui se présentait alors comme une ville âgée, est aujourd'hui plus jeune que la moyenne.

Cette tendance est cependant révolue et la proportion (ainsi que l'effectif) des personnes âgées de 60 ans ou plus recommence à progresser. La population des plus de 60 ans devrait atteindre 25% de la population totale à l'horizon 2040. La population des plus de 75 ans notamment devrait sensiblement progresser pour atteindre 252 000 personnes contre 162 000 en 2007.

La part des personnes âgées varie fortement selon les arrondissements et les quartiers de Paris. Elle est particulièrement élevée dans l'ouest et dans une moindre mesure dans la partie centrale côté rive gauche de Paris. Elle est beaucoup plus faible dans le nord et dans la partie centrale côté rive droite.

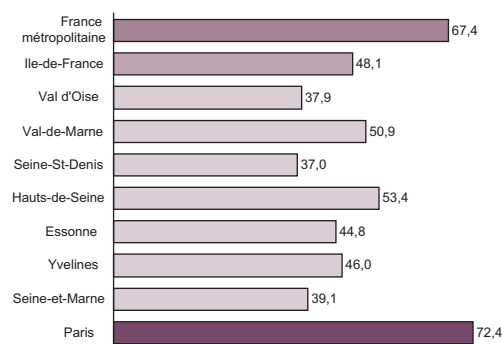
Tab 1 - Population de Paris par âge en 2007

	Paris		IdF	France métro
	Nombre	%	%	%
0-19 ans	427 282	19,5	25,9	24,7
20-39 ans	781 047	35,6	30,2	26,1
40-59 ans	567 182	25,9	27,0	27,5
60-74 ans	254 610	11,6	10,7	13,2
75-84 ans	116 792	5,3	4,6	6,4
85 ans ou plus	46 120	2,1	1,6	2,1
Total	2 193 033	100,0	100,0	100,0

Source : Insee RP 2007 - Exploitation ORS Ile-de-France

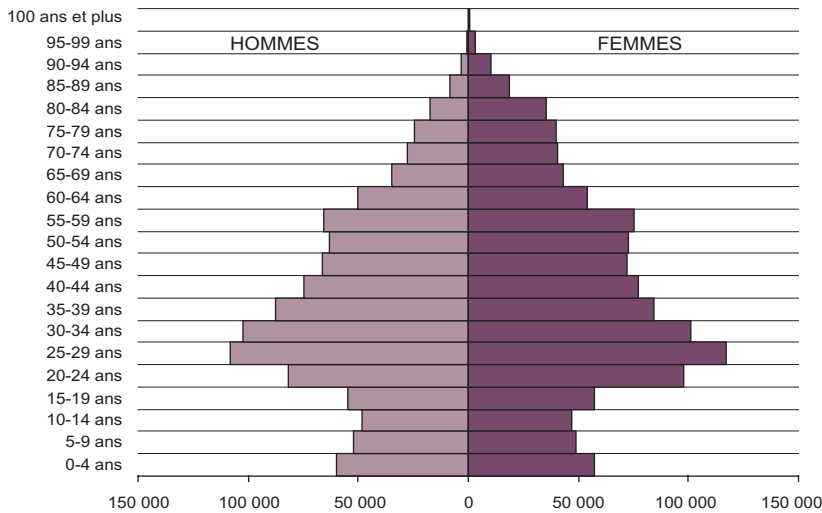
¹ **Indice de vieillissement :**
rapport entre l'effectif de la population âgée de 65 ans ou plus et celui des moins de 20 ans

Graph 1 - Indice de vieillissement¹ en 2007



Source : Insee RP 2006 - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph2 - Pyramide des âges de la population parisienne en 2007



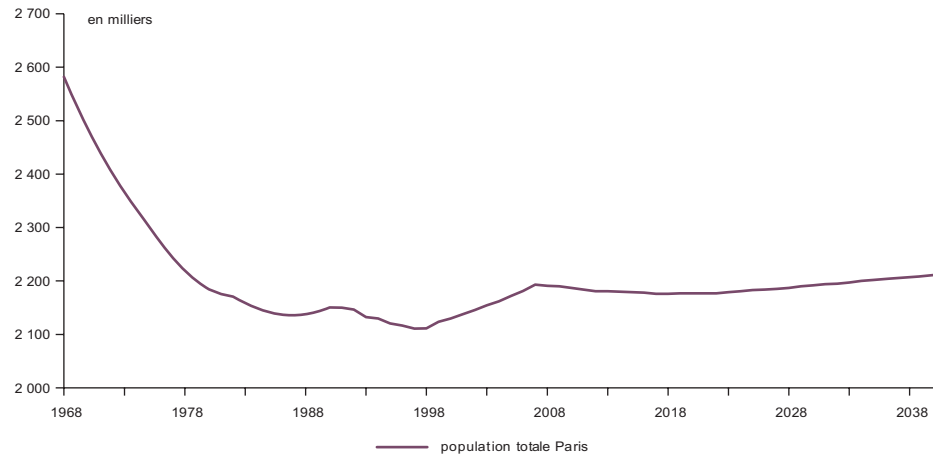
Source : Insee RP 2007 - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 2 - Evolution de la structure de la population parisienne entre 1968 et 2040

	1968	1988	2007	2040
population totale	2 582 013	2 137 549	2 193 033	2 211 000
0-19 ans (%)	21,5	20,5	19,5	18,0
20-39 ans (%)	30,9	35,6	35,6	33,3
40-59 ans (%)	25,8	23,6	25,9	23,5
60-74 ans (%)	16,6	12,3	11,6	13,8
75 ans ou plus (%)	5,2	8,0	7,4	11,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

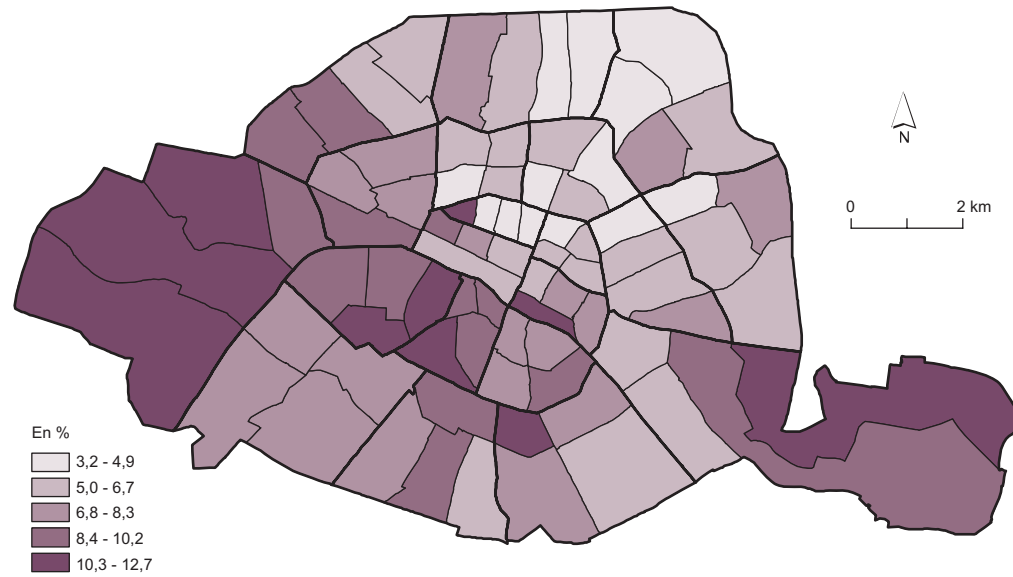
Source : Insee estimations de 1968 à 2007 et projections scénario central pour 2040 - Insee 2010

Graph 3 - Evolution de la population parisienne entre 1968 et 2040



Source : Insee estimations de 1968 à 2007 et projections scénario central de 2008 à 2040 - Insee 2010

Carte 1 - Part de la population des 75 ans ou plus dans les grands quartiers de Paris en 2007



Source : Insee RP 2007 - Exploitation ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

1. Bilan démographique 2009, Deux pacs pour trois mariages, Anne Pla et Catherine Beaumel, division Enquêtes et études démographiques, Insee Première N° 1276, janvier 2010, 4 p.
2. Site internet Eurostat : http://europa.eu/index_fr.htm
3. Projections de population à l'horizon 2060, Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans, Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, division Enquêtes et études démographiques, Insee Première N° 1320, octobre 2010, 4 p.
4. Projections à l'horizon 2060, des actifs plus nombreux et plus âgés, Olivier Filatriau, département de l'Emploi et des revenus d'activité, Insee Première N° 1345, avril 2011, 4 p.

1.3 Natalité, fécondité

Paris se démarque des autres départements d'Ile-de-France par un indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) très bas. Situation qui s'explique pour partie par une proportion élevée de femmes célibataires ou vivant seules à Paris, et par un calendrier des naissances tardif, bon nombre de Parisiennes accouchant après 35 ans.

Contexte national

En 2009, 821 000 naissances ont été enregistrées en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. L'accroissement naturel (différence entre les naissances et les décès) s'élève pour cette même année à 275 000 personnes, en très légère baisse par rapport aux cinq dernières années. La tendance à la hausse de la natalité se confirme depuis 1993, avec un pic en 2006 (829 400 naissances cette année là, niveau jamais observé depuis 1981). Il naît plus de garçons que de filles, en moyenne 105 garçons pour 100 filles. La natalité dépend du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité à chaque âge. L'indicateur conjoncturel de fécondité¹ (ICF) est en progression, avec 1,97 enfant par femme en 2008 contre 1,78 en 1998 [2]. Cet indicateur varie, parmi les régions métropolitaines, de 1,61 en Corse à 2,13 dans les Pays de la Loire en 2008 [3]. En Guyane, cet indicateur est presque deux fois plus élevé que la moyenne nationale (3,55 enfants par femme). Eurostat (Direction des statistiques de l'Union européenne) estime à 5,4 millions le nombre de naissances au sein de l'Union en 2008 [4]. Les Françaises ont la plus forte fécondité après les Irlandaises (2,1 enfants par femme). A l'inverse la Slovaquie, la Pologne, la Roumanie, la Hongrie, le Portugal, l'Allemagne et l'Autriche présentent les plus bas niveaux de fécondité, avec moins de 1,4 enfant par femme. En Allemagne, pays le plus peuplé d'Europe, les décès sont plus nombreux que les naissances, et l'effectif de la population diminue depuis 2004 [5].

La structure de la fécondité a été profondément bouleversée depuis le milieu des années 70, avec une forte baisse chez les femmes jeunes et une augmentation chez les femmes âgées de plus de 30 ans [6]. Depuis 1998, le taux de fécondité² s'est cependant stabilisé chez les femmes âgées de 20 à 24 ans alors qu'il continue d'augmenter (+ 37 %) chez les femmes âgées de 35 ans et plus. En 2008, l'âge moyen des mères avoisine les 30 ans (en 2009, pour la première fois, il franchit la barre des 30 ans en métropole) [2]. Une naissance sur cinq concerne des mères âgées de 35 ans ou plus contre seulement 11 % en 1995. Les comportements sont cependant variables selon les régions, avec une proportion de mères âgées d'au moins 35 ans de 25,8 % en Ile-de-France (33,1 % à Paris) contre 16,5 % dans le Nord-Pas-de-Calais [1]. La proportion d'enfants de mères âgées de moins de 20 ans est parfois considérée comme un indicateur de fragilité sociale. En 2008, ce taux varie en métropole de 1,2 % en Corse, région qui a la valeur la plus basse à 3,3 % dans la région Nord-Pas-de-Calais. Il atteint 14,7 % en Guyane.

La contribution des femmes étrangères est supérieure à leur part dans la population : les naissances de mères étrangères représentent 12,8 % des naissances alors que la population de nationalité étrangère représente 5,8 % de la population en 2006. La proportion d'accouchements multiples connaît une augmentation régulière depuis le début des années 1980, et se stabilise actuellement autour de 1,6 % des accouchements [1]. Un quart à un tiers de l'augmentation des accouchements multiples provient de l'accroissement de l'âge maternel. De plus, 30 à 50 % des accouchements gémellaires et plus des trois quarts des accouchements triples surviendraient après traitements de la stérilité [7]. Les enfants qui naissent hors mariage sont maintenant majoritaires : ils représentent 53 % des nouveau-nés en 2008 en France, contre seulement un sur cinq en 1985. Les variations sont importantes selon les territoires, le taux le plus élevé étant celui des départements ultra-marins où trois naissances sur quatre ont lieu hors mariage [3].

La situation à Paris

Le nombre de naissances annuelles domiciliées³ à Paris varie d'un peu moins de 30 000 à 32 500 au cours des trente dernières années. On constate une " période creuse " entre 1993 et 1998 (moins de 30 000 naissances) suivie d'un pic au début des années 2000 (32 200 naissances en 2002) puis une tendance à la baisse après 2003 qui se confirme en 2008 avec 30 623 naissances.

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ou nombre de naissances par femme) est de 1,59 à Paris en 2007 contre une moyenne nationale de 1,97. C'est de loin le plus bas niveau de fécondité de tous les départements franciliens, le plus élevé (2,41) étant observé en Seine-Saint-Denis. A noter que le niveau de fécondité est pratiquement comparable à ce qu'il était en 1981 pour Paris et la France (après quelques fluctuations), alors qu'il est en progression régulière en Ile-de-France.

Paris se distingue par de nombreuses naissances chez des femmes âgées de 30 ans ou plus. En 2008, 71% des Parisiennes ayant accouché étaient âgées de 30 ans ou plus (soit 21 617 naissances sur 30 623). 2 341 naissances (soit 7,6% du total) étaient issues de femmes âgées de 40 ans ou plus. En revanche, moins de 30% des naissances parisiennes (contre 40% en Ile-de-France et 47% en France) étaient issues de femmes âgées de moins de 30 ans.

¹Indicateur 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 observés l'année considérée demeurait inchangés.

²Taux de fécondité : Le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âge) est le 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 (nombre moyen des femmes de 15 à 49 ans sur l'année). A la différence de l'indicateur conjoncturel de fécondité, son évolution dépend en partie de l'évolution de la structure par âge des femmes âgées de 15 à 49 ans

³**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.

⁴**La qualité juridique d'un enfant à la naissance** désigne le statut matrimonial de sa mère. Les enfants "légitimes" sont ceux dont les parents sont mariés. La naissance est qualifiée de "hors mariage" (anciennement qualifiée de "naturelle" ou encore "illégitime") dans le cas contraire. Un enfant né hors mariage dont la mère se marie est dit légitimé par le mariage. Mais, la distinction entre enfants "légitimes" et enfants "naturels" n'existe plus en France. L'ordonnance du 5 juillet 2005, entrée en vigueur en juillet 2006, a en effet fait disparaître du code civil ces deux notions devenues caduques dans la mesure où les droits des enfants nés hors mariage sont les mêmes que ceux des enfants nés de couples mariés.

Si Paris s'est longtemps distingué par une proportion élevée de naissances hors mariage⁴, celle-ci est aujourd'hui inférieure à la moyenne nationale. En 2008, elle s'élève à 43% à Paris contre 44% en Ile-de-France et de 52% en France métropolitaine. La forte proportion de cadres à Paris, catégorie socio-professionnelle où l'on observe le moins de naissances hors mariage de même que la faible proportion de naissances chez des femmes de moins de 30 ans contribuent à ce résultat.

Le taux de fécondité², défini comme le nombre de naissances rapportées à la population féminine en âge de procréer, est de 5 naissances pour 100 femmes à Paris contre 5,5 en France métropolitaine et 6 en Ile-de-France.

Ce taux varie de 2,8 à 6,5 dans les arrondissements parisiens. On constate que le nord de Paris et plus particulièrement les 10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements ont les taux de natalité les plus élevés, tandis que les arrondissements centraux ont les taux les plus bas.

Tab 1 - Evolution de l'indicateur conjonctuel de fécondité¹ entre 1981 et 2008

	1981	1991	2001	2008
Paris	1,61	1,57	1,63	1,59
Ile-de-France	1,84	1,81	1,96	2,01
France métro.	1,93	1,75	1,88	1,97

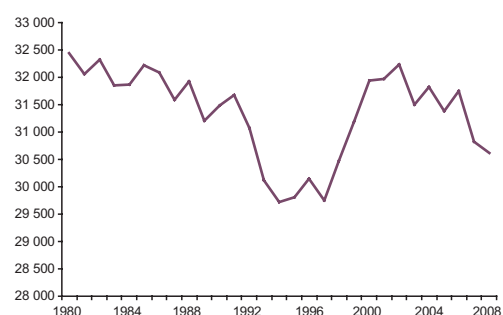
Source : Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 2 - Naissances domiciliées par arrondissement en 1999 et en 2008

	1999		2008	
	Effectifs	%	Effectifs	%
1 ^{er}	216	0,7	203	0,7
2 ^{ème}	334	1,1	338	1,1
3 ^{ème}	511	1,6	451	1,5
4 ^{ème}	357	1,1	306	1,0
5 ^{ème}	621	2,0	554	1,8
6 ^{ème}	428	1,4	389	1,3
7 ^{ème}	648	2,1	568	1,9
8 ^{ème}	514	1,6	525	1,7
9 ^{ème}	900	2,9	956	3,1
10 ^{ème}	1 596	5,1	1 608	5,3
11 ^{ème}	2 347	7,5	2 023	6,6
12 ^{ème}	1 941	6,2	1 940	6,3
13 ^{ème}	2 283	7,3	2 227	7,3
14 ^{ème}	1 623	5,2	1 594	5,2
15 ^{ème}	3 209	10,3	3 143	10,3
16 ^{ème}	2 021	6,5	1 802	5,9
17 ^{ème}	2 345	7,5	2 463	8,0
18 ^{ème}	3 119	10,0	3 336	10,9
19 ^{ème}	3 281	10,5	3 171	10,4
20 ^{ème}	2 893	9,3	3 026	9,9
Total	31 187	100,0	30 623	100,0

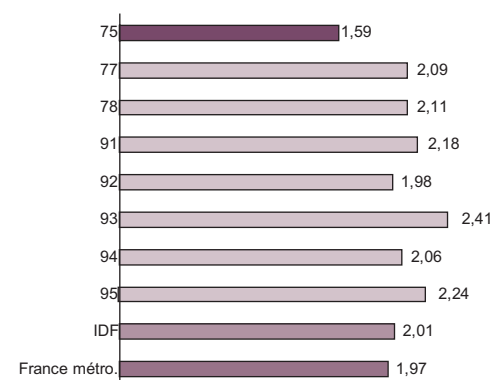
Source : Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 1 - Evolution du nombre de naissances domiciliées à Paris de 1980 à 2008



Source : Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 2 - Indicateur conjonctuel de fécondité dans les départements d'Ile-de-France en 2008



Source : Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 3 - Naissances domiciliées selon l'âge de la mère en 2008

	Paris		IDF		France métro.	
	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
Total	30 623	100,0	180 668	100,0	796 044	100,0

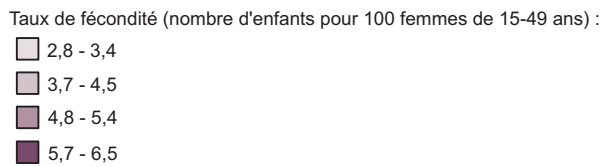
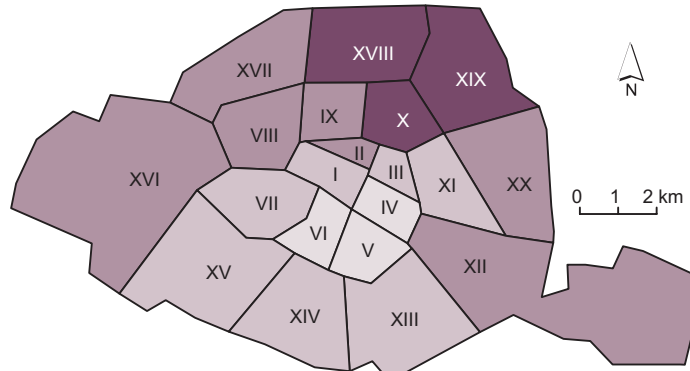
Source : Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 4 - Naissances hors mariage en 2008

	Effectifs	%
Paris	13 086	42,7
Ile-de-France	79 907	44,2
France métropolitaine	411 050	51,6

Source : Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Carte 1- Taux de fécondité à Paris par arrondissement en 2008



Source : Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

1. Bilan démographique 2009, Deux pacs pour trois mariages, Anne Pla et Catherine Beaumel, division Enquêtes et études démographiques, Insee Première N° 1276, janvier 2010, 4 p.
2. Pla A. (2009). Bilan démographique 2008 : plus d'enfants de plus en plus tard. Insee première. Insee. n° 1220. 4 p.
3. Site Statistiques locales. Insee. www.statistiques-locales.insee.fr
4. Eurostat. (2009). 5,4 millions d'enfants sont nés dans l'UE27 en 2008. Communiqué de presse. n° 113. 4 p.
5. Site de Eurostat. Office statistique des Communautés européennes. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
6. Branger B, Goupil M, Mauduit N, Tuffreau F. (2006). Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateur. Edition 2006. ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire. 68 p.
7. Blondel B, Kaminski M. (2002). L'augmentation des naissances multiples et ses conséquences en santé périnatale. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. vol. 21, n° 8. pp. 725-740.

1.4 Mortalité

A structure par âge comparable, la mortalité est moins élevée à Paris qu'en France, pour les deux sexes. Cela se traduit par une espérance de vie élevée pour les Parisiens. La situation est particulièrement favorable dans les arrondissements du sud et de l'ouest de la capitale.

Contexte national

En France, le nombre annuel de décès est relativement stable : environ 530 000 décès sont enregistrés chaque année depuis le début des années 50 jusqu'en 2008 alors que dans le même temps, la population métropolitaine est passée de 42 à 62 millions d'habitants et que la part des personnes âgées a fortement progressé [1]. L'augmentation et le vieillissement de la population française, qui devraient s'accompagner d'une augmentation des décès, sont compensés par la baisse de la mortalité qui bénéficie à chaque âge mais de façon variable selon la période. Jusqu'aux années 60, cette baisse trouvait principalement son origine dans le recul de la mortalité infantile liée avant tout à la lutte contre les maladies infectieuses. Depuis les années 80, l'essentiel des gains est réalisé grâce au recul de la mortalité aux grands âges. Cette baisse concerne la plupart des causes de décès et notamment les affections cardio-vasculaires [2, 3, 4]. Conséquence de cette baisse, l'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter, au rythme de trois mois environ chaque année. En 2009, elle s'élève à 77,8 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes. L'espérance de vie des Françaises est supérieure de deux ans à celle des femmes de l'Union européenne à 27 et d'un an à celle des femmes de l'ancienne Union européenne à 15. Seules les Espagnoles ont une espérance de vie supérieure de quelques mois aux Françaises. En revanche, l'espérance de vie des hommes est en France juste au niveau de la moyenne des principaux pays européens. La Suède et l'Espagne figurent en tête du classement : les garçons nés en 2008 peuvent espérer y vivre plus de 79 ans [5]. La fréquence des décès est fortement liée à l'âge : en France, en 2008, le taux de mortalité (deux sexes) est de 3,4 ‰ avant l'âge d'un an, il diminue ensuite pour atteindre un minimum de 0,1 ‰ dans les classes d'âge 5-9 ans et 10-14 ans, il augmente ensuite de façon quasiment exponentielle pour atteindre 4,4 ‰ dans la classe d'âge 50-54 ans, 52,4 ‰ dans la classe d'âge 80-84 ans et 153,8 ‰ chez les personnes âgées de 90-94 ans [3]. A chaque âge, la mortalité des hommes est plus élevée que celle des femmes. C'est particulièrement vrai chez les jeunes adultes où la sur-mortalité masculine est alors proche de 3‰. Cette surmortalité trouve son origine dans des facteurs biologiques, comportementaux (consommation de tabac, d'alcool, morts violentes...) et environnementaux (conditions de travail de certaines professions manuelles notamment). En 2007, près de la moitié des femmes décédées (47%) étaient âgées de 85 ans ou plus contre seulement 23% des hommes. La part des décès dits prématurés (survenant avant 65 ans)

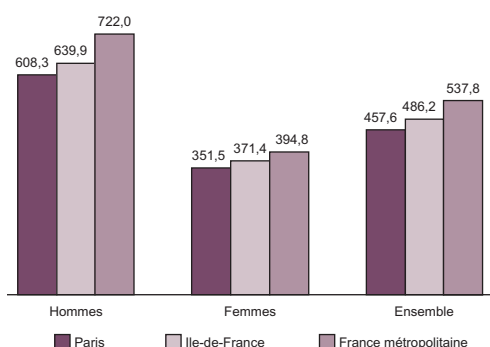
est de 27% chez les hommes contre seulement 13% chez les femmes. Pourtant les différences de comportements ont tendance à se réduire, les femmes adoptant certains de ceux autrefois réservés aux hommes tandis que ceux-ci commencent à les réduire (le tabagisme par exemple). D'où un début de réduction de l'écart d'espérance de vie entre sexes : il est proche de 7 ans en 2009 mais dépassait 8 ans au début des années 90. Il pourrait progressivement se rapprocher des 5 ans observés dans la plupart des pays occidentaux. Outre les différences de mortalité selon le sexe et l'âge, la durée de vie varie beaucoup selon la catégorie socio-professionnelle. Selon l'Insee, sur la période 1991-1999, les cadres et les professions libérales avaient, à 35 ans, une espérance de vie supérieure de 6,5 années à celle des ouvriers et de 4,5 années à celle des employés. Pour les femmes, cette différence est respectivement de 3,0 ans et de 1,5 ans. Par rapport à celles observées sur la période 1983-1991, ces différences sociales de mortalité sont en augmentation chez les hommes et stables chez les femmes. La France se caractérise enfin par d'importantes disparités géographiques de mortalité qui se traduisent par une espérance de vie globalement plus élevée dans les régions situées au sud de la Loire. L'Ile-de-France, bien que située au nord de la Loire, fait partie des régions où l'espérance de vie est la plus élevée en raison d'une structure sociale de sa population globalement favorisée. En 2007, l'espérance de vie des hommes d'Ile-de-France (79,0 ans) est la plus élevée de toutes les régions de France. En ce qui concerne l'espérance de vie féminine, Rhône-Alpes (85,2 ans), Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes (85,0 ans) sont les mieux placées.

On observe une grande stabilité dans la répartition des lieux de décès, qui est restée pratiquement inchangée depuis dix ans. Un peu plus du quart des décès (28 %) ont lieu au domicile, un peu plus de la moitié dans les établissements publics de santé (51 %), 9 % dans les cliniques, et 11 % en maison de retraite. Par ailleurs, un peu moins de 2 % des décès surviennent sur la voie publique [2].

La situation à Paris

En 2005-2007, à structure par âge comparable, Paris présente un niveau de mortalité générale plus bas que celui observé en France métropolitaine ou en Ile-de-France, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Avec un taux comparatif de 608,3 décès pour 100 000 hommes, le département se place au 1^{er} rang des départements franciliens ayant

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité générale en 2005-2007



Source: Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Tab 1 - Nombre annuel de décès et taux de mortalité selon le sexe et l'âge en 2005-2007*

Hommes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif	Taux	Taux	Taux
Moins d'un an	63	4,7	4,7	4,2
1-4 ans	11	0,2	0,2	0,2
5-9 ans	6	0,1	0,1	0,1
10-14 ans	5	0,1	0,1	0,1
15-19 ans	18	0,3	0,4	0,5
20-24 ans	35	0,4	0,6	0,8
25-29 ans	62	0,6	0,6	0,9
30-34 ans	88	0,8	0,8	1,0
35-39 ans	112	1,3	1,2	1,5
40-44 ans	169	2,3	2,0	2,3
45-49 ans	254	3,9	3,4	4,0
50-54 ans	353	5,5	5,5	6,3
55-59 ans	495	7,5	7,8	9,0
60-64 ans	512	10,8	10,6	12,1
65-69 ans	516	15,0	15,9	17,2
70-74 ans	638	22,9	24,2	26,7
75-79 ans	792	32,9	39,3	43,8
80-84 ans	1 069	60,8	66,5	75,6
85 ans ou plus	1 682	137,1	148,0	165,0
Total	6 880	6,7	6,3	9,0

Femmes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif	Taux	Taux	Taux
Moins d'un an	50	3,9	3,8	3,2
1-4 ans	13	0,3	0,2	0,2
5-9 ans	4	0,1	0,1	0,1
10-14 ans	4	0,1	0,1	0,1
15-19 ans	8	0,1	0,1	0,2
20-24 ans	21	0,2	0,2	0,3
25-29 ans	29	0,2	0,3	0,3
30-34 ans	41	0,4	0,4	0,4
35-39 ans	58	0,7	0,6	0,7
40-44 ans	86	1,1	1,0	1,2
45-49 ans	129	1,8	1,7	1,9
50-54 ans	190	2,6	2,6	2,7
55-59 ans	280	3,7	3,7	3,8
60-64 ans	280	5,2	5,2	5,2
65-69 ans	329	7,7	7,4	7,3
70-74 ans	457	11,2	11,9	12,0
75-79 ans	752	18,8	21,3	22,0
80-84 ans	1 223	34,7	39,1	43,5
85 ans ou plus	3 440	106,8	119,4	132,4
Total	7 393	6,4	5,8	8,0

Sources: Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux exprimés pour 1 000 personnes

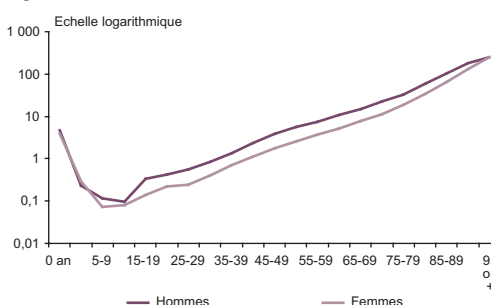
la mortalité masculine la plus basse. Avec un taux comparatif de 351,5 décès pour 100 000 femmes, il se place au 2^{ème} rang des départements franciliens ayant la mortalité féminine la plus basse après les Hauts-de-Seine.

En 2005-2007, 14 273 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année à Paris avec une légère majorité de décès féminins (51,7% de l'ensemble des décès). La ventilation par âge des décès montre que jusqu'à 80 ans, le nombre de décès masculins est supérieur au nombre de décès féminins, tendance qui s'inverse au-delà de 80 ans en raison d'une forte sur-représentation des femmes aux âges élevés. Sur l'ensemble des décès, 23,6% sont dits prématurés, c'est-à-dire qu'ils sont survenus chez des personnes âgées de moins de 65 ans. Cette proportion est beaucoup plus élevée chez les hommes (31,7%) que chez les femmes (16,1%).

La courbe de la mortalité par âge à Paris présente les mêmes caractéristiques que celles généralement observées dans la population française : les taux de mortalité passent par un minimum entre 5 et 14 ans et augmentent de manière exponentielle à partir de 15 ans. La surmortalité masculine se manifeste à tous les âges mais elle est particulièrement importante chez les jeunes adultes. L'écart le plus important se situant entre 15 et 30 ans (les taux de mortalité masculins sont près de trois fois supérieurs au taux féminins dans cette tranche d'âge). Cette surmortalité s'explique notamment par des comportements à risque plus fréquents chez les jeunes hommes. A noter que, malgré les progrès réalisés, la première année de vie reste une période à risque élevé de mortalité, puisqu'un risque équivalent n'est à nouveau observé qu'aux alentours de 50 ans chez les hommes et de 55 ans chez les femmes.

La comparaison des courbes de mortalité à Paris et en France métropolitaine aux différents âges de la vie montre qu'il existe une sous-mortalité dans le département pour les hommes à tous les âges, sauf entre 40 et 50 ans où la mortalité parisienne est très proche de la moyenne nationale. Chez les femmes, on observe une sous-mortalité à Paris entre 20 et 30 ans.

Graph 2 - Taux de mortalité générale par sexe et âge à Paris en 2005-2007



Sources: Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 1 000 personnes du même sexe, échelle logarithmique

¹L'espérance de vie à l'âge x mesure le nombre moyen d'années que peut espérer vivre une personne d'âge x, dans les conditions de mortalité de la période considérée.

²Taux comparatif (ou taux standardisé) de mortalité : Le taux comparatif de mortalité est défini comme le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ou population-type). On le calcule en pondérant les taux de mortalité par âge observés dans la sous-population par la structure d'âge de la population de référence. La population de référence utilisée ici est la population Europe 1976 de l'OMS. Les calculs sont effectués sur une période de trois ans. L'année indiquée est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul

Ensuite, la mortalité des Parisiennes est très proche, voire légèrement supérieure dans la tranche d'âge 65-69 ans, à la moyenne nationale. Après 70 ans, les Parisiens de deux sexes sont en sous-mortalité par rapport à la France métropolitaine. Précisons que les fortes variations observées chez les moins de 20 ans s'expliquent par les faibles effectifs en présence et ne sont pas significatifs.

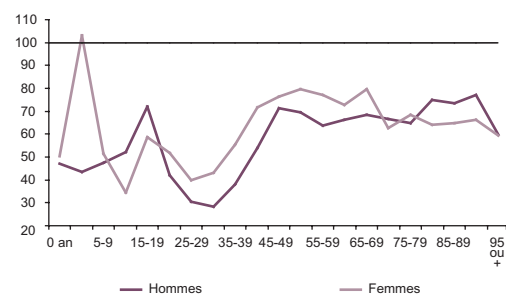
Une espérance de vie élevée et une évolution favorable de la mortalité

En 2007, pour les deux sexes, l'espérance de vie¹ à Paris est supérieure à celle de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine. Pour les hommes, le département se place en troisième position des départements franciliens ayant l'espérance de vie la plus élevée après les Yvelines et les Hauts-de-Seine. Pour les femmes, il se situe en deuxième position après les Yvelines. L'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est identique à celui observé en Ile-de-France (5,9 ans), en revanche il est inférieur à celui constaté en France métropolitaine (6,8 ans). A 60 ans en 2006, l'espérance de vie¹ à Paris reste plus élevée qu'en Ile-de-France et en France métropolitaine pour les deux sexes.

A structure par âge comparable, la mortalité a fortement diminué dans Paris entre 1990-1992 et 2005-2007. Chez les hommes, elle a diminué de 32,2% et chez les femmes, de 25,9%. Ces baisses sont supérieures à celles observées en Ile-de-France et en France. La situation relative des Parisiens qui était déjà favorable en 1990 l'est donc encore davantage en 2007.

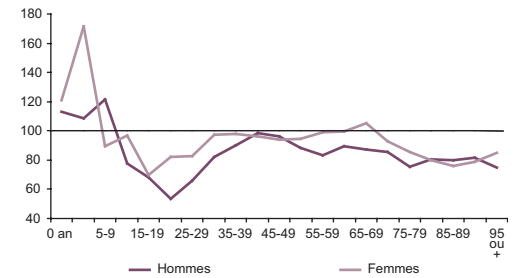
La diminution de la mortalité est observée à tous les âges de la vie. Chez les personnes âgées de 40 ans ou plus des deux sexes, le niveau de mortalité constaté en 2005-2007 est inférieur de 30% environ à ce qu'il était 15 ans plus tôt. La diminution est encore plus importante pour les personnes âgées de 20 à 39 ans ce qui peut s'expliquer, en partie, par la forte baisse de la mortalité par sida dans cette tranche d'âge, consécutive à la diffusion de traitements efficaces à partir de 1996. Chez les moins de 20 ans, les évolutions sont difficilement interprétables étant donné les faibles effectifs en présence.

Graph 5 - Evolution des taux de mortalité dans Paris selon l'âge et le sexe entre 1988-1990 et 2005-2007*



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France *(Taux 1989 / Taux 2006)x100 - données lissées sur 3 ans

Graph 3 - Mortalité dans Paris par rapport à la France métropolitaine en 2005-2007*



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France *(Taux Paris / Taux France métr.) * 100, données lissées sur 3 ans

Tab 2 - Nombre d'années d'espérance de vie¹ à la naissance et à 60 ans en 2007

	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 métropolitaine		
Hommes	77,5	21,9
Femmes	84,3	26,7
Ecart hommes/femmes	6,8	4,8

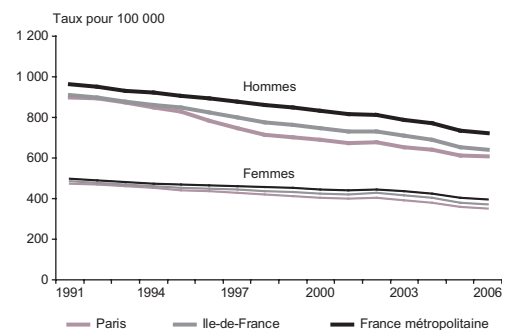
Source: Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 3 - Evolution des taux comparatifs² annuels de mortalité entre 1990-1992 et 2005-2007

	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 (%)	-32,2	-25,9	-29,6	-23,4	-25,0	-21,0

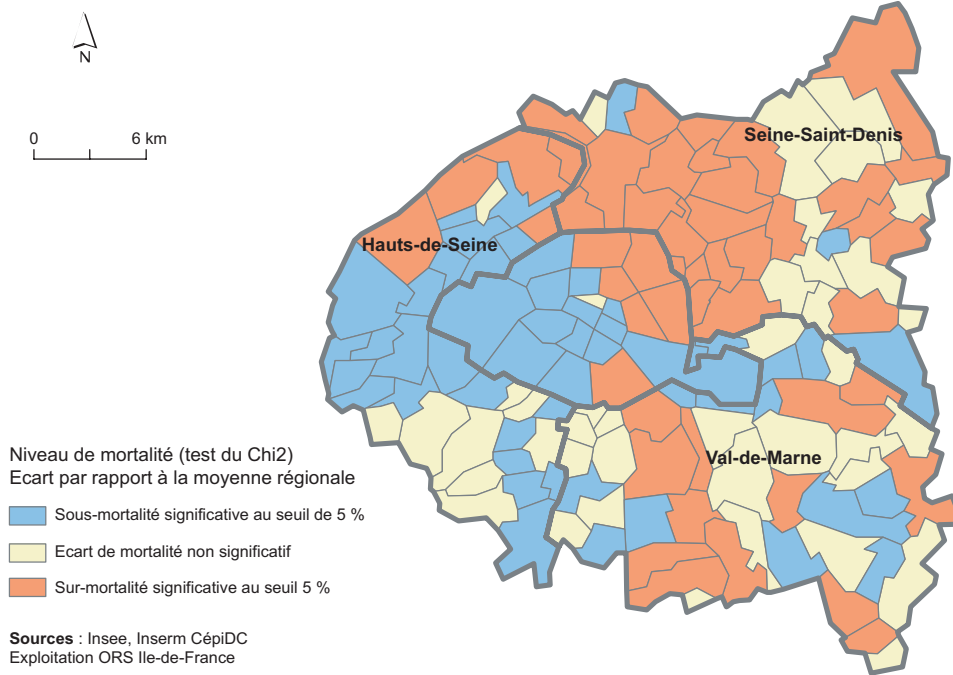
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France *Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Graph 4 - Evolution des taux comparatifs de mortalité générale de 1990-1992 à 2005-2007

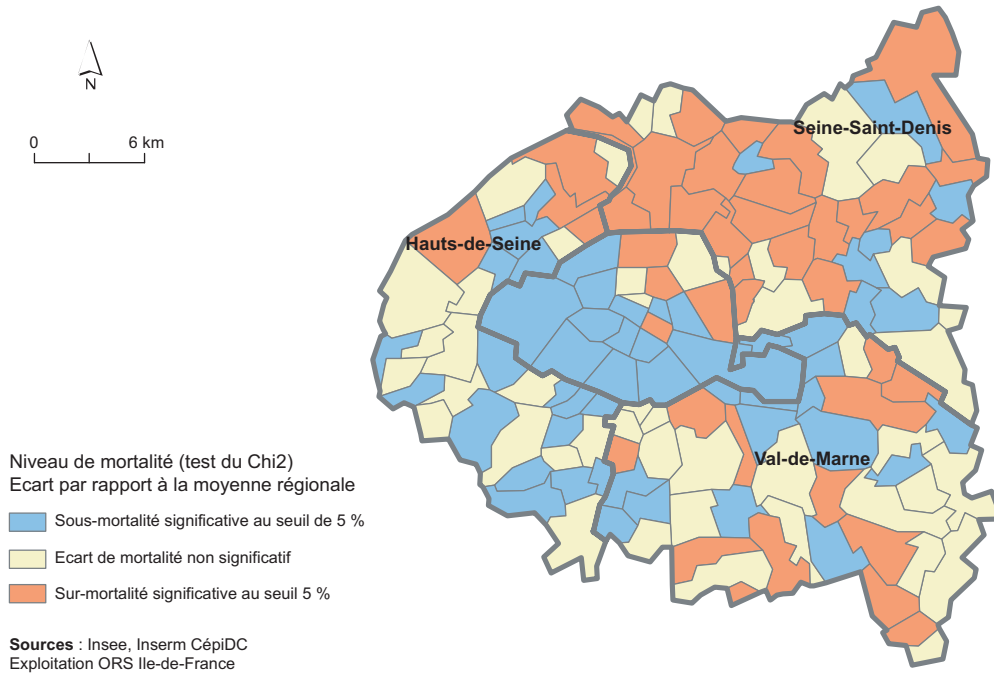


Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France *Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Carte 1 - Niveau de mortalité générale chez les hommes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Carte 2 - Niveau de mortalité générale chez les femmes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Repères bibliographiques et sources

1. Site internet de l'Insee : Institut national de la statistique et des études économiques - www.insee.fr
2. Base nationale des causes médicales de décès 1979-2007, Inserm CépiDC - www.cepidc.vesinet.inserm.fr
3. Site internet de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) - <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>
4. Site commun d'observation régionale en santé (SCORE-santé) de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) <http://www.score-sante.org/score2008/index.html>
5. Bilan démographique 2009, Deux pacs pour trois mariages, Anne Pla et Catherine Beaumel, division Enquêtes et études démographiques, Insee Première N° 1276, janvier 2010, 4 p.

1.5 Pauvreté, précarité

A Paris, 242 500 personnes vivent dans un foyer allocataire des CAF à bas revenus, soit avec moins de 908 euros par mois par unité de consommation¹. Ainsi définie, la pauvreté monétaire concerne 11,1% des Parisiens (13,4% de la population française). Mais la mesure de la pauvreté est difficile. Les phénomènes de grande précarité notamment, particulièrement pregnants à Paris, sont mal connus.

Contexte national

Les indicateurs les plus couramment utilisés pour évaluer l'importance et effectuer des comparaisons dans le temps et dans l'espace en matière de situations de pauvreté sont de type monétaire. Ainsi, un individu est considéré pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, ce dernier étant défini de manière relative ou absolue. La France, comme les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que les Etats-Unis ou le Canada ont une approche absolue. En termes relatifs, le seuil est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population.

La France utilise dorénavant un seuil à 60% de la médiane des niveaux de vie, comme la plupart des pays européens. En 2007, le seuil de pauvreté s'établit à 908 euros par mois par unité de consommation¹. A titre de comparaison, le plafond du RMI, est de 455 euros pour une personne seule et de 682 euros pour un couple sans enfant, au 1er janvier 2009. Depuis juin 2009, le montant du RSA est de 460 euros par mois pour une personne seule [1, 2]. Selon cette définition, 8 millions de personnes vivent en France sous le seuil de pauvreté en 2007, soit 13,4% de la population. La moitié de ces personnes ont un niveau de vie inférieur à 743 euros par mois. Les familles monoparentales, le plus souvent constituées d'une mère et de ses enfants, sont les plus touchées par la pauvreté : plus de 1,6 million de personnes vivant dans ces familles sont pauvres. La proportion de personnes vivant au sein d'une famille monoparentale confrontée à la pauvreté (30%), est 2,3 fois plus importante que dans l'ensemble de la population. De façon générale, le taux de pauvreté augmente avec le nombre d'enfants présents au sein du ménage. Les couples sans enfant sont les moins touchés par la pauvreté : 6,7% d'entre eux vivent sous le seuil de pauvreté en 2007 [1].

Le taux de pauvreté est en légère progression en France : il était de 12,7% en 2000. On observe des disparités au sein du territoire français, le chômage, le pourcentage d'inactifs, les différences de structure sociale ou familiale étant les principales raisons de ces disparités. Dans les zones urbaines, les personnes seules ainsi que les familles monoparentales sont davantage touchées par la pauvreté, alors qu'en zone rurale, les personnes âgées sont les plus exposées. Parmi les régions de la métropole, en 2006, la précarité apparaît particulièrement élevée en Corse, en Languedoc-

Roussillon et dans le Nord-Pas-de-Calais, où les taux de pauvreté sont supérieurs à 18%. En Alsace et en Ile de France, le taux de pauvreté est nettement moins élevé, respectivement 11% et 12%. [3]

Les taux de pauvreté nationaux varient de manière importante au sein de l'Union européenne. Ils sont faibles dans les pays nordiques (10 % aux Pays-Bas, 11% en Suède) alors que les pays anglophones et les pays du sud de l'Europe connaissent des taux de pauvreté très élevés : 18% en Irlande et au Portugal, 19% au Royaume-Uni, 20% en Grèce, en Espagne et en Italie. En Roumanie, le quart de la population vit sous le seuil de pauvreté [4]. Le nombre de bénéficiaires de minima sociaux permet également de mesurer l'importance de la pauvreté dans une population, en référence aux dispositifs d'assistance existants. Les minima sociaux contribuent de façon significative à la réduction des inégalités de revenu, mais n'ont que peu d'impact en matière de réduction de la pauvreté monétaire, du fait des faibles montants versés [5]. Pour 6,7% des ménages allocataires de minima sociaux, les prestations des Caisses d'allocations familiales (Caf) représentent au moins 75% des ressources en 2008 [7].

Fin 2008, 3,3 millions de personnes étaient allocataires de l'un des neuf dispositifs nationaux ou du RSO (allocation spécifique aux départements d'Outre-mer bénéficiant à 12 708 personnes). En incluant les ayants droit, (conjoint et enfants), on peut estimer que 6 millions de personnes bénéficient des minima sociaux en France [5, 6]. Le nombre d'allocataires a légèrement baissé entre 2006 et 2008. Dans le contexte de crise financière et sociale, de dégradation du marché du travail, les premiers chiffres disponibles portant sur l'année 2009 mettent en évidence une inversion de tendance.

Les situations extrêmes de précarité sociale que connaissent les personnes sans abri ou sans domicile stable sont plus difficiles à évaluer. L'Insee a dénombré en janvier 2001 86 500 personnes ayant eu accès à un service d'hébergement ou à une distribution de repas chauds pendant la semaine d'observation. 22% de ces personnes avaient dormi dans des lieux non prévus pour l'habitation, et, au moment de l'enquête, trois sur dix occupaient un emploi [8, 9]. Cette enquête devrait être renouvelée en 2012.

L'ampleur des écarts de mortalité entre catégories socioprofessionnelles en France donne la mesure des inégalités sociales de santé. De nombreux travaux ont mis en évidence les liens étroits entre les situations de précarité et la santé [10].

¹ Unité de consommation

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

Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille.

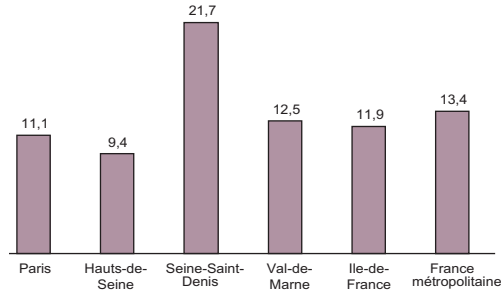
Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie. Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

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

Source : Insee

Ces écarts sont particulièrement marqués pour les personnes vivant dans la rue dont l'espérance de vie est d'environ 45 ans [11]. Une étude de l'Observatoire du Samu social de Paris et de l'Inserm a mis en évidence une proportion élevée de troubles psychiatriques sévères au sein de cette population : les troubles psychotiques sont dix fois plus fréquents qu'en population générale et les troubles dépressifs quatre fois plus. Près d'un tiers de ces personnes présentent un trouble psychiatrique sévère, et les situations de risque suicidaire, de dépendance à l'alcool et au cannabis sont fréquentes. Les jeunes sont particulièrement touchés [12].

Graph 1 - Proportion de la population vivant dans un foyer allocataire à bas revenus en 2008



Source : Mipes - exploitation ORS Ile-de-France

La situation à Paris

À Paris, au 31 décembre 2008, 123 241 allocataires des Caisses d'allocations familiales sont considérés à bas revenu (revenu inférieur à 908 euros par mois par unité de consommation¹). La population vivant dans les foyers de ces allocataires s'élève à 242 499 personnes, soit 11,1% de la population parisienne. Cette proportion est proche de la moyenne régionale (11,9%) mais inférieure à la moyenne nationale (13,4%). Dans la région, la population des foyers à bas revenus varie de 7,5% dans les Yvelines à 21,7% en Seine-Saint-Denis.

Les personnes isolées sans enfant constituent la majorité des personnes en situation de précarité financière dans la capitale. Viennent ensuite les femmes isolées avec enfant(s) puis les couples avec 1 ou 2 enfant(s).

La population des moins de 20 ans vivant dans un foyer à bas revenus est estimée à 83 702 personnes, ce qui signifie que près d'un enfant parisien sur cinq vit dans un foyer à bas revenus.

À Paris, 128 396 personnes percevaient fin 2009 l'un des principaux minima sociaux attribués sous conditions de ressources. La proportion de personnes recevant le RSA "socle" est relativement élevée à Paris (4,4% de la population des 20-59 ans fin 2009 contre 3,8% en France). Cette proportion varie fortement selon les arrondissements. Paris se distingue en revanche par une faible proportion des personnes bénéficiaires de l'AAH (1,7% fin 2009 contre 2,5% au niveau national).

Tab 2 - Les allocataires des principaux minima sociaux en 2009

	Paris	Ile-de-France	France métro.
RSA "socle"	61 006	198 546	1 313 920
Taux*	4,4	2,9	3,8
AAH	24 099	112 643	854 155
Taux*	1,7	1,6	2,5
ASS	15 059	62 724	321 000
Taux*	1,1	0,9	0,9
ASV et ASPA	20 791	71 986	507 363
Taux**	6,8	5,0	5,0
Total (2009)	128 396	534 010	3 177 053
Taux***	7,1	6,0	6,6

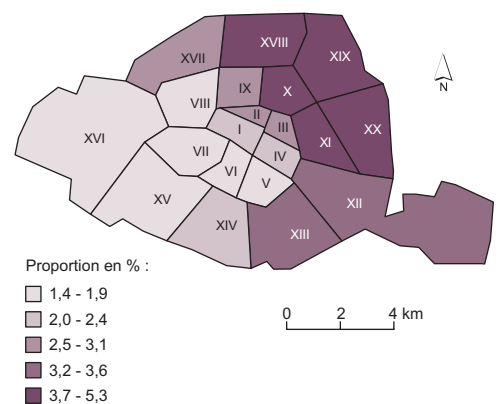
* Taux pour 100 personnes âgées de 18 à 59 ans

** Taux pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus

*** Taux pour 100 personnes âgées de 18 ans ou plus

Sources : CCMSA, Cnaf, Cnav, Drees, Insee, Unedic – estimations Drees au 31 décembre 2009 - Exploitation ORS Ile-de-France

Carte 1 - Proportion d'allocataires du RSA par arrondissement parisien en 2009



Source : Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 1 - Population vivant dans un foyer allocataire à bas revenus en 2008

	Paris	Ile-de-France	France*
Nb d'allocataires à bas revenus	123 241	566 618	3 500 000
Population des foyers à bas revenus	242 499	1 374 705	8 034 000
% de la population	11,1	11,9	13,4

Source : Caf, Exploitation Mipes pour Paris et Ile-de-France
*Données 2007

Entre 1995 et 2007, le nombre de Parisiens allocataires du RMI (54 607 fin 2007) a suivi une évolution similaire à celle constatée au niveau national : une montée en charge du dispositif jusqu'en 1997, suivie de quatre années de légère baisse puis une reprise de la hausse à partir de 2002 pour atteindre un maximum en 2005 (près de 62 500 bénéficiaires fin 2005). La baisse est sensible entre 2006 et 2007 et se poursuit jusqu'en juin 2008. La forte progression observée en 2009 s'explique par le remplacement du RMI et de l'API par le RSA. Entre 2003 et 2006, la forte progression du nombre d'allocataires du RMI est en partie liée à la réforme du chômage, qui a fait "basculer" un certain nombre de demandeurs d'emploi vers le RMI ou l'ASS. Cette dernière allocation (15 059 bénéficiaires fin 2009) évolue cependant à la baisse depuis 1995. Les nombres d'allocataires de l'AAH sont en progression importante et régulière entre 1995 et 2009 à Paris.

En 2008, les prestations des Caf constituaient l'essentiel des ressources de 6,3% des ménages parisiens (6,1% des ménages franciliens et 6,7% des ménages français).

Cinq ateliers santé ville à Paris

Les Ateliers santé ville (ASV) ont été créés par le Comité interministériel des villes en décembre 1999, dans le cadre de la politique de la ville, afin de renforcer le volet santé des contrats de ville. Ils doivent mettre en cohérence les actions destinées aux populations prioritaires, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé.

Les minima sociaux : Instruments de lutte contre la pauvreté, les minima sociaux sont des prestations sociales, versées sous conditions de ressources, qui visent à assurer à une personne ou à sa famille un revenu minimum. Jusqu'en mai 2009, il existait en France dix minima sociaux : neuf applicables sur l'ensemble du territoire et un (le RSO) spécifique aux départements d'outre-mer. Les montants des allocations varient selon les ressources initiales de la personne ou de son foyer, dans la limite d'un "montant maximal", qui peut lui-même varier selon la composition du foyer.

Le Revenu minimum d'insertion (RMI) : créé en 1988, il garantit des ressources minimales à toute personne âgée d'au moins 25 ans ou assumant la charge d'un ou plusieurs enfants. L'allocation est gérée et financée par les départements depuis le 1^{er} janvier 2004. Elle est remplacée par le RSA à partir de juin 2009 (en métropole).

L'Allocation spécifique de solidarité (ASS) : instituée en 1984, c'est une allocation-chômage du régime de solidarité gérée par l'État qui s'adresse aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage et qui justifient d'au moins cinq années d'activité salariée au cours des dix dernières années précédant la rupture de leur contrat de travail.

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) : instituée en 1975, elle s'adresse aux personnes handicapées âgées de 20 à 59 ans dont le handicap ne permet pas de travailler et qui ne peuvent prétendre ni à un avantage vieillesse, ni à une rente d'accident du travail.

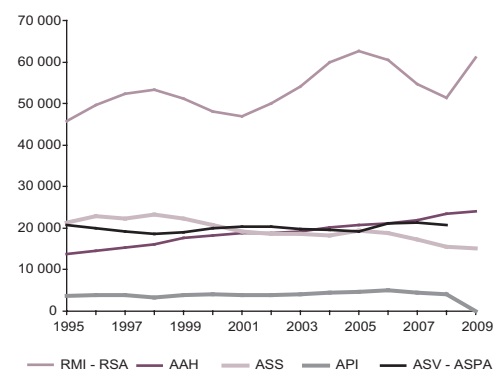
L'Allocation de parent isolé (API) : créée en 1976, elle s'adresse aux personnes sans conjoint assumant seules la charge d'enfants (enfant à naître, enfant de moins de trois ans, ou dans certains cas de trois ans ou plus). La durée de perception de cette allocation est limitée dans le temps et variable selon l'âge du dernier enfant. Elle est remplacée par le RSA à partir de juin 2009 (en métropole).

L'Allocation supplémentaire vieillesse : créée en 1956, elle s'adresse aux personnes âgées de 65 ans ou plus (60 ans en cas d'inaptitude au travail) et leur assure un niveau de revenu égal au minimum vieillesse. Une nouvelle prestation, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est entrée en vigueur en janvier 2007. Cette allocation unique simplifie le dispositif en se substituant aux prestations de premier étage du minimum (qui ne font pas partie des minima sociaux) et à l'allocation supplémentaire vieillesse. Jusqu'en janvier 2007 prévaut encore le "mécanisme" antérieur à deux étages.

Le RSA remplace le RMI et l'API

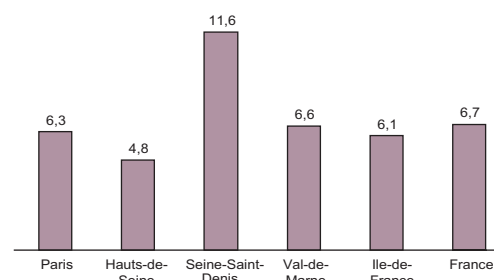
En juin 2009, la réforme du revenu de solidarité active (RSA) modifie le système en place : en métropole, le RSA se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI), à l'allocation de parent isolé (API) ainsi qu'aux dispositifs d'aide à la reprise d'emploi qui leur sont associés. Le RSA est une prestation « hybride », assurant à la fois une fonction de minimum social (RSA socle) et de complément de revenu pour des travailleurs vivant dans des foyers aux revenus modestes (RSA activité). Dans les départements d'outre-mer, la mise en place du RSA est prévue ultérieurement et le RMI et l'API restent en vigueur.

Graph 2 - Evolution du nombre d'allocataires de minima-sociaux à Paris entre 1995 et 2009



Sources : CCMSA, Cnaf, Cnav, Drees, Unedic - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 3 - Proportion de ménages dépendants des prestations des Caf en 2008 (Proportion de ménages dont 75% ou plus des ressources proviennent des prestations des Caf)



Sources : Caf, BDSL - Exploitation ORS Ile-de-France

La loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003 a réaffirmé les Ateliers santé ville avec, comme objectif, le développement de la prévention et de l'accès aux soins, au travers de la déclinaison en particulier du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) défini dans le Plan régional de santé publique (PRSP).

Enfin, le comité interministériel des villes de mars 2006 a prévu de développer et conforter les ASV, au sein des contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) afin de mettre en œuvre des projets locaux de santé publique en cohérence avec la politique nationale et régionale de santé publique. Il est prévu de couvrir l'ensemble des territoires en politique de la ville. L'Ile-de-France compte 113 Cucs.

Les Ateliers santé ville, dans une démarche partenariale entre les services de l'Etat et les services municipaux, ont pour objectif :

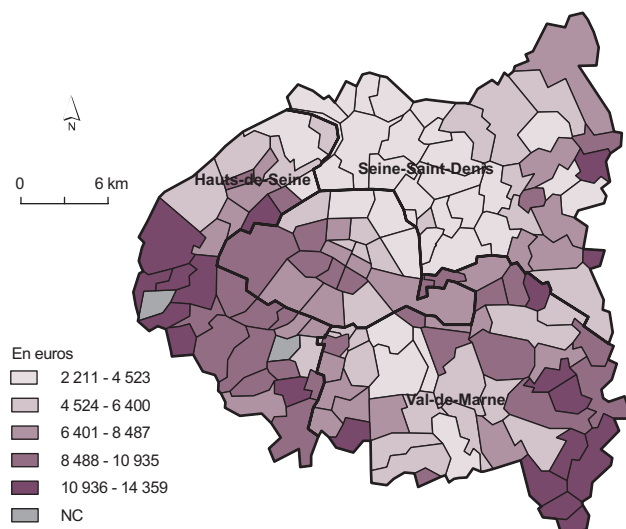
- d'identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en situation de vulnérabilité et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie (logement, emploi, transport, environnement...)
- ;
- de faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux ;
- de diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site ;
- de rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- et de développer d'une part, la participation active de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités, programmation, mise en œuvre et évaluation) et d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes.

Tab 3 - Les ateliers santé ville à Paris fin 2010

Arrondissement	Structure porteuse	année de création
18 ^{ème}	Association URACA	2007
14 ^{ème}	Association PREVISANTE	2008
20 ^{ème}	Fondation des Oeuvres de la Croix-Saint-Simon	2008
13 ^{ème}	Passaj 13	2009
19 ^{ème}	Association APSV	2010

Source : ORS Ile-de-France

Carte 2 - Valeur du 1^{er} décile du revenu par unité de consommation dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne en 2007 :



Source : Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

1. Insee Résultats N°102 - Société- Enquête Revenus fiscaux et sociaux 2007 et séries longues, Novembre 2009
2. Insee Première N°1203, "Les niveaux de vie en 2006", Luc Goutard, Jérôme Pujol, Insee, juillet 2008
3. Pauvreté : différents profils de régions et départements, Olivier Léon, Insee Références, Edition 2010
4. "Fiches thématiques" dans France, portrait social, Edition 2009, Insee.
5. Drees " Les allocataires des minima sociaux en 2008 ", Etudes et Résultats, N°727, Mai 2010
- Les minima sociaux en 2008-2009 - Années de transition, Ouvrages et rapports, Drees, juillet 2010
6. Site internet sur les minima sociaux : <http://www.sante-sports.gouv.fr/minima-sociaux,5910.html> consultée en septembre
7. Base de données sociales localisées (BDSL) : <http://bdsi.social.gouv.fr/> consultée en septembre 2010
8. Hébergement et distribution de repas chauds : qui sont les sans-domicile usagers de ces services ? Cécile Brousse, Bernadette de la Rochère, Emmanuel Massé. Insee Première, Insee, n°824, janvier 2002, 4 p.
9. Hébergement et distribution de repas chauds : le cas des sans-domicile. Cécile Brousse, Bernadette de la Rochère, Emmanuel Massé. Insee Première, Insee, n° 823, janvier 2002, 4 p.
10. Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. InVS. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 2-3, janvier 2007, pp. 9-28
11. Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2009-200, ONPES, juin 2010, 168 p.
12. Inserm, Samu social, SAMENTA, " Rapport sur la santé mentale des personnes sans logement en Île-de-France ", sous la direction de Anne Laporte et Pierre Chauvin, janvier 2010, 227 p.

2

Santé des populations - vue d'ensemble

2. Santé des populations - vue d'ensemble

2.1	Causes médicales de décès	35
2.2	Mortalité prématurée	38
2.3	Santé des enfants de moins d'un an	42
2.4	Santé des enfants de un à quatorze ans	46
2.5	Affections de longue durée	51
2.6	Diagnostics d'hospitalisation	55
2.7	Santé perçue, symptômes de dépression et stress	57

2. Etat de santé des populations - vue d'ensemble

- > Un peu plus de **14 000 Parisiens décèdent chaque année**. Les cancers sont la première cause de mortalité des Parisiens des deux sexes, suivies par les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil respiratoire et les morts violentes (sous-enregistrées à Paris).
- > Chaque année près de 3 400 Parisiens décèdent avant 65 ans dont une majorité d'hommes. La première cause de mortalité prématurée des Parisiens est le cancer pour les deux sexes.
- > La **mortalité prématurée** est en baisse régulière à Paris. Cette baisse est supérieure à celles observées aux niveaux régional et national depuis quinze ans ce qui s'explique notamment par la diminution de la mortalité par sida à partir de 1996, pathologie qui affectait particulièrement les jeunes Parisiens.
- > Le taux standardisé de mortalité prématurée reste relativement élevé à Paris comparé à d'autres départements franciliens mais il est aujourd'hui en dessous du niveau national pour les deux sexes. Plus encore que pour la mortalité tous âges, on observe des **disparités de mortalité prématurée** entre arrondissements, avec une situation plus favorable dans l'ouest de la capitale.
- > Le taux de **mortalité infantile**, de 3,6 décès pour 1 000 naissances vivantes, est identique à celui observé au niveau national et inférieur à celui de la région.
- > Près de 42 000 Parisiens admis en **affection de longue durée** chaque année. Les causes et les taux d'admissions sont variables selon le sexe et l'âge. Les taux d'admission des Parisiens sont dans l'ensemble légèrement supérieurs à ceux constatés au niveau national.
- > Près de 530 000 **séjours hospitaliers** de Parisiens en services de médecine, chirurgie et obstétrique en 2007. A structure d'âge comparable, le taux de séjour de la population parisienne est inférieur de 3% à la moyenne nationale pour les hommes et de 5% pour les femmes.
- > Forte activité de **dépistage du saturnisme** chez les enfants de moins de six ans à Paris dans le cadre d'une politique de lutte contre l'habitat insalubre mise en place en 2002. Les cas diagnostiqués, essentiellement dans les arrondissements du nord, sont chaque année moins nombreux.
- > Des taux de **couverture vaccinale** du BCG et de l'hépatite B relativement élevés chez les enfants parisiens mais inégaux selon les arrondissements.
- > Paris est le département francilien où la proportion d'enfants de 6 à 12 ans ayant consulté au moins une fois un **dentiste** dans l'année est la plus faible en 2009 et a le moins progressé ces dernières années.

2.1 Causes médicales de décès

Un peu plus de 14 000 Parisiens sont décédés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. Les tumeurs sont la première cause de décès des Parisiens des deux sexes, suivies par les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil respiratoire et les morts violentes (sous-enregistrées à Paris). La répartition des principales causes de décès varie fortement selon l'âge et le sexe.

Contexte national

Pour chacun des 530 000 décès qui surviennent en moyenne chaque année en France, un certificat indiquant la ou les causes de la mort est établi par un médecin [1]. Ces informations, codées au plan national selon un protocole rigoureux basé sur la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, permettent l'établissement de statistiques des causes médicales de décès par le service CépiDc de l'Inserm [2].

La classification actuellement utilisée pour coder ces certificats est la Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM10), qui comporte 12 000 rubriques. Selon cette classification, utilisée pour coder de nombreuses enquêtes ou systèmes de surveillance épidémiologique en morbidité et mortalité, les pathologies sont réparties en 21 chapitres différents dont un est consacré aux causes externes (accidents, homicides et suicides) [3].

Un chapitre permet de classer les certificats de décès pour lesquels la cause de la mort n'est pas identifiée ou est insuffisamment précise. Ainsi, un peu moins de 7% des décès sont de cause mal définie : ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 9% chez les plus de 85 ans. Il est également élevé chez les moins de 1 an car ce chapitre inclut le syndrome de mort subite du nourrisson. A tous les âges, on observe une baisse régulière depuis vingt ans de la proportion de décès dont la cause est mal identifiée [1].

Pour les femmes, les statistiques de causes médicales de décès reflètent principalement les problèmes de santé aux âges élevés car trois décès féminins sur quatre ont lieu après 75 ans. C'est moins le cas pour les hommes, qui ont une espérance de vie plus faible, un peu de la moitié des décès masculins (seulement) survenant après 75 ans [1].

Si la CIM10 comporte plusieurs milliers de rubriques, quatre chapitres rassemblent près de trois décès sur quatre : les tumeurs sont depuis 2004 la première cause de décès en France et représentent 30% du total des décès en 2008, les maladies de l'appareil circulatoire (27,5% du total des décès), les morts violentes, accidents, suicides et autres causes extérieures de décès (7%), et les maladies de l'appareil respiratoire (6 %) [1]. Cette répartition concerne l'ensemble des décès mais elle varie fortement selon le sexe et l'âge.

Les morts violentes et accidentelles se répartissent tout au long de la vie mais elles constituent la première cause de décès chez les moins de 35 ans, notamment chez les hommes (deux tiers des décès chez les hommes de 15-24 ans). Les cancers,

relativement rares avant 40 ans, progressent ensuite très fortement avec l'âge et constituent la première cause de décès pour les deux sexes entre 40 et 74 ans. Chez les personnes âgées de 80 ans ou plus, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès, notamment chez les femmes [1].

Depuis le début des années 1980, la baisse régulière de la mortalité observée en France se retrouve pour la plupart des causes de décès. Le recul de la mortalité cardio-vasculaire est particulièrement important, avec une baisse du taux de mortalité standardisé sur l'âge de 55% entre 1980 et 2007. Les morts violentes ont connu également une baisse très marquée (-44% chez les hommes et -51% chez les femmes), qui résulte principalement de la baisse de la mortalité liée aux chutes accidentelles jusqu'en 2000 et, depuis 2000, de la baisse de la mortalité par accidents de la circulation. La mortalité par tumeurs (-17% chez les hommes et -11 % chez les femmes) a connu un recul moins net et recouvre des situations très variables selon la localisation considérée [4].

Une légère augmentation de la mortalité a été constatée au début des années 2000 pour les troubles mentaux, les maladies du système nerveux et des organes des sens, ainsi que pour les maladies du système ostéo-articulaire. Mais cette tendance semble essentiellement liée aux évolutions des pratiques de codage et au changement de classification ce que confirme la stabilité (et même une légère baisse) de la mortalité liée à ces causes de décès sur la période la plus récente [4, 5].

Au sein de l'Union européenne, les principales causes de mortalité sont identiques à celles observées en France, mais leur poids relatif est très différent. Des biais peuvent cependant exister en matière de comparaisons internationales à cause des différences de méthode de certification et de l'organisation sanitaire propre à chaque pays [6]. Selon les données OMS Europe, la France connaît le plus bas niveau de mortalité cardio-vasculaire des 25 pays d'Europe pour les deux sexes [7].

En ce qui concerne le cancer, on observe en France une situation de sous-mortalité au sein de l'Union européenne pour les femmes tandis que les hommes occupent une position moyenne [7].

Enfin, pour la mortalité accidentelle, malgré une amélioration récente, la France occupe dans ce domaine, une position intermédiaire parmi les 25 pays de l'Union. La mortalité par accidents de la circulation, notamment, est entre 1,5 et 2 fois plus importante en France que dans les pays les mieux placés (Pays-Bas, Islande, Suède) [7].

La situation à Paris

On dénombre chaque année environ 14 000 décès de Parisiens. Le nombre et les causes de décès varient fortement avec l'âge et le sexe.

Un peu plus de 300 Parisiens âgés de 15 à 34 ans sont décédés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007, dont une grande majorité d'hommes (203 décès masculins contre 99 décès féminins). Dans cette tranche d'âge les morts violentes, et notamment les accidents de transport, constituent la principale cause de décès chez les hommes. C'est cependant moins vrai à Paris, où 24% des décès sont d'origine accidentelle, qu'en France métropolitaine où la proportion atteint 61% dans cette tranche d'âge. Mais rappelons qu'il existe à Paris un sous-enregistrement des décès accidentels¹. Les tumeurs, responsables de 17% des décès constituent la deuxième cause de décès des hommes de 15-34 ans.

Chez les femmes, les tumeurs, responsables de 19% des décès, constituent la première cause de mortalité. Les morts violentes (18%) arrivent en deuxième position même si, comme pour les hommes, il existe une sous-estimation de cette rubrique à Paris.

Près de 3 000 Parisiens âgés de 35 à 64 ans sont décédés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 : 1 895 hommes et 1 023 femmes, soit encore une large majorité d'hommes. Les tumeurs sont de loin la première cause de décès dans cette tranche d'âge (39% des décès chez les hommes et 54% chez les femmes). Le cancer du poumon représente, à lui seul, 13% des décès masculins de cette classe d'âge et, le cancer du sein, 15% des décès féminins. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire, puis les morts violentes et les maladies de l'appareil digestif.

¹ A Paris, comme dans tous les départements relevant territorialement de l'institut médico-légal (IML) de Paris, certains décès "accidentels" sont classés dans la rubrique "symptômes, signes et états morbides mal définis" faute de retour d'information des expertises de l'IML

² Répartition France métropolitaine

³ Causes externes de traumatismes et empoisonnements

⁴ Voies aéro-digestives supérieures (larynx, oesophage, bucco-pharynx)

Tab 1 - Principales causes de décès des Parisiens selon le sexe et l'âge en 2005-2007 (nombre annuel moyen de décès et %)

HOMMES 15-34 ans	Nb	%	% Fr ²	FEMMES 15-34 ans	Nb	%	% Fr ²
Morts violentes ³	49	24,1	61,0	Morts violentes ³	18	18,2	38,8
<i>dont accidents de transport</i>	15	7,4	26,0	<i>dont accidents de transport</i>	4	4,0	14,9
<i>dont suicides</i>	16	7,9	20,2	<i>dont suicides</i>	6	6,1	15,0
Tumeurs	34	16,7	9,5	Tumeurs	19	19,2	21,4
Symptômes, états morbides mal déf.	86	42,4	10,9	Symptômes, états morbides mal déf.	42	42,4	10,3
Autres	34	16,7	18,6	Autres	20	20,2	29,5
Total	203	100,0	100,0	Total	99	100,0	100,0
HOMMES 35-64 ans	Nb	%	% Fr ²	FEMMES 35-64 ans	Nb	%	% Fr ²
Tumeurs	745	39,3	42,3	Tumeurs	557	54,4	52,1
<i>dont cancers du poumon</i>	222	11,7	13,7	<i>dont cancers du sein</i>	153	15,0	13,7
<i>dont cancers des VADS⁴</i>	97	5,1	6,0	<i>dont cancers du poumon</i>	101	9,9	8,5
Maladies de l'appareil circulatoire	235	12,4	16,1	Maladies de l'appareil circulatoire	77	7,5	11,2
Morts violentes ³	112	5,9	13,3	Morts violentes ³	48	4,7	10,6
Maladies de l'appareil digestif	88	4,6	7,0	Maladies de l'appareil digestif	34	3,3	6,2
Symptômes, états morbides mal déf.	447	23,6	6,9	Symptômes, états morbides mal déf.	185	18,1	5,4
Autres	268	14,1	14,4	Autres	122	11,9	14,5
Total	1 895	100,0	100,0	Total	1 023	100,0	100,0
HOMMES 65-84 ans	Nb	%	% Fr ²	FEMMES 65-84 ans	Nb	%	% Fr ²
Tumeurs	1 231	40,8	38,3	Tumeurs	1 079	39,1	32,3
<i>dont cancers du poumon</i>	291	9,7	8,7	<i>dont cancers du sein</i>	193	7,0	5,1
Maladies de l'appareil circulatoire	695	23,1	27,5	<i>dont cancers du poumon</i>	148	5,4	3,0
<i>dont cardiopathies ischémiques</i>	235	7,8	9,1	Maladies de l'appareil circulatoire	594	21,5	28,8
<i>dont maladies cérébro-vasculaires</i>	159	5,3	5,9	<i>dont maladies cérébro-vasculaires</i>	161	5,8	7,8
Maladies de l'appareil respiratoire	180	6,0	6,9	<i>dont maladies ischémiques</i>	140	5,1	6,8
Maladies de l'appareil digestif	118	3,9	4,2	Maladies de l'appareil respiratoire	151	5,5	5,4
Morts violentes ³	98	3,3	4,7	Maladies de l'appareil digestif	115	4,2	4,3
Symptômes, états morbides mal déf.	293	9,7	4,2	Morts violentes ³	104	3,8	4,6
Autres	400	13,3	14,2	Symptômes, états morbides mal déf.	305	11,0	5,1
Total	3 015	100,0	100,0	Autres	413	15,0	19,5
				Total	2 761	100,0	100,0
HOMMES 85 ans ou plus	Nb	%	% Fr ²	FEMMES 85 ans ou plus	Nb	%	% Fr ²
Maladies de l'appareil circulatoire	516	30,7	35,4	Maladies de l'appareil circulatoire	1 178	32,2	38,5
<i>dont cardiopathies ischémiques</i>	158	9,4	9,2	<i>dont cardiopathies ischémiques</i>	275	8,0	7,9
<i>dont maladies cérébro-vasculaires</i>	101	6,0	7,1	<i>dont maladies cérébro-vasculaires</i>	252	7,3	8,5
Tumeurs	370	22,0	20,0	Tumeurs	524	15,2	12,1
Maladies de l'appareil respiratoire	158	9,4	10,2	Maladies de l'appareil respiratoire	299	8,7	7,8
Morts violentes ³	74	4,4	5,1	Morts violentes ³	189	5,5	4,9
Symptômes, états morbides mal déf.	163	9,7	7,1	Symptômes, états morbides mal déf.	392	11,4	10,1
Autres	401	23,8	22,2	Autres	858	24,9	26,5
Total	1 682	100,0	100,0	Total	3 440	100,0	100,0

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

Près de 5 800 Parisiens âgés de 65 à 84 ans ou plus sont décédés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 : 3 015 hommes et 2 761 femmes, soit encore une majorité d'hommes. Les tumeurs constituent la principale cause de décès pour les deux sexes. Elles sont suivies des maladies de l'appareil circulatoire, puis des maladies de l'appareil respiratoire, des maladies de l'appareil digestif et des morts violentes.

Plus de 5 100 Parisiens âgés de 85 ans ou plus sont décédés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 : 1 682 hommes et 3 440 femmes, soit une forte majorité de femmes. Dans cette classe d'âge, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès, notamment chez les femmes. Elles sont suivies des tumeurs puis des maladies de l'appareil respiratoire.

Tab 5 - Nombre annuel moyen de décès selon la cause et le sexe à Paris en 2005-2007

Cause principale de décès	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Maladies infectieuses et parasitaires	221	3,2	159	2,2	380	2,7
Tumeurs	2 384	34,7	2 185	29,6	4 569	32,0
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	19	0,3	27	0,4	46	0,3
Mal. endocrinienne, nutrition, métabolisme, troubles immunitaires	184	2,7	241	3,3	425	3,0
Troubles mentaux et du comportement	135	2,0	218	2,9	353	2,5
Maladies du système nerveux et organes des sens	280	4,1	396	5,4	676	4,7
Maladies de l'appareil circulatoire	1 457	21,2	1 857	25,1	3 314	23,2
Maladies de l'appareil respiratoire	384	5,6	474	6,4	858	6,0
Maladies de l'appareil digestif	277	4,0	292	4,0	569	4,0
Maladies de la peau et du système sous-cutané	12	0,2	21	0,3	33	0,2
Maladie du système ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	30	0,4	59	0,8	89	0,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	101	1,5	112	1,5	213	1,5
Complications de la grossesse, de l'accouchement, suites de couches	-	-	1	0,0	1	0,0
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	32	0,5	28	0,4	60	0,4
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	23	0,3	27	0,4	50	0,4
Symptômes, signes et états morbides mal définis	1 002	14,6	932	12,6	1 934	13,6
Causes externes	338	4,9	363	4,9	701	4,9
Total toutes causes	6 879	100,0	7 392	100,0	14 271	100,0

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

Repères bibliographiques et sources

1. Base nationale des causes médicales de décès 1979-2007, Inserm CépiDC - www.cepfdc.vesinet.inserm.fr
2. Mise en place de la certification électronique des causes médicales de décès en France : premier bilan et perspectives, G. Pavillon, P. Coilland, E. Jouglu, InVS, n° 35-36, septembre 2007, pp. 306-307
3. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision (CIM-10). Vol. 2. Manuel d'utilisation, OMS, 1995, 167 p.
4. Evolution des taux comparatifs de mortalité standardisés sur la population européenne entre 1979-1981 et 2006-2008, base nationale des causes médicales de décès 1979-2008, Inserm CépiDC - www.cepfdc.vesinet.inserm.fr
5. Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000. G. Pavillon, J. Boileau, G. Renaud et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVS, n° 4, janvier 2004, pp. 13-16
6. Improvement of the quality and comparability of causes-of-death statistics inside the European Community. E. Jouglu, G. Pavillon, F. Rossollin et al. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 46, n° 6, décembre 1998, pp. 447-456
7. Comparaisons des taux standardisés de mortalité par cause dans les pays d'Europe (période 2005 à 2008 selon les pays), site internet de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Région Europe - <http://data.euro.who.int/dmdb/>

2.2 Mortalité prématurée

Chaque année près de 3 400 Parisiens, deux fois plus d'hommes que de femmes, décèdent avant l'âge de 65 ans. La première cause de mortalité prématurée¹ est le cancer, pour les deux sexes. La mortalité prématurée¹ est en diminution régulière à Paris mais elle reste relativement élevée comparée à d'autres départements franciliens. Une partie des décès prématurés est considérée comme évitable.

Contexte national

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population ont conduit à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. En 2007, un peu plus de la moitié des personnes décédées en France (51,9%) étaient âgées de 80 ans ou plus. Par conséquent, les statistiques des causes médicales de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation dans une perspective de prévention. Dans ce contexte, les épidémiologistes ont développé le concept de "mortalité prématurée"¹, celle-ci étant définie comme la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans. En 2007, près de 108 000 personnes sont décédées avant 65 ans en France métropolitaine représentant près de 21% du total des décès. La part des décès prématurés est beaucoup plus élevée chez les hommes (27,5 % du nombre total de décès) que chez les femmes (13,5%) [1]. La mortalité prématurée connaît une évolution favorable en France : entre le début des années 90 et 2006, le taux standardisé de mortalité prématurée a diminué de 27,8% chez les hommes et de 19,7 % chez les femmes [2]. Cependant, la situation nationale reste défavorable dans le contexte européen. Au sein de l'Union européenne (UE) des 27, la France a en effet une position moyenne pour la mortalité prématurée, avec un taux de mortalité prématurée standardisé, en 2005, de 205 pour 100 000 habitants, légèrement inférieur à celui de l'UE des 27 (225 pour 100 000) mais supérieur à celui de l'UE des 15 (189 pour 100 000). La France a ainsi le 12ème taux le plus bas de l'UE des 27, le taux le plus bas étant observé en Suède (154 pour 100 000) et les taux les plus élevés dans les pays d'Europe de l'est (jusqu'à 508 pour 100 000 en Lettonie). Cette situation diffère quelque peu selon le genre. Pour les hommes, la France (entière) a le 12ème taux de mortalité prématurée le plus bas de l'UE des 27 (284, contre 307 pour l'UE des 27 et 251 pour l'UE des 15) et pour les femmes, elle a le 7e taux le plus bas (128, contre 146 pour l'UE des 27 et 129 pour l'UE des 15) [3, 4].

Par ailleurs, la place de la France dans le classement en matière de mortalité prématurée varie beaucoup selon la cause étudiée. Ainsi la France a le plus faible taux de mortalité prématurée par maladie cardio-vasculaire (cardiopathies ischémiques et maladies cérébro-vasculaires) de l'UE des 27 mais sa position est médiane pour les cancers et pour les morts violentes.

Parmi les cancers, la France présente une situation plus défavorable pour ceux qui sont liés au tabac : elle est située au 5e rang (par ordre décroissant) pour le cancer des lèvres, de la cavité buccale et du

pharynx et au 7e rang pour le cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon.

Les disparités géographiques en matière de mortalité prématurée sont également marquées à l'intérieur du territoire national. La région Nord-Pas-de-Calais est celle pour laquelle la mortalité prématurée est la plus élevée, pour les hommes comme pour les femmes.

Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont, chez les hommes, le cancer du poumon (12,2%), le suicide (7,5%) et les maladies de l'appareil digestif (6,4%), et chez les femmes, le cancer du sein (12,4%), le cancer du poumon (7,6%) et le suicide (5,9%) [1].

On considère que la moitié de ces décès prématurés pourrait être évitée, ou du moins réduite, par deux catégories d'actions.

Les premières sont des actions de prévention et d'éducation pour la santé afin d'introduire une modification des habitudes individuelles vis-à-vis des consommations d'alcool, de tabac et des conduites à risque, sécurité routière en particulier. Ces comportements individuels concernent surtout les hommes (38% des décès prématurés chez les hommes et 23% chez les femmes).

Les secondes modalités concernent davantage le système de soins (curatifs et préventifs). L'amélioration de la prise en charge précoce des pathologies (notamment les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébro-vasculaires) et la prévention de certaines affections par le biais du dépistage systématique (cancer du sein et du col de l'utérus par exemple) réduiraient la mortalité évitable et donc une partie des décès prématurés (11 % des décès prématurés chez les hommes et 24% chez les femmes) [2].

En matière de mortalité prématurée évitable, même si les taux de décès ont diminué globalement de 28% entre 1990 et 2005, plus nettement chez les hommes (-30%) que chez les femmes (-17%), la situation de la France en Europe reste très défavorable. En 2005, parmi les 27 pays européens, la France enregistre chez les hommes le taux de mortalité "évitable" le plus élevé (16^{ème} rang) après les nouveaux adhérents d'Europe centrale, les Pays Baltes et la Belgique, devant l'Autriche et le Portugal : son taux de décès évitable est presque deux fois plus élevé que celui du Royaume-Uni. Les femmes ont un plus faible risque de mortalité prématurée que les hommes (à âge égal, les taux de décès sont 2,2 fois supérieurs chez les hommes) mais la situation des femmes résidant en France est à cet égard mauvaise en comparaison du reste de l'Europe. Comme pour les hommes, la mortalité évitable est au dessus de la moyenne européenne (12^{ème} rang).

¹La mortalité prématurée est définie comme la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans

La situation à Paris

Près de 3 400 Parisiens décèdent chaque année avant l'âge de 65 ans. Les décès prématurés masculins sont presque deux fois plus nombreux que les féminins. Parmi les causes de décès prématurés, les tumeurs occupent la première place. Près de 36% des décès prématurés masculins sont dus à un cancer. Chez les femmes, cette proportion est de 49%, soit près de la moitié des décès prématurés. Le cancer du poumon est responsable de 10% des décès prématurés masculins et le cancer du sein de 13% des décès prématurés féminins. Les maladies de l'appareil circulatoire sont la deuxième cause de mortalité prématurée (11% chez les hommes et 7% chez les femmes). Viennent ensuite l'ensemble des traumatismes et empoisonnements puis les maladies infectieuses et parasitaires. Paris se distingue par une proportion importante de décès prématurés classés en "symptômes et états morbides mal définis". La proportion est de 25% chez les hommes et de 20% chez les femmes. Rappelons que, comme dans tous les départements relevant territorialement de l'institut médico-légal (IML) de Paris, certains décès "accidentels" sont classés dans la rubrique "symptômes et états morbides mal définis" faute de retour d'information des expertises de l'IML.

En 2005-2007, les taux comparatifs de mortalité prématurée à Paris sont de 241,9 décès pour 100 000 hommes et de 120,8 décès pour 100 000 femmes. Ces taux se situent légèrement au-dessus des taux franciliens mais légèrement en-dessous des taux nationaux. Pour les hommes, le département se situe au 3^{ème} rang des départements franciliens ayant la mortalité prématurée la plus importante après ceux de Seine-Saint-Denis et de Seine-et-Marne. Pour les femmes, le département se situe également au 3^{ème} rang des départements franciliens, derrière la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise.

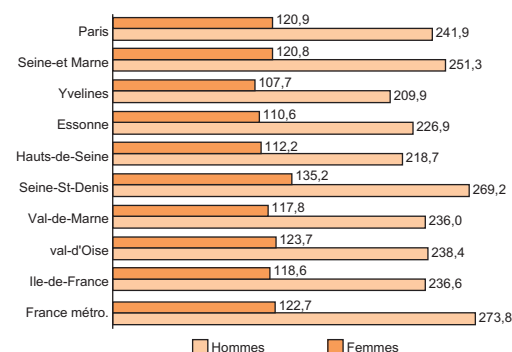
En quinze ans, le nombre de décès prématurés a fortement baissé à Paris. En tenant compte des évolutions démographiques, le niveau de mortalité prématurée a baissé de 43% chez les hommes et de 30% chez les femmes entre 1990-1992 et 2005-2007. Cette baisse est supérieure à celles observées aux niveaux régional et national. Le taux comparatif de mortalité à Paris en 1990-1992 était, pour les hommes, nettement supérieur à ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine. Au cours du milieu des années 1990, le taux a diminué pour revenir au niveau de celui de l'Ile-de-France et passer en dessous du taux comparatif de mortalité de la France métropolitaine. Rappelons qu'au début des années 90, la population parisienne masculine de moins de 65 ans est fortement affectée par l'épidémie de sida ce qui explique un niveau de mortalité prématurée élevé, en forte baisse après 1996 et l'avènement des trithérapies. Chez les Parisiennes, le taux comparatif de mortalité prématurée est proche de ceux de l'Ile-de-France et de France métropolitaine pendant toute la période. Outre le sida, trois principales causes de mortalité prématurée (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire et morts violentes) ont contribué à la baisse de la mortalité observée.

Tab 1 - Nombre annuel moyen de décès* prématurés selon la cause et le sexe à Paris en 2005-2007

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des tumeurs	784	35,9	582	48,8
<i>dont cancer du poumon</i>	224	10,3	102	8,6
<i>dont cancer du sein</i>	2	0,1	158	13,3
<i>dont cancer du côlon-rectum</i>	59	2,7	37	3,1
Maladies de l'appareil circulatoire	246	11,3	85	7,1
<i>dont cardiopathies ischémiques</i>	89	4,1	15	1,3
<i>dont mal. vasculaires cérébrales</i>	56	2,6	31	2,6
Ensemble des traumatismes et empoisonnements	166	7,6	70	5,9
<i>dont suicide</i>	45	2,1	24	2,0
<i>dont accident de la circulation</i>	33	1,5	10	0,8
Maladies infectieuses et parasitaires	107	4,9	36	3,0
<i>dont sida</i>	58	2,7	17	1,4
<i>dont tuberculose</i>	7	0,3	1	0,1
Symptômes et états morbides mal définis	546	25,0	235	19,7
Autres causes	334	15,3	184	15,4
Toutes causes	2 183	100,0	1 192	100,0

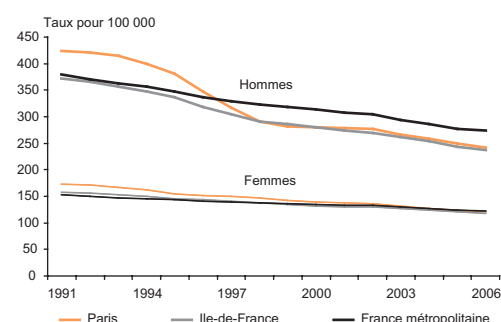
Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données annuelles lissées sur 3 ans

Graph 1 - Taux* comparatifs de mortalité prématurée toutes causes en 2005-2007



Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes
Taux standardisé sur la population européenne

Graph 2 - Evolution du taux* comparatif de mortalité prématurée entre 1990 et 2007



Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes
Taux standardisé sur la population européenne

La mortalité évitable à Paris

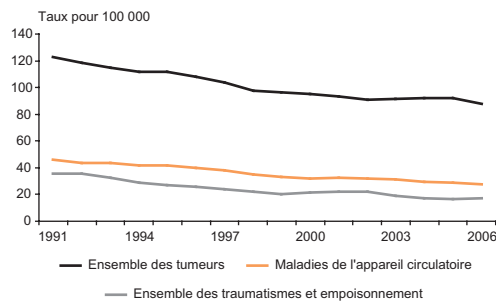
Selon le concept de mortalité évitable, on estime que chaque année, un peu moins de 1 300 décès prématurés de Parisiens pourraient être évités². Chez les hommes, 73% de ces décès pourraient être évités par des actions sur les facteurs de risque individuels. Chez les femmes, cette proportion n'est que de 42%, la majorité de ces décès pouvant être évités par d'autres actions, notamment sur le système de soins. En 2005-2007, les taux comparatifs de mortalité prématurée évitable par des actions sur les facteurs de risque individuels, à Paris, sont de 62,0 décès pour 100 000 hommes et 20,8 décès pour 100 000 femmes. Ces faibles taux s'expliquent en partie par la sous-déclaration des causes accidentelles à Paris.

Tab 2 - Décès* évitables² à Paris selon les actions pour les éviter en 2005-2007

	Hommes	Femmes	Total
Nombre total de décès évitables	768	496	1 263
dont évitables par des actions sur les facteurs de risque individuels	561 (73%)	208 (42%)	769 (100%)
dont évitables par autres modalités	207 (27%)	288 (58%)	495 (100%)

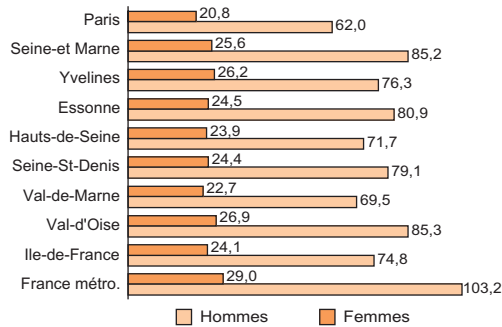
Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France, Fnors
*Données annualisées

Graph 3 - Evolution du taux* comparatif de mortalité prématurée à Paris entre 1990 et 2007 pour les trois principales causes de décès chez les hommes



Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

Graph 5 - Taux* comparatif de mortalité prématurée évitable² par des actions sur les facteurs de risque individuels en 2005-2007

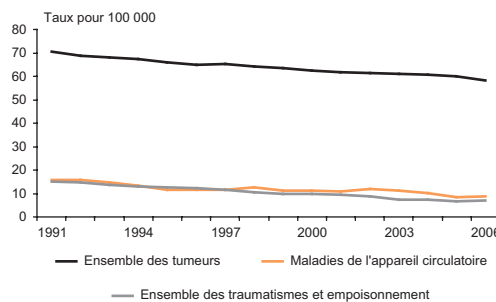


Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

²Définition de la mortalité prématurée évitable : voir contexte national

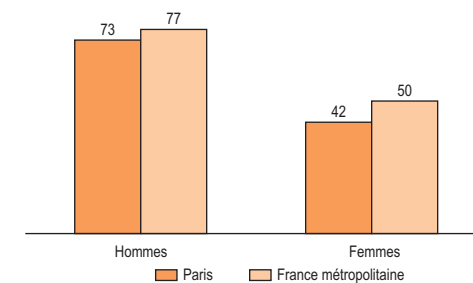
- Causes de mortalité évitables par des actions sur les facteurs de risque individuels :
- Sida et infection par le VIH
 - Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx
 - Tumeurs malignes de l'oesophage
 - Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon
 - Psychoses alcooliques et alcoolisme
 - Cirrhoses alcooliques ou sans précisions du foie
 - Accidents de la circulation
 - Chutes accidentelles
 - Suicides
 - Séquelles de suicides

Graph 4 - Evolution du taux* comparatif de mortalité prématurée à Paris entre 1990 et 2007 pour les trois principales causes de décès chez les femmes



Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

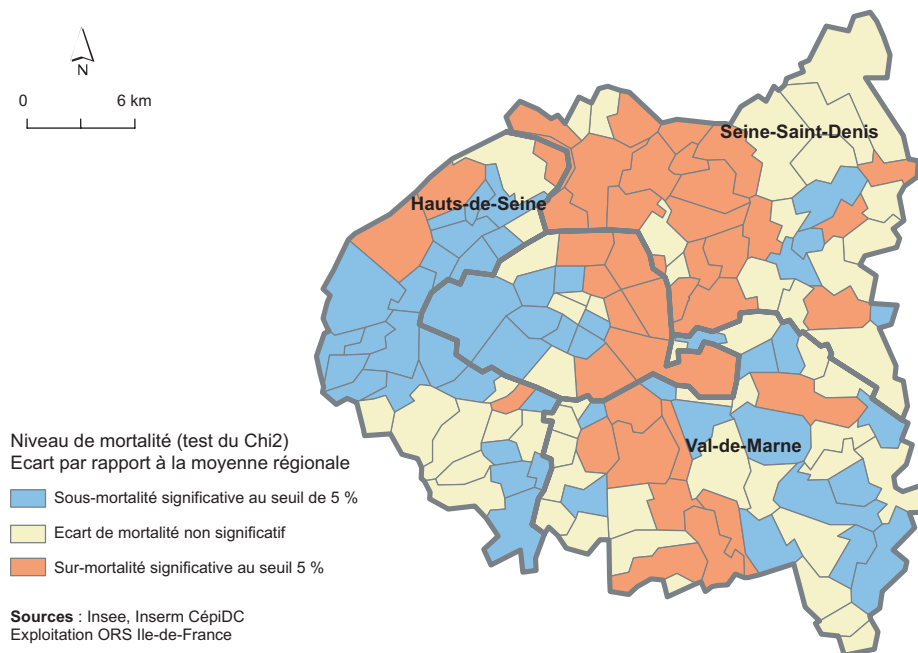
Graph 6 - Proportion de décès prématurés évitables² par des actions sur les facteurs de risque individuels en 2005-2007



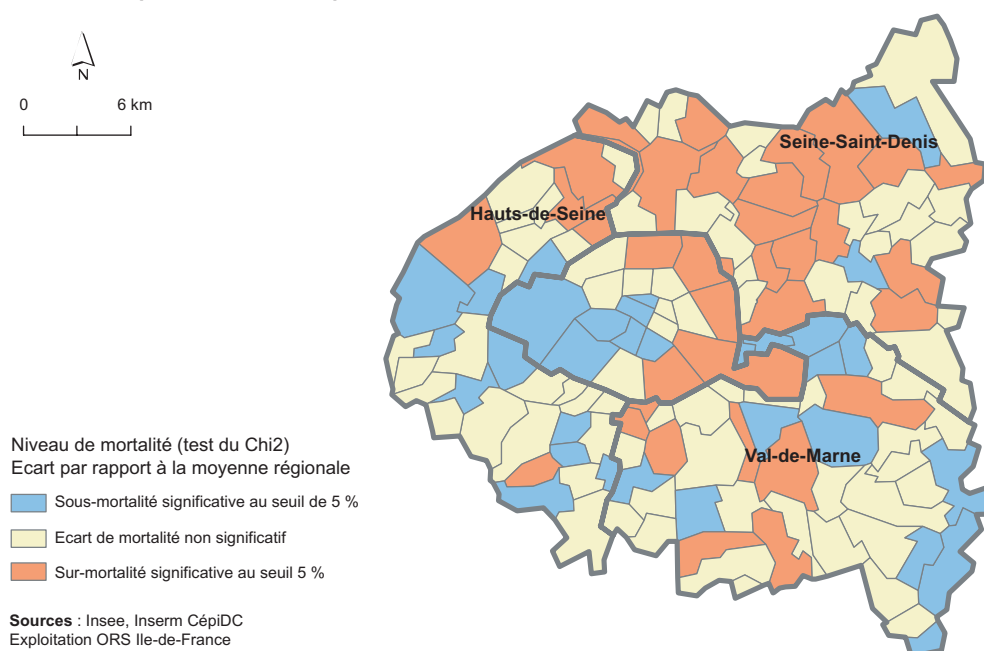
Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France, Fnors
*Données annualisées

- Causes de décès évitables par d'autres modalités, notamment une meilleure prise en charge par le système de soins :
- Fièvre typhoïde,
 - Tuberculose,
 - Tétanos,
 - Cancer de la peau,
 - Cancer du sein,
 - Cancer de l'utérus,
 - Maladie de Hodgkin,
 - Leucémies,
 - Cardiopathies rhumatismales
 - Maladies hypertensives
 - Cardiopathies ischémiques
 - Maladies vasculaires cérébrales
 - Grippe
 - Asthme et alvéolite allergique,
 - Ulcère digestif
 - Mortalité maternelle

Carte 1 - Niveau de mortalité prématurée chez les hommes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Carte 2 - Niveau de mortalité prématurée chez les femmes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Repères bibliographiques et sources

1. Base nationale des causes médicales de décès 1979-2007, Inserm CépiDC - www.cepidc.vesinet.inserm.fr
2. Site commun d'observation régionale en santé (SCORE-santé) de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) <http://www.score-sante.org/score2008/index.html>
3. Drees, Etudes et résultats, L'état de santé de la population en France en 2008, Suivi des objectifs de la loi de santé publique N° 711, décembre 2009
4. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>

Pour en savoir plus

- La mortalité prématurée en France. InVS. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 30-31, juillet 2003, pp. 133-152
- Disparités de mortalité prématurée selon le sexe et causes de décès évitables
- H. Lefèvre, E. Jouglà, G. Pavillon et al. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 52, n° 4, 2004, pp. 317-328

2.3 Santé des enfants de moins d'un an

Chaque année, environ une centaine d'enfants (117 en 2008) décèdent avant l'âge d'un an à Paris. Le taux de mortalité infantile, de 3,6 décès pour 1 000 naissances vivantes sur la période 2006-2008 est légèrement inférieur à la moyenne régionale (4,0 pour 1 000) et tout à fait comparable à la moyenne nationale. Les affections " dont l'origine se situe dans la période périnatale " sont la principale cause de décès des enfants de moins d'un an.

Contexte national

Si la plupart des jeunes enfants sont en bonne santé, la première année de vie n'en constitue pas moins une période de grande vulnérabilité. Durant cette année, neuf examens médicaux obligatoires sont prévus par la loi, dont un dans les huit jours suivant la naissance et un au 9^{ème} ou 10^{ème} mois qui donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé [1]. Plusieurs dépistages sont également systématiquement proposés aux familles à la naissance, pour repérer certaines pathologies (phényl-cétonurie, hypothyroïdie, hyperplasie des surrénales, mucoviscidose et pour certaines populations, drépanocytose), afin qu'elles puissent bénéficier d'un suivi adapté [2].

En ambulatoire, la prise en charge de la santé des jeunes enfants est assurée par de nombreux professionnels : médecins généralistes, pédiatres, professionnels des services de Protection maternelle et infantile (PMI)... Les pathologies infectieuses (respiratoires, ORL et intestinales) sont à l'origine de la majorité des séances de médecine de ville. La dimension préventive constitue aussi une part très importante de cette prise en charge (vaccinations, suivi de la croissance, du développement, alimentation...). Outre celles contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, qui sont obligatoires, les vaccinations contre la coqueluche, l'haemophilus influenzae, l'hépatite B, le pneumocoque sont recommandées chez les moins d'un an. Le BCG est désormais recommandé seulement chez les enfants à risque de tuberculose [3]. Près de 8,4 millions de séances de soins de ville ont été effectuées en 2007 auprès des moins d'un an, ce qui représente en moyenne une dizaine de séances par enfant au cours de sa première année de vie. Ce nombre total de séances a diminué de 8 % depuis 2005 [4-6].

Les enfants de moins d'un an recourent 2,4 fois plus aux urgences que le reste de la population. 480 passages aux urgences pour 1 000 enfants de moins d'un an ont ainsi été dénombrés en 2002 [7]. Fièvre, vomissements et diarrhées représentent 68 % des motifs de recours [8].

Les hospitalisations sont également très fréquentes, avec 430 000 séjours dénombrés en 2007 (hors séjours des nouveau-nés bien portants). Cela correspond à un taux de 520 séjours pour 1 000 enfants de moins d'un an, supérieur de 4 % à celui observé en 2004 [9].

Environ 3 000 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en France en 2007. Cela correspond à un taux de mortalité infantile de 3,8 décès pour 1 000 naissances vivantes, près de deux fois inférieur à celui observé au début des années 90. Pour cet

indicateur, la France occupe une position moyenne en Europe [10]. 45 % de ces décès surviennent lors de la première semaine de vie, et 67 % le premier mois [4]. 59 % des enfants qui décèdent avant un an sont des garçons. 49 % des décès de moins d'un an sont dus à des affections périnatales (prématurité, hypotrophie...), et 22 % à des anomalies congénitales ou chromosomiques [11]. 8 % des décès sont rattachés au syndrome de mort subite du nourrisson (MSN) [11]. Leur fréquence est en recul [12], notamment depuis la préconisation de mesures de prévention, en particulier le couchage sur le dos. La MSN reste toutefois plus fréquente en France que dans les autres pays européens [13-15]. Enfin, une étude récente souligne la sous-estimation des homicides parmi les causes de décès des nourrissons [16].

Une part des handicaps trouve son origine avant ou autour de la naissance. Une enquête a ainsi identifié une origine prénatale ou péri/néonatale chez respectivement 32% et 9 % des enfants de 8 ans en situation de handicap [17]. Par ailleurs, les anomalies chromosomiques (trisomie 21 notamment) et les malformations congénitales (principalement cardiaques), concernent 2,4 % des naissances vivantes, et environ 20 % de ces enfants souffriront d'une déficience sévère [18, 19].

La prématurité constitue un important facteur de risque de handicap. Selon l'étude EPIPAGE, près de 40 % des anciens grands prématurés nés en 1997 avant 33 semaines d'aménorrhée présentent à l'âge de 5 ans des troubles moteurs, sensoriels ou cognitifs, contre 12 % des enfants nés à terme. 25 % souffrent d'une déficience légère, 9 % d'une déficience modérée et 5 % d'une déficience sévère. Toujours à cet âge, un tiers des grands prématurés nécessite une prise en charge médicale ou paramédicale spécialisée contre 15 % des enfants nés à terme [20]. En 2003, 6,3 % des nouveau-nés vivants sont nés prématurément dont 0,88 % avant 32 semaines d'aménorrhée soit respectivement près de 48 000 et 6 700 enfants [4, 21]. Ceci place la France au 9^{ème} rang sur 25 des pays européens ayant le plus faible taux d'enfants nés prématurément [22].

La situation à Paris

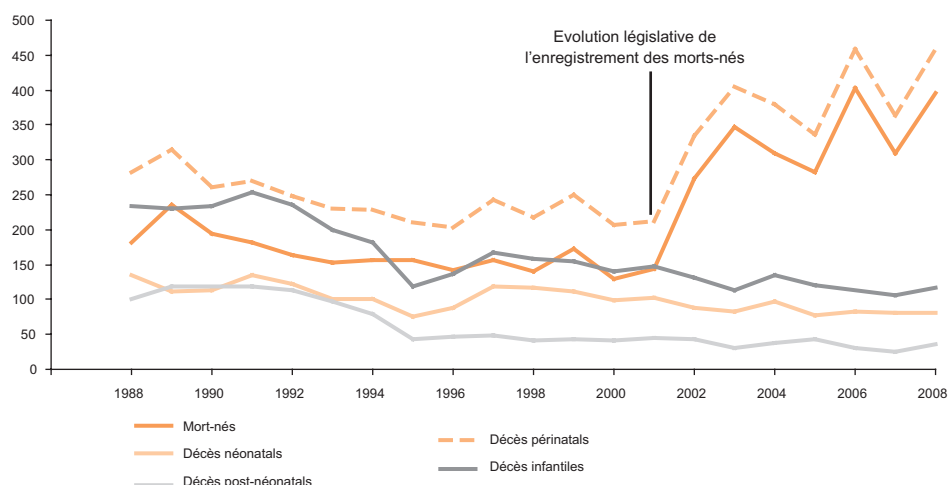
La mortalité infantile concerne les décès des enfants nés vivants jusqu'à leur un an. Le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an est en forte baisse à Paris : il est passé de 234 en 1988 à 117 en 2008 soit une baisse de 50% en vingt ans. Précisons que le nombre de naissances est peu différent en 1988 et en 2008 (cf fiche 1.3). La baisse est particulièrement importante pendant la décennie 90, plus modérée ensuite. Le taux de mortalité infantile à Paris est de 3,6 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2006-2008. Ce taux est identique à celui observé en France métropolitaine et inférieur à celui de l'Ile-de-France (4,0 décès pour 1000).

Les disparités départementales sont importantes en Ile-de-France, ce taux atteignant 5,4 décès pour 1 000 naissances vivantes en Seine-Saint-Denis. Au sein même de Paris, on peut observer des disparités entre les arrondissements, ceux ayant les taux de mortalité infantile les plus élevés en 2003-2007 étant les 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements. Ces résultats obtenus sur de faibles effectifs, notamment dans les arrondissements du centre enregistrant peu de naissances, doivent cependant être considérés avec prudence.

Evolution législative de l'enregistrement des morts-nés :

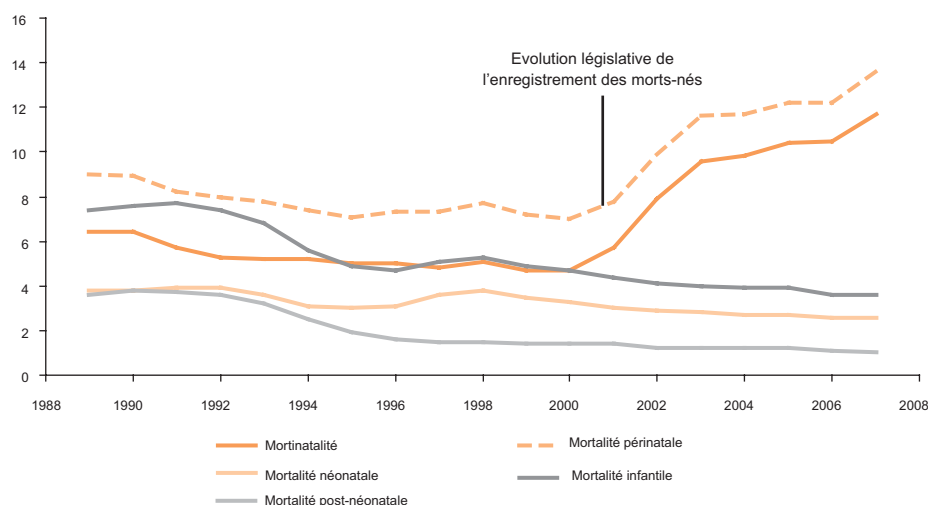
En règle générale, un enfant doit être déclaré à l'état civil dès lors que la gestation a duré au moins 180 jours (environ 28 semaines d'aménorrhée). Depuis mars 1993, un acte " d'enfant sans vie " est dressé uniquement s'il n'est pas établi que l'enfant est né vivant et viable. Depuis la circulaire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

Graph 1 - Décès des enfants de moins d'un an à Paris de 1988 à 2008



Source : Insee Etat-civil - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 2 - Taux de mortalité des enfants de moins d'un an à Paris entre 1988-1990 et 2006-2008



Source : Insee Etat-civil - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans

Une grande partie des décès infantiles se produit pendant le premier mois de la vie. La mortalité néonatale, est de 2,6 décès pour 1000 naissances vivantes à Paris, chiffre très légèrement supérieur à celui de la France (2,4) et très proche de la moyenne régionale (2,7).

Les décès qui ont lieu avant la "naissance vivante" sont des "avortements spontanés" ou des "morts-nés" selon qu'ils surviennent avant ou après la présomption de viabilité des enfants. Les modifications législatives intervenues depuis une quinzaine d'années dans ce domaine ont pour conséquence d'accorder plus fréquemment le statut "d'enfant sans vie" et donc le nombre d'enfants "morts nés".

Ces modifications législatives expliquent notamment les fortes augmentations du nombre de morts nés constatées en France (et à Paris) à partir de 2002.

Les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale représentent la principale cause de décès des enfants de moins d'un an. A Paris la proportion est de 53% (51% en Ile-de-France et 49% en France métropolitaine). Viennent ensuite les anomalies congénitales, responsables de près d'un quart des décès à Paris, puis les symptômes et états morbides mal définis.

Tab 1 - Composantes de la mortalité périnatale¹ et infantile² en 2008

	Paris		Ile-de-France	France métr.
	Effectif	Taux*	Taux*	Taux*
Mortalité périnatale	459	13,6	12,8	11,2
dont mortinatalité ³	395	11,7	11,0	9,6
dont mortalité néonatale précoce ⁴	64	1,9	1,8	1,6
Mortalité infantile	117	3,6	3,9	3,6
dont mortalité néonatale ⁵	81	2,6	2,7	2,4
dont mortalité post-néonatale ⁶	36	1,0	1,3	1,2

Source : Insee Etat-civil - Exploitation ORS Ile-de-France
*Taux pour 1 000 naissances

¹Mortalité périnatale : somme des mortinaissances et des décès de la période néonatale précoce

²Mortalité infantile : décès d'enfants de moins d'un an

³Mortinatalité : décès d'enfants survenant entre la présomption de viabilité et la naissance vivante

⁴Mortalité néonatale précoce : décès d'enfants de moins de 7 jours

⁵Mortalité néonatale tardive : décès d'enfants entre 7 et 28 jours

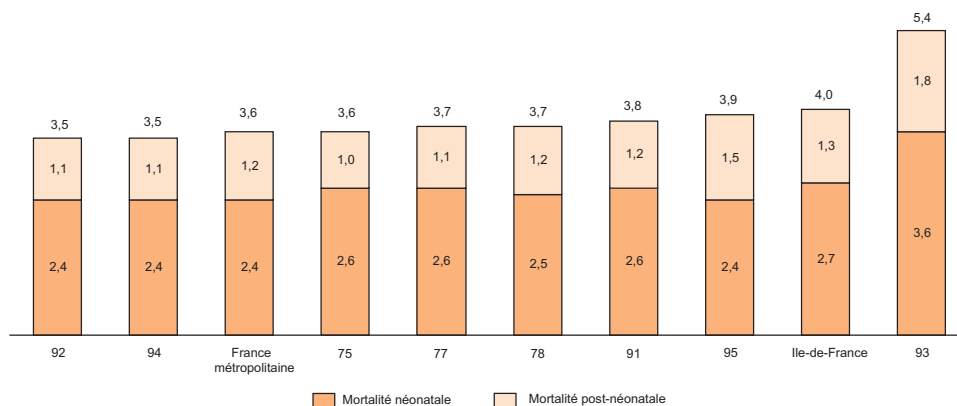
⁶Mortalité post-néonatale : décès d'enfants entre 28 jours et un an

Tab 2 - Causes de décès des enfants de moins d'un an en 2005-2007

	Paris		Ile-de-France	France métr.
	Effectif	Répartition*	Répartition*	Répartition*
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	60	53,1	51,0	48,7
Anomalies congénitales	27	23,9	21,1	21,2
Symptômes et états morbides mal définis	10	8,8	13,5	14,2
Traumatismes et empoisonnements	1	0,9	1,4	2,3
Autres	15	13,3	13,0	13,6
Total	113	100,0	100,0	100,0

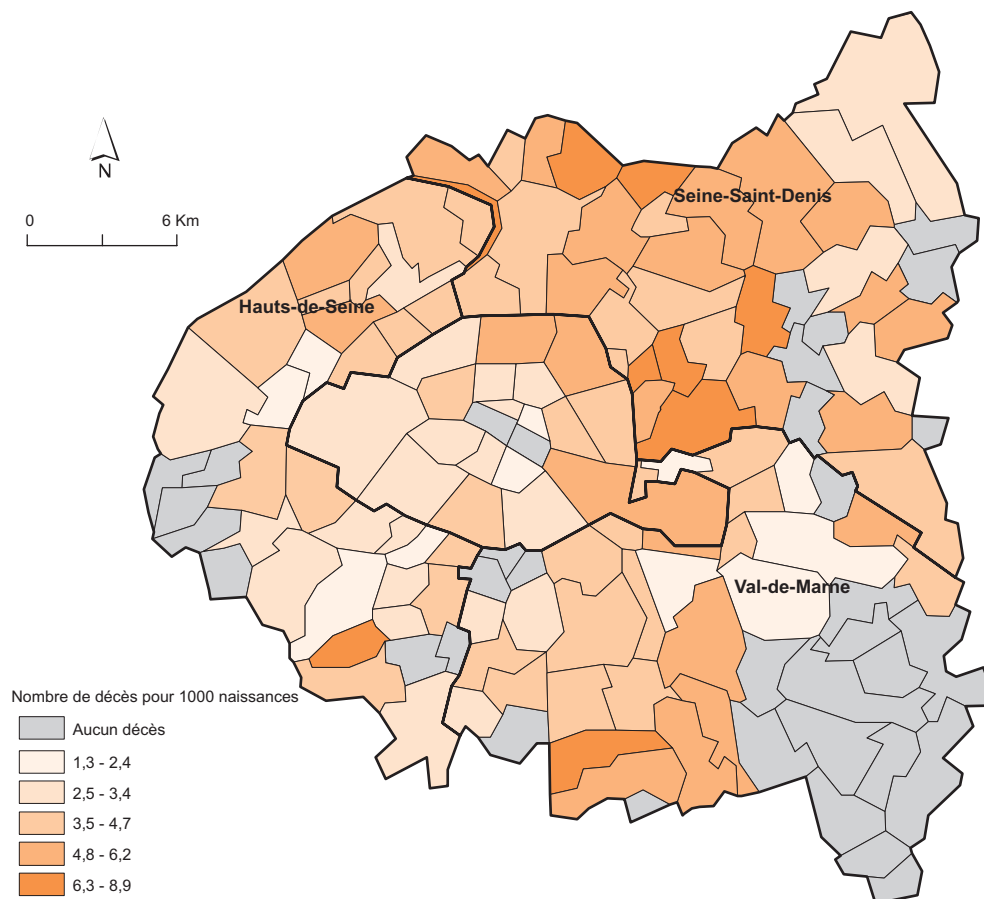
Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
*En pourcentage

Graph3 - Principales composantes de la mortalité infantile dans les départements d'Ile-de-France en 2006-2008 (taux de mortalité néonatale et post-néonatale pour 1 000 naissances vivantes)



Source : Insee Etat-civil - Exploitation ORS Ile-de-France, Données lissées sur 3 ans

Carte 1 - Taux de mortalité infantile dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne en 2003-2007



Source : Insee Etat-civil - Exploitation ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

- Article R. 2132-1 du Code de la santé publique
- Article R. 1131-21 du Code de la santé publique
- InVS. (2010). Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2010 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n°14-15. pp. 121-172
- Insee. Etat civil
- Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes
- Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes
- Carrasco V, Baubeau D. (2003). Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats. Drees. n° 212. 8 p.
- Baubeau D, Carrasco V. (2003). Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et résultats. Drees. n° 215. 12 p.
- ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees
- Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation Fnors - ORS
- Branger B, Goupil MC, Tallec A. (A paraître). Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs. Edition 2010. ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire
- Aouba A, Péquignot F, Bovet M et al. (2008). Mort subite du nourrisson : situation en 2005 et tendances évolutives depuis 1975. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n°3-4. pp. 18-21
- HAS. (2007). Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Argumentaire. 92 p.
- Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS et al. (2004). Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe : case control study. The Lancet. vol. 363, n°9404. pp. 185-191
- Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P et al. (2008). Etude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France : quelle est la part des homicides ? Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n°3-4. pp. 25-28
- Scheidegger S, Raynaud P. (2007). Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue. Etudes et résultats. Drees. n°559. 8 p.
- Cans C, Makdessi-Raynaud Y, Arnaud C. (2010). Connaître et surveiller les handicaps de l'enfant. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n°16-17. pp. 174-180
- De Vigan C, Khoshnood B, Cadio E et al. (2008). 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. pp. 250-253
- Ancel PY, Bréart G, Kaminski M et al. (2010). Devenir à l'âge scolaire des enfants grands prématurés. Résultats de l'étude Epipage. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n°16-17. pp. 198-200
- Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Bréart G. (2005). Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Ministère des solidarités de la santé et de la famille, Inserm. 51 p.
- Euro-Peristat Project. (2008). European perinatal health report. 280 p.

2.4 Santé des enfants de 1 à 14 ans

Près de 1 300 Parisiens âgés de moins de 15 ans sont admis chaque année en affection de longue durée, principalement pour affection psychiatrique. Un peu plus de 40 Parisiens de 1 à 14 ans décèdent chaque année principalement par accident ou par tumeur. Paris a le plus fort taux annuel d'enfants de moins de 6 ans primo-dépistés pour le saturnisme. Les taux de couverture vaccinale du BCG ou de l'hépatite B sont relativement élevés à Paris mais inégaux selon les arrondissements. La proportion d'enfants ayant consulté un dentiste dans l'année est relativement basse à Paris.

Contexte national

La classe d'âge des 1-14 ans compte 10,6 millions d'enfants en France métropolitaine en 2008, son effectif devrait peu augmenter d'ici 2060 (11,3 millions) [1, 2]. Cette période de la vie, fondamentale dans le développement somatique et psychoaffectif de l'individu, constitue aussi une étape essentielle pour les apprentissages, les acquisitions culturelles et scolaires, l'intégration à la vie sociale, le développement des comportements et habitudes de vie. Dans ces différents domaines, l'environnement familial et social joue un rôle primordial, l'école occupant notamment une place importante puisque la quasi totalité des enfants sont scolarisés à 3 ans. La proportion d'enfants scolarisés à 2 ans, qui dépassait 35 % au cours des années 1990, est désormais de 15 % [3].

Entre 1 et 14 ans, la grande majorité des enfants sont en bonne santé : les taux d'hospitalisation et de mortalité sont très faibles par rapport à ceux des autres classes d'âge [4, 5]. Les affections bénignes (affections aiguës des voies respiratoires supérieures, troubles de la vue, eczéma...) sont au premier plan des problèmes de santé déclarés et, avec les examens systématiques et vaccinations, des motifs de recours aux soins de ville [6, 7]. Elles sont aussi à l'origine d'une proportion importante d'hospitalisations pour des actes chirurgicaux (ablation des amygdales et des végétations adénoïdes, pose de drains transtympaniques, extractions dentaires...) [4].

2 à 3 % des enfants de cette classe d'âge sont atteints de pathologies nécessitant des soins lourds et coûteux. En effet, 266 000 enfants de moins de 15 ans sont en affection de longue durée (ALD) pour le régime général, fin 2009 [8]. Les troubles mentaux et du comportement (notamment retard mental et autisme) constituent le motif d'admission le plus fréquent en ALD30 des moins de 15 ans en 2007 par les trois principaux régimes d'assurance maladie (29 % des admissions), devant les malformations congénitales et anomalies chromosomiques (12 %) et les maladies du système nerveux (12 %) [9]. La fréquence des recours aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (363 000 enfants de moins de 15 ans suivis en 2003, soit un taux de prévalence de 3,1 %) illustre aussi le poids des troubles de la santé mentale dans cette classe d'âge [10].

Les accidents (accidents de la vie courante et de la circulation principalement) constituent la première cause de décès chez les 1-14 ans, à l'origine de près de 390 décès en 2007, soit 28 % des décès dans cette tranche d'âge.

Cette mortalité a diminué de plus de 50 % entre le début des années 1990 et 2006. Ce recul, avec celui de la mortalité par cancer (- 35 %), explique la forte baisse de la mortalité de cette classe d'âge (- 45 % depuis 1991). Les garçons sont particulièrement concernés par les accidents, avec une mortalité supérieure de près de 70 % à celle des filles, et des taux d'hospitalisation pour traumatismes et intoxications supérieurs d'environ 50 % [4, 5]. L'enquête Epac estime à 15 % le taux d'incidence annuel chez les moins de 15 ans des accidents de la vie courante pris en charge par les services d'urgence [11].

L'état de santé des enfants est également apprécié à partir d'enquêtes réalisées régulièrement en milieu scolaire. Selon l'enquête grande section de maternelle 2005-2006, 7,4 % des enfants de 5 à 6 ans ont souffert d'asthme au cours des 12 derniers mois. La proportion d'enfants avec au moins deux dents cariées non soignées est passée de 9,5 % à 7,5 % entre 2000 et 2006. Des inégalités sociales existent dès l'âge de 6 ans avec, chez les enfants des milieux les moins favorisés, de moins bons indicateurs en matière de surcharge pondérale, de santé bucco-dentaire et de repérage précoce des troubles sensoriels. En outre, entre 2000 et 2006, les écarts entre groupes sociaux concernant la prévalence du surpoids et de l'obésité se sont creusés [12]. Par ailleurs, les troubles d'acquisition de la lecture concernent 6 à 8 % des enfants [13]. Enfin, 6 à 7 enfants âgés de 8 ans sur 1 000 présentent au moins une déficience sévère, intellectuelle (3 pour 1 000), motrice (3 pour 1 000) ou sensorielle (1,4 pour 1 000) [14].

La situation à Paris

Près de 1 300 Parisiens âgés de moins de 15 ans ont été admis en affection de longue durée en moyenne chaque année entre 2006 et 2008, soit un taux de 40,9 pour 10 000 personnes de cette tranche d'âge. Les garçons sont majoritaires (56,7%). Les motifs les plus fréquents d'admission sont les affections psychiatriques pour les deux sexes (13,4 pour 10 000 chez les garçons et 6,4 chez les filles) suivis par les insuffisances respiratoires chroniques graves, plus fréquentes à Paris qu'en moyenne en France. Le déficit immunitaire grave (VIH) est le troisième motif d'inscription en ALD pour cette tranche d'âge à Paris, beaucoup plus fréquent également qu'en moyenne nationale.

Tab 1 - Principaux motifs d'admission en ALD chez les Parisiens de moins de 15 ans

GARÇONS			
	Nb	Taux*	Taux Fr**
Affections psychiatriques de longue durée	215	13,4	12,3
Insuffisance respiratoire chronique grave	146	9,1	3,9
Déficit immunitaire grave, VIH	80	5,0	1,0
Maladies cardio-vasculaires	58	3,6	3,2
Forme grave des affections neurologiques et musculaires	53	3,3	3,7
Autres	177	11,1	8,1
Total	729	45,5	32,2
FILLES			
	Nb	Taux*	Taux Fr**
Affections psychiatriques de longue durée	99	6,4	5,9
Insuffisance respiratoire chronique grave	89	5,8	2,4
Déficit immunitaire grave, VIH	72	4,7	0,9
Maladies cardio-vasculaires	48	3,1	2,9
Forme grave des affections neurologiques et musculaires	46	3,0	3,1
Autres	202	13,1	10,5
Total	556	36,2	25,7

Sources : Cnamts, MSA, Canam - Exploitation ORS Ile-de-France
 *Taux pour 10 000
 **Taux pour 10 000 en France métropolitaine

Les décès sont rares entre 1 et 15 ans, cependant 42 Parisiens de cette tranche d'âge sont décédés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. Les principales causes de décès à ces âges sont les accidents et les tumeurs.

Le saturnisme infantile

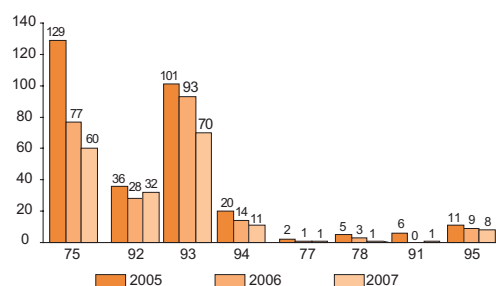
Paris a mis en place dès 2002 une importante activité de dépistage du saturnisme dans le cadre d'une politique de lutte contre l'habitat insalubre. Avec 1 815 plombémies de primo-dépistage réalisées en 2007 chez des enfants de moins de 6 ans, Paris concentre 31% des primo-dépistages du saturnisme réalisés en France et 42% de ceux réalisés en Ile-de-France. Primo-dépistages et suivis confondus, ce sont 3 084 plombémies qui ont été réalisées en 2007, représentant 34% du total national et 43% du total francilien.

Tab 2 Nombre annuel moyen de décès d'enfants âgés de 1 à 14 ans à Paris en 2005-2007

	Garçons	Filles	Ensemble
Traumatismes et empoisonnements	4	4	8
Tumeurs malignes	4	5	9
Malformations congénitales	1	2	3
Autres	12	10	22
Total	21	21	42

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

Graph 1 - 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



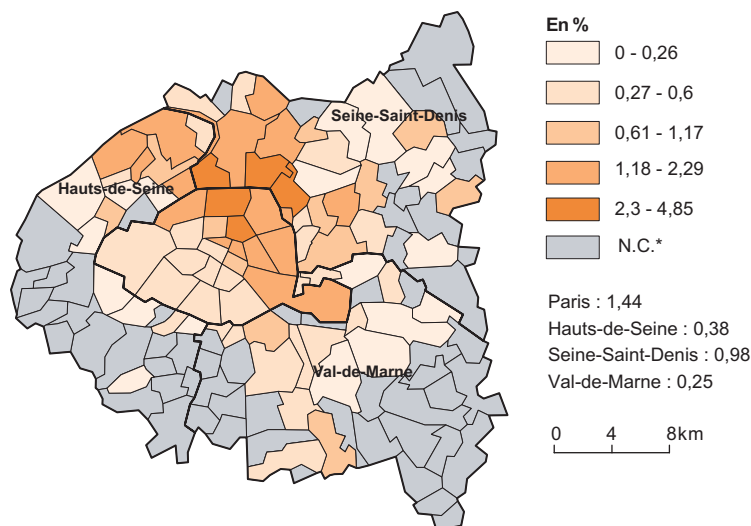
Source : Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant - InVS mai 2010

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.

Carte 1 - Taux annuel moyen d'enfants de moins de 6 ans primo-dépistés à Paris par arrondissements et en proche couronne par communes sur la période 2005-2006

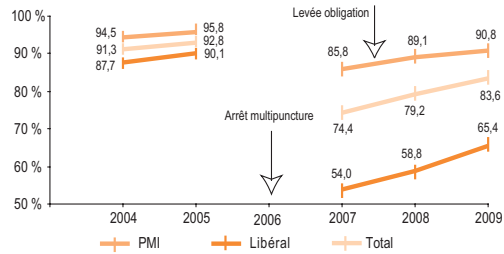


Source : Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant - InVS mai 2010, Insee RP 2006 - Exploitation ORS Ile-de-France 2010
 *NC : les taux n'ont pas été calculés pour les communes ayant réalisé en moyenne moins de 5 plombémies par an.

Paris présente le plus fort taux annuel d'enfants de moins de 6 ans primo-dépistés pour le saturnisme entre 2005 et 2007 (1,4%) devant la Seine-Saint-Denis (1,0%). Le plus fort taux est observé dans le 18^{ème} arrondissement (3,2%).

Les années récentes ont été marquées par une baisse du nombre de cas incidents de saturnisme. 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. 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.

Graph 2 - 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 (%)

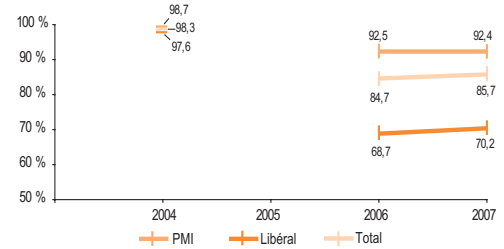


Source : CS9 Paris - Exploitation ORS Ile-de-France
*L'information n'est pas disponible pour les enfants nés en 2006

La couverture vaccinale des enfants parisiens

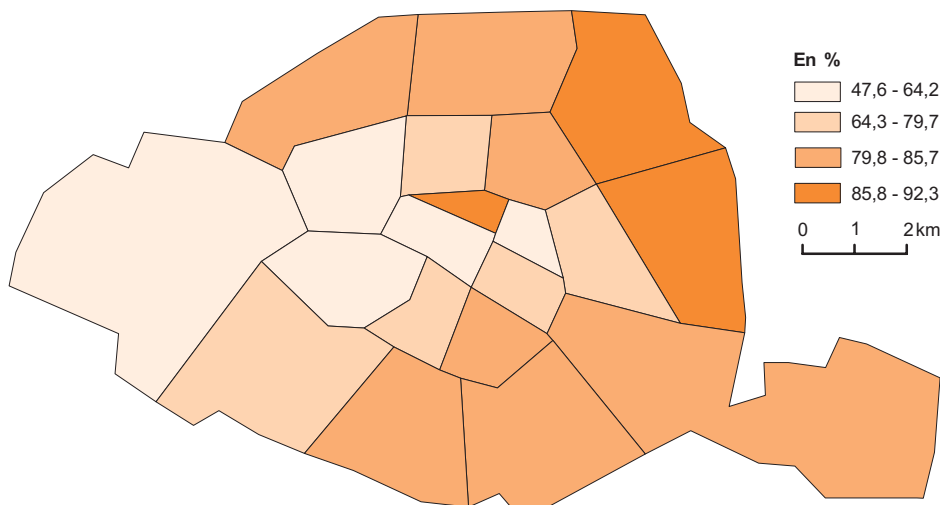
L'obligation vaccinale par le BCG des enfants et adolescents a été suspendue par le décret du 17 juillet 2007 et remplacée par une recommandation forte. Les taux de couverture vaccinale à Paris étaient élevés avant la levée de l'obligation, ils ont chuté pour les enfants nés en 2006 et 2007 et repartent à la hausse pour ceux nés en 2008 et 2009. L'analyse des données du centre d'examen de santé des enfants selon l'arrondissement de domicile des parents montre des taux de couverture vaccinale par le BCG inégalement répartis à Paris (moins de 50% dans le 7^{ème} et plus de 90% dans le 19^{ème}). Sur ce sujet, voir également la fiche 3.3 sur la tuberculose.

Graph 3 - 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 (%)



Source : CS24 Paris - Exploitation ORS Ile-de-France
*L'information n'est pas disponible pour les enfants nés en 2005

Carte 2 - Couverture vaccinale par le BCG des enfants parisiens vus en 2009 au centre d'examen de l'enfant de la CPAM de Paris à l'âge de 12-18 mois



Source : Centre d'examen de santé de l'enfant, Cpm de Paris 2009 - Exploitation ORS Ile-de-France 2010

Le centre d'examen de santé 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). 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.

Le schéma vaccinal recommandé contre l'hépatite B prévoit une première dose à deux mois, une seconde à quatre 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 AgHBs 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 un et six mois d'âge.

Concernant la vaccination contre l'hépatite B, on observe à partir de deux sources de données (les certificats de santé et le centre d'examen de santé de l'enfant) que seulement 20 à 25 % des Parisiens entre 2 et 4 ans et demi n'auraient reçu aucune injection de vaccin contre l'hépatite B. Entre 60 et 75% des enfants parisiens seraient intégralement vaccinés. Néanmoins, ces données issues de sous-populations non représentatives doivent être interprétées avec prudence, une sur-estimation des couvertures vaccinales étant possible. Selon des données collectées lors du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire (sur des échantillons représentatifs aux niveaux national et régional), la région Ile-de-France se distingue par le meilleur taux de couverture vaccinale de métropole avec 56% d'enfants vaccinés.

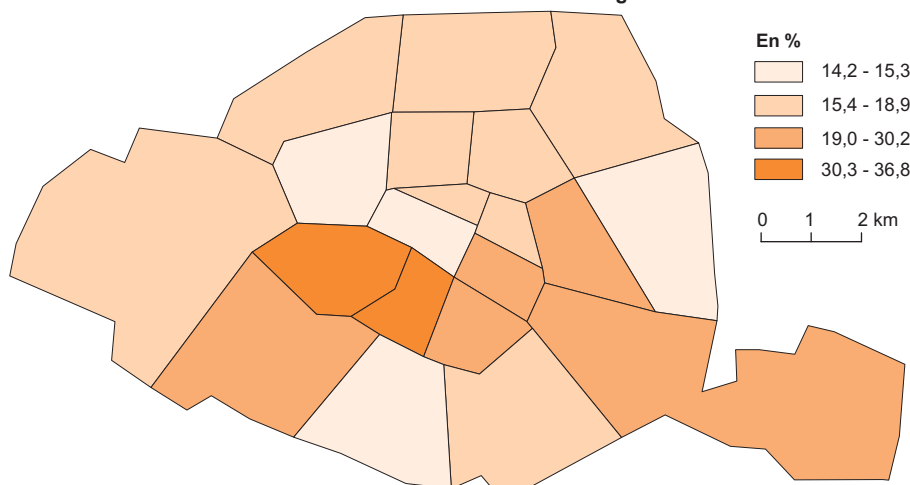
Tab 3 - Couverture vaccinale contre l'hépatite B des enfants parisiens

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 : CS9 (enfants nés en 2007) et CS24 (enfants nés en 2006), PMI Paris; Centre d'examens de santé de l'enfant, Cpmam de Paris (consultants vus en 2009) - Exploitation ORS Ile-de-France 2010

L'absence de vaccination est plus marquée dans certains arrondissements. Environ un tiers des enfants des 6^{ème} et 7^{ème} arrondissements de Paris vus au centre de santé de l'enfant de la CPAM de Paris n'ont reçu aucune injection contre l'hépatite B. A l'inverse les enfants des 1^{er}, 8^{ème}, 14^{ème} et 20^{ème} arrondissements apparaissent mieux vaccinés.

Carte 3 - Absence totale de vaccination contre l'hépatite B chez les enfants parisiens vus en 2009 au centre d'examens de santé de l'enfant de la CPAM de Paris à l'âge de 42-54 mois



Source : Centre d'examens de santé de l'enfant, Cpmam de Paris 2009 - Exploitation ORS Ile-de-France 2010

En 2010, la circulation de la rougeole s'est intensifiée en France. Des cas groupés sont survenus principalement en crèches, en collectivités scolaires, parmi les étudiants, les gens du voyage, ainsi que des épisodes de transmission en milieu de soins. Paris a un taux d'incidence de la rougeole de 6,8 pour 100 000 habitants en 2010, supérieur à celui de l'Ile-de-France mais inférieur à celui de la France métropolitaine.

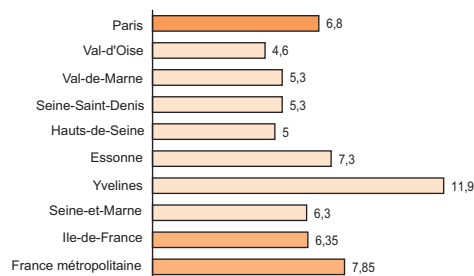
Pour la couverture vaccinale contre la rougeole, les données issues des certificats de santé (24^{ème} mois) ou du centre d'examens de santé de la CPAM de Paris montrent des taux de vaccination qui augmentent avec l'âge des enfants. La couverture vaccinale " 2 doses " dépasse 90% chez les enfants de 42-54 mois au centre d'examens, alors qu'elle ne concerne qu'un Parisien de 24 mois sur deux selon les certificats de santé du 24^{ème} mois.

Tab 4 - 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 : CS24 (enfants nés en 2006), PMI Paris; Centre d'examens de santé de l'enfant, Cpmam de Paris (consultants vus en 2009) - Exploitation ORS Ile-de-France 2010

Graph 4 - Taux d'incidence pour 100 000 habitants de la rougeole en 2010



Sources : MDO/InVS (données non consolidées) - Exploitation ORS Ile-de-France 2010

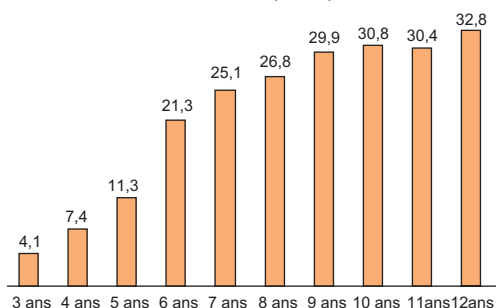
La santé bucco-dentaire

Le recours à l'examen bucco-dentaire gratuit¹ proposé dans le cadre du programme "M tes dents" est relativement faible à Paris : 18,1% des Parisiens de 6 ans ont eu recours à celui-ci en 2009 contre une participation de 33,2% au niveau régional et de 41,3% au niveau national. Ce faible taux parisien peut s'expliquer par l'existence, à Paris, d'autres dispositifs de suivi bucco-dentaire chez les enfants en milieu scolaire notamment dans les quartiers "en difficulté"².

La proportion de Parisiens âgés de 3 à 12 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année est croissante avec l'âge : elle passe de 4,1% chez les enfants de 3 ans à 32,8% chez ceux de 12 ans. A chaque âge, cette proportion est inférieure à Paris à celle constatée au niveau régional.

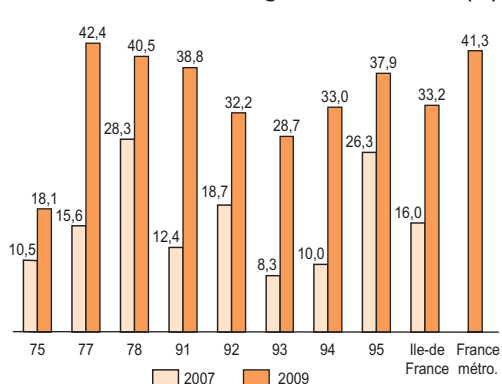
Pour l'ensemble des enfants âgés de 6 à 12 ans, Paris est le département d'Ile-de-France où la proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois le chirurgien-dentiste dans l'année est la plus faible en 2009 (28%) et a le moins progressé au cours des dix dernières années (hausse de 0,7 points).

Graph 6 - Proportion d'enfants parisiens ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année en 2009 (en %)



Source : Cnamts - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 5 - Enfants de 6 ans ayant eu recours à l'examen bucco dentaire gratuit¹ de la CPAM (%)



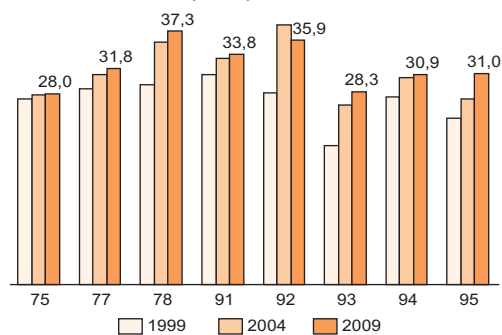
Source : Cnamts - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 6 - Proportion d'enfants ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année en 2009 (en %)

Age	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans	12 ans
Paris	21,3	25,2	26,9	30,0	31,0	30,5	33,0
IDF	27,2	28,8	28,6	35,7	34,0	31,8	37,6

Source : Cnamts

Graph 7 - Proportion d'enfants de 6-12 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année (en %)



Source : Cnamts - Exploitation ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

- Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. www.insee.fr
- Blanpain N, Chardon O. (2010). Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. Insee première. Insee. n° 1320. 4 p.
- Ministère de l'éducation nationale, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance. (2010). Les élèves du premier degré. In Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. Edition 2010. Ed. DEPP. pp 71-90
- ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees
- Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation Fnors - ORS
- Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2008, Irdes, exploitation ORS
- Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes
- Cnamts. Site de l'Assurance maladie. www.ameli.fr
- Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire
- Leroux I. (2007). La psychiatrie sectorisée : les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. In La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques. Coordonné par M. Coldefy. Drees. Ed. La Documentation française. pp. 47-59
- Thélot B, Ricard C. (2005). Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats 2002-2003. Réseau Epac. InVS. 72 p.
- Guignon N, Collet M, Gonzalez L et al. (2010). La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Etudes et résultats. Drees. n° 737. 8 p.
- Inserm. (2009). Santé de l'enfant : propositions pour un meilleur suivi. Les éditions Inserm. 252 p. (Expertise collective)
- Delobel-Ayoub M, Van Bajel M, Klapousczak D et al. (2010). Prévalence des déficiences sévères chez l'enfant en France et évolution au cours du temps. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 16-17. pp. 180-184.

¹Le dispositif "M tes dents" de la CPAM

L'Assurance maladie organise un bilan bucco-dentaire gratuit effectué chez un chirurgien-dentiste pour les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Il a pour objectif de faciliter l'accès des jeunes aux soins dentaires, d'améliorer leur état de santé bucco-dentaire, et de leur donner l'habitude de consulter régulièrement un dentiste. Un mois avant la date d'anniversaire de l'enfant, l'Assurance Maladie envoie à son domicile un courrier personnalisé avec un imprimé de prise en charge chez le chirurgien-dentiste pour un Examen bucco-dentaire (EBD).

L'examen peut-être réalisé chez tout chirurgien-dentiste conventionné (libéral ou exerçant en centre de santé dans les 6 mois à compter de la date d'anniversaire de l'enfant.

²En complément de ce dispositif national et en partenariat avec la CPAM, la Ville de Paris finance un dépistage systématique en moyenne section de maternelle (dans les zones d'éducation prioritaires) et en CMI.

2.5 Affections de longue durée

Entre 2006 et 2008, près de 42 000 Parisiens ont été admis en affection de longue durée chaque année. Les taux d'admissions en affections de longue durée diffèrent en fonction de l'âge. Les moins de 15 ans et les 15-34 ans sont admis principalement pour troubles mentaux. Les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs et le diabète de type 1 ou de type 2 sont les principales ALD des 35-64 ans et des 65-84 ans. On retrouve les mêmes ALD pour les personnes âgées de 85 ans ou plus auxquelles s'ajoute la maladie d'Alzheimer. Les taux parisiens sont dans l'ensemble légèrement supérieurs à ceux constatés au niveau national.

Contexte national

Les personnes atteintes de certaines maladies nécessitant des soins prolongés peuvent être admises, à leur demande ou à celle de leur médecin, en affection de longue durée (ALD). L'admission en ALD est prononcée par le service médical de l'assurance maladie. Certaines ALD sont dites exonérantes. Il s'agit des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, pour lesquelles il y a exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100 %). Une liste d'affections exonérantes, actuellement au nombre de trente (ALD30), est définie par décret. Une admission en ALD exonérante peut également être acceptée pour des affections hors liste (ALD n°31) ou en cas de polypathologie invalidante (ALD n°32). Un protocole de soins est établi pour chacun de ces patients par le médecin traitant, sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé.

1,3 million de personnes résidant en France métropolitaine ont été admises en ALD30, en 2007, pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 97 % de la population [1, 2].

Pour le seul régime général (88 % de la population), le nombre total de personnes en ALD atteint 8,6 millions fin 2009 sur la France entière (dont 8,3 millions en ALD30). Cela correspond à 15 % de la population protégée par ce régime (dont 14,4 % en ALD30) [3].

Le taux de personnes en ALD croît fortement avec l'âge. Il passe ainsi de moins de 2 % avant 5 ans à plus de 75 % au-delà de 90 ans pour les bénéficiaires du régime général. A partir de 50 ans, le taux masculin devient nettement supérieur au taux féminin [4].

Quatre groupes d'affections représentent plus de 75 % des ALD30. Les affections cardiovasculaires sont les plus fréquentes. Le régime général compte 2,8 millions de personnes en ALD pour ce motif fin 2008, ce qui correspond à 4,9 % de ses assurés. Les tumeurs malignes sont la deuxième cause d'ALD, avec 1,7 million d'assurés concernés (3 %). Viennent ensuite le diabète (1,6 million d'assurés, 2,9 %), puis les affections psychiatriques (950 000 assurés, 1,7 %) [4].

D'importantes disparités existent entre les départements. Ainsi en 2004, le taux de personnes en ALD30 au régime général varie de 9,5 % à

16,6 %, les taux les plus élevés étant observés dans les départements d'Outre-mer et le sud-est de la France [5].

La proportion de personnes protégées par le régime général en ALD30 est en forte progression. D'environ 8 % en 1994, elle est passée à 11,9 % en 2004 et atteignait 14,4 % en 2009.

De multiples facteurs peuvent expliquer cette croissance : augmentation et vieillissement de la population, amélioration des traitements et de la prise en charge, développement du dépistage, incidence croissante de certaines affections comme le diabète, modification des modalités de rétribution des médecins pour le suivi des patients en ALD, diminution des durées d'exonération...

Toutefois, entre 2005 et 2009, la progression annuelle du nombre de personnes en ALD30 apparaît moins marquée (+ 3,9 %) qu'entre 1994 et 2004 (+ 5,7 %). Ce ralentissement peut être rapproché d'un encadrement plus important de ce dispositif au cours des années récentes [4, 6, 7].

Les dépenses d'assurance maladie affectées à la prise en charge des personnes en ALD (consommation de soins et biens médicaux, tous régimes) sont estimées à près de 78 milliards d'euros en 2009. Cela représente 59 % des dépenses totales de remboursement de la branche "maladie" (44 % en 2002). L'augmentation de ces dépenses, 8,5 % en moyenne par an depuis 2002, constitue la principale contribution à la hausse de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie [8]. La progression des dépenses d'ALD est davantage liée à la hausse rapide du nombre de patients en ALD qu'à une augmentation du coût des soins pour ces affections [9].

La situation à Paris

Près de 1 300 Parisiens âgés de moins de 15 ans ont été admis en affection de longue durée en moyenne chaque année entre 2006 et 2008, soit un taux de 409 pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge. Les garçons sont majoritaires (57%). Les motifs les plus fréquents d'admission sont les affections psychiatriques pour les deux sexes (134 pour 10 000 chez les garçons et 64 chez les filles) suivis par les insuffisances respiratoires chroniques graves, plus fréquentes à Paris qu'en moyenne en France. Le déficit immunitaire grave (VIH) est le troisième motif d'inscription en ALD pour cette tranche d'âge à Paris, beaucoup plus fréquent également qu'en moyenne nationale.

Entre 2006 et 2008, **un peu plus de 3 000 Parisiens âgés de 15 à 34 ans** ont été admis en affection de longue durée, soit un taux de 431 pour 100 000 personnes âgées de 15 à 34 ans. Les hommes sont un peu plus nombreux. Dans cette tranche d'âge, les affections psychiatriques de longue durée sont le premier motif d'admission en ALD pour les deux sexes (135 pour 100 000 hommes et 122 pour 100 000 femmes). Le déficit immunitaire grave (VIH) est la deuxième cause d'admission en ALD chez l'homme et la troisième chez la femme (avec dans les deux cas des taux largement supérieurs à Paris à ceux observés en France). Les tumeurs malignes sont la deuxième cause d'admission en ALD des Parisiennes de cette tranche d'âge (la quatrième chez les Parisiens, derrière les maladies de l'appareil digestif).

Un peu plus de 17 000 Parisiens âgés de 35 à 64 ans ont été admis en affection de longue durée en moyenne chaque année entre 2006 et 2008, soit un taux de 2 055 pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge.

Les hommes sont majoritaires (56%). Chez les hommes de cette tranche d'âge, les principaux motifs d'admission en ALD sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 1 ou de type 2 puis les tumeurs malignes. Chez les femmes on retrouve les mêmes motifs aux premières places mais dans un ordre différent : tumeurs malignes, maladies cardio-vasculaires puis diabète.

Plus de 15 000 Parisiens âgés de 65 à 84 ans ont été admis en affection de longue durée chaque année entre 2006 et 2008, soit un taux de 5 909 pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge. Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes. Les trois premiers motifs d'admission sont identiques pour les deux sexes, il s'agit des maladies cardio-vasculaires (3 243 pour 100 000 chez les hommes et 2 036 pour 100 000 chez les femmes), des tumeurs malignes (respectivement 2 016 et 1 193) et du diabète (respectivement 981 et 498 pour 100 000).

Plus de 4 500 Parisiens âgés de 85 ans ou plus ont été admis en affection de longue durée en moyenne chaque année entre 2006 et 2008, soit un taux de 10 180 pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge. Les femmes sont nettement majoritaire dans cette tranche d'âge (70%). Les principaux motifs d'admission pour les deux sexes sont les maladies cardio-vasculaires. Viennent ensuite les tumeurs malignes puis la maladie d'Alzheimer et autres démences chez l'homme et maladie d'Alzheimer puis tumeurs malignes chez la femme.

Les limites de l'utilisation des affections de longue durée en épidémiologie :

Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour une maladie fournit une évaluation de l'incidence de celle-ci. Cependant, les ALD ne sont pas déclarées aux caisses d'assurance maladie dans un but épidémiologique et cette incidence, aussi qualifiée « d'incidence médico-sociale », comporte des biais. Ceux-ci conduisent le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle mais aussi, dans certains cas, à une sur-déclaration. Les motifs de sous-déclaration sont le plus souvent liés au fait que le patient bénéficie déjà d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une autre affection (surtout s'il est âgé), ou bénéficie d'une complémentaire santé suffisante qui ne justifie pas d'entrer dans ce dispositif. Le traitement d'un cancer peut d'ailleurs être constitué d'un acte chirurgical unique intégralement remboursé par l'Assurance maladie. Une autre cause de sous-déclaration réside dans la définition même de la maladie : des critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité de la pathologie non observés chez un patient peuvent conduire le médecin à ne pas entreprendre la démarche d'admission en ALD. Mais dans le cas précis des cancers, ce phénomène peut parfois conduire, au contraire, à une sur-déclaration, en particulier dans le cas d'états précancéreux dont le traitement est lourd, ou lorsque la limite entre tumeur bénigne et tumeur maligne n'est pas très nette.

Dans le tableau 1 présentant les motifs d'admission en affection de longue durée par groupe d'âge :

- les maladies cardio-vasculaires regroupent les ALD 1, 3, 5, 12 et 13 ;

- les maladies de l'appareil digestif regroupent les ALD 6 et 24 ;

- les maladies du système ostéo-articulaire regroupent les ALD 22, 26 et 27

Tab 1 - Principaux motifs d'admission en ALD des Parisiens selon le sexe et l'âge en 2006-2008 (effectif moyen et taux pour 100 000 personnes du même sexe et du même âge)

GARÇONS moins de 15 ans	Nb	Taux	Taux Fr*	FILLES moins de 15 ans	Nb	Taux	Taux Fr*
Affections psychiatriques de longue durée	215	134	123	Affections psychiatriques de longue durée	99	64	59
Insuffisance respiratoire chronique grave	146	91	39	Insuffisance respiratoire chronique grave	89	58	24
Déficit immunitaire grave, VIH	80	50	10	Déficit immunitaire grave, VIH	72	47	9
Maladies cardio-vasculaires	58	36	32	Maladies cardio-vasculaires	48	31	29
Forme grave des affections neurologiques et musculaires	53	33	37	Forme grave des affections neurologiques et musculaires	46	30	31
Autres	177	111	81	Autres	202	131	105
Total	729	455	322	Total	556	362	257
HOMMES 15-34 ans	Nb	Taux	Taux Fr*	FEMMES 15-34 ans	Nb	Taux	Taux Fr*
Affections psychiatriques de longue durée	469	135	136	Affections psychiatriques de longue durée	454	122	117
Déficit immunitaire grave, VIH	281	81	15	Tumeur maligne	193	52	55
Maladies de l'appareil digestif	178	51	37	Déficit immunitaire grave, VIH	130	35	12
Tumeur maligne	161	46	43	Maladies de l'appareil digestif	120	32	41
Diabète de type 1 et diabète de type 2	111	32	34	Diabète de type 1 et diabète de type 2	89	24	32
Maladies cardio-vasculaires	85	24	31	Maladies cardio-vasculaires	82	22	25
Autres	354	102	90	Autres	406	109	121
Total	1 639	470	386	Total	1 474	395	403
HOMMES 35-64 ans	Nb	Taux	Taux Fr*	FEMMES 35-64 ans	Nb	Taux	Taux Fr*
Maladies cardio-vasculaires	3 103	772	835	Tumeur maligne	2 500	573	540
Diabète de type 1 et diabète de type 2	1 849	460	517	Maladies cardio-vasculaires	1 525	350	362
Tumeur maligne	1 726	429	517	Diabète de type 1 et diabète de type 2	1 131	259	339
Affections psychiatriques de longue durée	810	202	187	Affections psychiatriques de longue durée	999	229	236
Maladies de l'appareil digestif	594	148	107	Maladies de l'appareil digestif	314	72	63
Déficit immunitaire grave, VIH	526	131	24	Insuffisance respiratoire chronique grave	242	56	49
Autres	982	244	226	Autres	921	211	199
Total	9 590	2 386	2 413	Total	7 632	1 750	1 788
HOMMES 65-84 ans	Nb	Taux	Taux Fr*	FEMMES 65-84 ans	Nb	Taux	Taux Fr*
Maladies cardio-vasculaires	3 369	3 243	2 907	Maladies cardio-vasculaires	3 235	2 036	2 134
Tumeur maligne	2 095	2 016	1 982	Tumeur maligne	1 895	1 193	1 065
Diabète de type 1 et diabète de type 2	1 019	981	958	Diabète de type 1 et diabète de type 2	791	498	704
Insuffisance respiratoire chronique grave	282	272	242	Maladie d'Alzheimer et autres démences	610	384	437
Maladie d'Alzheimer et autres démences	278	268	265	Affections psychiatriques de longue durée	316	199	189
Maladie de Parkinson	150	144	118	Insuffisance respiratoire chronique grave	270	170	137
Autres	563	542	434	Autres	656	413	392
Total	7 756	7 467	6 906	Total	7 773	489 1	5 058
HOMMES 85 ans ou plus	Nb	Taux	Taux Fr*	FEMMES 85 ans ou plus	Nb	Taux	Taux Fr*
Maladies cardio-vasculaires	640	5 213	4 610	Maladies cardio-vasculaires	1 565	4 860	4 457
Tumeur maligne	270	2 200	2 074	Maladie d'Alzheimer et autres démences	684	2 125	1 952
Maladie d'Alzheimer et autres démences	170	1 383	1 264	Tumeur maligne	409	1 270	1 122
Diabète de type 1 ou type 2	88	720	657	Diabète de type 1 ou type 2	114	354	542
Insuffisance respiratoire chronique grave	51	416	355	Affections psychiatriques de longue durée	96	297	252
Néphropathie chronique grave	45	364	221	Insuffisance respiratoire chronique grave	82	256	225
Autres	105	853	651	Autres	209	648	523
Total	1 369	11 148	9 832	Total	3 159	9 811	9 073

Sources : Cnamts, MSA, Canam - Exploitation ORS Ile-de-France
* Fr : France métropolitaine

Tab 6 - Les motifs d'admission en affections de longue durée des Parisiens en 2006-2008

Cause principale d'admission	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif annuel	%	Effectif annuel	%	Effectif annuel	%
1 Accident vasculaire cérébral invalidant	745	3,5	673	3,3	1 419	3,4
2 Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	40	0,2	56	0,3	97	0,2
3 Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	783	3,7	566	2,7	1 349	3,2
4 Bilharziose compliquée	3	0,0	0	0,0	3	0,0
5 Insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, cardiopathies	1 352	6,4	1 481	7,2	2 833	6,8
6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	684	3,2	378	1,8	1 062	2,5
7 Déficit immunitaire grave, VIH	901	4,3	341	1,7	1 242	3,0
8 Diabète de type 1 et diabète de type 2	3 086	14,6	2 146	10,4	5 232	12,6
9 Forme grave des affections neurologiques et musculaires	375	1,8	366	1,8	741	1,8
10 Hémoglobinopathies, hémolyses	47	0,2	67	0,3	114	0,3
11 Hémophilies et affections de l'hémostase graves	44	0,2	52	0,3	96	0,2
12 Hypertension artérielle sévère	2 553	12,1	2 922	14,2	5 475	13,1
13 Maladie coronaire	1 821	8,6	814	4,0	2 635	6,3
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	771	3,7	734	3,6	1 504	3,6
15 Maladie d'Alzheimer et autres démences	465	2,2	1 321	6,4	1 786	4,3
16 Maladie de Parkinson	231	1,1	212	1,0	444	1,1
17 Maladies métaboliques héréditaires	76	0,4	66	0,3	142	0,3
18 Mucoviscidose	8	0,0	6	0,0	14	0,0
19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	312	1,5	246	1,2	558	1,3
20 Paraplégie	36	0,2	23	0,1	58	0,1
21 PAN, LED * et sclérodémie généralisée évolutive	43	0,2	171	0,8	214	0,5
22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	113	0,5	326	1,6	439	1,1
23 Affections psychiatriques de longue durée	1 641	7,8	1 963	9,5	3 605	8,6
24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutive	188	0,9	174	0,8	363	0,9
25 Sclérose en plaques	64	0,3	130	0,6	194	0,5
26 Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	22	0,1	69	0,3	91	0,2
27 Spondylarthrite ankylosante grave	105	0,5	82	0,4	187	0,4
28 Suite de transplantation d'organe	21	0,1	9	0,0	30	0,1
29 Tuberculose active, lèpre	270	1,3	175	0,8	445	1,1
30 Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	4 281	20,3	5 027	24,4	9 308	22,3
Total toutes causes	21 082	100,0	20 596	100,0	41 678	100,0

Source : Cnamts, MSA, Canam - Exploitation ORS Ile-de-France

*Périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé

Repères bibliographiques et sources

1. Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en Affections de longue durée (ALD) 2005-2007
2. Cnamts, Cnav. Effectifs de la population protégée par régime, par département et par région Insee au 31 décembre 2006. Répertoire national interrégime des bénéficiaires de l'assurance maladie
3. Cnamts. Site de l'Assurance maladie. www.ameli.fr
4. Païta M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Points de repère. Cnamts. n° 27. 12 p.
5. Vallier N, Salanave B, Weill A. (2006). Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée. Points de repère. Cnamts. n° 1. 8 p.
6. Fender P, Païta M, Ganay D et al. (1997). Prévalence des trente affections de longue durée en 1994. Revue d'épidémiologie et de santé publique. vol. 45, n° 6. pp. 454-464
7. Weill A, Vallier N, Salanave B et al. (2006). Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. Pratiques et organisation des soins. Cnamts. vol. 37, n° 3. pp. 173-188
8. Cnamts, Drees. (2010). Les programmes de qualité et d'efficacité 2011 maladie. Partie 1 : Données de cadrage. Indicateur n° 14 : Effectif des malades pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD30) et dépense associée
9. Commission des comptes de la sécurité sociale. (2010). Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2009. Prévisions 2010-2011. 453 p.
10. Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en Affections de longue durée (ALD) 2000-2002

2.6 Diagnostics d'hospitalisation

Près de 530 000 séjours hospitaliers en services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont concerné des Parisiens au cours de l'année 2007.

A structure par âge comparable, le taux de séjours dans ces services de la population parisienne est inférieur de 3% à la moyenne nationale pour les hommes, et de 5% pour les femmes. La situation est cependant très variable selon les pathologies.

Contexte national

Selon les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), 16,3 millions de séjours hospitaliers ont été dénombrés dans des unités de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé français (hors venues en séances et séjours de nouveau-nés bien-portants).

A tout âge, le taux de séjours des hommes est plus élevé que celui des femmes, sauf entre 15 et 44 ans, en raison des hospitalisations liées à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité. Les deux groupes d'âge pour lesquels on observe les écarts les plus importants entre les sexes sont ceux des 1-4 ans et des 65-74 ans, les taux masculins étant presque deux fois plus élevés que les taux féminins (voir fiche Soins hospitaliers en services de MCO).

Pour les hommes, les séjours pour un " motif autre qu'une maladie ou un traumatisme " constituent le premier diagnostic d'hospitalisation (15% des séjours) devant les maladies de l'appareil digestif (13%). Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (11%), les tumeurs (9%) et les lésions traumatiques et empoisonnements (8%).

Pour les femmes, la grossesse et l'accouchement représentent le premier diagnostic d'hospitalisation (15% des séjours) devant les séjours pour un " motif autre qu'une maladie ou un traumatisme " (14%). Les maladies de l'appareil digestif arrivent en troisième position (11%), suivies des tumeurs et des maladies de l'appareil circulatoire (7%).

Les deux groupes d'âge pour lesquels on observe les taux de séjours les plus élevés sont les jeunes enfants et les personnes âgées. Le taux de séjours des enfants de moins d'un an est de 520 hospitalisations pour 1 000 en 2007 (non compris les séjours de nouveau-nés bien portants). Celui des personnes âgées de plus de 75 ans s'élève à 612 hospitalisations pour 1 000 habitants (voir fiche Soins hospitaliers en services de MCO).

Avant un an, les affections périnatales prédominent (46% des séjours), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire (12%), bronchites et bronchiolites notamment. Entre 1 et 14 ans, 17 % des séjours sont liés aux maladies de l'appareil respiratoire, 12% aux lésions traumatiques et empoisonnements et 10% maladies de l'appareil digestif, appendicites et pathologies bucco-dentaires principalement.

Entre 15 et 44 ans, 18% des séjours masculins ont pour diagnostic principal une pathologie digestive (affections bucco-dentaires, hernie abdominale et appendicite notamment), 17% une affection d'origine traumatique et 10% des atteintes ostéo-articulaires (dorso-lombalgies et affections périarticulaires le plus souvent). Chez les femmes, 41% des séjours sont liés à la grossesse et 11% aux maladies digestives.

Pour les 45-74 ans, les maladies de l'appareil digestif représentent 14% des séjours, suivis des tumeurs et des maladies de l'appareil circulatoire (respectivement 12 et 11%).

Au-delà de 75 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont au premier plan (17% des séjours), devant les maladies de l'œil (11%), les maladies de l'appareil digestif (9%) et les tumeurs (9%) [1].

La situation à Paris

A Paris, près de 530 000 séjours hospitaliers en services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont été comptabilisés en 2007 pour l'ensemble de la population. A structure par âge comparable, le taux de séjours dans ces services de la population parisienne est inférieur de 3% à la moyenne nationale pour les hommes et de 5% pour les femmes. Mais il existe de fortes disparités suivant les pathologies. Paris a un taux de séjours supérieur à celui observé au niveau national pour certaines pathologies. Chez les hommes, il s'agit notamment des maladies infectieuses et parasitaires (dont le sida et la tuberculose), des maladies endocriniennes nutritionnelles et métaboliques, des maladies de l'œil et des malformations congénitales et anomalies chromosomiques (chez l'enfant). Chez les femmes, il s'agit surtout des tumeurs et des maladies de l'œil. Cependant, ces disparités de recours aux soins sont complexes à interpréter car elles peuvent s'expliquer par des différences de morbidité dans la population mais aussi par des pratiques de soins ou de modalités de prise en charge variables selon les praticiens (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs...), voire à des habitudes spécifiques de codage dans le cadre du PMSI.

Repères bibliographiques et sources

[1] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees

Tab 1 - Nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée MCO¹ selon le diagnostic principal² en 2007

Hommes								
Diagnostic principal	0-14 ans	15-34 ans	35-64 ans	65-84 ans	85 ans ou plus	Tous âges	ICH ³ Paris	ICH ³ IDF
Maladies infectieuses et parasitaires	764	1 026	2 841	636	145	5 413	140	111
Tumeurs	356	1 084	9 852	8 262	982	20 536	102	102
dont bénignes	213	653	4 197	2 123	104	7 289	118	104
dont malignes	124	356	4 897	5 457	806	11 640	95	100
dont évolution imprévisible ou inconnue	18	70	698	614	60	1 461	92	104
Mal. sang et org. hémato, troubles du syst. immunitaire	352	324	697	659	179	2 214	103	112
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	546	662	3 381	1 692	194	6 475	138	113
Troubles mentaux et du comportement *	125	812	2 169	1 508	558	5 173	94	80
Maladies du système nerveux	356	800	3 332	2 193	366	7 047	85	82
Maladies de l'oeil et de ses annexes	203	417	2 991	5 778	817	10 207	114	104
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	962	241	433	133	21	1 791	69	75
Maladies de l'appareil circulatoire	92	1 048	9 440	9 543	1 924	22 046	92	95
Maladies de l'appareil respiratoire	2 566	1 628	3 784	3 030	937	12 945	97	97
Maladies de l'appareil digestif	1 530	5 876	16 167	6 991	763	31 327	99	102
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	404	1 403	1 574	561	138	4 081	95	113
Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	382	2 376	5 679	2 777	406	11 622	75	82
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 801	1 510	3 793	3 322	613	12 039	95	112
Certaines affections d'origine périnatale	3 406	0	0	0	0	3 406	95	112
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1 360	369	299	71	7	2 106	105	94
Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	1 433	1 526	5 800	3 685	963	13 407	87	88
Lésions traumatiques, empoisonnements	1 779	4 463	5 310	1 919	677	14 147	70	76
Autres motifs de recours aux soins **	2 096	4 831	21 906	11 710	1 860	42 404	117	106
Total	22 513	30 396	99 448	64 470	11 550	228 386	97	97

Femmes								
Diagnostic principal	0-14 ans	15-34 ans	35-64 ans	65-84 ans	85 ans ou plus	Tous âges	ICH ³ Paris	ICH ³ IDF
Maladies infectieuses et parasitaires	634	685	1 155	628	330	3 432	94	101
Tumeurs	329	2 085	12 509	7 669	1 280	23 873	113	108
dont bénignes	227	1 460	6 440	2 412	133	10 672	118	110
dont malignes	81	402	5 062	4 620	1 017	11 183	112	107
dont évolution imprévisible ou inconnue	20	89	616	527	111	1 365	102	108
Mal. sang et org. hémato, troubles du syst. immunitaire	317	467	957	729	423	2 893	100	113
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	682	1 238	3 487	1 796	511	7 713	102	104
Troubles mentaux et du comportement *	132	707	1 114	2 733	1 588	6 274	112	91
Maladies du système nerveux	240	882	3 503	2 624	888	8 136	81	87
Maladies de l'oeil et de ses annexes	181	411	3 101	9 878	1 886	15 457	110	100
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	781	198	528	171	33	1 710	70	77
Maladies de l'appareil circulatoire	96	929	5 215	7 034	3 620	16 895	84	91
Maladies de l'appareil respiratoire	2 474	1 250	2 576	2 681	1 545	10 524	95	101
Maladies de l'appareil digestif	1 188	6 575	15 344	8 019	1 409	32 535	92	102
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	301	1 038	1 395	656	251	3 640	93	113
Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	315	2 003	7 784	6 265	1 270	17 637	94	95
Maladies de l'appareil génito-urinaire	378	4 424	7 892	2 414	678	15 787	90	97
Certaines affections d'origine périnatale	2 771	0	0	0	0	2 771	89	112
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	814	464	417	123	14	1 832	103	92
Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	1 173	2 248	5 744	4 163	1 970	15 296	89	94
Lésions traumatiques, empoisonnements	1 251	2 550	4 209	4 182	2 640	14 832	84	86
Grossesse et accouchement	18	35 305	13 441	0	0	48 765	81	101
Autres motifs de recours aux soins **	1 633	8 890	23 010	13 351	3 743	50 627	117	111
Total	15 708	72 349	113 381	75 116	24 079	300 629	95	100

* Les séjours liés aux troubles mentaux sont ceux qui ont eu lieu dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique et ne comprennent pas les hospitalisations dans les services de psychiatrie.

** Les séjours des nouveau-nés "bien portants" et ceux pour séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs) ne sont pas présentés dans ces tableaux.

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées, Insee

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO :

médecine, chirurgie, obstétrique

²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14 % à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5 % à cette moyenne.

2.7 Santé perçue, symptômes de dépression et stress

Parmi les participants parisiens de l'Etude RECORD, différentes caractéristiques socio-économiques individuelles (instruction, profession, revenu, stress financier, etc.) sont associées au fait de rapporter une mauvaise santé, de présenter une symptomatologie dépressive et d'être en situation de stress. Ces différentes relations expliquent l'essentiel ou la totalité des disparités de santé perçue ou de santé psychologique observées entre quartiers plus ou moins favorisés de Paris.

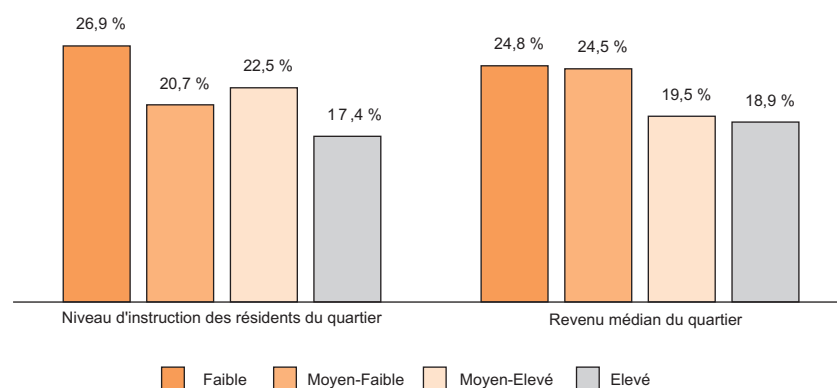
La santé perçue des parisiens de l'Etude RECORD

Dans de nombreux travaux, les chercheurs s'intéressent à la santé perçue des populations, non pas toujours faute de disposer de données médicales plus objectives, mais en tant qu'information pertinente exprimant le ressenti de l'individu par rapport à sa santé. La santé perçue constitue une dimension intéressante du fait de son caractère intégratif, puisqu'elle est fortement liée à l'état de santé à la fois physique et mental de la personne. Un certain nombre d'études ont fait état d'une relation forte entre la santé perçue et la mortalité ultérieure des personnes.

Dans l'Etude RECORD, la santé perçue a été appréhendée à partir de la question suivante posée en routine dans le cadre des Examens Périodiques de Santé de la Sécurité Sociale : " Compte-tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez ? ". Les analyses rapportées ci-dessous distinguent les personnes qui avaient une note inférieure ou égale à 6, que l'on désigne comme ayant une mauvaise santé perçue, des autres participants. Dans l'échantillon, 21,8% des participants rapportaient un mauvais état de santé selon ce critère lors de l'examen.

Avant de s'intéresser au profil socio-démographique des personnes rapportant une mauvaise santé, il est utile de savoir ce que recouvre la notion de santé perçue dans la population parisienne étudiée. Afin de clarifier cet aspect, une analyse statistique a cherché à voir quelles facettes de la santé physique ou de la santé mentale étaient associées au fait de se déclarer en mauvaise santé. Quant à la santé physique, les principaux facteurs associés au fait de se déclarer en mauvaise santé étaient le fait d'avoir eu un infarctus du myocarde, et de souffrir d'autres problèmes cardiaques, d'hypertension artérielle, d'une affection de la glande thyroïde, d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum, d'un cancer ou de rhumatismes. Mais il est notable qu'à côté de ces pathologies, les participants qui avaient un score élevé de dépression ou de stress perçu (respectivement sur les échelles QD2A et PSS) faisaient nettement plus fréquemment état d'une mauvaise santé, de tels facteurs psychologiques étant à l'origine d'associations aussi fortes avec la santé perçue que les pathologies listées ci-dessus.

Graph 1 - Pourcentage de personnes rapportant une mauvaise santé perçue en fonction des caractéristiques du quartier



Source: Etude RECORD

Le pourcentage de participants rapportant une mauvaise santé variait d'un quartier à l'autre. Le graphe 1 montre que le pourcentage de participants faisant état d'une mauvaise santé diminuait à mesure que le niveau d'instruction moyen des résidents du quartier augmentait et que le revenu médian des habitants du quartier augmentait. Les écarts de santé perçue observés entre quartiers étaient plus importants lorsque déterminés à partir du niveau d'instruction des résidents du quartier.

Cherchant à mieux connaître le profil des Parisiens qui rapportaient une mauvaise santé, nous avons trouvé que différentes caractéristiques socio-économiques étaient associées, toutes choses égales par ailleurs, à la santé perçue. Ainsi que l'indique le tableau 1, la probabilité de rapporter une mauvaise

santé était plus élevée chez les célibataires, chez les personnes qui étaient nées dans des pays à faible niveau de développement humain, chez les participants dont la mère avait un faible niveau d'instruction, chez les ouvriers, chez les personnes qui faisaient état de difficultés financières, et chez les participants de ménages à faible revenu. Par contre, après avoir tenu compte des caractéristiques socio-économiques individuelles, ni le niveau d'instruction moyen des résidents du quartier, ni le revenu médian du quartier n'étaient associés à la santé perçue des participants. Au total, les " effets " cumulés des différentes caractéristiques socio-économiques individuelles listées dans le tableau 1 suffisaient ainsi à expliquer les différentiels de santé perçue entre quartiers rapportés sur le graphe 1.

Tab 1 - Caractéristiques démographiques et socio-économiques associées " toutes choses égales par ailleurs " à la probabilité de se déclarer en mauvaise santé

	Multiplicateur de la probabilité de déclarer une mauvaise santé
Célibataire (plutôt qu'en couple)	1,49
Niveau d'instruction de la mère (comparé à tertiaire)	
Secondaire	1,15
Primaire	1,33
Ouvrier (comparé aux autres professions salariées)	1,45
Difficultés financières rapportées	1,60
Revenu du ménage (comparé à élevé)	
Moyen élevé	0,99
Moyen faible	1,23
Faible	1,37
Pays de naissance (comparé aux personnes nées en France)	
Pays à fort développement humain	1,04
Pays à développement intermédiaire	1,14
Pays à faible développement humain	1,38

* L'analyse tient également compte de l'âge et du sexe des participants, qui n'étaient toutefois pas associés à la santé perçue.

Guide de lecture : Toutes autres caractéristiques équivalentes par ailleurs, les participants qui rapportaient des difficultés financières avaient une probabilité 1,6 fois plus élevée de rapporter une mauvaise santé.

Source : Etude RECORD

Symptôme de dépression et stress perçu des participants parisiens de l'Etude RECORD

On s'intéresse ici aux symptômes de dépression (évalués à partir du questionnaire QD2A validé de Pichot) et aux symptômes de stress perçu (appréhendés à l'aide de la version française de l'échelle de Sheldon Cohen).

Le QD2A est un questionnaire d'auto-évaluation de la dépression composé de 13 items. Il est utilisé pour détecter les états dépressifs dans la population générale. Chaque item valant 1 point, il est admis qu'une note supérieure ou égale à 7 est assez fortement corrélée au diagnostic d'état dépressif.

Les analyses sur la dépression se sont appuyées sur les 2 128 participants parisiens de l'Etude RECORD. Le pourcentage de réponses positives aux questions du score de dépression était le plus faible pour des propositions telles que " je suis déçu ou dégoûté de moi-même " (5,5%) ou " je suis sans espoir pour l'avenir " (6,4%), alors que des prévalences beaucoup plus élevées ont été observées pour des propositions telles que " j'ai du mal à me débarrasser des mauvaises pensées qui me passent par la tête " (15,5%) ou " ma mémoire me semble moins bonne que d'habitude " (31,4%).

Au total, 7,3% des participants souffraient de dépression au moment de l'enquête dans cet échantillon parisien, c'est-à-dire présentaient un score supérieur ou égal à 7.

Après avoir tenu compte de l'âge et du sexe des participants, la prévalence de la dépression ne variait pas de façon détectable entre les arrondissements de Paris. De même, il n'existait pas de réelles différences de prévalence des états

dépressifs entre quartiers favorisés et défavorisés de la ville de Paris, que les différences entre quartiers soient mesurées à partir du niveau de revenu médian du quartier ou du niveau d'instruction moyen des résidents du quartier. La prévalence des états dépressifs était de 10% parmi les 25% des participants des quartiers aux revenus les plus faibles et de 7% parmi les 25% des participants des quartiers aux revenus les plus élevés, soit une différence trop faible pour être significative sur le plan statistique.

Au niveau individuel, relativement peu de facteurs socio-démographiques parmi ceux testés étaient associés à la prévalence de la dépression. Ainsi que le montre le tableau 2, après avoir tenu compte de l'âge et du sexe, les participants parisiens qui vivaient seuls, ceux qui avaient un faible niveau d'instruction, et ceux qui faisaient état de difficultés financières étaient plus fréquemment dépressifs que les autres. Au-delà de ces facteurs individuels, les caractéristiques socio-économiques des quartiers parisiens n'étaient pas associées à la prévalence de la dépression.

Quant au stress perçu, conformément aux usages, il a été considéré que les personnes qui avaient une note supérieure ou égale à 7 sur l'échelle de Sheldon Cohen étaient en situation de stress. Un tel outil permet d'identifier les personnes qui ne se sentent pas en mesure de faire face à leurs responsabilités ou aux difficultés qu'elles rencontrent. Dans l'échantillon, 23,6% des 2 128 participants parisiens étaient en situation de stress.

Tab 2 - **Caractéristiques démographiques et socio-économiques associées " toutes choses égales par ailleurs " à la probabilité de présenter une symptomatologie dépressive**

	Multiplicateur de la probabilité de présente une symptomatologie depressive
Femme (plutôt qu'un homme)	1,43
Célibataire (plutôt qu'en couple)	2,17
Niveau d'instruction (comparé à > BAC + 2)	
BAC ou BAC + 2	1,13
Diplôme inférieur au BAC	1,40
Sans Ddiplôme	2,20
Difficultés financières rapportées	2,99

* L'analyse tient également compte de l'âge des participants, qui n'était pas associé à la probabilité de présenter une symptomatologie dépressive.

Guide de lecture : Toutes autres caractéristiques équivalentes par ailleurs, les participants qui rapportaient des difficultés financières avaient une probabilité 2,99 fois plus élevée de présenter une symptomatologie dépressive.

Source : Etude RECORD

Comme le montre le tableau 3, différentes caractéristiques socio-économiques étaient à l'origine d'associations indépendantes indiquant une prévalence plus élevée du stress perçu au bas de l'échelle sociale (les différents facteurs combinant leurs effets pour conduire à des différences de prévalence non négligeable du stress perçu entre couches sociales). Les participants qui avaient un faible niveau d'instruction, les employés et les ouvriers, les ménages à faibles revenus et les personnes qui rapportaient des difficultés

financières présentaient une prévalence plus élevée du stress perçu. A côté de ces marqueurs individuels et après en avoir tenu compte, les participants qui habitaient dans des quartiers de Paris à faible niveau d'instruction moyen étaient également légèrement plus fréquemment en situation de stress.

Au total, malgré des profils socio-démographiques différents pour la symptomatologie dépressive et le stress perçu, l'une et l'autre de ces affections psychologiques étaient plus communes au bas de l'échelle sociale.

Tab 3 - Caractéristiques démographiques et socio-économiques associées “ toutes choses égales ‘par ailleurs ’ à la probabilité d’être en situation de stress

	Multiplicateur de la probabilité d’être en situation de stress
Femme (plutôt qu'un homme)	1,24
Célibataire (plutôt qu'en couple)	1,45
Niveau d'instruction (comparé à > BAC + 2)	
BAC ou BAC + 2	1,01
Diplôme inférieur au BAC	1,20
Sans diplôme	1,22
Profession (plutôt que cadre)	
Profession intermédiaire	1,08
Employé	1,18
Ouvrier	1,39
Revenu du ménage (plutôt qu'élevé)	
Moyen élevé	1,14
Moyen faible	1,13
Faible	1,21
Difficultés financières rapportées	1,74
Etre né dans un pays à faible niveau de développement humain	0,66
Niveau d'instruction moyen des résidents du quartier (plutôt qu'élevé)	
Moyen élevé	1,06
Moyen faible	1,07
Faible	1,20

* L'analyse tient également compte de l'âge des participants, qui n'était pas associé à la probabilité d'être en situation de stress perçu.

Guide de lecture : Toutes autres caractéristiques équivalentes par ailleurs, les participants qui rapportaient des difficultés financières avaient une probabilité 1,74 fois plus élevée de rapporter une situation de stress.

Source : Etude RECORD

3

Problèmes de santé et pathologies

3. Problèmes de santé et pathologies

3.1	Maladies infectieuses et parasitaires - Hépatites	63
3.2	Sida et infection à VIH	66
3.3	Tuberculose	70
3.4	Infections nosocomiales	74
3.5	Ensemble des cancers	76
3.6	Cancer du côlon-rectum	80
3.7	Cancer du Poumon	84
3.8	Mélanome de la peau	88
3.9	Cancer du sein	91
3.10	Cancer du col et du corps de l'utérus	95
3.11	Cancer de la prostate	98
3.12	Diabète	101
3.13	Surpoids et obésité	103
3.14	Troubles mentaux	107
3.15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	110
3.16	Cardiopathies ischémiques	114
3.17	Maladies vasculaires cérébrales	118
3.18	Maladies de l'appareil respiratoire	122
3.19	Asthme	125
3.20	Pathologies pendant la grossesse	127

3. Problèmes de santé et pathologies

- > Près de 150 nouveaux cas de **sida** sont diagnostiqués chaque année à Paris. Si ce nombre a nettement diminué depuis vingt ans, Paris reste néanmoins fortement touchée par cette pathologie. La contamination par le **VIH** se fait de plus en plus par voie hétérosexuelle. Les étrangers et les femmes représentent une part croissante des personnes infectées.
- > Autres maladies infectieuses sur-représentées à Paris : les **hépatites A et B** et la **tuberculose** dont les taux d'incidence parisiens sont trois fois supérieurs à ceux de la France. Paris recense 11% des cas français de tuberculose. Cette maladie, fortement liée à la précarité économique et sociale, touche des populations vulnérables, nombreuses à Paris.
- > Le **cancer** est à l'origine du décès de 4 500 Parisiens chaque année. C'est la première cause de décès à Paris pour les deux sexes.
- > Le **cancer du poumon** est responsable de 24% des décès par cancer chez les hommes et de 13% chez les femmes. Il est la première cause de décès par cancer chez les hommes et la seconde chez les femmes. Si Paris se distingue par un niveau de mortalité par cancer du poumon relativement bas chez les hommes, les Parisiennes ont un niveau de mortalité par cancer du poumon 30% supérieur à celui de leurs homologues de province.
- > Autre cancer sur-représenté chez les Parisiennes : le **cancer du sein**, responsable de 19% des décès féminins par cancer à Paris. Le taux de participation des Parisiennes au programme de dépistage organisé du cancer du sein est très bas. Mais le recours au dépistage individuel est important dans la capitale.
- > Les maladies de l'appareil circulatoire, responsables du décès de 3 300 Parisiens chaque année, sont la deuxième cause de décès dans la capitale. Paris se distingue depuis plusieurs décennies par une faible mortalité par **maladie cardio-vasculaires**. C'est vrai pour les **cardiopathies ischémiques** et pour les **maladies vasculaire cérébrales**, pour les deux sexes.
- > L'**asthme** est une pathologie très présente dans la capitale. Paris se caractérise en effet par des taux élevés de mise en ALD pour asthme et par des indices comparatifs d'hospitalisation plus élevés qu'en France. Les Parisiens de moins de 15 ans sont particulièrement touchés.
- > A Paris comme en France, **l'excès de poids et l'obésité** ont progressé ces dernières années. Selon une étude menée par l'ORS en 2009, l'excès de poids touche 12,3% des enfants de grande section de maternelle et 15,6% des enfants de CE2 scolarisés à Paris. L'excès de poids est plus important chez les enfants scolarisés en quartier "prioritaire". Parmi les participants de l'Etude Record de l'Inserm, l'indice de masse corporelle est plus élevé chez les adultes ayant un faible niveau d'instruction.
- > En 2007, environ 30 000 Parisiens âgés de 65 ans ou plus seraient atteints de la **maladie d'Alzheimer** ou d'une maladie apparentée.

3.1 Maladies infectieuses et parasitaires - hépatites

Les maladies infectieuses et parasitaires sont responsables du décès de près de 400 Parisiens chaque année et constituent le diagnostic principal de près de 9 000 séjours de Parisiens dans les services hospitaliers de court séjour chaque année. Les maladies infectieuses et parasitaires sont sur-représentées à Paris, notamment chez les hommes, en lien avec des pathologies comme la tuberculose et le sida, fréquentes dans la capitale.

Contexte national

Les maladies infectieuses et parasitaires sont provoquées par des virus, des bactéries, des parasites (champignons...), ou des prions. La diversité de ces affections résulte du grand nombre de micro-organismes impliqués, qui peuvent provenir de réservoirs humains, animaux, alimentaires ou environnementaux. Les maladies infectieuses sont contagieuses, leurs modes de transmission étant également très variés : contact direct, voie respiratoire, digestive, sexuelle... Elles peuvent engendrer des endémies (persistance d'une maladie dans une région) et des épidémies (propagation rapide d'une maladie chez un grand nombre d'individus) qui, lorsqu'elles s'étendent largement dans le monde, donnent lieu à une pandémie. Ces phénomènes peuvent avoir des conséquences sanitaires dramatiques, comme par exemple la pandémie de grippe espagnole au début du XXe siècle (trente millions de morts), ou la présence endémique du paludisme dans de nombreuses zones tropicales et subtropicales (un à trois millions de décès par an dans le monde) [1]. L'amélioration de l'hygiène, l'introduction des antibiotiques et les vaccinations ont permis une réduction majeure du risque infectieux au cours du XXeme siècle, surtout dans les pays développés. Certaines maladies ont fortement régressé (poliomyélite, diphtérie...), et la variole a été éradiquée grâce à la vaccination. Avec l'amélioration des conditions d'hygiène, l'incidence de l'hépatite A a diminué et cette baisse est attestée par les enquêtes de séroprévalence chez les recrues du service national (50% en 1978 à 10% en 1999). De plus la France fait partie des pays de faible endémie pour l'infection par le VHB et le VHC, c'est-à-dire où la prévalence de ces deux infections est inférieure à 2%. A ce jour, seules les hépatites A et B bénéficient d'un vaccin, la prévention de l'hépatite C reposant essentiellement sur le respect des règles de désinfection, la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues et le dépistage des dons de sang et des dons d'organes.

Malgré ces progrès, les maladies infectieuses sont responsables de 40% des décès dans les pays en développement contre 1% dans les pays industrialisés [2]. En France, le risque de décès par maladies infectieuses a diminué au cours du XXeme siècle, à l'exception d'une augmentation dans les années 1980-1990, liée à l'infection au VIH/sida. Au cours des dernières décennies, l'augmentation des mouvements de population ou l'expansion du commerce international sont des exemples de facteurs qui ont transformé les micro-organismes, leur environnement mais aussi les dynamiques de

transmission des maladies infectieuses. On observe une nette émergence ou réémergence de certaines infections. Par ailleurs, certains virus comme celui de la grippe subissent des évolutions importantes susceptibles de remettre en cause l'efficacité de la vaccination. En outre, l'utilisation importante d'antibiotiques a entraîné l'apparition de souches de bactéries multirésistantes, favorisant le développement des problèmes sanitaires tels que les infections nosocomiales [3].

La prévention des maladies infectieuses s'articule autour de plusieurs axes : amélioration et diffusion de mesures d'hygiène, vaccination, connaissance des agents infectieux et du mode de transmission de la maladie, dépistage et traitements. Par ailleurs, la surveillance de ces maladies est indispensable à la prévention des épidémies et à leur détection précoce. En France, la veille et l'alerte concernant les maladies infectieuses sont coordonnées par l'Institut de veille sanitaire [4].

Les maladies infectieuses recouvrent une grande variété d'affections, de fréquence et de gravité diverses. L'analyse qui suit concerne les seules infections classées au chapitre 1 (Maladies infectieuses et parasitaires) de la classification internationale des maladies (CIM10). La structure de la CIM est telle que certaines infections touchant spécifiquement un organe ne sont pas classées au chapitre 1 mais au chapitre correspondant à l'organe ou à l'appareil infecté. Ainsi, le chapitre 1 ne représente qu'une faible proportion des décès ou des hospitalisations pour maladies infectieuses (20% des décès par infection en 1985) [5-7]. Les pneumopathies infectieuses, à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité importantes, sont par exemple classées dans le chapitre 10 de la CIM10 (maladies respiratoires) et présentées dans la fiche "Maladies de l'appareil respiratoire". De même, les infections ORL, particulièrement fréquentes, sont détaillées dans la fiche "Maladies de l'oreille et de l'audition".

Les maladies infectieuses du chapitre 1 de la CIM10 sont principalement prises en charge en médecine de ville où elles sont à l'origine de 4% des consultations et des visites en 2007 [8]. Toutefois, en raison de leur gravité et/ou de la fragilité des patients atteints, certaines affections nécessitent une hospitalisation. En 2007, 1 % des hospitalisations dans les services de court séjour (près de 230 000) avaient pour diagnostic principal une maladie du chapitre 1 de la CIM10. Les infections les plus fréquemment en cause sont les infections intestinales (34%), qui concernent surtout les moins de 25 ans et les septicémies (18%), dont près des deux tiers affectent des personnes âgées (65 ans et plus) [9].

La situation à Paris

Les maladies infectieuses et parasitaires sont responsables, chaque année, du décès de 380 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007). Les taux de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires progressent avec l'âge et sont à chaque âge plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Le niveau de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires est, en 2005-2007, légèrement plus élevé à Paris qu'en Ile-de-France ou en France, notamment chez les hommes. La différence est cependant beaucoup moins marquée aujourd'hui qu'au début des années 1990, au moment où l'épidémie de sida était particulièrement importante à Paris.

Entre 2006 et 2008, chaque année, 2 271 Parisiens en moyenne ont été admis en affection de longue durée pour maladies infectieuses et parasitaires par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Paris se distingue par des taux d'admissions en ALD plus élevés que ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine (en lien avec des pathologies comme la tuberculose et le sida, plus fréquentes dans la capitale).

Les maladies infectieuses et parasitaires du chapitre 1 de la Cim 10 ont constitué, en 2007, le diagnostic principal de près de 9 000 séjours hospitaliers de Parisiens dans les services de soins de courte durée. A structure par âge comparable, la fréquence de ces séjours est supérieure de 40 % à la moyenne nationale chez les hommes, mais légèrement inférieure à la moyenne chez les femmes.

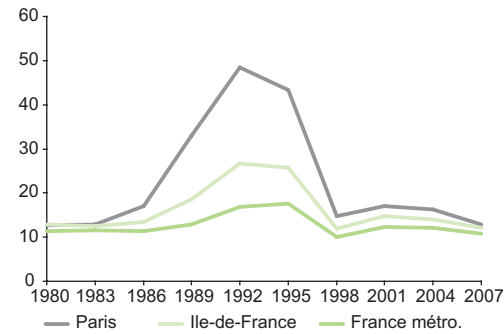
Tab 1 - Admissions en ALD pour maladies infectieuses et parasitaires en 2006-2008

Hommes	Paris		IDF	France métr.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	41	25,6	13,7	5,0
15-34 ans	416	119,3	64,9	33,1
35-64 ans	990	246,3	139,1	76,9
65-84 ans	71	68,3	56,4	29,0
85 ans ou plus	16	130,4	35,3	22,3
Total	1 534	149,4	82,4	44,5

Femmes	Paris		IDF	France métr.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	34	22,2	12,6	5,0
15-34 ans	215	57,5	50,0	25,1
35-64 ans	385	88,3	66,7	38,7
65-84 ans	75	47,2	45,9	27,2
85 ans ou plus	28	87,0	25,9	17,2
Total	737	63,8	48,5	27,0

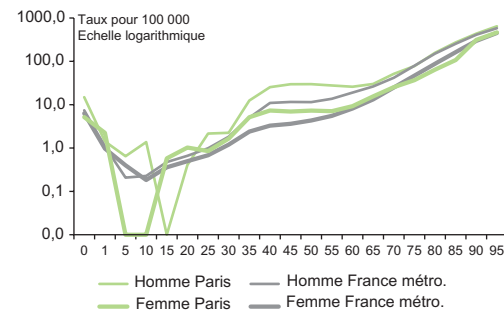
Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Graph 1 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires de 1980 à 2007*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.

Graph 2 - Taux de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires par sexe et âge en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Tab 2 - Nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée MCO¹ pour maladies infectieuses et parasitaires² en 2007

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	764	634	1 398
15-34 ans	1 026	685	1 711
35-64 ans	2 841	1 155	3 996
65-84 ans	636	628	1 264
85 ans ou plus	145	330	475
Total	5 413	3 432	8 845
ICH* Paris	140,0	93,7	-
ICH* IDF	111,3	101,2	-

Sources : PMSI - Drees, données domiciliées, Exploitation ORS Ile-de-France
* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

Les données des tableaux ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14 % à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5 % à cette moyenne.

Les hépatites à Paris

En 2009, 1 547 cas d'hépatite A ont été déclarés en France (1 520 en métropole et 27 dans les départements d'outre-mer). Pour la France métropolitaine, le taux annuel d'incidence des cas déclarés est de 2,4 pour 100 000 personnes. Avec 114 nouveaux cas déclarés dans la capitale, le taux d'incidence parisien (5,6 cas pour 100 000) est plus de deux fois supérieur à ceux de l'Ile-de-France et de la France. La prévention de la transmission interhumaine de l'hépatite A repose sur le respect des règles d'hygiène universelles (le lavage des mains après le passage aux toilettes, après avoir changé la couche d'un nourrisson, avant la préparation des repas, des biberons, avant de donner à manger à des enfants...). Un vaccin est disponible en France depuis 1992. La protection conférée est excellente avec des taux de séroconversion entre 98 et 100% et une efficacité vaccinale évaluée à 97%. A ce jour, il n'est plus prévu de rappel car la protection semble très longue (peut être à vie) après deux doses de vaccins. Il est actuellement recommandé pour les adultes non immunisés et les enfants âgés de plus d'un an voyageant en zone d'endémie, les enfants dont au moins l'un des parents est né en pays d'endémie, les jeunes des internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapée, les personnes exposées à des risques particuliers, les patients infectés chroniques par le virus de l'hépatite B ou porteurs d'une maladie chronique du foie et les homosexuels masculins.

En 2008, on recense 14 nouveaux cas déclarés d'hépatites B à Paris, soit un taux d'incidence des cas déclarés (0,6 cas pour 100 000 personnes) deux fois supérieur à celui d'Ile-de-France et trois fois supérieur à celui de la France.

L'analyse des cas franciliens montre une prédominance masculine, avec une distribution par âge identique entre les deux sexes : la classe d'âge où l'on observe la majorité des cas est celle des 30-39 ans. Le virus de l'hépatite B se transmet par tous les liquides et sécrétions biologiques, le plus souvent par contact sexuel et par le sang. L'hépatite B est considérée comme une maladie infectieuse extrêmement contagieuse : le virus de l'hépatite B est 50 à 100 fois plus infectieux que celui du sida. A partir de deux sources de données, on observe que la couverture vaccinale des Parisiens est plutôt meilleure que sur le reste du territoire : entre 60 et 75% des enfants parisiens seraient intégralement vaccinés contre seulement 56% en Ile-de-France (cf fiche 2.4 Santé de l'enfant de 1 à 14 ans).

Tab 4 - Nombre et taux d'incidence des cas déclarés d'hépatites A et B

	Paris		Ile-de-France	France métropolitaine
	Nombre de cas	Taux*	Taux*	Taux*
Hépatite A	114	5,6	2,6	2,4
Hépatite B	14	0,6	0,3	0,2

Sources : Pour l'hépatite A InVS données de 2009; Pour l'hépatite B Statiss 2010 données de 2008; Exploitation ORS Ile-de-France
*Taux d'incidence des cas déclarés pour 100 000 habitants

Repères bibliographiques et sources

- Institut Pasteur. (2005). Les maladies infectieuses. [page internet] www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0j1/presse/dossiers-de-presse/les-maladies-infectieuses
- OMS. (1999). Rapport sur la santé dans le monde 1999 : pour un réel changement. 130 p.
- Orth G, Sansonetti P, Académie des sciences. (2006). La maîtrise des maladies infectieuses : un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique. Ed. EDP Sciences. 487 p.
- Mailles A. (2010). La surveillance des maladies infectieuses. pp. 69. InVS. [diaporama]
- Gibert I, Hubert B. (1989). Mortalité par maladies infectieuses en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 36. pp. 145-147
- Pequinot F, Michel E, Le Toullec A et al. (1999). Mortalité par maladies infectieuses en France : tendances évolutives et situation actuelle. Bulletin épidémiologique annuel. France 1997. InVS. n° 2. pp. 17-21
- Lefèvre H, Pavillon G, Le Toullec A, Péquignot F, Jouglu E. (2005). Mortalité par maladies infectieuses en France : situation actuelle et tendances évolutives. In Surveillance nationale des maladies infectieuses, 2001-2003. InVS. pp. 10
- Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes
- ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees
- Inserm CépiDc. Site du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. www.cepdc.vesinet.inserm.fr

3.2 Sida et infection à VIH

Près de 150 nouveaux cas de sida sont diagnostiqués chaque année chez les Parisiens. Si ce nombre a nettement diminué depuis vingt ans, Paris reste néanmoins fortement touché par cette pathologie. Depuis le début de l'épidémie, les caractéristiques des personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida se sont modifiées. Aujourd'hui, la contamination se fait quasi-exclusivement par voie sexuelle. Deux populations sont particulièrement concernées : les femmes d'origine étrangère (par voie hétérosexuelle) et les hommes par voie homosexuelle.

Contexte national

L'infection par le VIH entraîne le développement progressif d'une déficience immunitaire. Pendant une période qui peut durer plusieurs années, les personnes porteuses du VIH ne présentent aucun signe de l'infection. Puis cette dernière peut se manifester par différents symptômes, en lien avec la dégradation du système immunitaire (fatigue, amaigrissement, affections de la peau...). Lorsque le stade sida est atteint, des infections graves ou des tumeurs se développent [1].

En France, le nombre total de personnes infectées par le VIH est estimé par l'Institut de veille sanitaire 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 cette évolution doit cependant rester prudente. Elle dépend en effet des comportements de recours au dépistage, mais aussi de l'exhaustivité des déclarations obligatoires et du délai de déclaration, les données des deux dernières années étant provisoires. Le taux d'exhaustivité pour la déclaration de séropositivité a été estimé par l'InVS à 71% au niveau national en 2008, en hausse par rapport à 2004 où il était de 62%. L'estimation des 6 500 nouveaux cas tient compte tant des délais de déclaration que de la sous-déclaration, donc l'argument sur la "qualité" des données et la prudence à avoir dans l'interprétation de cette stabilisation est toute relative [2, 3]. Par ailleurs, cette tendance ne concerne pas tous les modes de contamination. En effet, entre 2003 et 2008, si le nombre annuel de découvertes de séropositivités chez des personnes contaminées par usage de drogues injectables ou lors de rapports hétérosexuels, notamment chez les femmes de nationalité étrangère, a diminué, le nombre de découvertes de séropositivité lors de rapports homosexuels est, quant à lui, en augmentation [3, 4]. Ce constat peut être rapproché de la résurgence des infections sexuellement transmissibles et de la hausse déclarée des comportements sexuels à risque chez les hommes homosexuels [5-9]. L'incidence du VIH en 2008 est estimée en France à 9 pour 100 000 chez les hétérosexuels variant de 4 chez les femmes françaises à 54 chez les femmes étrangères contre 1006 pour 100 000 chez les homosexuels/bisexuels masculins.

L'introduction en 1996 des combinaisons de thérapies antirétrovirales a bouleversé l'évolution de l'épidémie. Ces traitements ont permis une diminution importante de la morbidité et de la mortalité (les patients traités dont le système

immunitaire n'est pas déprimé ont une mortalité comparable à la population générale)[10, 11]. Le nombre annuel de nouveaux cas de sida est ainsi passé de 6 500 en 1995 à 1 550 en 2008, chiffre qui s'est stabilisé entre 2007 et 2008. De même, plus de 4 500 personnes résidant en France décédaient chaque année de l'infection au VIH/sida au milieu des années 90, environ 780 décès liés à cette infection ont été dénombrés par l'Inserm CépiDC en 2007. En 2008, le nombre de personnes vivant avec le sida en France est estimé à 34 600 [2, 3, 12]. La détection de l'infection par le VIH au plus près de la contamination permet un suivi médical et une prise en charge thérapeutique précoce. La France est l'un des pays européens ayant proportionnellement la plus forte activité de dépistage du VIH. En 2008 l'InVS a estimé le nombre total de tests réalisés en France à 4,98 millions (en baisse de 5% entre 2005 et 2008). Le nombre de tests rapporté à la population est de 77 pour 1000 habitants et 0,2% des tests réalisés se sont avérés positifs au VIH en 2008. Pour améliorer l'efficacité du dépistage, la Haute autorité de santé préconise une stratégie en deux volets : sa généralisation à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans en dehors de situations d'exposition à risque, et la proposition ciblée et régulière du test de dépistage pour les personnes les plus exposées ou dans certains territoires prioritaires comme la Guyane. La proportion de tests effectués dans le cadre de Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) est de 8% mais la prévalence du VIH y est plus élevée que dans les laboratoires biologiques (0,3% de tests positifs) [2, 13].

Certaines personnes accèdent cependant encore tardivement au dépistage et aux soins. En 2008, parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité, 13 % étaient déjà au stade sida [2, 3]. La découverte du VIH moins de 6 mois après la contamination reste très étroitement liée au fait de recourir souvent à des tests, pratiques plus fréquentes chez les homosexuels. Dans ce contexte, la prévention des comportements sexuels à risque représente un enjeu majeur, notamment auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, population qui reste très touchée (prévalence de l'infection deux cent fois supérieure que dans la population hétérosexuelle), et chez qui les comportements à risque semblent persister, voire augmenter [7-9, 14].

Au niveau régional, les COREVIH (Comités de coordination de lutte contre l'infection due au VIH) ont été créés en 2007. Ils rassemblent l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le sida (prévention, soins, surveillance épidémiologique...).

¹Sida (Syndrome d'Immuno Déficience Acquise) : stade de l'infection à VIH (Virus d'Immunodéficience Humaine) durant lequel des maladies opportunistes majeures se déclarent

²Séropositivité : présence, chez une personne infectée, d'anticorps dirigés contre le virus du sida

La situation à Paris

À Paris, sur la période 2006-2008, 147 nouveaux cas de sida ont été diagnostiqués en moyenne chaque année. Le taux d'incidence s'élève à 6,7 nouveaux cas de sida pour 100 000 Parisiens. Ce taux est deux fois plus élevé que le taux régional et quatre fois plus élevé que le taux national. Sur la même période, le nombre de découvertes de séropositivité s'élève à 784 cas en moyenne par an, soit un taux d'incidence de 35,9 pour 100 000 Parisiens (près de 1 300 cas estimés et un taux de 58,8 pour 100 000 après redressement de la sous-déclaration par l'InVs). Ces taux sont également nettement supérieurs aux taux régional et national. Depuis le début de l'épidémie, 13 669 cas de sida ont été diagnostiqués dans Paris. Entre le début des années 80 et 1994, le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués n'a cessé d'augmenter, passant de 1 en 1980 à 1 144 en 1994. On constate une baisse importante jusqu'en 1999 puis une stabilisation jusqu'à une légère reprise de l'épidémie en 2002. Depuis cette date, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués de sida a diminué pour atteindre 126 cas en 2008. Cette forte baisse depuis les années 1980 est due aux campagnes de prévention et à l'apparition des multithérapies. Le nombre de décès par sida a suivi dans le même temps une évolution parallèle : augmentation du nombre de décès entre 1980 et 1994 (5 578 décès), puis diminution jusqu'en 2002 (2 221 décès), une légère hausse puis une nouvelle diminution depuis cette date. Depuis le début de l'épidémie 8 040 Parisiens sont décédés du sida.

Une contamination par voie hétérosexuelle très légèrement majoritaire

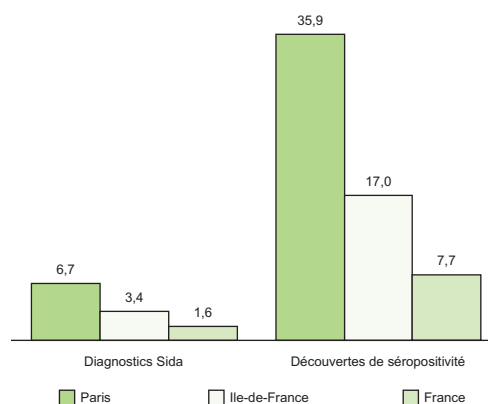
Parmi les personnes dont le diagnostic sida a été établi, la proportion de celles contaminées par voie hétérosexuelle est en forte augmentation, à Paris comme en Ile-de-France et en France. Pour la période 2005-2008, 53% des personnes atteintes ont été contaminées lors de rapports hétérosexuels, proportion inférieure à celles observées en moyenne en Ile-de-France et en France entière (respectivement 66% et 61%).

Tab 1 - Pourcentage de personnes contaminées par voie hétérosexuelle parmi les cas de sida selon la période de diagnostic*

	Paris		Ile-de-France		France	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Avant 1990	246	7,1	585	10,2	1 381	12,8
1990-1994	687	13,1	1 978	18,2	4 447	18,8
1995-1999	577	23,0	1 936	33,1	4 594	33,0
2000-2004	622	50,3	1 896	61,8	3 890	55,0
2005-2008	314	53,2	1 036	66,1	2 329	61,1
Total	2 446	18,8	7 431	27,4	16 641	28,1

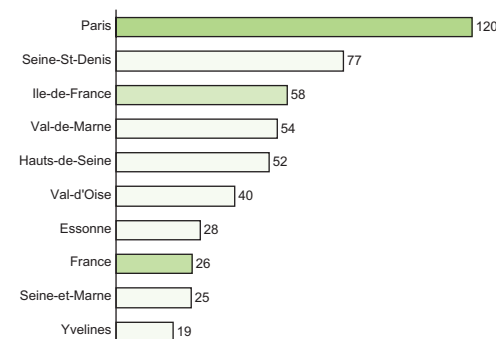
Sources : InVS, Inserm CèpiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données provisoires pour 2007 et 2008

Graph 1 - Taux d'incidence des diagnostics sida et des découvertes de séropositivité au VIH en 2006-2008 (pour 100 000 personnes)



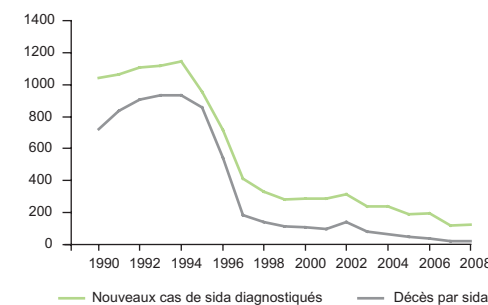
Sources : InVS, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
Données provisoires pour 2007 et 2008

Graph 2 - Nombre de cas cumulés de sida diagnostiqués jusqu'au 31 décembre 2008 (pour 100 000 habitants)



Sources : InVS, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
Données provisoires pour 2007 et 2008

Graph 3 - Evolution du nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués et du nombre de décès par sida dans Paris entre 1990 et 2008



Sources : InVS, Inserm CèpiDc - Exploitation ORS Ile-de-France

Par rapport à la période précédant les années 1990, cette proportion a été multipliée par plus de sept dans le département. La proportion de personnes contaminées par voie homosexuelle reste élevée à Paris, elle est de 39% dans la période 2005-2008, alors qu'elle est de 24% en Ile-de-France et de 27% en France entière. L'importance du mode de contamination hétérosexuelle parmi les cas de sida nouvellement diagnostiqués contribue à affecter nettement plus les femmes qu'auparavant. Avant 1990, celles-ci représentaient 6% des nouveaux cas contre 26% dans la période 2005-2008, soit une proportion quatre fois plus élevée. Cette proportion de femmes reste cependant inférieure à celles observées aux niveaux régional et national.

La moitié des personnes contaminées sont de nationalité étrangère

Sur la période 2004-2008, 47% des Parisiens qui sont développés la maladie sont de nationalité étrangère, moins qu'au niveau régional (53%) mais plus qu'en moyenne nationale (38%). Les étrangers contaminés viennent principalement d'Afrique subsaharienne. Ce constat pose la question de l'accès à l'information, au dépistage et au traitement pour cette population.

Une séropositivité souvent méconnue

Les traitements antirétroviraux ont permis de retarder le stade sida de l'infection au VIH. La grande majorité des cas de sida actuellement déclarés correspond à des personnes n'ayant pas bénéficié de ces traitements, notamment par méconnaissance de leur séropositivité. En 2004-2008, dans Paris, 45% des personnes au stade sida ne connaissaient pas leur séropositivité. Cette proportion est très légèrement inférieure à celles observées en Ile-de-France (49%) et en France entière (47%). Parmi les personnes connaissant leur séropositivité, 58% n'ont pas bénéficié de traitement avant le diagnostic sida. L'importance de la proportion de personnes ignorant leur statut sérologique ou non traitées parmi celles diagnostiquées au stade sida témoigne d'un déficit de prévention et de dépistage et aussi, indirectement, de l'efficacité de la prise en charge retardant l'évolution de l'infection vers la maladie.

La notification obligatoire des cas de séropositivité au VIH a été mise en place en 2003. Depuis cette date, 5 033 découvertes de séropositivité ont été notifiées à Paris (période 2003-2008).

Tab 2 - Pourcentage de femmes parmi les cas de sida selon la période de diagnostic*

	Paris		Ile-de-France		France	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Avant 1990	224	6,4	626	10,6	1 595	14,4
1990-1994	604	11,0	1 804	15,7	4 563	18,2
1995-1999	354	13,1	1 269	19,9	3 245	21,4
2000-2004	368	26,9	1 073	31,7	2 292	28,8
2005-2008	166	26,3	578	33,5	1 371	31,4
Total	1 716	12,6	5 350	18,5	13 066	20,5

Sources : InVS, Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données provisoires pour 2007 et 2008

Tab 3 - Pourcentage de personnes de nationalité étrangère parmi les cas de sida en 2004-2008

	Paris		Ile-de-France		France	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Afrique du Nord	41	5,0	131	6,0	198	3,6
Afrique Subsaharienne	298	36,4	912	41,7	1 397	25,5
Amériques	26	3,2	34	1,6	174	3,2
Haïti	4	0,5	43	2,0	218	4,0
Asie - Océanie	19	2,3	46	2,1	76	1,4
Europe hors France	26	3,2	51	2,3	146	2,7
France	431	52,7	1 032	47,2	3 416	62,3
Inconnu	27	-	61	-	140	-
Total	872	100,0	2 310	100,0	5 765	100,0

Sources : InVS, Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données provisoires pour 2007 et 2008

Tab 4 - Connaissance du statut sérologique au VIH et traitement de la séropositivité au VIH au moment du diagnostic sida en 2004-2008

	Paris		IDF	France
	Effectif	%	%	%
Connaissance de la séropositivité				
Séropositivité connue	480	55,4	51,0	52,9
Séropositivité non connue	387	44,6	49,0	47,1
Total des cas	867	-	-	-
Traitement de la séropositivité pour les cas connus				
Séropositivité traitée	192	41,6	45,1	43,5

Sources : InVS, Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données provisoires pour 2007 et 2008

Les caractéristiques des personnes qui ont été diagnostiquées, non seulement confirment les évolutions récentes constatées pour les nouveaux diagnostics sida, mais montrent que cette évolution n'est pas terminée. Dans Paris, la proportion de transmission du VIH par voie hétérosexuelle s'élève à 52%. Elle est inférieure aux proportions observées en Ile-de-France et en France entière (respectivement 69% et 64%). La proportion de femmes est également moins élevée (32%). Si la proportion d'étrangers (55%) reste moins élevée qu'en Ile-de-France (61%), elle est en revanche plus importante que celle constatée en France entière (47%).

Tab 5 - Caractéristiques des nouveaux cas de séropositivité en 2003-2008

	Paris		Ile-de-France	France
	Effectif	%	%	%
Personnes contaminées par voie hétérosexuelle	1 926	52,0	68,7	64,1
Femmes	1 596	31,7	40,8	37,9
Personnes de nationalité étrangère	2 057	54,7	60,6	46,6
Total des cas	5 033	-	-	-

Sources : InVS - Exploitation ORS Ile-de-France

*Données provisoires pour 2007 et 2008

Tab. 6 - Découvertes de séropositivité en 2007-2009 en Ile-de-France par département de domicile : mode de contamination, pourcentage de femmes, d'étrangers, de découvertes au stade sida et d'infections récentes (hors inconnu)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF***	Hors IDF***
Taux pour 100 000*	58,8	12,1	8,0	15,7	17,9	35,3	22,8	21,7	26,5	6,5
% hétérosexuels	46,7	74,1	73,8	79,9	69,1	84,1	75,4	83,7	65,4	55,8
% homosexuels	51,8	23,8	22,7	18,9	29,4	14,3	23,2	14,1	33,0	41,2
% usagers de drogue	0,7	2,1	1,4	1,3	1,3	1,0	0,7	0,7	0,9	2,0
% de femmes	27,4	48,1	38,0	46,0	42,0	45,0	43,6	46,4	37,5	32,1
% d'étrangers	50,1	56,1	50,0	54,8	50,2	70,6	59,3	67,3	56,6	31,0
chez les hommes	38,2	42,2	33,3	43,0	34,5	62,8	46,1	57,8	43,9	20,1
chez les femmes	83,0	74,4	75,0	69,0	71,6	80,4	76,4	78,4	78,2	56,2
% au stade sida	12,6	15,3	23,7	17,2	15,9	17,3	15,1	15,4	15,1	17,0
% infection récente**	36,0	28,3	22,8	22,6	32,7	21,2	29,3	22,1	30,1	31,5
chez les hétéros	16,7	23,0	16,2	18,9	24,1	19,3	22,9	14,5	19,1	23,9
chez les homos	51,6	35,0	45,8	55,6	49,5	37,0	56,6	36,7	49,6	47,4

* Nombre estimé de découvertes de séropositivité en 2008 rapporté à 100 000 habitants

Pour Paris : à considérer avec prudence

** Infection récente : contamination depuis moins de six mois en moyenne

*** IDF : cas diagnostiqués chez des personnes domiciliées en Ile-de-France. Hors IDF : cas en France chez des personnes non domiciliées en Ile-de-France.

Sources : InVS, déclaration obligatoire du VIH, données au 31 mars 2010, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France.

Repères bibliographiques et sources

- Girard P, Katlama C, Pialoux G. (2007). VIH : édition 2007. Ed. Doin. 728 p.
- Cazein F, Pillonel J, Imounga L et al. (2009). Surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection VIH et du sida, France, 2008. BEHWeb. InVS. n° 2. pp. 1-5.
- Base de données des maladies à déclaration obligatoire. InVS. www.invs.sante.fr
- Cazein F, Pillonel J, Bousquet V et al. (2009). Caractéristiques des personnes diagnostiquées avec une infection à VIH ou un sida, France, 2008. BEHWeb. InVS. n° 2. pp. 1-5.
- Institut de veille sanitaire. (2010). Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles au 31 décembre 2008 - Rénago, Rénachla et RésIST. 10 p.
- Desenclos J. (2006). Infections sexuellement transmissibles et VIH : les comportements à risque toujours d'actualité ! Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n°25. pp. 177-184.
- InVS, ANRS, Sneg et al. (2010). Enquête PREVAGAY. Premiers résultats d'une enquête de séroprévalence VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant les établissements de convivialité gay parisiens. 4 p.
- Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X et al. (2005). Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en France. Evolution 1992 - 1994 - 1998 - 2001 - 2004. 176 p. +annexes
- InVS, ANRS. (2007). Rapport Enquête Presse Gay 2004. 132 p.
- Mary-Krause M, Fichou J, Lanoy E et al. (2007). L'infection à VIH après 10 ans de traitements antirétroviraux actifs dans la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH (ANRS CO4 FHDH). Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n°46-47. pp. 394-397.
- Yéni P. (2006). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Rapport 2006. Recommandations du groupe d'experts. Ed. Flammarion Médecine-Sciences. 348 p.
- Base nationale des causes médicales de décès. Inserm CépiDc. www.cepidc.vesinet.inserm.fr
- HAS. (2009). Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage. Argumentaire. 235 p.
- Le Vu S, Le Strat Y, Cazein F et al. (2009). Estimation de l'incidence de l'infection par le VIH en France à l'aide d'un test d'infection

3.3 Tuberculose

L'incidence de la tuberculose diminue régulièrement depuis 2003 à Paris après une longue période de stagnation au cours des années 1990, mais elle reste relativement élevée. En effet, la capitale regroupe 11% des cas déclarés de tuberculose en France métropolitaine. La tuberculose est une maladie fortement liée à la précarité économique et sociale touchant les secteurs concentrant des populations les plus vulnérables, au premier rang desquels se trouvent la Seine-Saint-Denis et certains quartiers de Paris.

Contexte national

La tuberculose est une maladie due au bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*), qui atteint le plus souvent les poumons. Cet agent se transmet exclusivement par voie aérienne, par l'intermédiaire de sécrétions émises par une personne contagieuse (toux, parole...). Toutes les personnes infectées ne développeront pas la maladie, dans 90% des cas le bacille reste à l'état dormant dans l'organisme (infection tuberculeuse latente, ITL). Seules 5 à 10 % des personnes contaminées feront une tuberculose maladie (TM). Cette proportion devient toutefois nettement plus élevée chez les personnes immunodéprimées. En l'absence ou en cas de refus de traitement, la TM évolue vers une atteinte grave, mortelle en quelques années dans la moitié des cas [1, 2]. Au niveau mondial, on estime à neuf millions le nombre annuel de nouveaux cas de tuberculose. La moitié de ces cas surviennent en Asie, l'Asie du Sud Est et la Chine étant particulièrement concernées, et près du tiers en Afrique subsaharienne. Le nombre de cas de tuberculose dans cette zone est en rapide augmentation, en lien avec l'épidémie de VIH/sida. L'Europe présente un fort gradient ouest-est d'incidence et de mortalité, avec dans les pays de l'Est, les taux les plus élevés [3]. En France, les données de déclaration obligatoire montrent une décroissance régulière de l'incidence de la tuberculose depuis plusieurs décennies, malgré un léger ralentissement au début des années 1990, attribué aux tuberculoses chez les personnes atteintes par le VIH. En 2008, près de 5 800 cas ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire, soit une incidence de 9 cas pour 100 000 habitants. L'incidence de la tuberculose déclarée est particulièrement élevée en Île-de-France (18 cas pour 100 000 habitants) et en Guyane (23 cas pour 100 000 habitants) [4, 5]. En ce qui concerne la mortalité, le nombre annuel moyen de décès par tuberculose, en France métropolitaine, est passé de 1 000 en 1990 à 350 en 2007 (non compris les décès par séquelles de tuberculose) [6]. La maladie est plus fréquente chez les personnes âgées, dans les populations en extrême précarité comme les personnes sans domicile fixe ou vivant dans des conditions insalubres, chez les personnes incarcérées et chez les migrants en provenance de pays à forte endémie [7]. Ces populations migrantes sont particulièrement vulnérables à cette maladie car

elles cumulent plus fréquemment des infections acquises dans leur pays, et des conditions de vie favorables au développement de la tuberculose (précarité, promiscuité...). La difficulté à améliorer le dépistage et la prise en charge des personnes atteintes a conduit les pouvoirs publics à ré-inscrire la tuberculose parmi les priorités de santé publique. Le programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009 vise à consolider la diminution régulière de l'incidence de la tuberculose maladie, et à réduire les disparités épidémiologiques, notamment par un renforcement des actions de dépistage. Il s'agit en particulier d'atteindre les populations les plus exposées, d'assurer un diagnostic précoce afin de garantir une prise en charge rapide pour réduire la période de contagion, de s'assurer de la bonne observance des traitements, ou encore, d'optimiser la stratégie vaccinale [8, 9]. Au niveau mondial, l'apparition de formes de tuberculoses multi-résistantes (résistant au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, antibiotiques de première ligne,) et ultra-résistantes (résistant à tous les antibiotiques de première ligne et à au moins un antibiotique de deuxième ligne) est préoccupante. Le maintien de la résistance de souches tuberculeuses aux antibiotiques à un faible niveau constitue de ce fait l'un des axes du programme de lutte contre la tuberculose [8, 10]. En France, l'obligation vaccinale a été suspendue chez l'enfant et l'adolescent en 2007. Une recommandation forte de vaccination est toutefois maintenue pour les enfants et les adolescents considérés à risque ou habitant en Ile-de-France et en Guyane [11]. Chez l'adulte, le Haut conseil de santé publique a récemment recommandé la levée de l'obligation vaccinale chez les professionnels et étudiants des carrières sanitaires et sociales [12]. L'apparition de nouveaux tests in vitro, reposant sur le dosage de l'interféron gamma qui permettent d'affiner le diagnostic d'infection tuberculeuse latente (ITL) compte tenu de leur meilleure spécificité, modifie actuellement l'approche diagnostique de la tuberculose, notamment pour les ITL [13].

La situation à Paris

Entre 1998 et 2008, le nombre annuel de cas déclarés¹ de tuberculose maladie² a baissé de 43% à Paris, passant de 1 046 cas en 1998 à 605 en 2008. Le nombre de cas est quasiment stable jusqu'en 2001, connaît un pic en 2002 (1 237 cas) puis diminue sensiblement. En 2008, les cas parisiens représentent 29% des cas franciliens.

Le taux d'incidence de la tuberculose à Paris en 2008 s'élève à 27,5 cas pour 100 000 habitants. Il est nettement supérieur à celui de l'Ile-de-France (17,9 pour 100 000) et de la France métropolitaine (9,0 pour 100 000). En Ile-de-France, Paris a le deuxième taux le plus élevé derrière celui de la Seine-Saint-Denis (30,3 pour 100 000). Les disparités départementales sont importantes dans la région et s'expliquent essentiellement par la répartition des populations à risque. Les données sont toutefois à interpréter avec prudence compte tenu des disparités géographiques de la sous-déclaration de la tuberculose.

Si le taux d'incidence à Paris est encore élevé, il a diminué de près de 44% entre 1998 et 2008 (contre 32,8% en Ile-de-France et de 19,8% en France sur la même période).

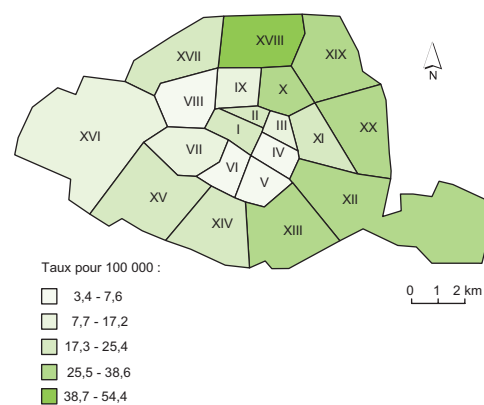
On observe des disparités de l'incidence entre les arrondissements parisiens. Le centre de Paris est peu touché, tandis que les incidences les plus élevées sont observées dans les arrondissements du Nord et de l'est (10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements notamment).

Les taux d'incidence de la tuberculose varient également avec l'âge. Les taux les plus élevés sont observés chez les 25-39 ans et les 40-59 ans (respectivement 34,3 et 35,7 pour 100 000).

¹ **Cas déclarés de tuberculose:** le critère de déclaration est basé sur la présence d'une tuberculose maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement antituberculeux (au moins trois antituberculeux). La tuberculose infection (" primo-infection sans localisation patente " ou " simple virage des tests tuberculitiques ") et les infections dues aux mycobactéries atypiques ne doivent pas être déclarées.

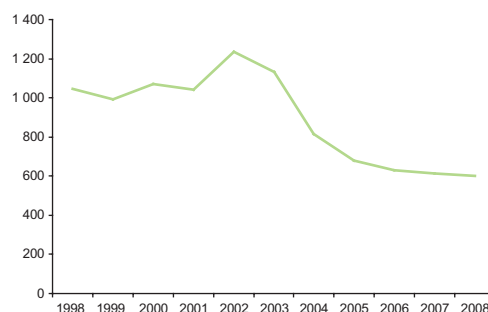
² **Tuberculose maladie :** la présence de signes cliniques et/ou radiologiques compatibles avec une tuberculose et la décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard correspond à un cas probable de tuberculose maladie. Le cas confirmé est la maladie due à une mycobactérie du complexe tuberculosi prouvée par la culture.

Carte 1 - Taux d'incidence de la tuberculose par arrondissement parisien en 2008



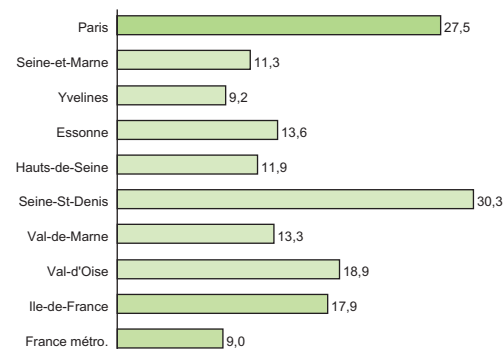
Source : CLAT de Paris, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 1 - Evolution du nombre de cas de tuberculose maladie à Paris de 1998 à 2008



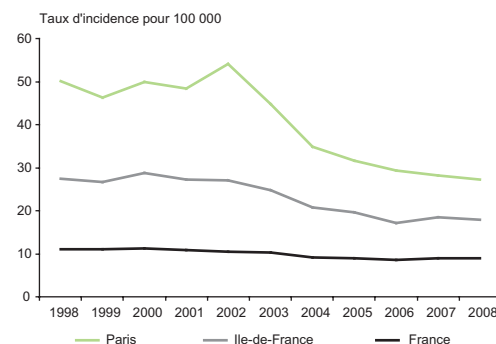
Source : CLAT de Paris - exploitation ORS Ile-de-France

Graph 2 - Incidence de la tuberculose en 2008



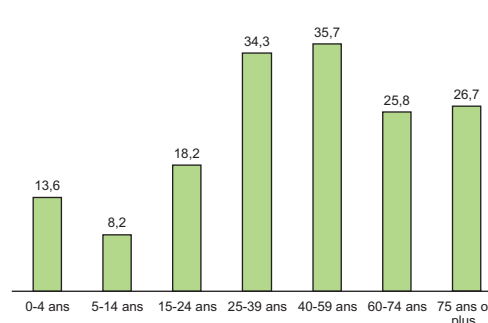
Source : InVS - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 3 - Evolution du taux d'incidence de la tuberculose maladie



Source : CLAT de Paris - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 4 - Taux* d'incidence de la tuberculose par âge à Paris en 2008



Sources : CLAT de Paris, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Taux pour 100 000 personnes du même âge

Les personnes nées à l'étranger sont plus touchées par la tuberculose que les personnes nées en France. En effet, les individus nés à l'étranger représentent deux tiers des cas déclarés de tuberculose en 2008 (contre la moitié en 1998). Il s'agit principalement de migrants originaires de pays à haute prévalence, infectés dans leur pays, qui développent une tuberculose en France. Le développement de la maladie est favorisé et entretenu par une situation socio-économique défavorable et des conditions de vie difficiles, logements insalubres et surpeuplement favorisant la contamination.

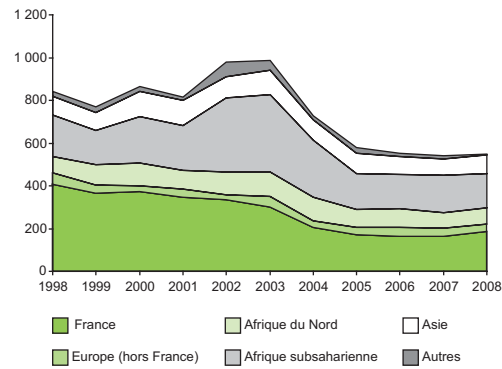
29% des personnes nées à l'étranger et ayant déclarés une tuberculose en 2008 à Paris sont originaires de l'Afrique subsaharienne, 15% de l'Asie et 14% de l'Afrique du Nord.

Entre 2005 et 2007, 23 Parisiens sont décédés en moyenne chaque année de tuberculose. La mortalité par tuberculose est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Sur la période 2005-2007, le taux comparatif de mortalité s'élève à 1,4 pour 100 000 hommes et 0,3 pour 100 000 femmes. Compte tenu des petits effectifs, ces taux ne diffèrent pas significativement de ceux observés en Ile-de-France et en France métropolitaine pour les femmes. En revanche, le taux constaté à Paris pour les hommes est supérieur à ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine. Il est à noter que ces taux ne prennent en compte que les décès pour lesquels la tuberculose est la cause principale. Or cette maladie est souvent citée comme cause associée du décès.

A structure par âge comparable, le taux standardisé de mortalité par tuberculose est en baisse de 55% chez les hommes et de 73% chez les femmes entre 1991 et 2006. Cette baisse est plus importante que celle observée au niveau national chez les femmes. En revanche, la mortalité des Parisiens par tuberculose a un peu moins baissé qu'au niveau national.

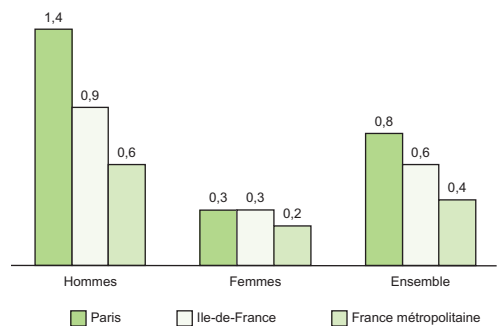
De fait, le niveau de mortalité par tuberculose des Parisiens est nettement supérieur à ceux d'Ile-de-France ou de France métropolitaine pendant toute la période, ce qui n'est pas le cas du taux de mortalité par tuberculose des Parisiennes.

Graph 5 - Evolution du nombre de cas de tuberculose selon le pays de naissance de 1998 à 2008



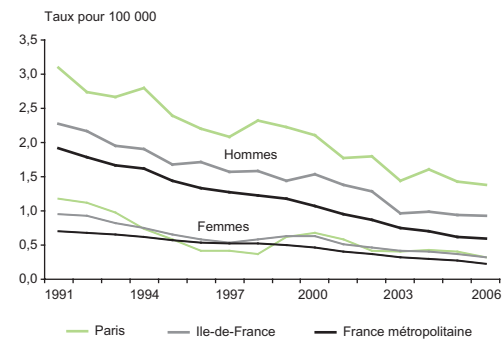
Source : CLAT de Paris - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 6 - Taux comparatif de mortalité par tuberculose en 2005-2007



Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Graph 7 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par tuberculose de 1991 à 2006*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.

Entre 2006 et 2008, 444 Parisiens ont été admis en moyenne chaque année en affection de longue durée (ALD) pour tuberculose par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Le taux d'admission en affection de longue durée pour tuberculose à Paris est supérieur à ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine pour les deux sexes.

Tab 1 - Admissions en ALD chez les hommes pour tuberculose en 2006-2008

	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	35	21,8	10,4	3,3
15-34 ans	71	20,4	19,0	8,3
35-64 ans	134	33,3	22,3	9,8
65-84 ans	26	25,0	20,8	10,3
85 ans ou plus	3	24,4	20,7	12,6
Total	269	26,2	18,7	8,2

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Tab 2 - Admissions en ALD chez les femmes pour tuberculose en 2006-2008

	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	28	18,2	9,9	3,4
15-34 ans	56	15,0	15,4	7,7
35-64 ans	66	15,1	13,0	6,6
65-84 ans	20	12,6	12,2	7,5
85 ans ou plus	5	15,5	13,3	8,9
Total	175	15,2	13,0	6,5

Sources : Cnamts, Canam, MSA - exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

La déclaration obligatoire consiste à recueillir des informations aussi exhaustives que possible concernant tous les cas de tuberculose. Les médecins et les biologistes qui suspectent ou diagnostiquent la tuberculose doivent le signaler sans délai et par tout moyen approprié à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) de leur lieu d'exercice. Le signalement est aussitôt transmis au Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT) du département qui a en charge de réaliser des investigations et de mettre en place les mesures pour contrôler la transmission de la maladie. La notification intervient après le signalement et le plus souvent après confirmation du diagnostic, au moyen d'une fiche spécifique à cette maladie. La notification permet d'analyser et de suivre l'évolution de la tuberculose au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales. Les données anonymisées sont transmises régulièrement à l'InVS.

Références bibliographiques et sources

1. ORS Aquitaine, ORS Centre, ORS Guadeloupe, ORS Languedoc-Roussillon, ORS Lorraine et al. (2009). La tuberculose. In Les maladies transmissibles dans les régions de France. Fnors. pp. 49-58
2. Institut Pasteur. (2009). La tuberculose. [page internet]. www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-0000j-0i3/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/tuberculose
3. OMS. (2009). Global tuberculosis control : a short update to the 2009 report. 48 p.
4. InVS. (2010). Epidémiologie de la tuberculose en France : données 2008. pp. 17. [diaporama]
5. Antoine D, Che D. (2009). Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. pp. 106-109.
6. Inserm CépiDc. Base nationale des causes médicales de décès. www.cepfdc.vesinet.inserm.fr
7. Circulaire interministérielle n° DGS/MC1/DHOS/O2/DAP/DAGE/RI/2007/272 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels
8. Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. (2007). Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009. Ministère de la santé de la jeunesse et des sports. 72 p.
9. Paty M. (2009). L'organisation de la lutte antituberculeuse et la mise en œuvre du programme de lutte contre la tuberculose en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. pp. 117-119
10. OMS. (2010). Tuberculose. Aide-mémoire. n° 104. 3 p.
11. Circulaire n° DGS/RI1/2007/318 du 14 août 2007 relative à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents
12. HCSP. (2010). Avis relatif à l'obligation de vaccination par le BCG des professionnels listés aux articles L.3112-1, R.3112-1 C et R.3112-2 du Code de la santé publique. 7 p.
13. HAS. (2006). Test de détection de la production d'interféron gamma pour le diagnostic des infections tuberculeuses. 50 p.
14. InVS. Base de données Tuberculose. www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/tuberculose/BDD_tuberculose/index_BK.htm
15. ARH Pays de la Loire. Base régionale PMSI-MCO
16. ATIH. Base nationale PMSI-MCO. www.atih.sante.fr
17. InVS. (2010). Comment signaler et notifier la tuberculose ?. [page internet]. www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/default.htm

3.4 Infections nosocomiales

La lutte contre les infections nosocomiales se mesure par une batterie d'indicateurs spécifiques. Les établissements parisiens ont une bonne transmission des informations nécessaires à l'élaboration de ces indicateurs et des résultats globalement bons. A Paris comme en France, l'évolution des indicateurs montre un renforcement des actions et des moyens de lutte contre les infections nosocomiales.

Contexte national

Les infections nosocomiales (IN) sont des infections contractées lors d'un séjour hospitalier. Elles sont désormais intégrées au concept plus large d'Infections associées aux soins (IAS), survenant lors de la prise en charge d'un patient, quel qu'en soit le lieu. Les IN peuvent entraîner une aggravation de la maladie, la prolongation du séjour hospitalier ainsi qu'une augmentation de la morbidité sur le long terme, voire le décès du patient [1].

En France, la dernière enquête de prévalence "un jour donné" (2006) a dénombré 18 000 patients infectés sur 360 000 personnes hospitalisées, soit une prévalence de 5%, comparable à celle des autres pays européens. Les localisations les plus fréquentes sont l'appareil urinaire, les voies respiratoires et le site opératoire. Les germes les plus souvent en cause sont des entérobactéries (*Escherichia coli*...), ou des cocci à Gram positif (*Staphylococcus sp.*...). La prévalence de patients infectés est en diminution par rapport à 2001 (-8%) [2, 3]. Enfin, entre 7 à 9% des décès qui surviennent à l'hôpital chaque année seraient directement imputables aux IN [4-8].

On distingue les infections d'origine endogène lorsque les germes responsables appartiennent à la flore du patient (contractées lors d'un acte invasif ou liées à une fragilité particulière), et les infections d'origine exogène, lorsque les germes proviennent d'un autre patient, du personnel soignant, ou de l'environnement par transmission croisée [1]. Leur gravité varie notamment selon l'état de santé du patient ou la virulence de l'agent infectieux.

La proportion d'infections nosocomiales à bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) est importante. Lors de l'enquête nationale de prévalence en 2006, plus de la moitié des *Staphylococcus aureus* acquis à l'hôpital étaient résistants à la méticilline (SARM). De nombreux progrès ont cependant été réalisés, comme en témoignent les résultats des indicateurs dans ce domaine (diminution de 40 % des patients infectés par SARM entre les enquêtes de prévalence de 2001 et 2006) [2, 9].

La prévention des IN repose sur l'observance des recommandations d'hygiène, la mise en œuvre de mesures complémentaires chez les patients infectés ou colonisés par des BMR ou des micro-organismes particuliers, et sur l'utilisation raisonnée des antibiotiques afin de limiter la survenue de résistances bactériennes [10-12]. Chaque établissement de santé doit disposer d'une instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales et se doter d'une Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH), en coopération avec d'autres établissements de santé si besoin [13, 14]. Au niveau interrégional, cinq Centres de coordination de la lutte contre les IN (C.CLIN) ont été créés en 1992.

Parallèlement, sur l'initiative de certaines régions, des structures relais des C.CLIN se sont développées afin de coordonner la lutte régionale contre les IN. Depuis 2006, des Antennes régionales de lutte contre les IN (ARLIN), assurant officiellement cette mission, se mettent progressivement en place [15, 16]. Au niveau national, le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), intégré depuis 2007 au Haut conseil de santé publique, réunit l'expertise nécessaire pour l'évaluation et la gestion des risques liés aux IAS [1, 16].

Le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin), impliquant les C.CLIN et l'Institut de veille sanitaire, coordonne la surveillance nationale contre les IN [17]. Les IN répondant à certains critères doivent être signalées aux Agences régionales de santé (ARS) et aux C.CLIN [18, 19].

Les objectifs du programme national de lutte contre les IN 2004-2008 ont globalement été atteints [20, 21]. Le nouveau programme de lutte contre les IN est inclus dans le plan stratégique national de prévention des IAS 2009-2013, dont l'objectif premier est d'étendre la prévention à tous les secteurs de soins (médicosocial, soins de ville, pratiques non médicales) [16, 22].

En dépit d'une réduction significative depuis 20 ans, la persistance du risque infectieux est liée à l'évolution constante des technologies médicales et à la modification des facteurs de risque propres aux patients, comme le vieillissement de la population.

La situation à Paris

Les résultats présentés dans le tableau I concernent les différents indicateurs reflétant le niveau d'engagement des établissements dans la prévention des infections nosocomiales. Ils proviennent du tableau de bord 2007 Ile-de-France rédigé et publié par le CCLIN Paris-Nord. Ce tableau de bord vise à l'amélioration globale de la qualité des soins et de la sécurité du patient par un effet d'émulation, d'incitation et d'accompagnement des établissements en démarche de progrès.

Chacun des indicateurs donne lieu au calcul d'une classe de performance décroissante allant de A, pour les structures les plus en avance pour l'indicateur, à E, pour les plus en retard. La classe F correspond à l'absence de transmission par l'établissement d'informations nécessaires à l'élaboration des indicateurs, malgré l'obligation qui leur en est faite. Les résultats parisiens portent sur 86 établissements de soins.

Infection nosocomiale :
du grec *nosos* (maladie) et *komein* (soigner). Infection contractée dans un établissement de santé, cliniquement et/ou microbiologiquement reconnaissable, qui affecte soit le malade soit le personnel hospitalier. Elle peut être liée à un acte de soins (infection iatrogène) ou non. L'infection doit être absente avant l'admission, les symptômes de la maladie pouvant, en revanche, apparaître pendant ou après le séjour hospitalier. Lorsque le statut infectieux à l'admission du patient est inconnu, un délai minimum de 48 heures est communément accepté pour distinguer une infection extra-hospitalière d'une infection nosocomiale. Ce délai peut cependant varier selon les infections.

L'ICALIN est l'Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales
L'ICSHA est l'Indice de Consommation de Solutés Hydro-Alcooliques
L'ICATB est l'Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques
SURVISO est l'indicateur de SURveillance des Infections du Site Opératoire
 Le score agrégé est un score sur 100 obtenu en attribuant à chaque indicateur pris en compte (ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB) une pondération (respectivement 40%, 30%, 10% et 20%)

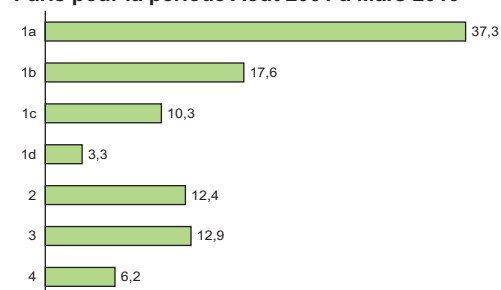
Les résultats parisiens pour les indicateurs ICALIN, ICSHA, ISO, ICATB et le "score agrégé"²¹ sont globalement un peu plus favorables qu'au niveau national en 2007. Les données les plus récentes disponibles au niveau national portent sur l'année 2009 et montrent une amélioration notable de ces indicateurs en deux ans.

Le signalement des infections nosocomiales (IN) est un dispositif réglementaire d'alerte mis en place en France depuis 2001. Complémentaire des systèmes de surveillance et orienté vers l'action, son objectif n'est pas de mesurer l'incidence des IN, mais de détecter des situations à risque infectieux suffisamment graves ou récurrentes pour nécessiter la mise en oeuvre de mesures de prévention et de contrôle à l'échelon local, régional ou national.

A Paris, entre août 2001 et mars 2010, 853 IN ont été signalées répondant aux 4 critères de signalement externe d'une IN². 12,4% des IN signalées l'ont été car elles ont entraîné le décès du patient, soit 106 décès à Paris sur la période concernée.

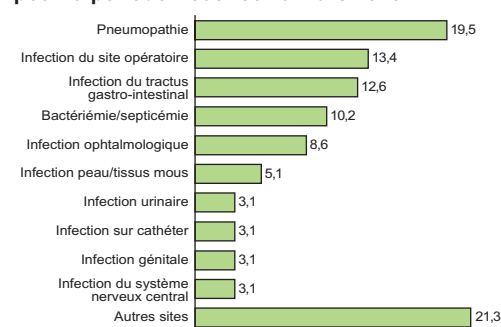
Parmi les IN signalés à Paris, plus de la moitié proviennent de quatre sites infectieux : 19,5% d'une pneumopathie, 13,4% d'une infection du site opératoire, 12,6% d'une infection du tractus gastro-intestinal et 10,2% d'une bactériémie/septicémie.

Graph 1 - Répartition des motifs de signalement à Paris pour la période Août 2001 à Mars 2010²



Source : CCLIN Paris-Nord - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 2 - Répartition des sites infectieux à Paris pour la période Août 2001 à Mars 2010



Source : CCLIN Paris-Nord - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab1 - Répartition des établissements de santé selon les indicateurs de la lutte contre les infections nosocomiales

	Paris 2007	France 2007	France 2009
Classe A ou B pour score ICALIN	74%	86%	92%
Classe A ou B pour l'ICSHA	50%	24%	76%
Surveillance ISO	82%	85%	99%
Classe A ou B pour l'ICATB	55%	54%	80%
Classe A ou B pour le Score agrégé	65%	51%	88%

Source : CCLIN Paris-Nord, Ministère de la santé et des sports

2 Critères de signalement externes d'une infection nosocomiale au Cclin et à l'ARS

1. Infections nosocomiales ayant un caractère rare ou particulier, par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales ou nationales, du fait :
 - a. de la nature, des caractéristiques ou du profil de résistance aux anti-infectieux de l'agent pathogène mis en cause;
 - b. de la localisation de l'infection;
 - c. de l'utilisation d'un dispositif médical suspect d'avoir été préalablement contaminé;
 - d. de procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé, lors d'un acte invasif, d'autres personnes au même risque infectieux.
2. Décès liés à une infection nosocomiale.
3. Infections nosocomiales suspectes d'être causées par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant
4. Maladies devant faire l'objet d'une déclaration obligatoire à l'autorité sanitaire et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée.

Repères bibliographiques et sources

1. Ministère de la santé et des sports. (2009). Infections nosocomiales : le dossier. 49 p.
- 2, 3. Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin). (2009). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, France, juin 2006. Volume 1 : Méthodes, résultats, perspectives. InVS. 81 p, et Volume 2 : Annexes. InVS. 91 p.
4. Decoster A, Demory M, Grandbastien B et al. (2009). Etude multicentrique dans le Nord de la France sur la mortalité associée aux infections nosocomiales. Médecine et maladies infectieuses. vol. 39, suppl. 1. pp. S8-S9
5. Kaoutar B, Joly C, L'Héritier F et al. (2004). Nosocomial infections and hospital mortality : a multicenter epidemiology study. The Journal of hospital infection. vol.58, n° 4. pp. 268-275
6. L'Héritier F, Darras-Joly C, Astagneau P. (2005). La mortalité associée aux infections nosocomiales. La Lettre de l'infectiologue. n° 20. pp. 73-78
7. Branger B, Durand, C, Jarno, P, Chaperon J et al. (2002). Mortalité hospitalière imputable aux infections nosocomiales. Médecine et maladies infectieuses. n° 32, pp. 98-106
8. Astagneau P, Lepoutre A. (2002). La mortalité attribuable aux infections hospitalières. Actualité et dossier en santé publique. HCSP. n° 38. pp. 27-29
9. Coignard B, Rahib D. (2009). Infections à Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (Sarm) dans les établissements de santé, France, 2005-2008 : analyse épidémiologique des données transmises dans le cadre des bilans standardisés des activités de lutte contre les IN. InVS. 40 p.
10. Metral V, Brückner G. (1998). Environnement microbiologique et germes multirésistants. In Infections nosocomiales et environnement hospitalier. Sous la direction de G. Brückner. Ed. Flammarion Médecine-Sciences. pp. 11-21
11. Jarlier J. (2004). Bactéries multirésistantes dans les hôpitaux français : des premiers indicateurs au Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 32-33. pp. 148-151
12. Régnier B. (2007). Surveillance des infections nosocomiales en France : de la prévention à la communication. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 12-13. pp. 93-94
13. Article R. 6111-1 du Code de la santé publique modifié par Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 - art. 167
14. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
15. Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales
16. Ministère de la santé et des sports. (2009). Infections nosocomiales : nouvelles mesures de lutte et classement des établissements de santé. Mise en place des indicateurs de sécurité du patient et de qualité des soins [dossier de presse]. 51 p.
17. Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin), CCLIN Est CO, CCLIN Paris-Nord et al. (2004). Recommandations 2004 pour la surveillance des infections nosocomiales. [page internet - www.invs.sante.fr/publications/2002/raisin_oct_2002/index.html
18. Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
19. Circulaire DHOS/E2-DGS/SDSC n° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé
20. Ministère de la santé et des solidarités. (2004). Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. 19 p.
21. Parneix P, Salomon V, Garnier P et al. (2007). Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 12-13. pp. 102-104
22. Circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en oeuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins

3.5 Ensemble des cancers

Le cancer est responsable du décès de près de 4 600 Parisiens chaque année. C'est la première cause de décès dans la capitale, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Par rapport à la moyenne nationale observée pour chaque sexe, on observe une sous-mortalité par cancer chez les Parisiens et, au contraire, une légère sur-mortalité chez les Parisiennes.

Contexte national

Les tumeurs sont la conséquence d'une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe. On distingue les tumeurs bénignes, dont la gravité éventuelle est liée à l'évolution locale et les tumeurs malignes ou cancers. La gravité de ces dernières est surtout liée à leur aptitude à disséminer, créant ainsi des foyers secondaires (métastases) à distance du cancer primitif [1].

Le Réseau français des registres de cancer (Francim) estime à 320 000 le nombre de nouveaux cas de cancers diagnostiqués en France en 2005, contre 170 000 en 1980. Cette augmentation de l'incidence s'explique en partie par l'augmentation et le vieillissement de la population. Mais les taux d'incidence standardisés, qui neutralisent les effets démographiques, ont également progressé sur cette période, de 1,2% par an chez l'homme et de 1,4% par an chez la femme [2].

Le cancer constitue aujourd'hui la première cause de décès en France (devant les maladies cardiovasculaires), et la première cause de mortalité prématurée (avant 65 ans). En 2007, il a été responsable du décès de près de 150 000 personnes (89 000 hommes et 61 000 femmes).

Contrairement à l'incidence, la mortalité par cancer recule en France. Entre 1980 et 2005, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble des cancers a diminué de 1,1% par an chez l'homme et de 0,9% par an chez la femme [3]. Chez les femmes, la baisse a commencé au milieu des années soixante alors que, chez les hommes, elle date de la fin des années quatre-vingts et est plus marquée. Cette diminution de la mortalité par cancer alors que la fréquence des cas augmente doit être considérée localisation par localisation, mais elle traduit globalement une amélioration de l'espérance de vie des personnes atteintes. Elle est due à la diminution de l'incidence de cancers de pronostic défavorable (voies aérodigestives supérieures, œsophage, estomac) au profit de cancers de meilleur pronostic (prostate, sein), mais aussi à la détection plus précoce de certains cancers, notamment dans le cadre d'un dépistage organisé, et à des progrès sensibles dans le traitement de ces pathologies.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes en termes d'incidence et de mortalité sont la prostate et le poumon chez l'homme, le sein et le côlon-rectum chez la femme. Celles dont le taux d'incidence a le plus progressé entre 1980 et 2005 sont la prostate chez l'homme et le sein chez la femme, en raison notamment d'une amélioration du diagnostic et du dépistage de ces cancers.

Tous cancers confondus, le taux de survie relative à cinq ans des personnes diagnostiquées entre 1995 et 1999 atteint 46% chez les hommes et 64% chez les femmes [4].

Au sein de l'Europe des 27, la France fait partie des pays où l'incidence (tous cancers confondus) est la plus élevée notamment chez les hommes. Cette mauvaise position s'explique essentiellement par le cancer de la prostate, davantage diagnostiqué dans notre pays. Pour la mortalité, la situation est plus favorable, avec pour les hommes une position intermédiaire, et pour les femmes, une mortalité par cancer parmi les moins élevées d'Europe [5].

La mortalité par cancer varie de façon importante selon les régions, avec notamment dans le Nord-Pas-de-Calais une surmortalité marquée. [3].

Les inégalités sociales sont importantes avec dans les groupes socio-professionnels les moins favorisés, par rapport aux plus favorisés, une mortalité par cancer multipliée par 4,5 chez les hommes et par 2 chez les femmes [6].

Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie afin d'être exonérées du ticket modérateur pour les soins nécessités par cette affection. 288 000 admissions en ALD pour cancer ont ainsi été prononcées en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [7].

Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cancer avoisine 1,8 million fin 2009, en progression de 42% depuis 2004 [8].

Les traitements contre le cancer sont variés (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie,...), souvent associés, et dépendent notamment de la localisation et du stade au diagnostic. En 2007, le cancer a constitué le diagnostic principal de plus de 700 000 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [9].

Le plan cancer 2009-2013 vise notamment à réduire les inégalités face à la maladie, à mieux accompagner les personnes dans la vie "avant et après le cancer" et à réduire les facteurs de risque individuels et environnementaux [10]. Plusieurs facteurs de risque sont clairement identifiés : tabac, alcool, alimentation, manque d'exercice physique, certains agents physiques, chimiques ou infectieux. D'autres facteurs, notamment environnementaux, font encore l'objet d'études.

Pour les taux comparatifs de mortalité, le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux de la période $[n-1 ; n+1]$. Par exemple, l'année 1991 correspond à la moyenne des taux comparatifs de mortalité de la période 1990-1992.

La situation à Paris

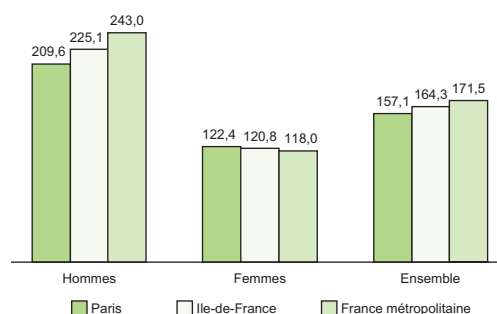
Les tumeurs malignes, ou cancers, ont été responsables du décès de 4 569 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. Les décès masculins sont légèrement plus nombreux (2 384) que les décès féminins (2 185).

A structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité est de 210 décès pour 100 000 hommes et de 122 décès pour 100 000 femmes, soit un niveau de mortalité pratiquement deux fois plus élevé chez l'homme. Pourtant, on observe à Paris une sous-mortalité de 14% par rapport à la France métropolitaine chez les hommes et une surmortalité de 4% chez les femmes.

Le faible taux masculin place Paris au 1^{er} rang des départements franciliens ayant la mortalité la plus basse. Les Parisiennes ont une mortalité cancéreuse comparable à celle des Franciliennes.

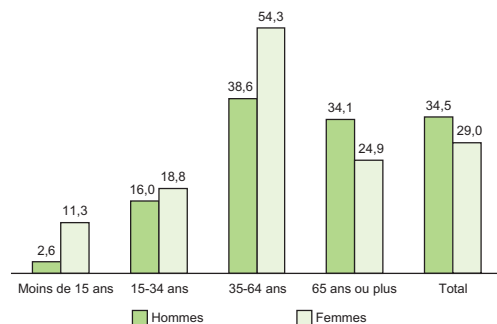
Les cancers sont responsables de 32% de l'ensemble des décès de Parisiens en 2007 (34,7% pour les hommes et 29,5% pour les femmes). La part des cancers dans la mortalité générale est très importante dans la tranche d'âge des 35-64 ans, en particulier pour les femmes chez qui les cancers représentent 54% des décès (39% chez les hommes), en raison notamment du cancer du sein, fréquent chez les femmes de cette tranche d'âge.

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par cancer en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne

Graph 2 - Proportion de décès par cancer par classe d'âges en 2005-2007 dans Paris



Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 1 - Nombre annuel moyen de décès pour les principales localisations selon le sexe et % dans l'ensemble des cancers en 2005-2007

	Paris		IDF	France métro.
	Effectif	%	%	%
Hommes				
Poumon*	566	23,7	24,7	23,9
Prostate	231	9,7	9,1	9,8
Côlon-rectum	217	9,1	8,9	9,5
VADS*	181	7,8	8,5	8,5
Pancréas	136	5,7	4,9	4,7
Foie***	129	5,4	5,8	6,0
Vessie	97	4,1	4,1	3,9
Leucémie	90	3,8	3,3	3,2
Estomac	78	3,3	3,3	3,3
Autres	532	27,6	27,5	27,3
Total	2 384	100,0	100,0	100,0
Femmes				
Sein	421	19,3	19,3	17,9
Poumon*	291	13,3	12,1	9,8
Côlon-rectum	230	10,5	11,0	12,2
Pancréas	130	6,0	5,8	6,3
Ovaire	115	5,3	5,2	5,4
Utérus	109	5,0	4,8	4,8
Leucémie	85	3,9	3,8	3,8
Autres	804	36,8	38,1	39,8
Total	2 185	100,0	100,0	100,0

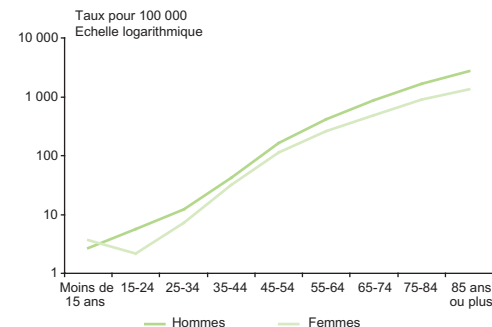
Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
Données annualisées de la période 2005-2007

* Trachée, bronche, poumon

*VADS = Voies aéro-digestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx et larynx)

*** Foie, voies biliaires intrahépatiques

Graph 3 - Taux de mortalité par cancer par sexe et âge dans Paris en 2005-2007



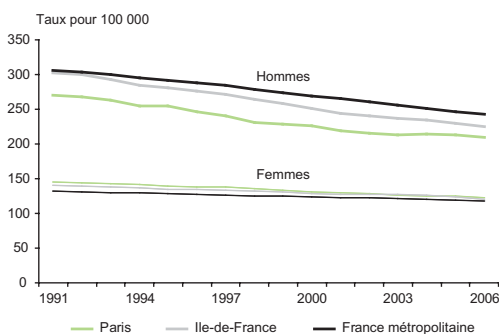
Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France

En quinze ans, le nombre de décès par cancer a diminué à Paris, passant de 5 558 en moyenne chaque année dans la période 1988-1990 à 4 569 dans la période 2005-2007, soit une baisse de 18%. A structure par âge comparable, on observe une baisse de la mortalité régulière chez les hommes, au même rythme qu'en Ile-de-France ou en France. Les Parisiens conservent une sous-mortalité par cancer pendant toute la période. Chez les femmes, la baisse est plus modérée. Toutefois, elle est plus marquée à Paris qu'en Ile-de-France et en France, de sorte que la surmortalité par cancer des Parisiennes diminue légèrement au cours de ces quinze années.

Le nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée pour tumeur maligne est de 22 823, dont une très légère majorité d'hommes (51%). A structure par âge comparable, la fréquence des séjours de la population parisienne dans ces services est inférieure de 5% pour les hommes à la moyenne nationale et supérieure de 12% pour les femmes.

Les cancers constituent le deuxième motif d'admission des Parisiens en affection de longue durée par les trois principaux régimes d'assurance maladie (22,5% des admissions). Dans la période 2006-2008, 9 379 personnes en moyenne chaque année ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour cancer, dont 54% de femmes.

Graph 4 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de 1991 à 2006



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.
Les taux sont standardisés sur la population européenne

Tab 2 - Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO¹ pour tumeur maligne²

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	124	81	205
15-34 ans	356	402	758
35-64 ans	4 897	5 062	9 959
65-84 ans	5 457	4 620	10 077
85 ans ou plus	806	1 017	1 823
Total	11 640	11 183	22 823
ICH* Paris	95	112	-
ICH* IDF	100	107	-

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
Séjours pour lesquels un cancer a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)
* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Tab 3 - Admissions en ALD pour cancer en 2006-2008

Hommes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	30	18,7	17,0	16,8
15-34 ans	161	46,2	41,5	42,7
35-64 ans	1 730	430,4	457,1	519,2
65-84 ans	2 113	2 034,0	2 142,1	1 999,5
85 ans ou plus	277	2 257,4	2 361,9	2 125,4
Total	4 311	419,7	417,1	503,7
Femmes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	30	19,5	15,4	15,1
15-34 ans	195	52,2	52,7	55,0
35-64 ans	2 507	575,0	523,1	541,8
65-84 ans	1917	1 206,2	1 169,4	1 077,8
85 ans ou plus	419	1 301,2	1 268,4	1 153,7
Total	5 068	439,0	389,5	433,5

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de nouveaux cas annuels pour 100 000 personnes

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

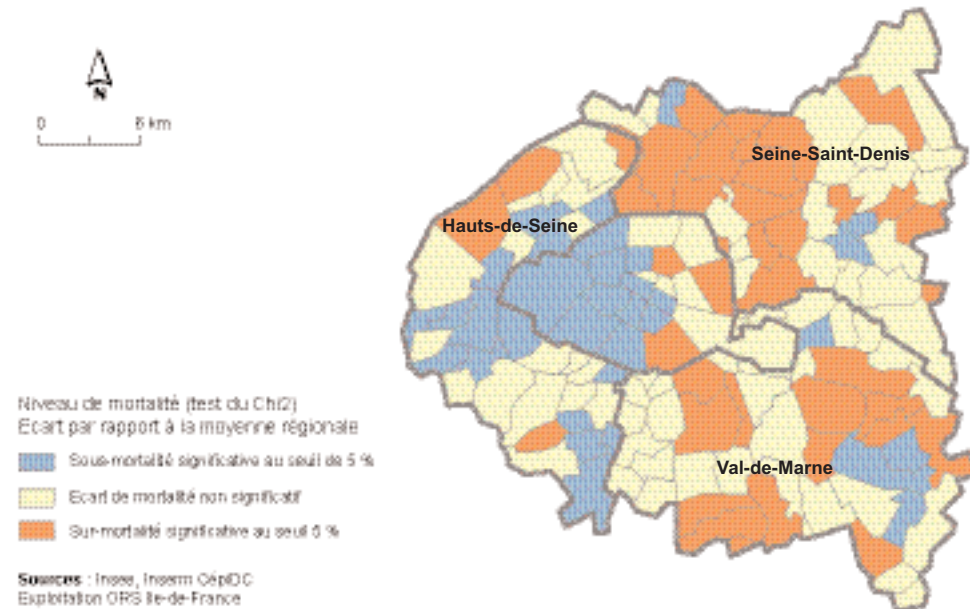
²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

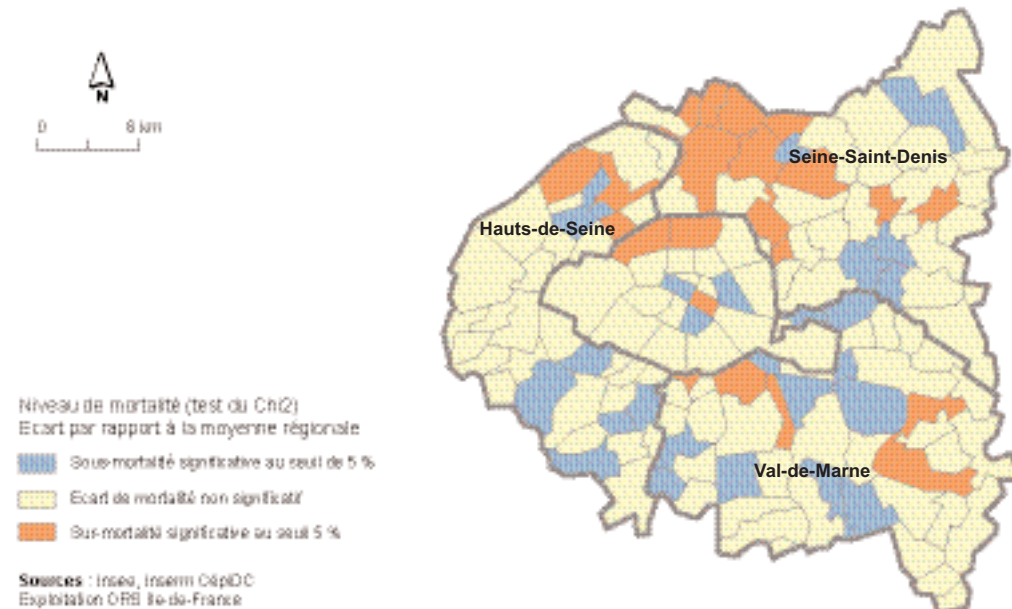
³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Carte 1 - Niveau de mortalité par cancer chez les hommes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Carte 2 - Niveau de mortalité par cancer chez les femmes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Repères bibliographiques et sources

1. Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Fnors, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76 p. (Coll. Les Etudes du Réseau des ORS)
2. A. Belot, M. Velten, P. Grosclaude, N. Bossard, G. Launoy, L. Remontet, E. Benhamou, L. Chérié-Challine et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005, Francim, INCa, Inserm, Hôpitaux de Lyon, INVS, décembre 2008.
3. Base nationale des causes médicales de décès 1979-2007, Inserm CépiDc - www.cepidec.vesinet.inserm.fr
4. EUROCARE-4, Survival of cancer patients in Europe <http://www.eurocare.it/>. (consulté en Mars 2010)
5. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. <http://globocan.iarc.fr>
6. Site commun d'observation régionale en santé (SCORE-santé) de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) <http://www.score-sante.org/score2008/index.html>
7. Base nationale des Affections de longue durée (ALD), Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
8. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2009, site de la Cnam : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/index.php>
9. Base nationale PMSI MCO 1998-2007, exploitation Drees
10. Plan cancer 2009-2013, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports, Institut national du cancer, 140 p. novembre 2009

3.6 Cancer du côlon-rectum

Le cancer colorectal est le plus fréquent des cancers à Paris comme en France. Il est relativement rare avant 50 ans. A structure par âge comparable, la mortalité par cancer du côlon-rectum est moins élevée à Paris qu'en France et tend à diminuer. Cette baisse peut être attribuée aux progrès réalisés dans le dépistage et le traitement de ce cancer.

Contexte national

Le côlon-rectum est la plus fréquente des localisations cancéreuses après la prostate et le poumon chez l'homme et après le sein chez la femme. Ce cancer, rare avant 50 ans, voit son incidence augmenter très rapidement au-delà. Les hommes sont à chaque âge un peu plus touchés que les femmes. On estime qu'en France, un homme sur 17 et une femme sur 20 seront atteints d'un cancer colorectal au cours de leur existence [1].

Les taux d'incidence, en constante augmentation entre 1980 et 2000, ont eu tendance à se stabiliser chez les femmes et à baisser chez les hommes (-0,5% par an en moyenne entre 2000 et 2005). Le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal est estimé à 37 400 en 2005 [2]. Les projections font état pour l'année 2010 de 40 000 cas (21 000 hommes et 19 000 femmes) [3].

Le cancer colorectal est responsable du décès de 16 500 personnes en France en 2007 (8 750 hommes et 7 750 femmes). C'est la seconde cause de décès par cancer après le poumon chez l'homme et le sein chez la femme [4]. La mortalité par cancer colorectal connaît une évolution plus favorable que l'incidence : sur la période 1980-2005, elle a baissé en moyenne de 1,1% par an chez l'homme et de 1,3% chez la femme [2].

Le cancer colorectal est fréquent dans les pays développés et notamment en Australie, Europe de l'ouest et Amérique du nord. Il est rare en Amérique du sud, en Asie et surtout en Afrique. En 2008, la France occupe au sein de l'Europe une position assez favorable tant pour l'incidence que pour la mortalité [5]. Selon les régions, la mortalité par cancer colorectal varie de façon importante. Sur la période 2005-2007, la mortalité en Nord-Pas-de-Calais dépasse la moyenne nationale de 28% pour les hommes et de 23% pour les femmes. La région de France métropolitaine qui présente la plus faible mortalité est la Corse, chez les hommes comme chez les femmes. Les départements d'outre-mer se situent parmi les régions ayant de faibles taux de mortalité pour cette affection [6].

Le taux de survie relative à cinq ans varie fortement en fonction du stade de la tumeur au moment du diagnostic du cancer colorectal. Il est de 57% chez les hommes et de 58 % chez les femmes [7].

Les personnes atteintes d'un cancer colorectal sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection.

Entre 2006 et 2008, environ 30 000 admissions en ALD pour ce cancer ont été prononcées en moyenne chaque année parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [8]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cancer colorectal est estimé à 163 700 au 31 décembre 2009 [9].

Le choix du traitement du cancer du côlon-rectum dépend en grande partie de sa localisation et du stade auquel il est détecté. Le traitement repose principalement sur la chirurgie, éventuellement complétée par de la radiothérapie et/ou de la chimiothérapie. Dans certaines formes, radiothérapie et/ou chimiothérapie sont réalisées en première intention. Le cancer colorectal a constitué le diagnostic principal de près de 73 600 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée en 2007 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [10].

Le dépistage organisé de ce cancer a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2008. Il repose sur un test de détection du sang occulte dans les selles proposé tous les deux ans aux personnes de 50 à 74 ans, par l'intermédiaire de leur médecin généraliste [11]. Le taux de participation à ce dépistage (34% en 2009-2010), est inférieur à l'objectif européen minimal acceptable (45%), et loin derrière le taux souhaitable de 65% [12].

Les sujets à risque élevé (antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer colorectal, de maladie inflammatoire de l'intestin) doivent quant à eux bénéficier d'un suivi spécifique par coloscopie. La recherche de prédispositions génétiques peut être proposée dans le cadre de consultation d'oncogénétique aux patients atteints de maladies associées aux gènes majeurs de susceptibilité du cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale et syndrome de Lynch) et à leur famille [2].

La prévention primaire du cancer colorectal est également possible. Le rôle favorisant de la consommation de viandes rouges, de charcuteries, d'alcool, ainsi que du surpoids et de l'obésité, et le rôle protecteur de l'activité physique sont notamment bien établis [13].

Pour les taux comparatifs de mortalité, le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux de la période [n-1 ; n+1]. Par exemple, l'année 1991 correspond à la moyenne des taux comparatifs de mortalité de la période 1990-1992.

La situation à Paris

Le cancer du côlon-rectum est responsable du décès de 447 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. Ce cancer est responsable de 9,1% des décès par cancer chez les hommes et de 10,5% des décès par cancer chez les femmes, ce qui le place en troisième position parmi toutes les localisations pour les deux sexes. Les décès par cancer colorectal sont rares avant 50 ans. Les taux de mortalité augmentent ensuite rapidement avec l'âge. La surmortalité masculine s'observe à tous les âges.

En 2005-2007, à structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité par cancer du côlon-rectum s'élève à 19,3 décès pour 100 000 hommes et 11,4 décès pour 100 000 femmes. Ces taux sont inférieurs à ceux observés en Ile-de-France et en France.

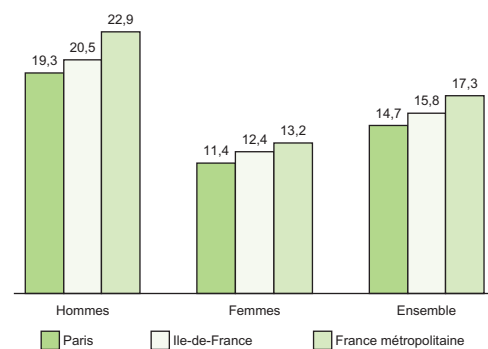
Le nombre de décès par côlon-rectum est en baisse depuis quinze ans. Entre 1991 et 2006, le taux comparatif de mortalité a diminué de 21% chez les hommes et de 30% chez les femmes à Paris. La baisse est particulièrement marquée chez les Parisiennes ces dernières années. Leur situation relative par rapport aux moyennes régionale et nationale s'est améliorée depuis cinq ans.

Tab 1 - Nombre annuel moyen de décès et taux de mortalité par cancer du côlon-rectum selon le sexe et l'âge en 2005-2007

	Paris			IDF	France métro.
	Effectif	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Hommes					
35-39 ans	2	2,7	1,8	1,5	
40-44 ans	5	6,8	3,6	3,3	
45-49 ans	6	9,2	7,9	7,4	
50-54 ans	9	14,7	16,7	15,9	
55-59 ans	17	25,2	23,8	30,3	
60-64 ans	18	37,9	41,2	46,6	
65-69 ans	23	65,9	68,1	73,9	
70-74 ans	28	100,5	110,1	121,4	
75-79 ans	32	133,1	156,7	180,9	
80-84 ans	42	240,6	245,2	264,8	
85 ans ou plus	33	271,6	315,9	383,5	
Total tous âges	217	21,2	20,1	29,3	
Femmes					
35-39 ans	0	0,4	1,4	1,4	
40-44 ans	0	0,4	1,9	2,7	
45-49 ans	5	7,4	6,2	5,9	
50-54 ans	8	10,5	10,1	10,6	
55-59 ans	10	12,9	15,5	17,0	
60-64 ans	13	24,0	23,9	27,1	
65-69 ans	12	27,2	34,6	37,8	
70-74 ans	21	50,6	57,2	59,7	
75-79 ans	32	79,2	95,9	93,7	
80-84 ans	46	130,7	136,2	149,9	
85 ans ou plus	83	256,7	248,0	264,2	
Total tous âges	230	19,9	18,0	24,4	

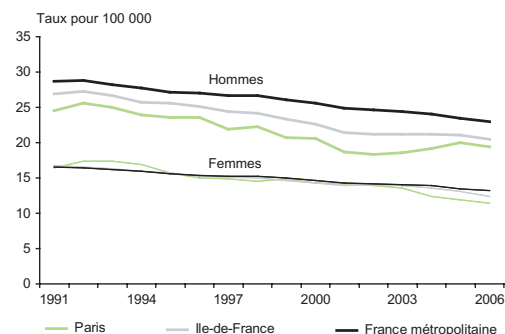
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Graph 2 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum de 1991 à 2006*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.

En 2007, le nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée pour cancer du côlon-rectum est de 2 186, dont une légère majorité d'hommes (52%). A structure par âge comparable, les séjours dans ces services de la population parisienne est inférieure de 7% pour les hommes à la moyenne nationale et supérieure de 1% pour les femmes.

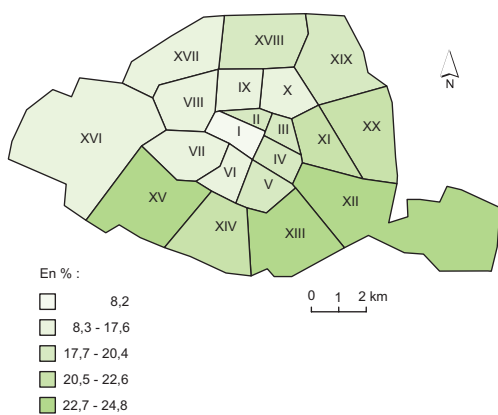
En 2006-2008, 906 Parisiens ont été admis en moyenne chaque année en affection de longue durée pour cause de cancer du côlon-rectum par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Les admissions pour cancer du côlon-rectum représentent environ 10% des admissions en ALD pour cancer chez les hommes et chez les femmes. Les admissions en ALD augmentent fortement avec l'âge pour les deux sexes, notamment après 65 ans.

Le dépistage du cancer colorectal

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble du territoire national en 2008, année où il a été mis en place à Paris. En 2009, 56 380 personnes âgées de 50 à 74 ans ont participé au dépistage du cancer colorectal. Sur l'ensemble des 56 380 tests effectués, 3 248 se sont avérés ininterprétables et 1 131 positifs, soit respectivement 5,8% et 2,0% des tests. Les taux de participation varient fortement entre les différents arrondissements Parisiens de 8% dans le 8^{ème} à 25% dans le 12^{ème}.

Le dépistage organisé du cancer colorectal a permis en 2009 de repérer près de 300 cancers et adénomes.

Carte 1 - Taux de participation au dépistage du cancer colorectal par arrondissement en 2009 (en %)



Source : ADECA 75 - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 3 - Nombre de séjours de Parisiens dans les services hospitaliers de courte durée MCO¹ pour cancer du côlon-rectum² en 2007

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	0	0	0
15-34 ans	9	13	22
35-64 ans	460	326	786
65-84 ans	564	551	1 115
85 ans ou plus	98	166	264
Total	1 131	1 055	2 186
ICH* Paris	93	101	-
ICH* IDF	97	105	-

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

Séjours pour lesquels un cancer du côlon-rectum a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)

* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Tab 4 - Admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum en 2006-2008

Hommes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	0	0,0	0,1	0,1
15-34 ans	5	1,4	1,6	1,2
35-64 ans	160	39,8	41,3	46,8
65-84 ans	225	216,6	223,9	223,1
85 ans ou plus	33	268,9	284,1	282,5
Total	423	41,2	40,2	51,0

Femmes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	1	0,7	0,3	0,1
15-34 ans	4	1,1	1,3	1,2
35-64 ans	163	37,4	35,3	37,0
65-84 ans	239	150,4	153,2	150,2
85 ans ou plus	76	236,0	228,4	211,7
Total	483	41,8	37,7	45,0

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Tab 1 - Répartition par âge des cancers et adénomes repérés en 2009 à Paris

Age	Effectif	Proportion (en %)
50-54 ans	41	13,8
55-59 ans	46	15,4
60-64 ans	71	23,8
65-69 ans	68	22,8
70-74 ans	72	24,2
Ensemble	298	100,0

Source : ADECA 75

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

²Diagnostic principal d'hospitalisation :

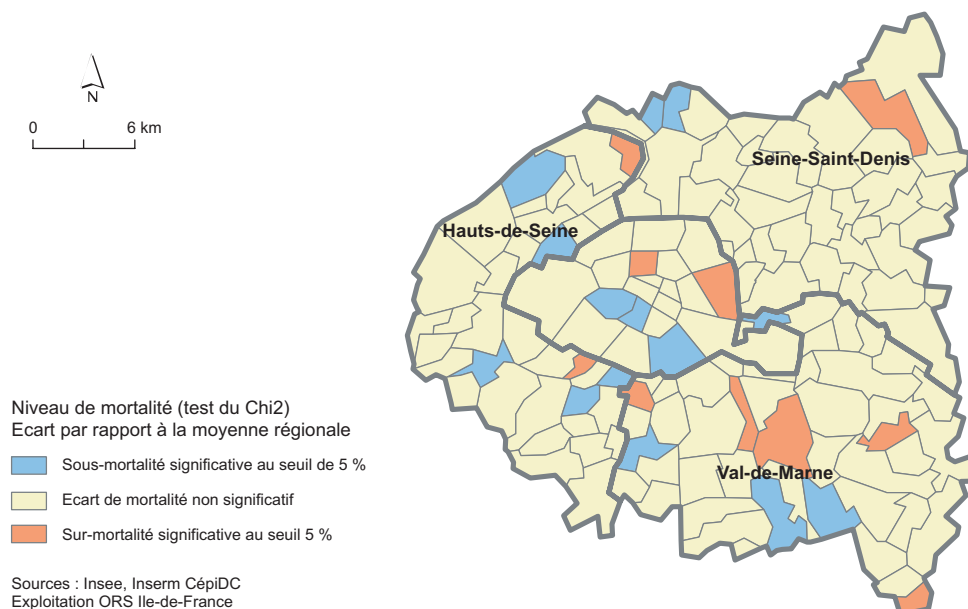
Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

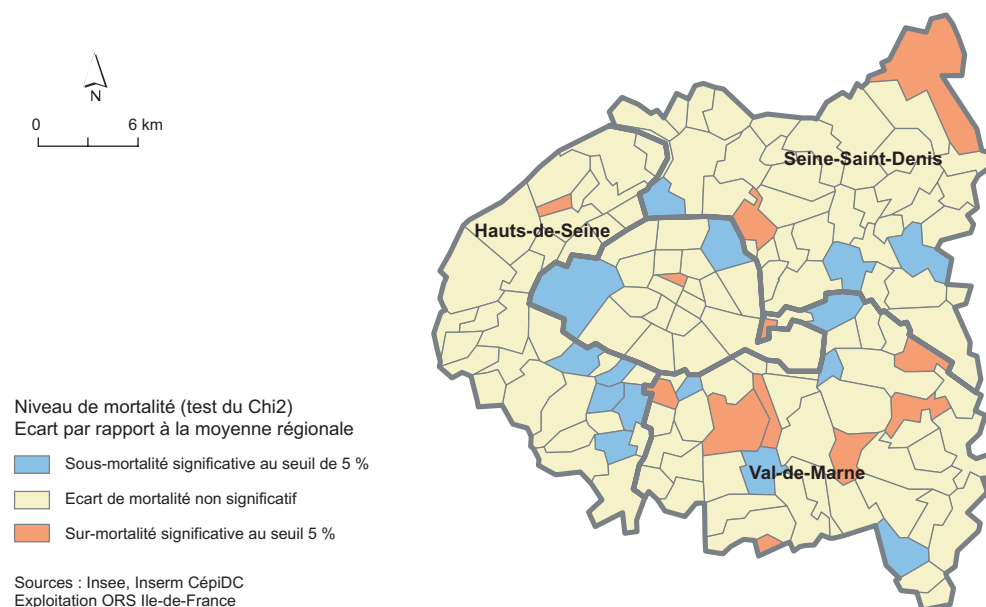
cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Carte 1 - Niveau de mortalité par cancer colorectal chez les hommes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Carte 2 - Niveau de mortalité par cancer colorectal chez les femmes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Repères bibliographiques et sources

1. Remontet L, Buemi A, Velten M, Jouglu E, Estève J. (2003). Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. 217 p.
2. Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G et al. (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. InVS. 132 p.
3. INCa, InVS, Hospices civils de Lyon, Réseau Francim. (2010). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. 75 p.
4. Inserm CépiDC. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007
5. Ferlay J, Shin HR, Bray F et al. (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>
6. Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.scoresante.org
7. Istituto Superiore di Sanità. Site d'Eurocare. Survival of cancer patients in Europe. www.eurocare.it
8. Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD), exploitation ORS Ile-de-France
9. Cnamts. Site de l'Assurance maladie. www.ameli.fr
10. ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees
11. InVS. (2009). Numéro thématique : Dépistage organisé du cancer colorectal en France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n° 2-3. pp.13-32
12. InVS. (2011). Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal 2009-2010. [page internet]. www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/participation_depistage_colorectal_2009_2010.htm
13. INCa. (2009). La situation du cancer en France en 2009. 208 p.

3.7 Cancer du poumon

Chaque année, plus de 850 Parisiens décèdent d'un cancer du poumon dont une majorité d'hommes. Pourtant, Paris se distingue par un niveau de mortalité par cancer du poumon relativement bas chez les hommes et un niveau très élevé et en progression chez les femmes.

Contexte national

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a vu sa fréquence augmenter de façon considérable depuis les années 1950 dans la plupart des pays industrialisés en raison de l'augmentation du tabagisme. La consommation de tabac, en effet, constitue le principal facteur de risque de cette affection. En France, 83% des cancers bronchiques chez l'homme et 69% chez la femme seraient attribuables au tabac. Le risque de cancer augmente notamment en fonction de la quantité de tabac fumé (dose de tabac) ainsi que de l'ancienneté du tabagisme (durée) [1, 2]. Les expositions professionnelles constituent aussi des facteurs de risque du cancer du poumon, avec un effet d'augmentation du risque en cas d'association avec le tabac. L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) estime qu'environ 15 % des cancers du poumon seraient d'origine professionnelle. Ces étiologies professionnelles restent toutefois mal identifiées [3, 4].

Pour l'année 2005, le Réseau français des registres de cancer (Francim), estime à 30 700 le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon (24 000 chez l'homme et 6 700 chez la femme). Ce cancer est ainsi positionné au deuxième rang de l'incidence des cancers chez l'homme derrière le cancer de la prostate et au troisième rang chez les femmes derrière le cancer du sein et celui du côlon-rectum. Les tendances chronologiques sur la période 1980-2005 montrent chez l'homme une augmentation de l'incidence de ce cancer jusqu'en 2000 puis une baisse. Chez la femme, l'incidence du cancer du poumon est en forte progression sur l'ensemble de la période [5].

Malgré une légère amélioration, le taux de survie relative à cinq ans de ce cancer reste faible, de 13% chez les hommes et de 18% chez les femmes [6].

En 2007, le cancer du poumon est responsable de 28 900 décès en France (22 330 hommes et 6 580 femmes). C'est la première cause de décès par cancer chez l'homme et la troisième après le cancer du sein et le cancer colorectal chez la femme. Ces pathologies touchent souvent des personnes relativement jeunes : près de 40% des personnes décédées d'un cancer du poumon sont âgées de moins de 65 ans [7].

L'évolution de la mortalité par cancer du poumon depuis 1980 est assez conforme à celle de l'incidence de ce cancer : chez l'homme elle progresse légèrement jusqu'au milieu des années 90 puis s'oriente à la baisse, tandis que chez la femme elle connaît une forte progression sur toute la période.

En Europe, la France occupe une position intermédiaire tant pour l'incidence que pour la mortalité par cancer du poumon chez les hommes. Certains pays (d'Europe du nord notamment) ont connu des niveaux d'incidence et de mortalité masculines beaucoup plus élevés qu'en France mais ces taux ont commencé à diminuer plus tôt et plus rapidement qu'en France. Chez les femmes, la situation française dans le contexte européen est plutôt favorable mais là encore, dans certains pays qui ont connu des niveaux d'incidence et de mortalité féminine par cancer du poumon beaucoup plus élevés que ceux atteints en France, une stabilisation voire une baisse des taux est amorcée alors que la tendance est toujours nettement orientée à la hausse chez les Françaises [8].

Au sein du territoire métropolitain, la mortalité par cancer du poumon varie de façon importante selon les régions. Sur la période 2005-2007, le taux standardisé de mortalité dépasse la moyenne nationale de 34% chez les hommes du Nord-Pas-de-Calais, et de 25% chez les femmes de Lorraine. Les territoires qui présentent les plus faibles niveaux de mortalité par cancer du poumon sont les départements d'Outre-mer pour les deux sexes [9]. Les personnes atteintes d'un cancer du poumon sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD). Entre 2006 et 2008, près de 23 000 admissions en ALD ont été prononcées en moyenne chaque année parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [10]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cancer des bronches et du poumon est estimé à 70 000 au 31 décembre 2009 [11].

Le traitement du cancer du poumon localisé repose en général sur la chirurgie, complétée ou non par de la chimiothérapie et/ou moins souvent de la radiothérapie. Dans certaines formes, radiothérapie et/ou chimiothérapie sont réalisées en première intention. Le cancer du poumon a constitué le diagnostic principal de près de 63 000 séjours hospitaliers dans les unités de court-séjour en 2007 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [12].

De nombreuses études sont en cours pour évaluer diverses techniques de dépistage du cancer du poumon [13]. Aucune n'ayant pour l'instant fait la preuve de son efficacité, la prévention du cancer du poumon repose donc actuellement sur la lutte contre les facteurs de risque, tabac et expositions professionnelles principalement [14].

Pour les taux comparatifs de mortalité, le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux de la période $[n-1 ; n+1]$. Par exemple, l'année 1991 correspond à la moyenne des taux comparatifs de mortalité de la période 1990-1992.

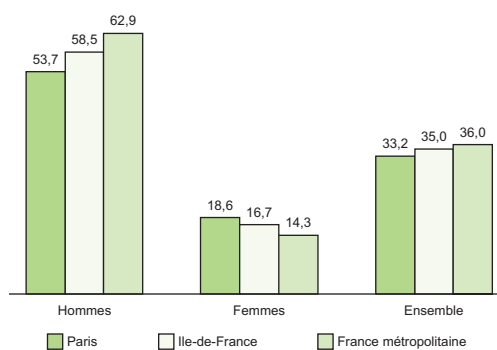
La situation à Paris

Le cancer du poumon a provoqué le décès de 857 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. Les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à décéder de ce cancer. Il est responsable de 24% des décès par cancer chez les hommes (première cause de décès par cancer) et de 13% chez les femmes, (deuxième cause de décès par cancer après le cancer du sein). A structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité par cancer du poumon s'élève à 53,7 décès pour 100 000 hommes à Paris, ce qui le situe au-dessous du taux régional et du taux national. Les Parisiennes, avec un taux comparatif de 18,6 décès pour 100 000, ont au contraire une mortalité par cancer du poumon supérieure à celle de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine. Paris se distingue, en fait, par le plus bas niveau de mortalité par cancer du poumon chez les hommes et le plus élevé chez les femmes parmi les huit départements franciliens.

La mortalité par cancer du poumon, peu importante avant 40 ans augmente ensuite fortement. A chaque âge, les taux parisiens sont inférieurs à ceux de l'Ile-de-France et de France métropolitaine chez les hommes mais supérieurs chez les femmes. Chez ces dernières, cependant, la surmortalité est plus marquée aux âges élevés, signe probable d'un rapprochement des niveaux de mortalité parisiens et provinciaux dans les nouvelles générations féminines.

En quinze ans, le nombre de décès par cancer du poumon a diminué chez les Parisiens et fortement progressé chez les Parisiennes. En tenant compte de la modification de la structure par âge de la population, on constate une baisse de la mortalité de 22% chez les hommes, évolution plus favorable qu'en France (-11%) et comparable à celle observée en Ile-de-France. Chez les femmes, la progression est de 45% à Paris, donc très forte, mais elle est cependant plus favorable qu'en France (+83%) et qu'en Ile-de-France (+51%).

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon en 2005-2007



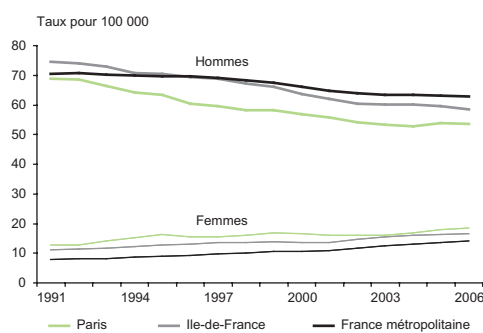
Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Tab 1 - Nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon et taux de mortalité selon le sexe et l'âge en 2005-2007

	Paris		Ile-de-France	France métro.
	Effectif	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Hommes				
Moins de 25 ans	0	0,1	0,0	0,0
25-29 ans	0	0,3	0,2	0,2
30-34 ans	2	1,6	0,8	1,0
35-39 ans	1	1,2	3,0	3,7
40-44 ans	8	10,4	9,8	13,6
45-49 ans	22	34,2	32,5	45,1
50-54 ans	39	61,7	74,8	92,3
55-59 ans	70	106,2	131,0	145,7
60-64 ans	81	170,5	170,5	195,1
65-69 ans	72	208,4	230,9	241,1
70-74 ans	79	284,7	294,9	299,5
75-79 ans	73	302,3	376,7	363,8
80-84 ans	67	380,8	384,3	379,1
85 ans ou plus	51	415,6	403,0	368,9
Total	566	55,1	56,0	74,0
Femmes				
Moins de 25 ans	0	0,0	0,0	0,0
25-29 ans	0	0,3	0,3	0,2
30-34 ans	1	0,7	0,1	0,6
35-39 ans	2	2,8	2,2	2,9
40-44 ans	5	6,5	6,9	8,5
45-49 ans	9	13,0	17,7	19,6
50-54 ans	19	26,5	26,4	28,5
55-59 ans	33	44,3	36,7	33,6
60-64 ans	32	59,1	46,1	37,1
65-69 ans	25	59,1	53,4	42,4
70-74 ans	34	83,2	77,9	54,6
75-79 ans	38	95,0	95,4	68,0
80-84 ans	51	144,9	103,1	74,7
85 ans ou plus	41	126,3	101,0	74,0
Total	291	25,2	19,8	19,7

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

Graph 2 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon de 1991 à 2006*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.

En 2007, à Paris, le nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO¹ pour cancer du poumon est de 1 826, dont une majorité d'hommes (68%). La fréquence des séjours dans ces services, de la population parisienne, est supérieure de 7% pour les hommes à la moyenne nationale et supérieure de 52% pour les femmes.

En 2006-2008, 777 Parisiens ont été admis en moyenne chaque année en affection de longue durée pour cancer du poumon par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Les admissions pour cancer du poumon représentent 11,2% des admissions en ALD pour cancer chez les hommes et 5,8% chez les femmes.

Tab 3 - Nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée MCO¹ pour cancer du poumon² en 2007

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	0	0	0
15-34 ans	4	4	8
35-64 ans	551	299	850
65-84 ans	633	260	893
85 ans ou plus	45	29	74
Total	1 234	592	1 826
ICH* Paris	107	152	-
ICH* IDF	108	131	-

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

Séjours pour lesquels un cancer du poumon a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)

* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Tab 4 - Admissions en ALD pour cancer du poumon en 2006-2008

Hommes	Paris		Ile-de-France	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	0	0,0	0,1	0,0
15-34 ans	2	0,6	0,5	0,6
35-64 ans	228	56,7	62,1	73,4
65-84 ans	227	218,5	226,6	197,8
85 ans ou plus	24	195,6	161,7	135,3
Total	481	46,8	47,2	56,4

Femmes	Paris		Ile-de-France	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	0	0,0	0,0	0,0
15-34 ans	2	0,5	0,5	0,5
35-64 ans	151	34,6	29,0	26,8
65-84 ans	124	78,0	62,6	45,7
85 ans ou plus	19	59,0	51,8	34,6
Total	296	25,6	20,1	18,9

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

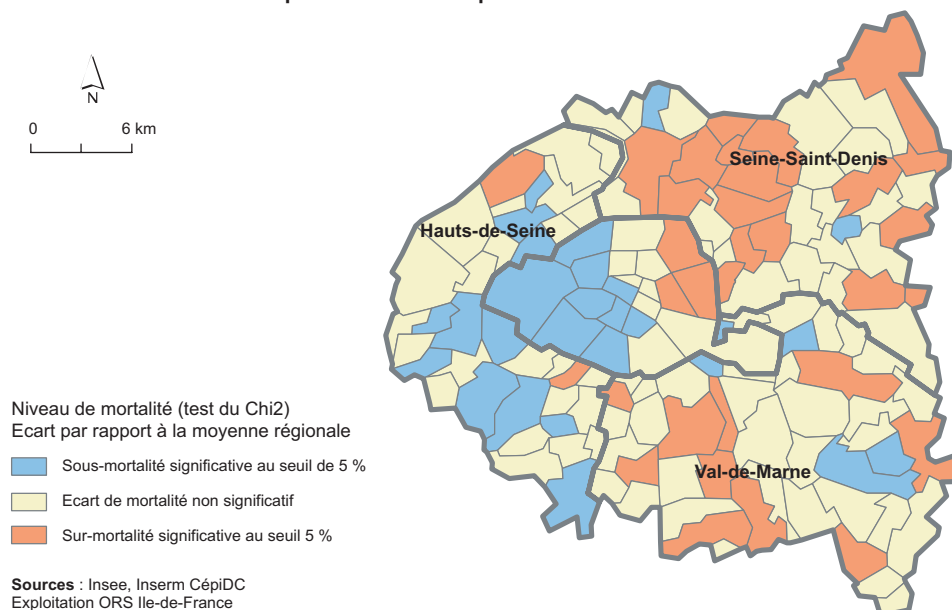
²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

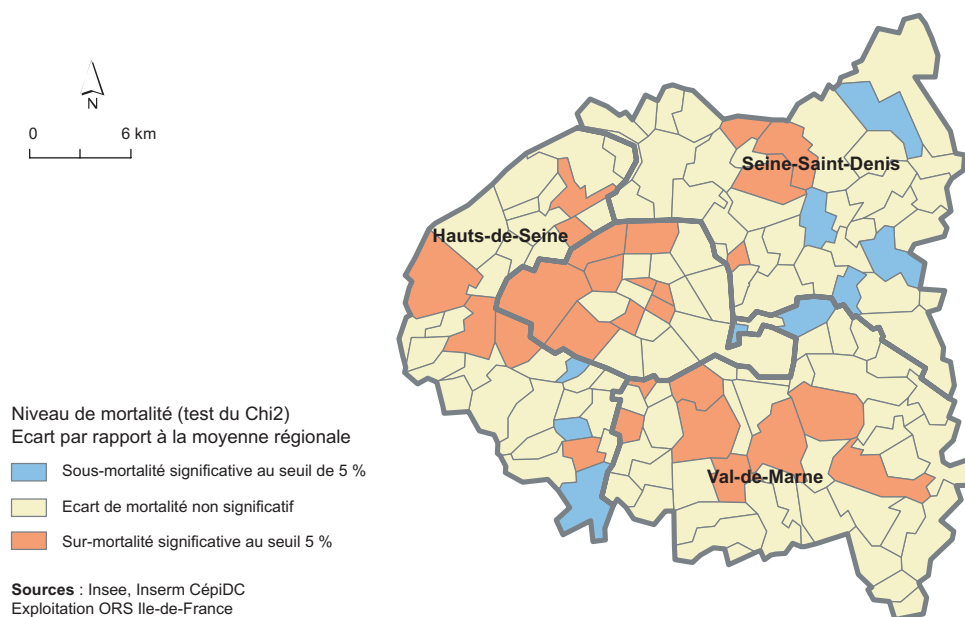
³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Carte 1 - Niveau de mortalité par cancer du poumon chez les hommes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Carte 2 - Niveau de mortalité par cancer du poumon chez les femmes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Repères bibliographiques et sources

1. INCa. (2010). Cancers et tabac. 8 p. (Fiches repère)
2. IARC. (2007). Attributable causes of cancer in France in the year 2000. 177 p. (Working group report vol. 3)
3. INCa. (2010). Cancers professionnels. 8 p. (Fiches repère)
4. Imbernon E. (2003). Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. InVS, 27 p.
5. Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G et al. (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. InVS. 132 p.
6. Istituto Superiore di Sanità. Site d'Eurocare. Survival of cancer patients in Europe : www.eurocare.it
7. Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007
8. Ferlay J, Shin HR, Bray F et al. (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. [page internet]. <http://globocan.iarc.fr>
9. Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé : www.scoresante.org
10. Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2006-2008
11. Cnamts. Site de l'Assurance maladie, www.ameli.fr
12. ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees
13. Frija G, Flahault A, Lemarie E. (2003). Les progrès du scanner permettent-ils de dépister le cancer bronchique ? Bulletin de l'Académie nationale de médecine. tome 187, n° 1. pp. 153-160
14. INCa. (2009). La situation du cancer en France en 2009. 208 p.

3.8 Mélanome de la peau

Le mélanome de la peau a causé le décès de 59 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. On observe une surmortalité chez les Parisiens des deux sexes pour ce cancer. L'incidence du mélanome et la mortalité par mélanome ont connu une progression importante depuis le début des années 90.

Contexte national

Il existe plusieurs types de cancers de la peau. Le mélanome est le plus rare de ces cancers, il représente environ 2% des cancers cutanés découverts, mais il est également le plus grave en cas de découverte tardive, en raison notamment de sa capacité à métastaser [1]. Le principal facteur de risque du mélanome et plus largement de tous les cancers de la peau est l'exposition au rayonnement solaire, particulièrement néfaste dans l'enfance où la peau est très sensible aux ultraviolets. Le risque de mélanome est aussi fonction du phototype de l'individu, plus important chez les personnes à peau claire, cheveux blonds ou roux et taches de rousseur, qui ne bronzent pas ou peu. La présence de nombreux grains de beauté (naevus) constitue également un facteur de risque [1, 2, 3]. Enfin, 10 % des cas de mélanome surviennent dans un contexte familial, défini comme la survenue d'au moins trois mélanomes sur deux générations [4, 5].

La modification des habitudes d'exposition solaire, en lien avec l'impératif social du bronzage et un mode de vie très orienté vers les loisirs et les sports de plein air, est à l'origine de l'augmentation importante de l'incidence du mélanome et de la mortalité liée à ce cancer dans tous les pays d'Europe, l'Australie et les Etats-Unis depuis les années 1950 [4, 6].

En France, entre 1980 et 2000, les taux d'incidence standardisés ont augmenté au rythme annuel moyen de 5,9% chez l'homme et de 4,3% chez la femme. Entre 2000 et 2005, la progression est beaucoup plus modérée et les projections indiquent une stabilisation avant 2010 des taux d'incidence pour les deux sexes [7, 8]. En 2005, le nombre annuel de nouveaux cas est estimé à 3 300 chez l'homme et 4 100 chez la femme [6].

La progression de la mortalité par mélanome entre 1980 et 2000 est assez semblable mais plus modérée que celle de l'incidence, avec des hausses annuelles moyennes de 2,9% chez l'homme et de 2,2% chez la femme. Elles sont suivies d'une inversion de tendance dès 2000 chez la femme, un peu plus tardive chez l'homme [7, 8]. En 2007, le mélanome de la peau a été à l'origine du décès de 866 hommes et 666 femmes en France métropolitaine [9]. On observe, en France comme dans la plupart des pays, que les mélanomes sont plus fréquents chez la femme, mais la mortalité plus importante chez l'homme.

L'Europe est une région du monde fortement touchée par le mélanome de la peau même si les niveaux d'incidence et de mortalité restent très en dessous de ceux observés en Australie ou en Nouvelle Zélande. Au sein de l'Union européenne, la France présente des taux d'incidence intermédiaires, entre les taux élevés du nord de l'Europe et ceux, plus faibles, de l'Europe du sud [10].

La situation est analogue pour la mortalité par mélanome, avec toutefois un gradient nord-sud moins marqué et une position légèrement plus favorable de la France [10].

En France, le taux de survie relative à 5 ans pour les hommes est de 83%, parmi les meilleurs d'Europe, et de 88% pour les femmes, en position médiane [11].

Les personnes atteintes d'un mélanome sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin d'être exonérées du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. Entre 2006 et 2008, 6 300 admissions en ALD ont ainsi été prononcées en moyenne chaque année parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [12]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour mélanome est estimé à 43 000 en 2009. Ce nombre a pratiquement doublé en cinq ans [13].

Le traitement du mélanome est dominé par la chirurgie. A un stade très précoce, il est guéri dans la quasi-totalité des cas par simple exérèse chirurgicale. En revanche, l'efficacité des traitements au stade métastatique (radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie) demeure encore très faible [14].

En 2007, le mélanome a constitué le diagnostic principal de plus de 12 000 séjours hospitaliers en court séjour (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [15].

L'intérêt du diagnostic précoce du mélanome est reconnu. Son efficacité repose sur la complémentarité de l'action du patient, du médecin généraliste (ou du médecin du travail), du dermatologue et de l'anatomopathologiste. Les campagnes d'incitation au diagnostic précoce, développées en France comme dans de nombreux pays, ont un impact positif mais limité dans le temps. Leur efficacité en termes de diminution de la mortalité n'est pas encore certaine [2].

La prévention primaire du mélanome reste donc essentielle, par la réduction de l'exposition aux ultraviolets solaires, au moyen de photo-protecteurs efficaces contre les UVA et les UVB mais aussi aux ultra-violets artificiels, dont les dangers sont maintenant clairement établis. Cette préoccupation est inscrite dans le plan cancer 2009-2013.

Actuellement, la stabilisation de l'incidence du mélanome et la baisse de la mortalité en Australie et dans les pays du nord de l'Europe, probablement en lien avec les actions massives d'information et de dépistage confortent ces orientations [2].

Dans les prochaines décennies, la raréfaction de l'ozone atmosphérique est susceptible d'augmenter les doses d'ultraviolets solaires et le risque de mélanome [7].

Pour les taux comparatifs de mortalité, le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux de la période [n-1 ; n+1]. Par exemple, l'année 1991 correspond à la moyenne des taux comparatifs de mortalité de la période 1990-1992.

La situation à Paris

Le mélanome de la peau a causé le décès de 59 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 (32 hommes et 27 femmes). Ce cancer représente 1,6% des décès par cancer chez les hommes et 1,3% chez les femmes. Les taux de mortalité progressent avec l'âge et sont plus élevés chez l'homme à tout âge (les taux parisiens sont à considérer avec prudence car obtenus sur des petits effectifs).

A structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité par mélanome de la peau s'élève à 3,0 décès pour 100 000 hommes à Paris, ce qui le situe légèrement au dessus du taux régional et du taux national. Chez les femmes, le taux comparatif de 1,9 décès pour 100 000 est également supérieur à celui de l'Ile-de-France et de la France.

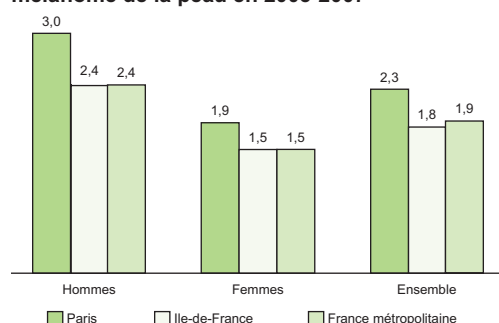
Depuis le début des années 90, la mortalité par mélanome de la peau a régulièrement augmenté en France (+27% chez l'homme et +10% chez la femme). La progression s'observe également en Ile-de-France et à Paris mais de façon plus irrégulière (faibles effectifs).

Tab 1 - Nombre annuel moyen de décès par mélanome de la peau et taux de mortalité selon le sexe et l'âge en 2005-2007

	Paris		Ile-de-France	France métro.
	Effectif	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Hommes				
Moins de 25 ans	0	0,1	0,1	0,1
25-29 ans	0	0,3	0,5	0,5
30-34 ans	1	0,6	0,6	0,7
35-39 ans	1	1,2	0,9	1,1
40-44 ans	3	3,6	1,6	1,6
45-49 ans	3	4,6	2,6	2,3
50-54 ans	1	1,0	1,7	2,5
55-59 ans	2	2,5	3,4	4,6
60-64 ans	3	6,3	5,0	6,1
65-69 ans	3	7,8	6,2	6,2
70-74 ans	5	17,9	11,6	9,6
75-79 ans	4	18,0	12,8	11,5
80-84 ans	3	17,1	19,4	15,3
85 ans ou plus	4	32,6	31,1	21,9
Total	32	3,1	2,3	2,8
Femmes				
Moins de 25 ans	0	0,0	0,0	0,0
25-29 ans	0	0,3	0,2	0,5
30-34 ans	2	2,3	1,0	0,8
35-39 ans	1	0,8	0,7	1,0
40-44 ans	2	3,0	1,5	1,6
45-49 ans	3	3,7	1,7	1,6
50-54 ans	2	2,3	1,1	2,0
55-59 ans	2	2,7	2,3	2,7
60-64 ans	2	4,3	4,5	3,5
65-69 ans	2	4,7	5,9	4,1
70-74 ans	2	4,9	3,9	5,1
75-79 ans	3	6,7	5,7	6,2
80-84 ans	2	6,6	7,5	9,4
85 ans ou plus	3	10,4	12,3	13,8
Total	27	2,3	1,7	2,2

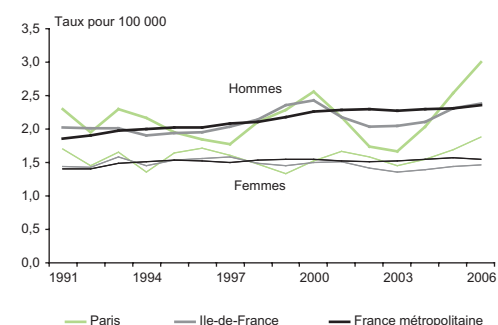
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par mélanome de la peau en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000

Graph 2 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par mélanome de la peau de 1991 à 2006*



Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.

En 2007, on dénombre 453 séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée MCO¹ pour mélanome de la peau (une légère majorité, 53%, concerne des femmes). La fréquence des séjours dans ces services de la population parisienne est supérieure de 15% pour les hommes à la moyenne nationale et supérieure de 17% pour les femmes. Entre 2006 et 2008, 184 Parisiens ont été admis en moyenne chaque année en affection de longue durée (ALD) pour mélanome de la peau par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Ces admissions ont lieu principalement entre 35 et 64 ans. Rappelons que les ALD ne sont pas déclarées aux caisses d'assurance maladie dans un but épidémiologique et cette incidence, aussi qualifiée " d'incidence médico-sociale ", comporte des biais (cf la fiche 2.5). Ceux-ci conduisent le plus souvent à une sous-estimation notamment quand la pathologie ne nécessite pas d'entrer dans le dispositif, ce qui est souvent le cas pour un mélanome, puisqu'une simple intervention chirurgicale est suffisante en cas de prise en charge précoce.

Malgré ces limites, on constate à travers les données de morbidité (hospitalisation et ALD) que les femmes sont davantage affectées que les hommes par le mélanome de la peau, alors qu'elles en décèdent moins. Ce constat vaut pour Paris mais aussi pour le niveau national.

Tab 3 - Nombre de séjours dans les services de courte durée MCO¹ pour mélanome de la peau²

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	2	0	2
15-34 ans	18	27	45
35-64 ans	87	97	184
65-84 ans	88	95	183
85 ans ou plus	16	23	39
Total	211	242	453
ICH* Paris	115	117	-
ICH* IDF	102	101	-

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

Séjours pour lesquels un mélanome de la peau a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)

* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Tab 3 - Admissions en ALD pour mélanome de la peau en 2006-2008

Hommes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	1	0,6	0,2	0,1
15-34 ans	5	1,4	1,4	2,0
35-64 ans	41	10,2	9,9	11,6
65-84 ans	31	29,8	30,2	28,3
85 ans ou plus	4	32,6	35,3	31,7
Total	82	8,0	7,5	9,2

Femmes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	0	0,0	0,1	0,1
15-34 ans	8	2,1	2,5	3,5
35-64 ans	49	11,2	12,2	14,7
65-84 ans	39	24,5	23,8	24,3
85 ans ou plus	6	18,6	22,0	25,5
Total	102	8,8	8,8	11,3

Sources : Cnamts, Canam, MSA, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO :

médecine, chirurgie, obstétrique

²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Repères bibliographiques et sources

1. Les mélanomes, J.M. Halna, Incidence du cancer en France, Estimations régionales 1985-1995. Réseau français des registres de cancer, 1999, pp. 37-39
2. Stratégie de diagnostic précoce du mélanome. Recommandation en santé publique, Rapport d'évaluation, HAS, 2006, 108 p.
3. Fiche repère " Rayonnements ultraviolets et risques de cancer ", état des connaissances en date du 22 juillet 2010, Institut National du Cancer, 8 p.
4. Multiple primary melanoma and familial melanoma. Risk evaluation and screening tests. How to evaluate the risk of developing a second melanoma ? In what family ? Should screening methods be implemented ? Which ones and why ? F. Grange. Annales de Dermatologie et de Vénérologie, vol. 122, n° 5, 1995, pp. 365-371
5. The genetics of hereditary melanoma and nevi. 1998 update, M.H. Greene, Cancer, vol. 186, suppl. 11, décembre 1999, pp. 1644-1657
6. Soleil et peaux. Bénéfices, risque et prévention, M.F. Avril, M. Brodin, B. Dréno et al. Ed. Masson, 2002, 279 p.
7. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, L. Remontet, A. Buemi, M. Velten et al. InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.
8. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010, Rapport technique, Avril 2010, INCa, InVS, Hospices Civils de Lyon (HCL), 75 p.
9. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2007, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
10. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. - <http://globocan.iarc.fr>
11. EURO-CARE-4, Survival of cancer patients in Europe - <http://www.eurocare.it> (consulté en Mars 2010)
12. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2006-2008, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
13. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2009, site de la Cnam : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/index.php>
14. Guide affection longue durée, tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique - mélanome cutané - HAS/INCa, février 2008
15. Base nationale PMSI MCO 1998-2007, exploitation Drees

3.9 Cancer du sein

Chaque année, plus de 2 000 Parisiennes sont admises en affection de longue durée pour cancer du sein et plus de 400 décèdent de ce cancer. C'est la première cause de décès par cancer des femmes. On observe une surmortalité par cancer du sein chez les Parisiennes, même si celle-ci tend à se réduire depuis dix ans. Le taux de participation des Parisiennes au programme de dépistage organisé du cancer du sein est très bas. Mais le recours au dépistage individuel est important dans la capitale.

Contexte national

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme. Du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque pour les générations récentes, on observe une augmentation du taux d'incidence de ce cancer dans l'ensemble des pays à mode de vie occidental. Aujourd'hui, toutes générations confondues, douze Françaises sur cent risquent d'être atteintes par cette maladie au cours de leur existence [1].

L'évolution de l'incidence du cancer infiltrant du sein est complexe à analyser. En effet, les estimations nationales montrent une progression constante de plus de 2% par an du taux d'incidence standardisé entre 2000 et 2004. En 2005 et 2006, les données d'admissions en affection de longue durée montrent par contre un recul annuel du taux d'incidence de 3 à 4%, notamment chez les femmes de 50 ans et plus. Cette baisse pourrait être liée à la réduction massive et simultanée de la prescription de traitements hormonaux substitutifs de la ménopause (THS) [2]. Les nombres de nouveaux cas estimés pour l'année 2005 (49 800) et projeté pour 2010 (52 600) sont donc vraisemblablement surestimés [1].

Le cancer du sein est également la première cause de décès par cancer chez la femme : en 2007, il a causé le décès de 11 500 femmes en France [3]. Le taux standardisé de mortalité, quasiment stable depuis 1980, a amorcé une décroissance depuis 2000 (- 1,3% en moyenne annuelle entre 2000 et 2005) [4].

Au niveau international, l'Europe fait partie des régions du globe les plus affectées par le cancer du sein. Au sein même de l'Europe des 27, la France affiche en 2008 une position particulièrement défavorable en termes d'incidence (au 2ème rang des pays les plus touchés derrière la Belgique). En termes de mortalité, la situation est également défavorable (8ème rang des pays pour la mortalité par cancer du sein) [5].

En France, la mortalité par cancer du sein est assez homogène mais plus élevée dans sa partie nord, et notamment en Nord-Pas-de-Calais avec un taux standardisé supérieur de 26% au taux national sur la période 2005-2007. La mortalité par cancer du sein est plus faible dans les départements d'outre-mer qu'en métropole [6].

Le nombre de femmes admises en affection de longue durée (ALD) pour un cancer du sein par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie a atteint 55 200 en moyenne chaque année sur la période 2005-2007 [7].

Pour le seul régime général, le nombre total de femmes en ALD pour cancer du sein atteint 510 000 fin 2009 [8]. Ce nombre a progressé de 37% entre 2004 et 2009.

Le traitement d'un cancer du sein repose principalement sur la chirurgie qui peut être associée, selon les cas, à une radiothérapie et/ou une chimiothérapie et/ou une hormonothérapie [9]. Le cancer du sein a constitué le diagnostic principal de près de 71 500 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée en 2007 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [10].

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle et polygénique. Les formes familiales avec une prédisposition génétique (gènes BRCA 1 et BRCA 2 notamment) concernent 5 à 10% des cancers. Le rôle de l'exposition aux oestrogènes (en lien notamment avec une puberté précoce ou une ménopause tardive, une première grossesse au-delà de 30 ans ou l'absence de grossesse) et de la consommation d'alcool est bien établi. D'autres facteurs joueraient également un rôle, notamment la surcharge pondérale et l'activité physique [11-14]. De nombreuses expériences dans le monde ont montré que le dépistage chez la femme de plus de 50 ans pouvait entraîner une réduction de 30% de la mortalité à condition que le taux de participation soit supérieur à 60%. Le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie est depuis 2004 étendu à l'ensemble du territoire français. Le taux de participation est en progression : il est passé de 40% en 2004 à 52% en 2010 (soit près de 2 360 000 femmes dépistées au cours de l'année) au niveau national [15]. En dehors du dépistage organisé, les femmes peuvent avoir recours à un dépistage "individuel". Au total, la proportion de femmes âgées de 50 à 74 ans déclarant avoir réalisé une mammographie (dépistage organisé, individuel ou pour pathologie) dans les deux années précédentes est proche de 80% en 2008 [16].

Les progrès de la prise en charge du cancer du sein, avec d'une part un dépistage plus précoce et donc la découverte de tumeurs de petite taille, et, d'autre part, des traitements plus efficaces, ont permis d'améliorer considérablement son pronostic au cours des dernières décennies. En France, le taux de survie relative à cinq ans de ce cancer atteint 85% [17].

Pour les taux comparatifs de mortalité, le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux de la période [n-1 ; n+1]. Par exemple, l'année 1991 correspond à la moyenne des taux comparatifs de mortalité de la période 1990-1992.

La situation à Paris

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme. Il est responsable du décès de 421 Parisiennes en moyenne chaque année entre 2005 et 2007, soit 19% des décès féminins par cancer à Paris.

A structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité par cancer du sein des Parisiennes (27,3 décès pour 100 000) est légèrement supérieur à celui constaté en Ile-de-France et en France métropolitaine.

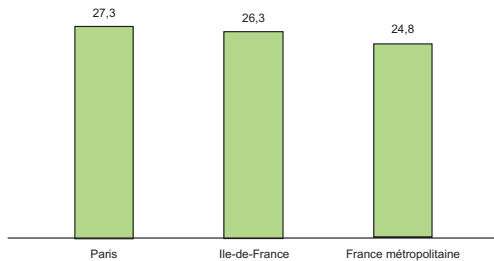
Le mortalité par cancer du sein augmente avec l'âge mais les décès sont relativement nombreux dès 40 ans, ce qui fait de ce cancer une des principales cause de mortalité prématurée chez la femme.

Le nombre de décès par cancer du sein est en baisse à Paris : il est passé de 510 par an en 1988-1990 à 421 en 2005-2007.

A structure par âge comparable, le taux de mortalité par cancer du sein a baissé de 17% entre 1991 et 2006 à Paris alors que la baisse n'est que de 13% au niveau national. De fait, la surmortalité des Parisiennes demeure sur l'ensemble de la période mais elle tend à se réduire.

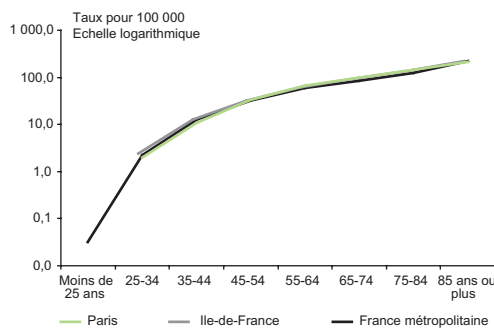
En 2007, on dénombre 2 792 séjours de Parisiennes dans les services de soins de courte durée MCO pour cancer du sein. La fréquence des séjours dans ces services de la population parisienne est supérieure de 17% à la moyenne nationale.

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par cancer du sein en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 femmes

Graph 3 - Taux de mortalité par cancer du sein par âge en 2005-2007



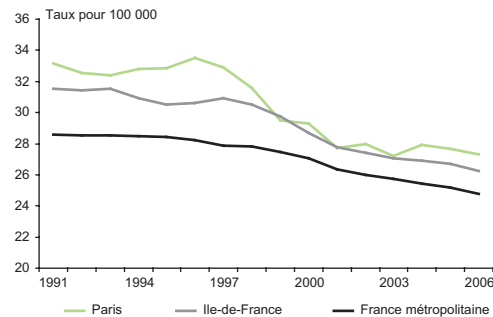
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 femmes du même âge

Tab 1 - Nombre annuel moyen de décès et taux de mortalité par cancer du sein selon l'âge en 2005-2007

Femmes	Paris		Ile-de-France	France métr.
	Effectif	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 25 ans	0	0,0	0,0	0,0
25-29 ans	1	0,6	0,7	0,8
30-34 ans	4	3,6	4,2	3,5
35-39 ans	4	4,4	7,9	8,6
40-44 ans	14	17,7	17,6	16,2
45-49 ans	19	26,9	27,0	26,6
50-54 ans	29	40,2	37,5	38,2
55-59 ans	44	58,5	57,1	55,5
60-64 ans	43	80,0	69,3	67,0
65-69 ans	41	94,9	87,4	75,4
70-74 ans	43	104,4	101,5	90,3
75-79 ans	46	115,9	120,3	109,9
80-84 ans	64	180,8	157,6	141,1
85 ans ou plus	70	216,4	220,8	217,4
Total	421	36,4	31,6	35,8

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 femmes

Graph 2 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du sein de 1991 à 2006*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.

Tab 2 - Nombre de séjours des Parisiennes dans les services de soins de courte durée MCO¹ pour cancer du sein² chez la femme

0-14 ans	15-34 ans	35-64 ans	65-84 ans	85 ans ou plus	Tous âges	ICH* Paris	ICH* IDF
1	71	1 802	835	83	2 792	117	109

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

Séjours pour lesquels un cancer du sein a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)

* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO :

médecine, chirurgie, obstétrique

²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Entre 2006 et 2008, 2 136 Parisiennes ont été admises en moyenne chaque année en affection de longue durée (ALD) pour cancer du sein par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Les admissions pour cancer du sein représentent 42% des admissions en ALD pour cancer chez les femmes.

Le dépistage du cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé à l'ensemble du territoire national au début de l'année 2004, mais il a été mis en place dès 2003 à Paris sous le contrôle de l'association pour le dépistage des cancers (ADECA75). Il s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans auxquelles est proposée une radiographie de dépistage tous les deux ans.

En 2009, un peu plus de 39 000 Parisiennes âgées de 50 à 74 ans ont bénéficié d'une mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein. Le taux de participation est de 29% contre 41% dans la région et 53% en moyenne en France. C'est le plus bas d'Ile-de-France, dans une région où les départements se caractérisent par des taux de participation globalement faibles. Dans la région, seul le département du Val-d'Oise, premier département francilien à avoir mis en place le dépistage organisé, a un taux supérieur à celui constaté au niveau national.

Au sein de Paris des disparités apparaissent entre les arrondissements : le taux de participation le plus faible est observé dans le 8^{ème} arrondissement (19%) et le plus élevé dans le 20^{ème} (30%).

Le taux de participation, même si il est très bas, progresse : il était de 12% en 2003.

La part du dépistage individuel est importante à Paris : 42%, soit plus que le dépistage organisé. Compte tenu de ce taux élevé, le taux global de couverture, prenant en compte le dépistage organisé et le dépistage individuel est de 70% à Paris en 2008, et donc très proche de celui de l'Ile-de-France (71%). Aucun département francilien n'atteint l'objectif de 80% visé par la loi de santé publique de 2004.

Le taux global de couverture mammographique permet d'apprécier la part des femmes totalement à l'écart du dépistage et qui nécessitent une approche spécifique. Cette part est de 30% à Paris.

Sur l'ensemble des 39 000 tests effectués, 2 941 se sont avérés positifs, soit 7,5% des tests. Le dépistage organisé du cancer du sein a permis en 2009 de diagnostiquer 961 lésions bénignes et 259 cancers à Paris (0,66%).

Tab 2 - Admissions en ALD pour cancer du sein en 2006-2008

	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	0	0,0	0,0	0,0
15-34 ans	50	13,4	11,8	11,4
35-64 ans	1 274	292,2	262,1	267,0
65-84 ans	702	441,7	416,3	370,6
85 ans ou plus	110	341,6	326,5	286,6
Total	2 136	185,0	162,2	174,5

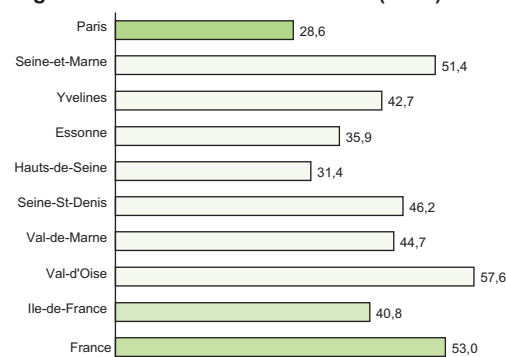
Sources : Cnamts, Canam, MSA, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Une étude réalisée en 2007 auprès d'un échantillon de Parisiennes a montré que 77 % des femmes âgées de 50-74 ans ont réalisé une mammographie au cours des deux dernières années : 25% via le dépistage organisé et 52% via le dépistage individuel. Les femmes ayant un suivi gynécologique régulier et les non fumeuses sont significativement plus à jour que les autres.

Source : Enquête OSAPIENS, Atelier parisien de santé publique, 2007

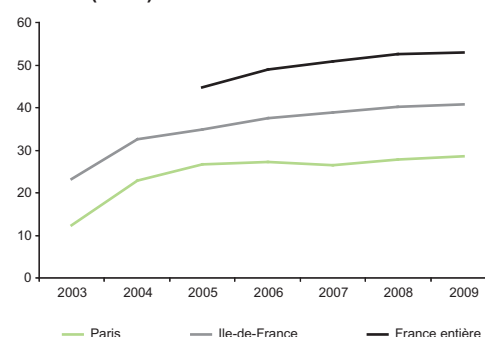
Graph 4 - Taux de participation* au dépistage organisé du cancer du sein en 2009 (en %)



Source : InVS - Exploitation ORS Ile-de-France

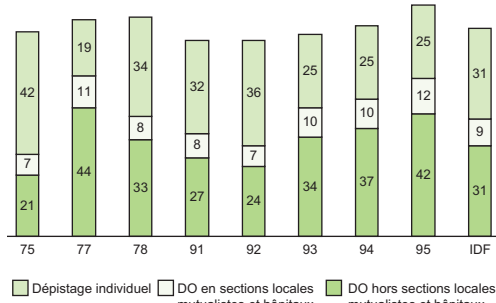
*Nombre de femmes ayant réalisé une mammographie dans le cadre du dépistage organisé rapporté à la moitié (car les femmes sont invitées tous les deux ans) de la population Insee des femmes de 50 à 74 ans

Graph 5 - Evolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein entre 2003 et 2009 (en %)



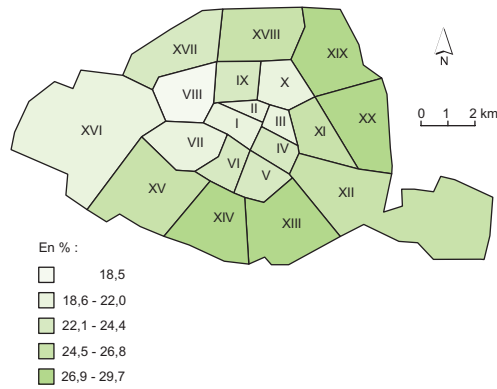
Source : InVS - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 6 - Taux global* de couverture de la population cible en 2008 (en %)



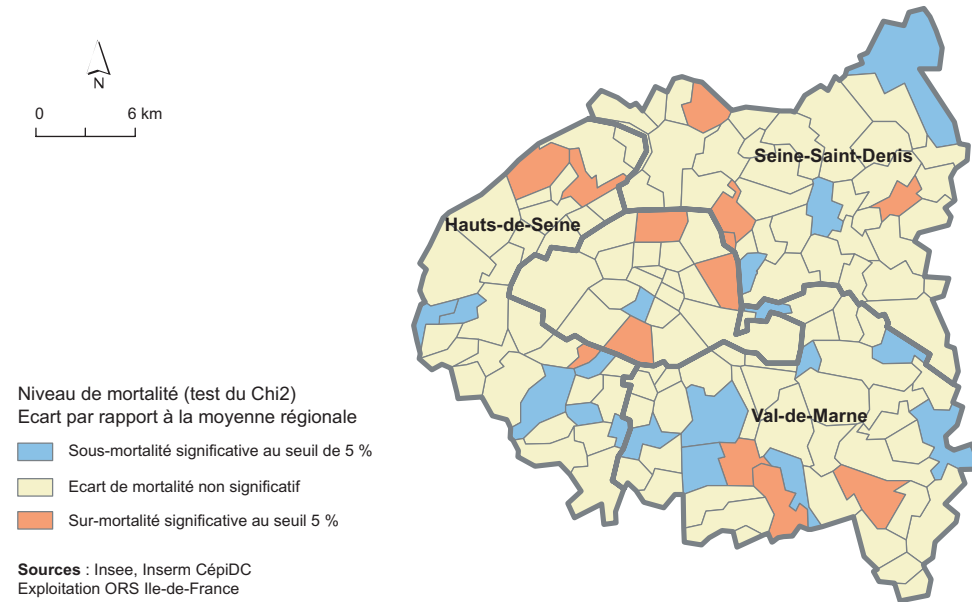
Sources : Drassif, Efect - Tableau de bord du dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France (exploitation 2008)
 *Nombre de femmes ayant bénéficié d'une mammographie, quelle qu'en soit la modalité (dans ou hors dépistage organisé), rapporté à la population cible.

Carte 1 - Taux de participation* au dépistage du cancer du sein dans les arrondissements parisiens en 2009 (en %)



Source : ADECA 75 - Exploitation ORS Ile-de-France
 *Nombre de femmes ayant réalisé une mammographie dans le cadre du dépistage organisé rapporté à la population invitée

Carte 1 - Mortalité par cancer du sein chez la femme dans les arrondissements de Paris et les communes de proche couronne en 2004-2007



Repères bibliographiques et sources

- INCa. (2010). La situation du cancer en France en 2010. 288 p.
- Allemand H, Séradorou B, Weill A et al. (2008). Baisse de l'incidence des cancers du sein en 2005 et 2006 en France : un phénomène paradoxal. Bulletin du cancer. vol. 95, n° 1. pp. 11-15.
- Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G et al. (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005, InVS. 132 p.
- Ferlay J, Shin HR, Bray F et al. (2010). Globocan 2008, Cancer incidence and mortality worldwide. International agency for research on cancer. page internet. <http://globocan.iarc.fr>
- Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.scoresante.org
- Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS
- Cnamts. Site de l'Assurance maladie : www.ameli.fr
- HAS, INCa. (2010). Guide patient affection de longue durée : la prise en charge du cancer du sein. 8 p.
- ATI. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- Nkondjock A, Ghadirian P. (2005). Facteurs de risque du cancer du sein. Médecine sciences. vol. 21, n° 2. pp. 175-180.
- Clavel-Chapelon F. (2002). Differential effects of reproductive factors on the risk of pre- and postmenopausal breast cancer : results from a large cohort of french women. British journal of cancer. vol. 86, n° 5. pp. 723-727.
- Boyle P, Boffetta P. (2009). Alcohol consumption and breast cancer risk. Breast cancer research. vol. 11, suppl. 3. S3.
- Remontet L, Buemi A, Velten M, Jouglà E, Estève J. (2003). Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. 217 p.
- InVS. (2010). Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein. page internet. www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/evaluation_sein_programme.htm
- Drees. (2010). Dépistage du cancer du sein. In L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Ed. La Documentation française. pp. 226-229.
- Istituto Superiore di Sanità. Site d'Eurocare. Survival of cancer patients in Europe. www.eurocare.it

3.10 Cancers de l'utérus

Près de 300 Parisiennes sont admises chaque année en affection de longue durée pour cancer de l'utérus et un peu plus de 100 Parisiennes décèdent d'un cancer de l'utérus (toutes localisations confondues). Le niveau de mortalité par cancer de l'utérus n'est pas différent à Paris de celui observé en France. Comme en France, il diminue depuis quinze ans.

Contexte national

Les cancers de l'utérus regroupent les cancers du col et du corps de l'utérus, affections différentes par leur histoire naturelle, leur âge de survenue, leurs facteurs de risque et leur pronostic [1].

Le cancer du corps de l'utérus touche les femmes à partir de 40 ans. Son principal facteur de risque est l'hyperœstrogénie qu'elle soit endogène (en cas d'obésité, de nulliparité ou de ménopause précoce) ou exogène (lors de traitement par des œstrogènes non associés à des progestatifs). Le nombre de cas de cancers du corps est estimé à 5 800 en 2005 (quatrième rang des cancers féminins les plus fréquents) [2]. Les projections font état pour l'année 2010 de 6 560 cas [3]. Le taux d'incidence est resté stable entre 1980 et 1990 et progresse très légèrement depuis, situant la France parmi les pays d'Europe les moins touchés [4].

Les femmes atteintes de cette pathologie sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par l'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins nécessités par cette affection. Entre 2006 et 2008, 4 600 femmes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie ont été admises en ALD pour cancer du corps de l'utérus (et 970 pour un cancer de l'utérus de localisation non précisée) [5]. Pour le seul régime général, le nombre total de femmes en ALD en 2009 pour cancer du corps est estimé à 34 500 [6]. Le cancer du corps de l'utérus a constitué le diagnostic principal d'environ 9 000 séjours hospitaliers dans les services de court séjour en 2004, dont 6 300 séjours chirurgicaux, hors séances de chimiothérapie et radiothérapie [7].

Les statistiques de causes médicales de décès ne permettent pas de dénombrer aisément les décès par cancer du corps de l'utérus car 60% des certificats de décès mentionnant un cancer de l'utérus ne précisent pas sa localisation. Les travaux menés à partir des données de plusieurs registres des cancers permettent toutefois d'estimer à 1 800 le nombre de décès pour l'année 2005. Entre 1980 et 2005, le taux de mortalité par cancer du corps a diminué de 0,2% par an [2]. Le taux de survie relative à cinq ans (76%) est dans la moyenne européenne [8].

Le cancer du col de l'utérus concerne des femmes plus jeunes puisqu'il se voit dès 20 ans, avec un pic d'incidence à 40 ans. Son principal facteur de risque est l'infection à papillomavirus humain (HPV) transmise par voie sexuelle. Les lésions du col peuvent se développer dans les tissus superficiels (cancer in situ) ou envahir les tissus plus profonds, constituant un cancer infiltrant.

Le nombre de nouveaux cas de cancers invasifs du col est estimé à environ 3 070 pour l'année 2005 [2].

Les projections font état pour l'année 2010 de 2 820 cas [3]. Son incidence est en diminution depuis quarante ans : entre 1990 et 2005, elle a diminué au rythme de 2,9% par an en moyenne [2]. Malgré cette baisse, la France figure toujours parmi les pays européens à incidence élevée [4].

Entre 2006 et 2008, 3 100 femmes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie ont été admises en moyenne chaque année en ALD pour cancer du col de l'utérus [5]. Pour le seul régime général, le nombre total de femmes en ALD pour ce cancer est estimé en 2009 à 27 400 [4].

La chirurgie est indiquée dans la majorité des cancers du col, et en 2004, cette pathologie a constitué le diagnostic principal de 6 500 séjours hospitaliers dont 3 900 séjours chirurgicaux (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [7].

En 2005, le nombre de décès par cancer du col peut être estimé à 1 070. Entre 1980 et 2005, la mortalité par cancer du col de l'utérus a diminué au rythme de 4% par an en moyenne, ce qui place la France en position assez favorable au sein des pays de l'Union européenne [4].

La survie relative à cinq ans (70%) est légèrement supérieure à la moyenne européenne [8].

Outre la prévention commune à toutes les maladies sexuellement transmissibles, la prévention de certains cancers du col par la vaccination contre plusieurs sérotypes de papillomavirus humain (HPV), désormais possible, est recommandée pour toutes les filles dès 14 ans [9, 10].

Cette vaccination ne doit toutefois pas remplacer le dépistage des lésions cancéreuses et précancéreuses du col, qui repose sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) tous les trois ans entre 25 et 65 ans après deux frottis normaux effectués à un an d'intervalle. Ce dépistage est le plus souvent réalisé sur prescription individuelle. Des programmes de dépistage organisé fonctionnent toutefois dans deux départements (Isère et Martinique) et une région (Alsace) en 2008 [9]. Le plan cancer 2009-2013 prévoit d'étendre le dépistage organisé (avec des stratégies variables) à plusieurs autres départements [11].

Le nombre annuel de frottis réalisés en médecine libérale est donné par la liquidation des actes de l'assurance-maladie correspondants. Pour le seul régime général (CnamTS), le nombre de frottis remboursé est de 4,7 millions en 2005.

Ces volumes correspondraient à une couverture, c'est-à-dire la proportion de femmes ayant réalisé un frottis sur trois ans, de 90,2% si les femmes ne faisaient qu'un seul frottis de dépistage tous les trois ans.

Pour les taux comparatifs de mortalité, le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux de la période [n-1 ; n+1]. Par exemple, l'année 1991 correspond à la moyenne des taux comparatifs de mortalité de la période 1990-1992.

En pratique, certaines femmes en font plus souvent, d'autres jamais ou trop rarement.

Pour le seul régime général (hors sections locales mutualistes), sur la période 2006-2008, le taux de couverture du FCU triennal est estimé à 56,6% pour les femmes âgées de 25 à 65 ans. Ce taux est stable autour de 57% depuis 6 ans. Ces chiffres sous-estiment le taux réel de couverture dans cette population car ils ne prennent en compte que les FCU réalisés dans le secteur libéral. Les taux de couverture des ressortissants des autres régimes n'ont pas été déterminés. [9].

Parmi les femmes de 25 à 65 ans interrogées dans le Baromètre cancer 2005, 81,0% ont déclaré avoir eu un frottis au cours des trois dernières années. La proportion de femmes de cette tranche d'âge déclarant ne jamais avoir eu un frottis est de 5,8%. Les ouvrières, les exploitantes agricoles, les artisans commerçants, les employées, les femmes sans profession ont effectué moins de frottis que les cadres et les professions intermédiaires. Les frottis sont aussi moins fréquents chez les bénéficiaires de la CMU, sans couverture médicale complémentaire. Une meilleure couverture du dépistage pourrait permettre de diminuer encore l'incidence du cancer du col. Il est important de renforcer la pratique du dépistage auprès de celles qui y échappent, en rappelant son intérêt aux femmes [12].

La situation à Paris

Les cancers de l'utérus (toutes parties de l'utérus) sont à l'origine du décès de 108 Parisiennes en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. Les décès par cancer de l'utérus sont rares avant 50 ans puis progressent régulièrement avec l'âge. Les cancers de l'utérus regroupent les cancers du col et du corps de l'utérus, affections différentes par leur histoire naturelle, leur âge de survenue, leurs facteurs de risque et leur pronostic. Les statistiques de causes médicales de décès ne permettent pas de dénombrer précisément les décès par cancer du col et ceux par cancer du corps car une proportion importante de certificats de décès ne précisent pas la localisation exacte. Ainsi à Paris, sur la période 2005-2007, le nombre annuel de décès par cancer du col est de 32, celui par cancer du corps est de 31 et celui par cancer de l'utérus sans précision est de 45. Plus de la moitié des décès par cancer du col survient chez des femmes de moins de 65 ans, alors que les trois quarts de ceux par cancer du corps surviennent entre 65 ans.

A structure par âge comparable, Paris présente un niveau de mortalité par cancer de l'utérus (toutes localisations) équivalent à ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine. Le taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus s'élève à 6,8 décès annuels pour 100 000 femmes, il est de 6,4 en Ile-de-France et de 6,2 en France métropolitaine.

Tab 1 - Nombre annuel moyen de décès par cancer de l'utérus* et taux de mortalité selon l'âge en 2005-2007

	Paris		IDF	France métro.
	Effectif	Taux**	Taux**	Taux**
Moins de 25 ans	0	0,0	0,0	0,0
25-29 ans	0	0,3	0,4	0,3
30-34 ans	1	1,0	0,8	1,0
35-39 ans	1	1,6	1,9	2,0
40-44 ans	3	3,9	4,0	4,5
45-49 ans	4	5,6	5,8	5,9
50-54 ans	8	10,5	8,9	8,0
55-59 ans	8	10,2	10,9	10,7
60-64 ans	11	20,3	16,5	13,8
65-69 ans	9	21,8	22,7	21,1
70-74 ans	10	24,5	25,9	26,9
75-79 ans	19	47,5	38,6	35,2
80-84 ans	15	41,7	41,7	45,7
85 ans ou plus	19	60,0	54,2	58,2
Total	108	9,4	7,9	9,5

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

*Col, corps et "non précisé"

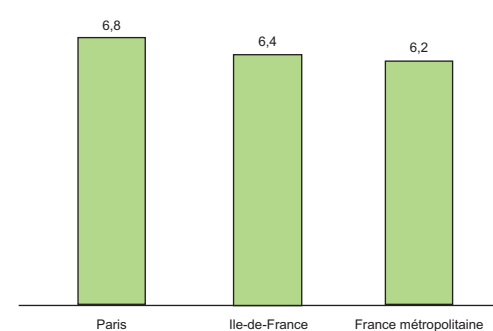
**Taux pour 100 000 femmes du même âge

Tab 2 - Nombre annuel moyen de décès par cancer de l'utérus en 2005-2007 à Paris

	Col	Corps	Autres parties	Total
Moins de 15 ans	0	0	0	0
15-34 ans	1	0	0	1
35-64 ans	18	6	11	35
65-84 ans	11	20	22	53
85 ans ou plus	2	5	12	19
Total	32	31	45	108

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par cancer de l'utérus* en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 femmes

*Col et corps

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO :

médecine, chirurgie, obstétrique

²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Entre 1991 et 2006, le taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus a baissé à Paris comme en France. La baisse est un peu plus prononcée et plus irrégulière (faibles effectifs) à Paris qui voit cependant sa situation relative s'améliorer.

En 2007, le nombre de séjours de Parisiennes dans les services de soins de courte durée MCO pour cancer de l'utérus est de 557. La fréquence des séjours dans ces services de la population parisienne est supérieure de 8% à la moyenne nationale.

Entre 2006 et 2008, en moyenne, 289 femmes ont été admises chaque année en affection de longue durée pour cancer de l'utérus. Les admissions concernent majoritairement des femmes âgées de 35 à 64 ans. Parmi les admissions pour cancer de l'utérus, 51% concernent un cancer du corps et 38% un cancer du col. Pour le reste des admissions, la localisation n'est pas précisée.

Tab 3 - Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO¹ pour cancer de l'utérus²

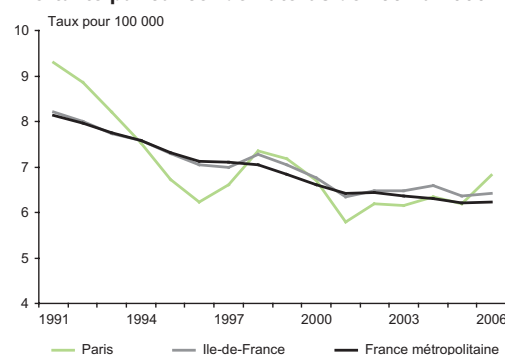
0-14 ans	15-34 ans	35-64 ans	65-84 ans	85 ans ou plus	Tous âges	ICH* Paris	ICH* IDF
0	22	279	224	30	557	108	96

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

Séjours pour lesquels un cancer de l'utérus a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)

* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Graph 2 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de l'utérus de 1991 à 2006*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.

Tab 4 - Admissions en ALD pour cancer de l'utérus* en 2006-2008

Effectif annuel	Col	Corps	Autres parties	Total
Moins de 15 ans	0	0	0	0
15-34 ans	6	1	1	8
35-64 ans	68	63	15	146
65-84 ans	28	75	13	116
85 ans ou plus	7	9	3	19
Total	109	148	32	289

	Paris		IDF	France métr.
	Effectif	Taux brut**	Taux brut**	Taux brut**
Moins de 15 ans	0	0,0	0,0	0,0
15-34 ans	8	2,1	2,0	2,9
35-64 ans	146	33,5	32,6	34,8
65-84 ans	116	73,0	71,9	71,8
85 ans ou plus	19	59,0	53,4	49,9
Total	289	25,0	23,1	27,3

Sources : Cnamts, Canam, MSA, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

*Toutes parties de l'utérus

**Nombre de nouveaux cas pour 100 000 femmes

Repères bibliographiques et sources

1. Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations, Fnors, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76 p. (Coll. Les Etudes du Réseau des ORS)
2. Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G et al. (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. InVS. 132 p.
3. INCa, InVS, Hospices civils de Lyon, Réseau Francim. (2010). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. 75 p.
4. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. <http://globocan.iarc.fr>
5. Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2006-2008, exploitation Fnors et ORS Ile-de-France.
6. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2009, site de Site de l'Assurance maladie (Cnamts) : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/index.php>
7. ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
8. EURO-CARE-4, Survival of cancer patients in Europe <http://www.eurocare.it/>. (consulté en novembre 2010)
9. Dupont N., Données épidémiologiques sur le cancer de l'utérus, Etat des connaissances, actualisation 2008, Institut de veille sanitaire (InVS), mai 2008, 31 p.
10. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, Synthèse et Recommandations, Haute autorité de santé, Juillet 2010, 53 p.
11. INCa. (2010). La situation du cancer en France en 2010. 286 p.
12. Prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus, Etat des connaissances, INPES, Mars 2011, 4 p.

3.11 Cancer de la prostate

Chaque année, 230 Parisiens décèdent d'un cancer de la prostate. La plupart sont âgés de 75 ans ou plus. Le niveau de mortalité par cancer de la prostate est légèrement moins élevé à Paris qu'en France métropolitaine. Le développement du dépistage conduit à une augmentation du nombre de cancers de la prostate, mais la mortalité tend à diminuer à Paris comme en France.

Contexte national

Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers chez l'homme. Pour l'année 2005, le Réseau français des registres de cancer (Francim), estime à 62 250 le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate, représentant 34% du total des cancers masculins [1]. Ce cancer atteint surtout des hommes âgés mais le risque pour un homme d'être atteint de ce cancer avant 75 ans augmente avec la cohorte de naissance. Chez les hommes nés en 1940, le risque atteint 18,6% soit un risque environ sept fois plus élevé que celui des hommes nés en 1910. Entre 1980 et 2005, le taux d'incidence standardisé du cancer de la prostate n'a cessé de progresser, au rythme annuel moyen de 6,3%. Une part de cette augmentation s'explique par le développement du dépistage individuel de ce cancer, avec notamment le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) [1, 2].

Le cancer de la prostate est la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme, après le cancer du poumon et devant le cancer colorectal : en 2007, il est responsable du décès de 9 000 hommes en France métropolitaine [3].

Après une période de faible croissance jusqu'en 1990, le taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate s'est orienté à la baisse, celle-ci s'accroissant entre 2000 et 2005 (-2,5% en moyenne annuelle sur cette période). Le dépistage et l'amélioration de la prise en charge de ce cancer peuvent expliquer cette évolution favorable de la mortalité.

Au niveau international, l'Europe fait partie des régions du globe les plus affectées par le cancer de la prostate. Au sein même de l'Europe des 27, la France affiche en 2008 une position particulièrement défavorable en termes d'incidence (au 2ème rang des pays les plus touchés derrière l'Irlande). En termes de mortalité la situation est moins défavorable, la France se situant en position médiane parmi les pays européens.

En France, les disparités de mortalité par cancer de la prostate sont relativement importantes. Les régions en surmortalité se situent principalement dans le Nord et dans le Centre du pays. Les taux les plus faibles s'observent dans les régions du Sud avec un minimum en Corse et en Provence-Alpes-Côte d'Azur [5].

Les personnes atteintes d'un cancer de la prostate sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. Entre 2006 et 2008, 48 000 admissions en ALD ont ainsi été prononcées en moyenne chaque année parmi les hommes

relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [6]. Pour le seul régime général, le nombre total d'hommes inscrits en ALD pour cancer de la prostate est de 322 000 au 31 décembre 2009 [7]. Ce nombre a progressé de 69% entre 2004 et 2009. Cette forte progression s'explique par le vieillissement de la population, l'augmentation du dépistage et l'augmentation de la durée de vie des personnes atteintes par ce cancer. En France, le taux de survie relative à cinq ans pour ce cancer est proche de 80% [8].

Les principales modalités de prise en charge des cancers de la prostate sont la chirurgie, la radiothérapie (radiothérapie externe et curiethérapie), la surveillance active (qui permet de différer la mise en route d'un traitement) et l'hormonothérapie. Plus rarement, la chimiothérapie peut également être utilisée. D'autres techniques sont en cours d'évaluation : le traitement par ultrasons focalisés de haute intensité et la cryothérapie. Les traitements peuvent être utilisés seuls ou associés les uns aux autres [9].

Le cancer de la prostate a constitué le diagnostic principal de 69 500 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée en 2007 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [10].

L'opportunité du dépistage du cancer de la prostate, notamment au moyen du dosage sanguin du PSA éventuellement associé au toucher rectal, fait l'objet de nombreuses évaluations. A ce jour, le bénéfice en terme de réduction de la mortalité globale d'un dépistage systématique par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré. Un tel programme risque de conduire à la découverte de petites tumeurs qui ne se seraient jamais manifestées, et à leur traitement par des techniques relativement lourdes et souvent à l'origine d'importants effets secondaires. Les résultats préliminaires des deux premières études randomisées de grand effectif sur le sujet : l'étude ERSPC (European randomized study of screening for prostate cancer) initiée en Europe en 1994, et l'étude PLCO (Prostate, lung, colorectal and ovarian cancer screening) menée aux Etats-Unis par l'institut national du cancer apportent des éléments nouveaux, mais contradictoires [11, 12]. C'est pourquoi l'ensemble des agences d'évaluation qui se sont prononcées sur ce thème, dont l'Anaes, devenue la Haute autorité de santé (HAS), ne recommandent pas le dépistage systématique [13, 14, 15]. Pour le dépistage individuel, il n'y a pour l'instant pas de consensus. L'HAS n'a pas émis de recommandations sur un dépistage systématique mais s'est accordée sur les bénéfices d'un dépistage individuel pour certaines personnes à risque [15].

Pour les taux comparatifs de mortalité, le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux de la période [n-1 ; n+1]. Par exemple, l'année 1991 correspond à la moyenne des taux comparatifs de mortalité de la période 1990-1992.

En 2009, l'association française d'urologie (AFU) a renouvelé ses recommandations de mise en œuvre d'un dépistage "modulé" en fonction de l'âge et de certains facteurs de risques familiaux ou ethniques [1, 16]. En pratique, le dépistage individuel s'est largement développé ces dernières années en France. Le nombre total de dosages de PSA remboursés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) est ainsi passé de 1,5 million en 2000 à 4,3 millions en 2008 [17]. Dans ce contexte, des recommandations ont été émises en 2004 par l'Anaes sur la nécessité d'informer le patient de l'intérêt et des limites potentielles ou avérées de ce dépistage [15].

La situation à Paris

Le cancer de la prostate est à l'origine du décès de 231 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. Cette localisation représente 10% des décès masculins par cancer, ce qui la place en deuxième par ordre d'importance, après le cancer du poumon.

Le cancer de la prostate est rare avant 45 ans, la majorité des décès (76%) intervenant après 75 ans. Les taux de mortalité sont multipliés par un facteur douze entre le groupe d'âge 65-69 ans et celui des 85 ans ou plus.

Cependant, les taux constatés à Paris restent inférieurs à ceux que l'on peut observer en Ile-de-France ou en France métropolitaine pour les hommes âgés de plus de 55 ans.

En 2005-2007, à structure par âge comparable, Paris présente un taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate de 19,1 décès pour 100 000 hommes, légèrement inférieur à celui observé en Ile-de-France ou en France métropolitaine.

Le nombre de décès de Parisiens par cancer de la prostate est passé de 305 en 1988-1990 à 231 en 2005-2007. En tenant compte des évolutions démographiques entre ces deux dates, la baisse de la mortalité atteint 27% à Paris (30% en Ile-de-France et de 29% en France).

En 2007, le nombre de séjours de Parisiens dans les services hospitaliers de soins de courte durée pour cancer de la prostate est de 1 307. La fréquence des séjours de Parisiens dans ces services est inférieure de 36% à la moyenne nationale.

En 2006-2008, 1 310 Parisiens ont été admis en moyenne chaque année en affection de longue durée pour un cancer de la prostate par les trois principaux régimes d'assurance maladie.

Les admissions pour cancer de la prostate représentent environ 30% des admissions en ALD pour cancer chez les hommes. Ces admissions ont lieu principalement entre 65 et 84 ans

Nombre annuel moyen de décès et taux de mortalité par cancer de la prostate selon l'âge en 2005-2007

	Seine-Saint-Denis		IDF	France métro.
	Effectif	Taux*	Taux*	Taux*
0-45 ans	0	0,0	0,0	0,0
45-49 ans	1	1,3	0,8	0,7
50-54 ans	0	0,7	2,6	2,7
55-59 ans	4	8,8	8,7	9,7
60-64 ans	7	23,8	23,3	22,2
65-69 ans	9	43,9	48,4	49,4
70-74 ans	14	76,5	89,4	101,2
75-79 ans	22	169,3	177,9	192,7
80-84 ans	28	342,2	323,9	364,6
85 ans ou plus	33	661,9	703,0	783,1
Total	119	16,2	20,5	30,3

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 hommes

Taux comparatifs de mortalité par cancer de la prostate en 2005-2007

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 hommes

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de la prostate de 1991 à 2006*

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.

Admissions en ALD pour cancer de la prostate en 2006-2008

	Seine-Saint-Denis		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	0	0,0	0,0	0,0
15-34 ans	0	0,2	0,1	0,1
35-64 ans	249	88,4	112,5	129,1
65-84 ans	429	695,8	854,4	787,2
85 ans ou plus	35	697,0	712,1	638,0
Total	713	97,0	122,2	149,5

Sources : Cnamts, Canam, MSA, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 hommes

Nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée MCO¹ pour cancer de la prostate²

0-14 ans	15-34 ans	35-64 ans	65-84 ans	85 ans ou plus	Tous âges	ICH* 93	ICH* IDF
							94

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

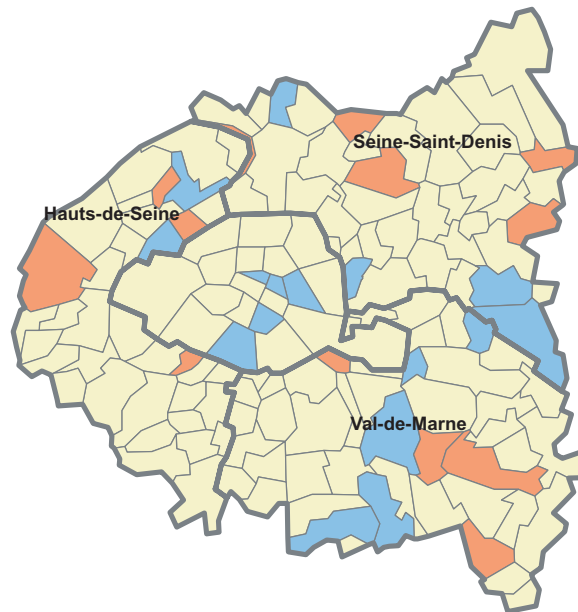
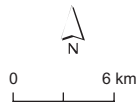
Séjours pour lesquels un cancer de la prostate a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)

* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

Niveau de mortalité par cancer de la prostate chez les hommes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Niveau de mortalité (test du Chi2)
Ecart par rapport à la moyenne régionale

- Sous-mortalité significative au seuil de 5 %
- Ecart de mortalité non significatif
- Sur-mortalité significative au seuil 5 %

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

Repères bibliographiques et sources

1. La situation du cancer en France en 2010, INCa, novembre 2010, 288 p.
2. A. Belot, M. Velten, P. Grosclaude, N. Bossard, G. Launoy, L. Remontet, E. Benhamou, L. Chérié-Challine et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005, Francim, INCa, Inserm, Hôpitaux de Lyon, INVS, décembre 2008
3. Base nationale des causes médicales de décès 1979-2007, Inserm CépiDC <http://www.cephdc.vesinet.inserm.fr>
4. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide : IARC Cancer Base No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. - <http://globocan.iarc.fr>
5. Site commun d'observation régionale en santé (SCORE-santé) de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) <http://www.score-sante.org/score2008/index.html>
6. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2006-2008, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
7. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2009, site de la Cnam : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/index.php>
8. EURO-CARE-4, Survival of cancer patients in Europe - <http://www.eurocare.it> (consulté en Mars 2010)
9. Les traitements du cancer de la prostate, CANCER INFO, Inca, novembre 2010, 78 p.
10. Base nationale PMSI MCO 1998-2007, exploitation Drees
11. Site internet de l'European randomized study of screening for prostate cancer - <http://www.erspc.org>
12. Site internet du National cancer institute - <http://www.cancer.gov/prevention/plco>
13. Dépistage du cancer de la prostate, Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009, Haute autorité de santé (HAS), juin 2010, 50 p.
14. Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate, Anaes, 1998, 115 p.
15. Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Document à l'usage des professionnels de santé. Recommandations, Anaes, Association française d'urologie, 2004, 25 p.
16. Dépistage du cancer de la prostate. Recommandations de l'Association française d'urologie, A. Villers, X. Rébillard, M. Soulié et al. Progrès en Urologie, vol. 32, n° 2, avril 2003, pp. 209-214
17. Les actes de biologie remboursés entre 2006 et 2008 par le régime général de l'Assurance Maladie. Biolam. Cnamts, mise à jour octobre 2010 <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medic-am-generic-am-biolam-lpp-am/biolam-2006-2008.php>

¹MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

3.12 Diabète

Le taux standardisé de prévalence du diabète est relativement bas à Paris (2,9% contre 3,8% en Ile-de-France et en France métropolitaine en 2007). L'incidence et la prévalence médico-sociales y sont également peu élevées. On constate en revanche un recours à des soins hospitaliers pour diabète relativement important des Parisiens.

Contexte national

Le diabète se caractérise par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de la sécrétion d'insuline et/ou d'anomalies de l'action de l'insuline. Les deux formes principales sont le diabète de type 1, maladie auto-immune qui débute le plus souvent chez l'enfant ou l'adulte jeune de façon rapide, voire brutale et le diabète de type 2, dont l'émergence est favorisée par la sédentarité et l'obésité. Ce dernier, qui représente plus de 90% des cas, s'installe le plus souvent de façon très progressive, et peut rester longtemps asymptomatique. Le traitement par insuline injectable est indispensable aux diabétiques de type 1, alors que le diabète de type 2 est traité par des mesures hygiéno-diététiques (régime, activité physique) qui peuvent être associées à des médicaments antidiabétiques oraux ou injectables [1, 2].

La prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée en 2009 à 4,4 % de la population française (métropole et Outre-mer), ce qui correspond à environ 2,9 millions de personnes. Cette prévalence, qui augmente avec l'âge, est plus élevée chez les hommes ainsi que dans les groupes sociaux les moins favorisés. Les disparités géographiques sont marquées, avec une prévalence dépassant 5% dans le nord-est de la France et atteignant 7 à 9% dans les départements d'Outre-mer, alors qu'elle reste inférieure à 4% dans les régions de l'ouest [3, 4].

Au sein de l'Europe, la France fait partie des pays les plus protégés avec ceux du pourtour méditerranéen pour le diabète de type 1, alors qu'elle semble occuper une position moyenne pour le diabète de type 2 [1].

Le diabète constitue la deuxième cause d'admission en affection de longue durée après le cancer pour les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie, avec 190 000 admissions par an en moyenne entre 2006 et 2008 [5].

Les complications du diabète, fréquentes et graves, sont principalement de nature vasculaire. Elles peuvent toucher les microvaisseaux de la rétine (risque de cécité), du rein (à l'origine d'insuffisance rénale et de mise en dialyse) ou des nerfs périphériques. Ces dernières prédisposent aux plaies du pied, qui conduisent parfois à l'amputation. Le principal déterminant de ces complications microvasculaires est la durée d'exposition à l'hyperglycémie. Les atteintes des gros vaisseaux peuvent se traduire par un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ou une artérite des membres inférieurs [1, 6]. Outre l'hyperglycémie, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, et le tabagisme favorisent ces atteintes macrovasculaires. En 2007, 16,7% des patients interrogés dans l'étude

Entred rapportaient un antécédent d'infarctus du myocarde ou d'angor, 3,9% la perte de la vue d'un œil, 0,3% déclaraient une dialyse ou une greffe rénale et 1,5% une amputation d'un membre inférieur [2].

Le diabète a constitué le diagnostic principal de 153 000 séjours hospitaliers dans les services de court séjour en 2007 [7]. En métropole, près de 11 400 séjours de diabétiques, correspondant à 9 200 personnes, ont donné lieu à une amputation du membre inférieur. Le taux de personnes diabétiques amputées en 2007 peut ainsi être estimé à 3,8 pour 1 000 [8].

La mortalité liée au diabète est difficile à apprécier car, pour les décès liés à ses complications, l'étiologie diabétique n'est pas toujours mentionnée. En 2006, 6,1% des certificats de décès des personnes résidant en France (métropole et Outre-mer) mentionnaient un diabète en tant que cause initiale (2,2%) ou associée. Les disparités géographiques de mortalité sont cohérentes avec celles de la prévalence, avec des taux élevés dans les départements d'Outre-mer et dans le nord et l'est de la France, et plus faibles dans les régions de l'ouest et en Ile-de-France [8].

Les facteurs génétiques jouent un rôle dans la survenue du diabète de type 1 et surtout du diabète de type 2. Mais pour ce dernier les facteurs hygiéno-diététiques sont prépondérants, dès lors qu'il existe une prédisposition génétique. La prévention primaire du diabète de type 2 repose donc sur une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, et fait notamment partie des objectifs du Plan national nutrition santé (PNNS) [9]. La Haute autorité de santé (HAS) préconise un dépistage du diabète de type 2 au-delà de 45 ans, chez les personnes à risque et dans les populations en situation de précarité [10].

Le suivi des patients diabétiques, ainsi que le traitement médicamenteux des facteurs de risque cardiovasculaire associés au diabète se sont améliorés ces dernières années, mais des progrès restent à faire, notamment pour les populations les moins favorisées [3, 11].

La coordination des soignants, ainsi que la participation active et durable des patients sont indispensables à la qualité et l'efficacité de la prise en charge. De nombreuses initiatives se sont développées dans cette perspective, notamment les réseaux diabète ou encore le programme Sophia, implanté par l'assurance maladie dans un certain nombre de départements, qui offre aux patients le souhaitant un accompagnement personnalisé à distance [12, 13].

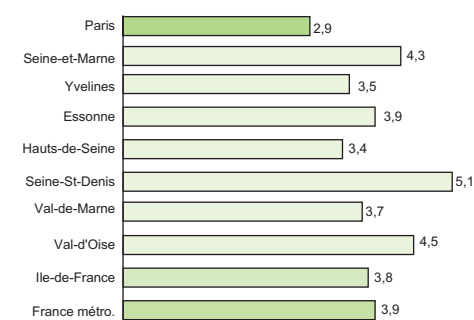
La situation à Paris

En 2007, selon une étude de l'InVS, environ 60 000 Parisiens (affiliés au régime général de l'assurance maladie) étaient suivis pour diabète, soit un taux standardisé de prévalence de 2,9%, relativement faible en comparaison de ceux de la région et de la France métropolitaine (3,8% et 3,9%). Cette faible prévalence est confirmée par les données d'affections de longue durée de l'Assurance maladie (ALD). En 2009, 53 000 Parisiens sont inscrits en ALD pour diabète soit une prévalence de la maladie de 2,1%, nettement inférieure à celles observées aux niveaux régional et national (respectivement 2,9% et 3,1%).

L'incidence médico-sociale du diabète apparaît également assez faible dans la capitale : en 2006-2008, 5 232 personnes en moyenne ont été admises chaque année en affection de longue durée pour cause de diabète par les trois principaux régimes d'assurance maladie, dont 59% d'hommes. Les admissions en ALD augmentent avec l'âge pour les deux sexes, mais sont, à tout âge et pour les deux sexes, inférieures à Paris à ceux observés en Ile-de-France ou en France.

En 2007, on dénombre 6 261 séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée MCO pour diabète, dont une majorité d'hommes (58%). La fréquence des séjours de Parisiens dans ces services est supérieure de 48% pour les hommes à la moyenne nationale et supérieure de 5% pour les femmes.

Graph 1 - Taux standardisé de prévalence du diabète en 2007 (en %)



Source : InVS - Exploitation ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

- HAS, Afssaps. (2006). Traitement médicamenteux du diabète de type 2 (Actualisation). Recommandations. 45 p.
- Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C et al. (2009). Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 42-43. pp. 450-455
- Ricci P, Blotière PO, Weill A et al. (2010). Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 42-43. pp. 425-431
- Romon I, Dupin J, Fosse S et al. (2006). Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 45. pp. 347-350
- Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2006-2008, exploitation ORS Ile-de-France
- InVS. (2005). Etude Entred : suite des résultats. Les complications du diabète et le diabète chez le sujet âgé. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n° 12-13. pp. 45-52
- ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees
- Drees. (2010). Complications du diabète. In L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Ed. La Documentation française. pp. 238-243
- Ministère de la santé et des solidarités. (2006). Deuxième programme national nutrition santé 2006-2010. Actions et mesures. 51 p.
- Anacs. (2003). Principes de dépistage du diabète de type 2. 159 p.
- Robert J, Roudier C, Poutignat N et al. (2009). Prise en charge des personnes diabétiques de type 2 en France en 2007 et tendances par rapport à 2001. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 42-43. pp. 455-460
- Cnamts. Site du service d'accompagnement de l'Assurance maladie pour les malades chroniques. www.sophia-infoservice.fr
- Ancred. Site de l'Association nationale de coordination des Réseaux diabète

Paris présente donc à la fois une faible prévalence du diabète (pour les deux sexes) mais un fort recours aux soins pour les hommes.

La mortalité liée au diabète est difficile à apprécier (cf contexte national). Chaque année, environ 200 Parisiens décèdent avec pour cause principale de décès un diabète sucré, chiffre qui ne représente pas le poids réel de cette maladie.

Tab 1 - Admissions en ALD pour diabète en 2006-2008

Hommes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	19	11,8	15,8	16,6
15-34 ans	111	31,8	39,7	34,1
35-64 ans	1 849	460,0	545,4	516,5
65-84 ans	1 019	980,9	1 110,8	958,1
85 ans ou plus	88	717,1	707,1	657,2
Total	3 086	300,5	339,8	349,1

Femmes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	21	13,7	16,6	16,8
15-34 ans	89	23,8	33,3	31,6
35-64 ans	1 131	259,4	353,6	338,9
65-84 ans	791	497,7	686,3	703,8
85 ans ou plus	114	354,0	481,9	542,3
Total	2 146	185,9	243,0	271,6

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Tab 2 - Nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée MCO¹ pour diabète² en 2007

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	45	78	123
15-34 ans	299	299	598
35-64 ans	2 015	1 285	3 300
65-84 ans	1 175	899	2 074
85 ans ou plus	78	86	164
Total	3 613	2 648	6 261
ICH* Paris	148	105	-
ICH* IDF	115	100	-

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO :

médecine, chirurgie, obstétrique

²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

3.13 Surpoids et obésité

En Ile-de-France comme en France, les phénomènes de surpoids et d'obésité ont progressé dans la population enfant et adulte. Selon une étude menée en 2009 par l'ORS à Paris, 10,6% des garçons scolarisés en grande section de maternelle et 13,9% des filles sont en surpoids ou obésité. Ces proportions augmentent pour les enfants de CE2 des deux sexes, passant à 14,2% pour les garçons et 17,1% pour les filles. Ces taux sont plus élevés dans les quartiers dits "prioritaires".

Contexte national

La surcharge pondérale, qui correspond au fait d'avoir un poids trop élevé par rapport à la taille en raison d'un excès de masse grasse, a pour principale origine un déséquilibre de la balance énergétique résultant d'une suralimentation relative et/ou d'une insuffisance d'activité physique. Ces situations résultent de comportements et de modes de vie individuels, mais l'impact de l'environnement et notamment de l'offre alimentaire sur ces facteurs individuels est très important. Des facteurs génétiques modulent également la capacité de stockage du surplus énergétique. Enfin, des travaux suggèrent le rôle possible de déterminants précoces, in utero et postnatals [1, 2]. Une fois acquise, la surcharge pondérale est difficilement réversible, et la propension d'une reprise pondérale après un régime d'amaigrissement est élevée [3].

L'obésité est une maladie qui, outre son retentissement sur le bien-être social des individus, augmente le risque relatif de mortalité. Elle augmente également le risque de diabète non insulino-dépendant, de résistance à l'insuline, de pathologies biliaires, d'hypertension artérielle, de maladies coronariennes, d'accidents cérébrovasculaires, de certains cancers (sein, utérus, côlon notamment), ainsi que de difficultés respiratoires, d'arthrose [2]... Chez l'enfant, le risque de l'obésité est sa persistance à l'âge adulte, observée dans 50 à 70% des cas lorsqu'elle est constatée après la puberté [4].

La moitié des français de 18 à 74 ans présente une surcharge pondérale en 2006, 17% une obésité et 32% un surpoids, ces prévalences augmentant avec l'âge. L'obésité touche les deux sexes de façon comparable mais le surpoids est plus fréquent chez les hommes [5].

Chez les plus jeunes, la surcharge pondérale concerne 12% des enfants de 5-6 ans en 2006 (obésité : 3%, surpoids : 9%), 20% des élèves de CM2 en 2005 (respectivement 4% et 16%), et 17% des élèves de troisième en 2004 (4% et 12%). A 5-6 ans, les filles sont plus fréquemment en surpoids que les garçons, mais cette différence n'est plus retrouvée chez les jeunes plus âgés [6-8].

Les populations les moins favorisées sont les plus touchées : en 2009, la prévalence de l'obésité est deux fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures [9]. Cette inégalité se manifeste tôt : en 2005, la surcharge pondérale est trois fois plus fréquente parmi les enfants scolarisés en CM2 lorsque leur père est ouvrier que lorsqu'il est cadre, et l'écart est encore plus marqué pour l'obésité [6-8].

Les variations géographiques sont importantes : en 2009, le Nord-Pas-de-Calais compte deux fois plus d'adultes obèses que la région PACA. Un écart identique est observé entre l'Alsace et les Pays de la Loire pour la prévalence de la surcharge pondérale à 5-6 ans en 2006 [6, 9].

Au sein des pays de l'Union européenne, la France présente l'une des plus faibles prévalences de l'obésité en population adulte, les plus élevées étant observées au Royaume Uni et à Malte [10, 11]. Sa position est relativement moyenne pour la fréquence de la surcharge pondérale entre 11 et 15 ans, les pays d'Europe du sud étant les plus concernés (Malte, Portugal, Grèce, Italie, Espagne) [12].

Pour les adultes de 15 ans et plus, la progression de la prévalence de l'obésité a été très importante entre 1997 et 2009, avec un taux de croissance annuel moyen atteignant 4,4 % par an. Cette augmentation concerne les deux sexes, l'ensemble des tranches d'âge et des catégories socioprofessionnelles, excepté les cadres et les artisans-commerçants. La progression du surpoids a été beaucoup plus modérée sur l'ensemble de cette période (+0,6% par an), mais sur les années récentes, elle s'est avérée très marquée chez les jeunes de 15 à 24 ans (+8,5% par an entre 2006 et 2009) [13].

Chez les 5-6 ans, la prévalence de la surcharge pondérale, qui était passée de 11% à 14% au cours des années 1990, a ensuite évolué favorablement pour atteindre 12% en 2006 [6, 8, 14].

La prévention primaire du surpoids et de l'obésité est notamment développée à travers les Programmes nationaux nutrition santé (PNNS). Ils associent des actions s'adressant aux individus et des actions susceptibles de modifier l'environnement, tant en matière d'alimentation que d'activité physique. Ces programmes prévoient également des actions en matière de dépistage et de prise en charge de l'obésité, notamment chez les enfants [15-19].

La situation à Paris

En 2009, selon l'enquête Obépi, 13,2% des Franciliens adultes sont obèses, soit une proportion légèrement inférieure à la moyenne nationale (14,5%).

En Ile-de-France comme en France, la proportion d'adultes obèses est en forte progression. Entre 1997 et 2009, la progression est de 71% au niveau national et elle atteint 89% en Ile-de-France.

Une étude menée en 2009 par l'ORS s'est intéressée au surpoids et à l'obésité chez les enfants scolarisés dans le secteur public à Paris. L'étude porte sur les

L'Indice de masse corporelle (IMC)

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/m²) :
 $IMC = \text{Poids} / \text{Taille}^2$
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. Selon la morphologie de la personne (masse musculaire notamment), son IMC de bonne forme peut varier légèrement.

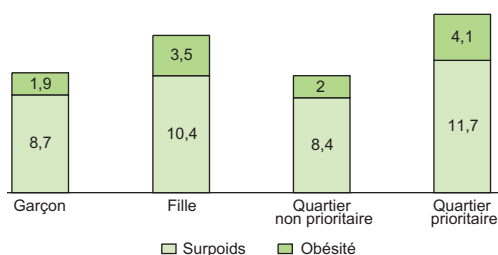
Chez l'enfant, l'IMC varie avec le sexe et l'âge. L'International Obesity Task Force (IOTF) propose des valeurs de référence pour le surpoids et l'obésité, assurant une continuité entre les valeurs de l'enfant et celles de l'adulte. Depuis 2007, des seuils de maigreur ont été proposés chez l'enfant [12]. 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 10ème percentile des courbes françaises.

enfants de grande section de maternelle et de CE2. Elle montre que l'excès de poids touche 12,3% des enfants de grande section de maternelle et 15,6% des enfants de CE2 scolarisés à Paris.

La prévalence de l'excès de poids est plus élevée chez les filles que chez les garçons en maternelle et en CE2 mais la prévalence de l'insuffisance pondérale apparaît également plus élevée chez les filles que chez les garçons en CE2.

Par ailleurs, l'excès de poids est plus important chez les enfants scolarisés en quartier "prioritaire". Dans ces quartiers, la prévalence de l'obésité concerne 4,1% des enfants de grande section de maternelle et 5,5% des enfants de CE2, contre respectivement 2,0% et 2,7% dans les quartiers "non prioritaires".

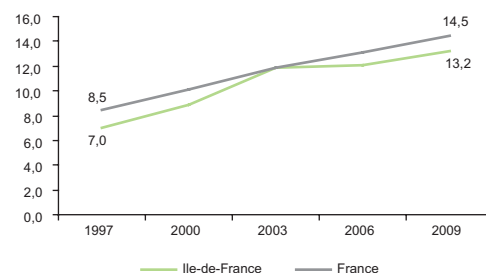
Graph 2 - Corpulence selon le sexe et selon le type de quartier de scolarisation des enfants parisiens de grande section de maternelle, d'après la définition IOTF¹ (en %)



Source : Santé scolaire publique Paris, 2008-2009, Exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

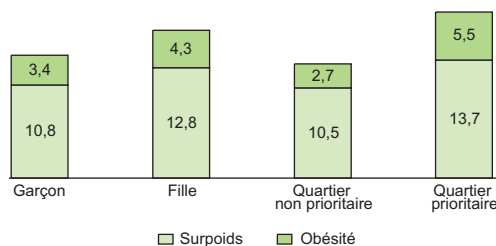
En 2007, on a comptabilisé 1 905 séjours de Parisiens dans les services de soins hospitaliers de soins de courte durée pour obésité et "autres excès d'apport", dont une majorité concerne les femmes (74%). Ces données ne sont pas des indicateurs de la fréquence de l'obésité.

Graph 1 - Evolution de la prévalence de l'obésité en Ile-de-France et en France entre 1997 et 2009



Source : Enquête Obépi. INSERM-Institut Roche-SOFRES - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 3 - Corpulence selon le sexe et selon le type de quartier de scolarisation des enfants parisiens de CE2, d'après la définition IOTF¹ (en %)



Source : Santé scolaire publique Paris, 2008-2009, Exploitation ORS Ile-de-France, 2010.

Tab 1 - Nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée MCO² pour obésité³ (et autre excès d'apport) en 2007

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	107	111	218
15-34 ans	98	386	484
35-64 ans	253	843	1 096
65-84 ans	29	76	105
85 ans ou plus	1	0	1
Total	489	1 416	1 905

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

Repères bibliographiques et sources

- Inserm. (2006). Obésité : bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Les éditions Inserm. 217 p. (Expertise collective).
- HCSF. (2000). Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions. 276 p.
- Anses. (2010). Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement : rapport d'expertise collective. 160 p.
- Inserm. (2000). Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant. Les éditions Inserm. 325 p. (Expertise collective)
- Castetbon K, Hercberg S. (2007). Etude nationale nutrition santé ENNS, 2006 : situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Premiers résultats, colloque du Programme national nutrition santé (PNNS). Usen, InVS, Université Paris13, Cnam. 74 p.
- Guignon N, Collet M, Gonzalez L et al. (2010). La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. Etudes et résultats. Drees. n° 737. 8 p.
- Guignon N. (2008). La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 : premiers résultats, Etudes et résultats. Drees. n° 632. 8 p.
- Guignon N. (2007). La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004 : premiers résultats. Etudes et résultats. Drees. n° 573. 8 p.
- Institut Roche de l'obésité, Inserm. (2009). ObEpi-Roche 2009 : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 53 p.
- Drees. (2010). Surpoids et obésité chez l'adulte. In L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Ed. La Documentation française. pp. 122-123
- Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Currie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R et al. (2008). Overweight and obesity. In Inequalities in young people's health : health behavior in school-aged children (HBSC) survey : international report from the 2005-2006 survey. World health organization. pp. 75-78.
- Inserm, Roche. Bases ObEpi 1997-2009, exploitation Roche
- de Peretti C, Castetbon K. (2004). Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. Etudes et résultats. Drees. n° 283. 8 p.
- HAS. (2009). Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Recommandations. 26 p.
- Ministère de la santé et des solidarités. (2006). Deuxième programme national nutrition santé 2006-2010. Actions et mesures. 51 p.
- HAS. (2010). Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Note de cadrage. 28 p.
- Anaes. (2003). Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations. 14 p.
- Jourdain-Menninger D, Lecoq G, Guedj J, Boutet P, Danel JB et al. (2010). Evaluation du programme national nutrition santé PNNS 2006-2010. Igas, Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, 248 p.

¹IOTF (International Obesity Task Force) propose des valeurs de référence pour le surpoids et l'obésité, assurant une continuité entre les valeurs de l'enfant et celles de l'adulte. Depuis 2007, des seuils de maigreur ont été proposés chez l'enfant. L'emploi de ces références permet, en outre, la comparaison entre les différentes études épidémiologiques.

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :
 les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

²MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

³Diagnostic principal d'hospitalisation : Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

L'objectif principal du projet RECORD est d'étudier les disparités de santé qui existent en Ile-de-France, avec un intérêt particulier pour les différences observées entre quartiers favorisés et quartiers défavorisés. Voir la présentation de l'Etude RECORD en début de document.

L'indice de masse corporelle et le tour de taille des participants parisiens de l'Etude RECORD

L'indice de masse corporelle et le tour de taille des participants (âgés de 30 à 79 ans) ont été mesurés en 2007–2008 lors de leur inclusion dans l'étude. Parmi ces personnes, l'indice de masse corporelle moyen était de 24,8 kg/m² (écart inter-décile : 20,2 – 29,7), et le tour de taille moyen était de 83,6 cm (écart inter-décile : 68 – 100).

Les analyses conduites ont cherché à répondre aux trois questions suivantes :

- 1 - Quelles caractéristiques démographiques et socio-économiques individuelles sont associées à l'indice de masse corporelle et au tour de taille des parisiens enquêtés ?
- 2 - Existe-t-il au sein de Paris des variations aussi importantes d'indice de masse corporelle et de tour de taille qu'à l'échelle plus large de la Région Ile-de-France ?
- 3 - Enfin, au-delà des caractéristiques individuelles associées, les caractéristiques socio-économiques du quartier de résidence constituent-elles dans Paris des marqueurs de l'excès de poids ?

Différentes caractéristiques démographiques et socio-économiques individuelles sont associées de façon indépendante, c'est-à-dire " toutes choses égales par ailleurs ", à l'indice de masse corporelle et au tour de taille des participants de l'étude.

► L'indice de masse corporelle augmente fortement avec l'âge des participants parisiens et est plus élevé chez les hommes. Sur le plan socio-économique, l'indice de masse corporelle est plus élevé chez les personnes qui ont un faible niveau d'instruction, et légèrement plus élevé chez les personnes dont la mère a un faible niveau d'instruction et chez les personnes qui rapportent des difficultés financières (tableau 2).

► Moins de facteurs sont associés au tour de taille, qui est plus élevé chez les personnes plus âgées, les personnes faiblement instruites et chez celles qui rapportent des difficultés financières. Ces facteurs associés « toutes choses égales par ailleurs » dessinent le profil socio-démographique de l'excès de poids dans la Ville de Paris (tableau 2).

La suite du travail s'intéresse aux variations de l'indice de masse corporelle et du tour de taille entre les différents quartiers et arrondissements parisiens pris en compte dans l'Etude RECORD. Trois analyses différentes aboutissent de façon convergente à la conclusion que les variations d'indice de masse corporelle et de tour de taille sur le territoire parisien sont nettement moins importantes que les variations de ces indicateurs observées à l'échelle des 112 communes de l'étude.

Tab 2 - Caractéristiques démographiques et socio-économiques associées " toutes choses égales par ailleurs " à l'indice de masse corporelle et au tour de taille des participants parisiens de l'étude

	Augmentation de l'indice de masse corporelle en kg/m ²	Augmentation du tour de taille en cm
Age (comparé à 30 - 44 ans)		
45 - 59 ans	+ 1,4	+ 5,2
60 - 79 ans	+ 1,9	+ 7,4
Hommes (comparés aux femmes)	+ 1,6	+ 12,8
Niveau d'instruction (comparé aux > Bac + 2)		
Bac ou Bac + 2	- 0,1	- 0,2
Diplôme inférieur au Bac	+ 0,9	+ 2,0
Sans diplôme	+ 1,4	+ 3,5
Niveau d'instruction de la mère (comparé à tertiaire)		
Secondaire	+ 0,3	-
Primaire	+ 0,5	-
Difficultés financières rapportées	+ 0,5	+ 2,4
Pays de naissance (comparés aux personnes nées en France)		
Pays à fort développement humain	+ 0,2	-
Pays à développement intermédiaire	+ 0,6	-
Pays à faible développement humain	+ 1,1	-

Source : Etude RECORD

Premièrement, une analyse statistique dite “ multiniveau ” réalisée séparément pour Paris et pour l'ensemble du territoire francilien montre que les variations d'indice de masse corporelle entre quartiers étaient 5 fois moins importantes à l'échelle de Paris seul qu'à l'échelle des 112 communes franciliennes de l'étude.

Deuxièmement, une analyse “ multiniveau ” conduite au niveau des communes franciliennes ou arrondissements parisiens de l'Etude RECORD a permis d'aboutir au graphique 3, qui représente les variations d'indice de masse corporelle moyen entre communes et arrondissements par rapport à la situation moyenne sur l'ensemble du territoire d'étude (chaque point correspondant à une commune ou un arrondissement). Il apparaît que les différences d'indice de masse corporelle entre arrondissements parisiens étaient relativement faibles comparées aux disparités d'indice de masse corporelle identifiées à l'échelle des 112 communes d'Ile-de-France (un résultat comparable étant identifié à partir du tour de taille). Les niveaux de poids moyen observés pour les arrondissements de Paris étaient plus faibles que dans un grand nombre de communes d'Ile-de-France.

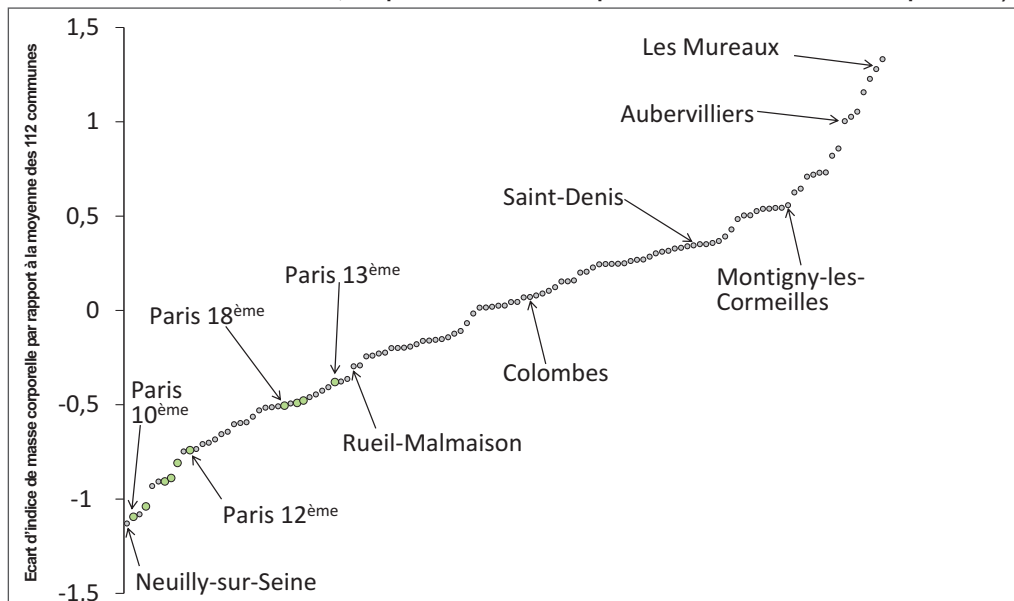
Troisièmement, considérant les caractéristiques socio-économiques des quartiers de Paris, des analyses qui ne tenaient compte que de l'âge et du sexe des participants ont indiqué qu'il existait des disparités d'indice de masse corporelle et de taux d'obésité (indice de masse corporelle > 30 kg/m²) entre quartiers favorisés et défavorisés de Paris.

Ainsi, le risque d'obésité était 1,8 fois plus élevé pour les 25% des individus qui résidaient dans les quartiers aux niveaux d'instruction les plus faibles que pour les 25% des individus des quartiers aux niveaux d'instruction les plus élevés. Ce ratio était identique lorsque la variable de revenu médian du quartier a été utilisée à la place.

Toutefois, ces relations entre niveau socio-économique des quartiers et indice de masse corporelle ou tour de taille disparaissaient après que l'on ait tenu compte des différentes caractéristiques socio-économiques des participants. Ceci est en contraste avec la situation identifiée à l'échelle des 112 communes franciliennes de l'étude, où les caractéristiques socio-économiques des quartiers constituent un marqueur indépendant et important de l'excès de poids, même après que l'on ait tenu compte des caractéristiques socio-économiques des individus.

Au total, différentes caractéristiques démographiques et socio-économiques contribuent à définir le profil de l'excès de poids à Paris. Toutefois, les disparités géographiques d'obésité entre quartiers et arrondissements de Paris sont d'amplitude nettement moindre que celles identifiées à l'échelle des communes d'Ile-de-France de l'étude. De plus, dans Paris, les caractéristiques socio-économiques des quartiers ne constituent pas des marqueurs indépendants de l'excès de poids comme c'est le cas sur le territoire francilien.

Graph 3 - Variations de l'indice de masse corporelle moyen entre communes et arrondissements par rapport à la situation moyenne sur l'ensemble du territoire d'étude (chaque point correspond à une commune ou un arrondissement, les points en vert correspondent aux arrondissements parisiens)



Source : Etude RECORD

3.14 Troubles mentaux

Le taux comparatif de mortalité par trouble mental à Paris est faible par rapport aux taux régional et national. En revanche le taux brut de recours à l'hospitalisation pour troubles mentaux est plus élevé à Paris qu'en Ile-de-France et identique à celui de la France métropolitaine. Chaque année, environ 5 300 Parisiens sont admis en affection de longue durée pour trouble mental (dont maladie d'Alzheimer et maladies apparentées).

Contexte national

La santé mentale est un champ vaste qui recouvre à la fois celui des pathologies psychiatriques caractérisées et celui de la souffrance psychologique consécutive aux maux relationnels et sociaux. Ce dernier champ est beaucoup plus difficile à cerner sur le plan épidémiologique parce que sa reconnaissance dépend du contexte culturel ou sociétal et en particulier du degré d'appropriation des catégories et des concepts de la santé mentale par les personnes concernées et les soignants. Le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, en référence aux réflexions conduites au plan international, propose une définition de la santé mentale, qui se décline selon plusieurs dimensions : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères précis et à des actions thérapeutiques ciblées [1].

La Classification internationale des maladies (CIM10) rassemble ainsi les troubles mentaux et du comportement en une dizaine de groupes de pathologies différents : les troubles mentaux liés à des problèmes organiques (démences principalement), à l'utilisation de substances psychoactives (alcool, opiacés...), la schizophrénie et les autres psychoses, les troubles de l'humeur (dépression...), les troubles névrotiques (troubles anxieux phobiques...), différents syndromes, troubles de la personnalité (alimentation, sommeil, vie sexuelle...), et du développement psychologique, et les retards mentaux [2]. Mais l'utilisation de ce type de classification fait débat, les définitions utilisées étant particulièrement assujetties aux controverses de professions (psychanalystes, neurologues, psychiatres, psychologues...), de pratiques thérapeutiques, mais aussi de cultures différentes. En particulier, le problème de la délimitation de ce qui constitue un état pathologique, qui existe dans d'autres domaines de la médecine, est très marqué en psychiatrie [3]. De nombreux acteurs du soin participent à la prise en charge des troubles mentaux : les médecins généralistes, qui sont les premiers prescripteurs de médicaments psychotropes, les psychiatres libéraux, les établissements psychiatriques et les services de psychiatrie des établissements de santé, mais aussi le secteur médico-social, qui contribue à l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques (cf fiche 5.14 Soins en psychiatrie).

D'après le baromètre santé 2005 environ une personne sur vingt de la population âgée de 12 à 75 ans déclare avoir eu recours à un professionnel de santé mentale au cours des douze derniers mois [4]. Environ 15 millions de consultations ont été effectuées en 2009 [5]. Près de quatre adultes sur dix (37%) disent avoir déjà pris un médicament psychotrope au cours de la vie et 19% au cours des douze derniers mois. Les principaux types de médicaments consommés au cours des douze derniers mois sont les anxiolytiques, les somnifères et les antidépresseurs. Les femmes sont davantage consommatrices de médicaments psychotropes que les hommes, 45% contre 28% au cours de la vie et 24% contre 14% au cours des douze derniers mois [6].

Les pathologies mentales sont un facteur d'exclusion du marché du travail. Selon l'enquête HID (Handicaps-incapacités-dépendance), 40% des personnes de 20 à 59 ans déclarant être suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux exercent une activité professionnelle, contre 74% parmi celles qui ne sont pas dans ce cas [7].

En matière d'épidémiologie psychiatrique, les sources d'information sont relativement hétérogènes, chaque problème de santé nécessitant une approche spécifique. On estime que 900 000 personnes souffrent de démences en France, et environ 2,8% de la population âgée de 18 ans et plus présenterait des syndromes d'allure psychotique [8,9]. Selon le baromètre santé 2005, 7,8% des personnes interrogées ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois ; 38 % des personnes concernées ont eu recours aux soins pour raison de santé mentale et ont consulté principalement un médecin généraliste (21%), ou un psychiatre (13%) [10].

Le risque suicidaire occupe une place très importante dans la pathologie psychiatrique, 5% des 15-75 ans déclarant avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (7% des femmes) [10]. 200 000 tentatives de suicide donnent lieu à un contact avec le système de soins, et environ 11 000 décès par suicide sont dénombrés chaque année. Le suicide est environ vingt fois plus fréquent chez les patients souffrant d'une dépression majeure que dans la population générale et environ 60% des 11 000 décès par suicide qui surviennent chaque année en France seraient attribuables à la dépression [11,12].

Dans l'enquête européenne ESEMeD (European study of the epidemiology of mental disorders), notre pays se trouve dans une situation relativement défavorable en matière de fréquence des situations de détresse psychologique, de troubles de l'humeur et de troubles anxieux, parmi les pays enquêtés. Ces différences restent toutefois difficiles à interpréter, les variations observées pouvant être liées à des mécanismes sociaux et culturels d'appropriation de ces concepts propres à chaque pays [13].

Les facteurs de risque de troubles mentaux sont nombreux et souvent intriqués. Ils sont notamment représentés par les événements traumatisants de la vie et en particulier de l'enfance, l'isolement affectif, les situations de précarité et la consommation excessive d'alcool et autres drogues (cannabis). La vie professionnelle constitue également un élément essentiel à prendre en compte, à la fois en raison des conséquences psychopathologiques de certaines conditions de travail, mais aussi parce qu'elle représente souvent l'un des révélateurs des troubles mentaux.

La situation à Paris

La mortalité est un indicateur très imparfait de l'importance des troubles mentaux dans une population. En effet, à l'exception des addictions aux substances psychoactives pour lesquelles il existe un risque important de mortalité par surdose, les pathologies mentales sont rarement des maladies directement létales. Elles sont néanmoins associées à une surmortalité importante pour d'autres causes (morts violentes, cancers,...). En 2005-2007, 353 décès de Parisiens ont pour origine les troubles mentaux, dont une majorité de femmes (62%). La majorité des décès a lieu après 65 ans.

En 2005-2007, à structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité par "trouble mental" est de 11,5 décès pour 100 000 hommes et de 8,3 décès pour 100 000 femmes à Paris, soit une sous-mortalité de 42% pour les hommes et de 37% pour les femmes par rapport à la France métropolitaine. Ces taux placent Paris au 1^{er} rang des départements franciliens ayant la mortalité par trouble mental la plus basse pour les hommes et pour les femmes.

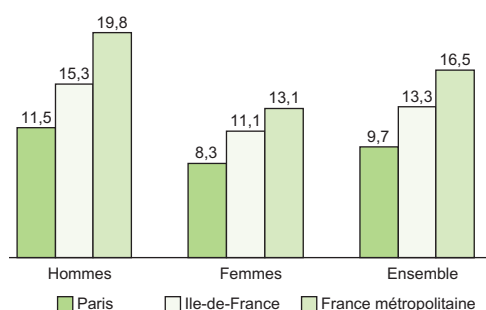
En 2006-2008, 5 315 Parisiens ont été admis en affection de longue durée pour troubles mentaux dont 61% de femmes. Les troubles mentaux incluent ici la maladie d'Alzheimer, qui atteint majoritairement les personnes âgées et notamment des femmes, sur-représentées aux âges élevés.

Tab 1 - Nombre annuel moyen de décès de Parisiens et proportion des plus de 65 ans en 2005-2007

	Tous âges		Proportion des plus de 65 ans (%)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Troubles mentaux	135	218	73,3	94,0
<i>dont démences</i>	75	166	98,7	99,4
<i>dont liés à l'utilisation d'alcool</i>	31	11	19,4	36,4
Maladie d'Alzheimer	101	233	98,0	99,6
Suicide	52	33	15,4	27,3
Ensemble	288	484	71,5	92,1

Sources : Inserm CépiDC, Insee - exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par troubles mentaux en 2005-2007



Source: Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Tab 2 - Admissions en ALD pour troubles mentaux* en 2006-2008

Hommes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut**	Taux brut**	Taux brut**
Moins de 15 ans	193	120,3	109,2	113,6
15-34 ans	464	133,1	125,9	133,7
35-64 ans	823	204,8	175,6	190,9
65-84 ans	402	387,0	392,2	360,8
85 ans ou plus	190	1 548,4	1 617,5	1 379,8
Total	2 072	201,7	179,9	196,5

Femmes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut**	Taux brut**	Taux brut**
Moins de 15 ans	78	50,8	44,5	50,5
15-34 ans	444	118,8	116,5	114,8
35-64 ans	1 022	234,4	226,4	240,1
65-84 ans	923	580,8	595,4	618,1
85 ans ou plus	776	2 409,9	2 409,6	2 176,0
Total	3 243	280,9	253,1	291,3

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Ile-de-France
* Regroupement des ALD 23 (affections psychiatriques de longue durée) et 15 (maladies d'Alzheimer et autres démences)
**Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Les limites de l'utilisation des ALD en épidémiologie :

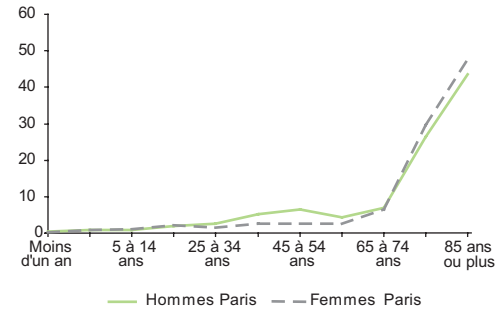
Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour une maladie fournit une évaluation de l'incidence de celle-ci. Cependant, les ALD ne sont pas déclarées aux caisses d'assurance maladie dans un but épidémiologique et cette incidence, aussi qualifiée « d'incidence médico-sociale », comporte des biais. Ceux-ci conduisent le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle mais aussi, dans certains cas, à une sur-déclaration. Les motifs de sous-déclaration sont le plus souvent liés au fait que le patient bénéficie déjà d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une autre affection (surtout s'il est âgé), ou bénéficie d'une complémentaire santé suffisante qui ne justifie pas d'entrer dans ce dispositif. Le traitement d'un cancer peut d'ailleurs être constitué d'un acte chirurgical unique intégralement remboursé par l'Assurance maladie. Une autre cause de sous-déclaration réside dans la définition même de la maladie : des critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité de la pathologie non observés chez un patient peuvent conduire le médecin à ne pas entreprendre la démarche d'admission en ALD. Mais dans le cas précis des cancers, ce phénomène peut parfois conduire, au contraire, à une sur-déclaration, en particulier dans le cas d'états précancéreux dont le traitement est lourd, ou lorsque la limite entre tumeur bénigne et tumeur maligne n'est pas très nette.

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques : les données des graphiques ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

'Diagnostic principal d'hospitalisation : Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

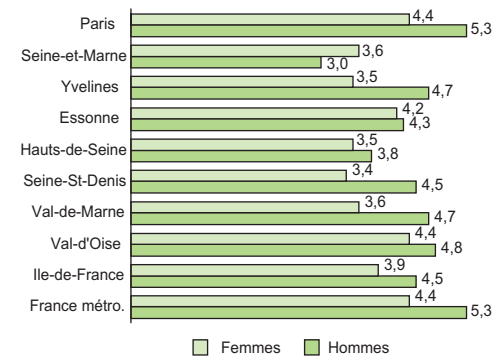
Le taux de recours à l'hospitalisation pour troubles mentaux progresse avec l'âge, lentement jusqu'à 75 ans puis beaucoup plus fortement (le taux passant, à Paris, de 6,9‰ pour la tranche d'âge des 65-74 ans à 43,5‰ pour les 85 ans ou plus). Ces taux sont relativement élevés à Paris, à tous les âges. De fait, le taux comparatif de recours à l'hospitalisation est plus élevé à Paris qu'en Ile-de-France et strictement comparable à celui de France métropolitaine, pour les deux sexes.

Graph 4 - Taux brut* de recours à l'hospitalisation pour troubles mentaux¹ selon l'âge en 2007



Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
* taux pour 1 000 habitants

Graph 3 - Taux comparatif de recours à l'hospitalisation pour troubles mentaux¹ en 2007



Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

Références bibliographiques et sources

1. Psychiatrie et santé mentale 2005 - 2008, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 2005, 98 p.
2. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision (CIM-10). Vol. 1. OMS, 1993, 1335 p.
3. L'épidémiologie psychiatrique en question, Bruno Falissard, Inserm U669, Paris, France, Université Paris-Sud et Université Paris-Descartes, AP-HP, N°11, décembre 2010, 4 p.
4. Baromètre santé 2005, INPES, exploitation ORS
5. SNIR 2009, Cnamts
6. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005, exploitation des données du baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte, F. Beck et al., tendances n°48, OFDT, mai 2006
7. Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux. M. Anguis, C. de Peretti. Etudes et Résultats, Drees, n° 231, avril 2003, 12 p.
8. Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés, C. Helmer, F. Pasquier, J.F. Dartigues. Médecine-Sciences, vol. 22, n° 3, mars 2006, pp. 288-296
9. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale, V. Bellamy, J.L. Roelandt, A. Caria. Etudes et Résultats, Drees, n° 347, octobre 2004, 12 p.
10. Les troubles dépressifs et leur prise en charge. B. Lamboy. Dans Baromètre santé 2005. Premiers résultats, sous la direction de P. Gilbert et A. Gautier, INPES, 2006, 170 p. (Coll. Baromètres Santé), pp. 69-76
11. Suicides et tentatives de suicide. M.C. Mouquet, V. Bellamy. Etudes et Résultats, Drees, n° 488, mai 2006, 8 p.
12. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
13. The state of mental health in the European union European communities, 2004, 86 p.

Pour en savoir plus

- A. Weill, N. Vallier, B. Salanave et al. Pratiques et Organisation des Soins, Cnamts vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
La santé mentale en France : état des lieux et problématique, B. Lamboy. Santé Publique, SFSP, vol. 17, n° 4, décembre 2005, pp. 583-595
La santé mentale, l'affaire de tous, rapport du groupe de travail présidé par V. Kovess Masfety, Centre d'analyse Stratégique, 2009. 259 p.

3.15 Maladie d'Alzheimer et autres démences

Environ 30 000 Parisiens de 65 ans ou plus seraient atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. L'offre pour le diagnostic et l'accompagnement des malades et de leur famille est importante sauf pour l'hébergement temporaire. L'accroissement du nombre de places en accueils de jour et du nombre d'unités de vie spécifique en établissement collectif a été permis par les schémas gérontologiques.

Contexte national

La maladie d'Alzheimer est une pathologie du cerveau caractérisée par un déclin progressif de la mémoire associé à d'autres manifestations cognitives ainsi que neurologiques, avec un retentissement majeur sur les activités de la vie quotidienne. Des troubles du comportement sont fréquents et aggravent les troubles cognitifs. En l'absence d'intervention, l'état de santé du malade évolue progressivement vers la perte totale de mémoire, d'autonomie et l'état grabataire.

C'est une pathologie à évolution lente et continue, de délai de latence élevé : des examens de cerveaux prélevés sur des personnes saines décédées ont montré que, dès 47 ans, 50% d'entre elles présentent déjà des lésions cérébrales caractéristiques [1]. Pendant la période de latence, le cerveau est capable de compenser les lésions qui se créent. C'est lorsque les capacités de compensations sont dépassées que les symptômes apparaissent [2]. Les rares manifestations symptomatiques chez de jeunes adultes sont souvent en lien avec une forme génétique de la maladie [3].

Aujourd'hui il n'existe pas de vaccin contre la maladie ni de médicaments capables de la guérir. La prévention des maladies vasculaires, en particulier l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète, ainsi que la promotion d'une hygiène de vie constante (pratique régulière et soutenue d'une activité physique, alimentation de type régime méditerranéen, constitution et entretien d'une réserve cognitive tout au long de la vie) pourraient retarder l'apparition de la maladie [3,4]. Pour les malades diagnostiqués à un stade débutant, des traitements et des actions sur les fonctions cognitives permettent d'en retarder la progression.

Bien plus que le trouble amnésique méconnu et faussement attribué au vieillissement, ce sont généralement les troubles psychiatriques associés à la maladie d'Alzheimer, à l'origine de changements de comportement (dépression, agitation, agressivité...), qui vont déclencher la visite médicale et le diagnostic. Ce retard au diagnostic, estimé à deux ans en France après les premiers symptômes caractéristiques [3], est préjudiciable pour la personne malade qui vit au quotidien les effets d'une maladie dont il ignore qu'il est atteint, et qui ne peut à ce titre bénéficier des traitements existants au stade débutant permettant de retarder l'évolution de la maladie. Il l'est aussi pour l'entourage familial dans l'ignorance de la maladie.

La prise en charge, pluridisciplinaire, repose sur des compétences et des interventions médico-sociales ainsi que sanitaires. Près de la moitié du coût global reste à la charge du malade et/ou de la famille (valorisation du temps passé par l'aidant à domicile, forfait hébergement en maison de retraite) [3].

L'investissement familial pour pallier la perte d'autonomie des malades et gérer l'étendue des variations d'intensité des troubles du comportement, est à l'origine de conséquences délétères pour les proches, qui font de la maladie d'Alzheimer une "maladie de la famille". "Aux effets directs de détresse psychique, de dépression et de troubles du sommeil s'ajoute le fait que les aidants, dans la situation psychologique et sociale difficile qui est la leur - leur isolement souvent - négligent systématiquement leur propre santé. De ce fait, ils augmentent leur risque de morbidité, en particulier nutritionnel, cardiovasculaire et infectieux" et s'exposent à un risque de surmortalité [5].

L'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer est encore émergente. En France, elle repose principalement sur le suivi de la cohorte Paquid qui s'intéresse non seulement à la maladie d'Alzheimer mais aussi aux maladies apparentées en raison, notamment, de besoins de prise en charge similaires. Selon cette étude, environ 850 000 personnes âgées de 65 ans ou plus seraient atteintes de démences en France en 2004 et le nombre de nouveaux cas est estimé à 225 000 par an. Du seul fait du vieillissement de la population et en l'absence de progrès en matière de prévention de ces maladies, 1,3 million de personnes de plus de 65 ans pourraient souffrir d'une démence en 2020 [6]. La prévalence est caractérisée par une augmentation majeure avec l'avancée en âge - elle double environ tous les cinq ans - et une surreprésentation féminine, en particulier après 80 ans. Selon les chercheurs français, ce dernier point "est probablement dû à la combinaison de deux choses : d'une part une incidence plus élevée de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées chez les femmes, et d'autre part une survie deux fois plus longue des femmes une fois la maladie débutée, avec comme conséquence une proportion très importante de femmes dans les formes très sévères de la maladie". On estime que 13,2% des hommes de 75 ans ou plus et 20,5% des femmes aux mêmes âges souffriraient d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée [3].

Thématique de santé identifiée comme prioritaire par le milieu associatif dès les années 1980, la maladie d'Alzheimer constitue l'une des pathologies cibles de programmes ou plans d'actions nationaux depuis le début des années 2000. L'un des cent objectifs de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, vise à "limiter la perte d'autonomie des personnes malades et son retentissement sur les proches des patients" [7]. Dans le même temps, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont devenues une famille d'affections de longue durée à part entière en 2004.

La maladie d'Alzheimer fait partie d'une famille de maladies intitulée "démences" qui se déclinent en trois types : les "dégénératives" comme la maladie d'Alzheimer, les "non-dégénératives" comme les démences vasculaires et les "mixtes". Elles sont caractérisées par une réduction acquise des capacités cognitives suffisamment importante pour retentir sur la vie du sujet et entraîner une perte d'autonomie à l'origine de besoins de prise en charge assez proches. Les enquêtes de cohorte qui étudient la survenue de la maladie d'Alzheimer, considèrent aussi les deux autres types. La maladie d'Alzheimer représente la majorité des démences (près de 80% dans la cohorte française). Pour le grand public, le terme "démences" n'est pas associé à des pathologies spécifiques, mais est synonyme de "folie". Face à cette compréhension stigmatisante, c'est l'expression "maladie d'Alzheimer et maladies apparentées" qui est généralement employée.

Trois ans plus tard, 270 137 malades de 60 ans ou plus bénéficiaient de la prise en charge à 100% induite par leur inscription en ALD. Ils représentaient environ 75% des malades de 60 ans ou plus traités par un médicament spécifique Alzheimer (dont l'effectif était estimé entre 374 200 et 381 100 par l'Institut de veille sanitaire) [8].

Depuis 2001, les politiques menées ont permis le développement de dispositifs sanitaires référents pour le diagnostic (consultations mémoire de proximité, centres mémoire de ressources et de recherche), de dispositifs médico-sociaux d'accompagnement pour les malades et de répit pour les aidants familiaux (centres locaux d'information et de coordination gérontologique, accueils de jour, places d'hébergement temporaire) ainsi que la mise en place d'unités de vie spécifiques au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. De nombreuses initiatives d'aide aux aidants ont également été encouragées : groupes de parole, réunions d'échanges, soutien psychologique, sensibilisation, formation... De manière générale, les établissements pour personnes âgées dépendantes disposent d'un nombre insuffisant de places pour prendre en charge ce type de patients, même si la réforme de la tarification des Etablissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad) a permis de renforcer le personnel soignant dans de nombreux établissements. Néanmoins, leur architecture n'est pas toujours adaptée aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer et leur personnel est parfois insuffisamment formé à leur prise en charge [9].

Les mesures du dernier plan national (2008-2012) privilégient le renforcement de la qualité de la prise en charge globale du malade et le soutien de la recherche [9].

La situation à Paris

Il n'existe pas de recensement exhaustif du nombre de Parisiens atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Seuls des ordres de grandeur sont disponibles, sur la base des estimations de prévalence issues du suivi de cohortes. En rapportant les résultats de la cohorte française (qui considère les 75 ans ou plus) et ceux de la cohorte italienne (pour les 65-74 ans) aux données de population, on peut évaluer à 30 000 le nombre de Parisiens de 65 ans ou plus atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en 2007. Les trois-quarts ont au moins 80 ans. Du fait de sa forte concentration démographique, Paris est le département francilien qui compte le plus de malades Alzheimer ou apparentés. En termes d'incidence, il y aurait chaque année près de 6 000 Parisiens de 65 ans ou plus nouvellement atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Dans l'hypothèse de taux de prévalence et d'incidence des maladies d'Alzheimer et apparentées constants par sexe et âge, ces ordres de grandeur devraient connaître une relative stabilité à l'horizon 2020, compte-tenu du faible accroissement démographique attendu de la population parisienne âgée.

Tab 1 - Prévalence et incidence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en fonction du sexe et de l'âge, selon les résultats de trois études de cohorte

Prévalence (en % de la population)	France		Italie		USA***	
	H*	F**	H	F	H	F
65-69 ans	-	-	0,76	1,2	13,7	10,4
70-74 ans	-	-	1,8	3,5		
75-79 ans	7,7	5,7	5,6	6,0	15,4	20,1
80-84 ans	12,5	16,6	15,0	13,1	33,3	32,6
85 ans ou plus	23,9	38,4	23,8	34,6	42,9	50,9
Incidence (nombre de nouveaux malades pour 1000 personnes par an)	France		Italie		USA	
	H*	F**	H	F	H	F
65-69 ans	3,4	1,8	8,7	8,5	-	-
70-74 ans	6,6	4,8	25,6	21,3	-	-
75-79 ans	19,1	18,5	26,2	60,7	26,7	36,2
80-84 ans	26,5	36,3	40,3	65,7	58,4	57,0
85-89 ans	37,3	53,0				
90 ans ou plus	57,0	106,7	83,0	138,3	84,3	108,2

Sources : France 2003 cohorte Paquid, Italie 2005, USA 2004 cohorte CHS

*Hommes

**Femmes

***Les estimations de prévalence issues de la cohorte américaine semblent particulièrement élevées. Dans un contexte de critères de diagnostic standardisés, l'hypothèse d'interprétations différenciées de ces critères entre les enquêtes, notamment au stade débutant de la maladie, et celle d'une prévalence plus élevée des facteurs de risque cardio-vasculaires en population américaine constituent probablement des pistes à explorer.

L'ordre de grandeur issu des estimations de prévalence peut être confronté à l'effectif représenté par les bénéficiaires d'une prestation départementale spécifique : l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). En effet, une part élevée de ceux âgés de 75 ans ou plus, estimée à 72,3% dans la cohorte française, souffre probablement de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Fin 2008, 27 296 Parisiens de 60 ans ou plus en bénéficient. La majorité d'entre eux est âgée d'au moins 75 ans. Cependant, l'Apa ne constitue pas une donnée exhaustive de recensement des malades Alzheimer ou apparentés, une part non négligeable (42% dans la cohorte française, certains au stade sévère) ne satisfaisant pas aux critères d'attribution de l'Apa du fait d'une évaluation de l'atteinte des fonctions cognitives peu prise en compte dans l'outil utilisé (grille Aggir).

Une autre approche s'appuie sur des données d'affections de longue durée (ALD) qui peuvent être comparées aux ordres de grandeur précédents. En 2009, 7 642 malades parisiens bénéficient d'une reconnaissance de leur maladie d'Alzheimer ou apparentée comme ALD par le régime général de l'assurance maladie. Cet effectif rassemble les malades admis en ALD les années précédentes (et toujours bénéficiaires) ainsi que les malades nouvellement admis en 2009 (20% de l'ensemble).

Depuis 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) rémunère tout ou partie des aides médico-sociales correspondant aux besoins des adultes de 60 ans ou plus dépendants demeurant à domicile, ou tout ou partie du tarif "dépendance" des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Elle est gérée par les Conseils généraux.

Jusqu'en 2003, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées n'étaient pas identifiables au sein des trente affections de longue durée (ALD) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100%). Ces maladies relevaient de l'ALD n°23 "psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale". En 2004, le deuxième plan national de lutte contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées a fait de la "maladie d'Alzheimer et des autres démences" une famille d'affection de longue durée à part entière (ALD n°15).

Tab 2 - Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD n°15, selon le sexe et l'âge, à Paris entre 2006 et 2008

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-34 ans	0	1	1
35-64 ans	17	26	43
65-84 ans	278	610	888
85 ans ou plus	170	684	854
Total	465	1321	1786

Sources : CnamTS, MSA, Canam - Exploitation ORS Ile-de-France

Si l'on considère les trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole et des indépendants), il y a eu en moyenne chaque année à Paris, 1 786 malades nouvellement admis en ALD sur la période 2006-2008. Les trois-quarts sont des femmes.

Lorsqu'on rapproche les données d'ALD des ordres de grandeur issus des estimations de prévalence et d'incidence, il ressort qu'à Paris, environ un quart des malades bénéficient d'une reconnaissance médicale de leur maladie (proportion comparable en Ile-de-France et en France métropolitaine). Cette reconnaissance n'est toutefois pas systématique chez les malades Alzheimer diagnostiqués. Une étude francilienne réalisée en 2009 montre en effet que sur 100 malades diagnostiqués relevant du régime général, 60 sont admis en ALD et 40 sont des malades traités par un médicament spécifique de la maladie d'Alzheimer mais non déclarés en ALD.

Selon cette même étude, les Franciliens atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, diagnostiqués et relevant du régime général, consultent légèrement plus souvent (+16%) les médecins généralistes que la population générale, mais cinq fois plus les neurologues et psychiatres libéraux. Leur recours aux soins de kinésithérapie est également plus important (1,7 fois) tout comme leur hospitalisation (1,4 fois).

A Paris, l'offre sanitaire pour le diagnostic et le suivi thérapeutique de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées est très développée, tant en consultations spécifiques (douze consultations mémoire) qu'en centres de référence pour les diagnostics les plus difficiles (deux centres mémoire de ressources et de recherche). De même, au niveau de la médecine de ville, Paris se caractérise par des densités de médecins généralistes, neurologues et psychiatres libéraux (pour 1000 Parisiens de 75 ans ou plus) importantes, supérieures aux moyennes régionale et nationale.

Pour les malades demeurant à domicile, l'offre de proximité pour des soins quotidiens est assez développée. Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) peuvent bénéficier à tous les Parisiens, l'ensemble des arrondissements étant couvert. Ceux-ci sont davantage sollicités pour des soins de nursing que des actes techniques dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, réalisés par les aides-soignants salariés des Ssiad.

Tab 3 - Maladies d'Alzheimer et apparentées : principaux intervenants sanitaires et médico-sociaux

L'offre pour le diagnostic et le suivi thérapeutique	Généralistes libéraux		Neurologues libéraux		Psychiatres libéraux		Consultations mémoire	
	effectif en 2008	tx75 en 2008 (1)	effectif en 2008	tx75 en 2008 (1)	effectif en 2008	tx75 en 2008 (1)	labellisées en 2010	autres en 2010
Paris	2 264	13,9	57	0,3	1 132	6,9	12	2
Ile-de-France	9 211	12,8	143	0,2	1 755	2,4	49	14
France métropolitaine	57 780	11,0	678	0,1	5 371	1,0	-	-

L'offre pour les malades qui demeurent à domicile	Clic	Réseaux géronto.	Ssiad	Infirmiers libéraux	Kin. libéraux	Accueil de jour	Hébergement temporaire					
	nb 2009	nb 2008	places 2010	tx75 2010	effectif 2010	tx75 2010	effectif 2010	tx75 2010	places 2009	tx75 2009	places 2009	tx75 2009
Paris	15	3	4 540	27,9	2 273	14,0	3 375	20,7	289	1,77	129	0,79
Ile-de-France	67	8	14 754	20,6	7 411	10,3	9 950	13,9	1 341	1,87	939	1,31
France métropolitaine	-	-	105 388	20,0	77 190	14,7	54 274	10,3	6 125	1,16	7 979	1,52

L'hébergement permanent en établissement collectif pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)			
	Places 2009	Taux 75 en 2009 (2,3,4)	Taux 75 en 2009 (1)
Paris	6 215	38,2	5,6
Ile-de-France	52 952	73,8	8,4
France métropolitaine	421 947	80,2	-

Sources : RP 2007 (Insee), Snir (CnamTS) pour les généralistes, neurologues et psychiatres libéraux, DHOS pour les consultations mémoire (novembre 2010), Fiqcs (Urcam Ile-de-France) pour les réseaux gérontologiques, ARS Ile-de-France pour les Ssiad franciliens qui incluent les services polyvalents d'aide et de soins à domicile-Spasad (non comprises les places dédiées aux moins de 60 ans handicapés ou aux personnes souffrant du VIH), Score-santé (Fnors) pour les Ssiad de France métropolitaine (données 2009), Drees pour les infirmiers et kinésithérapeutes libéraux, Drass, Ddass et Conseils généraux pour les Clic, accueils de jour, hébergement temporaire, Ehpad, unités de vie Alzheimer : données au 31/06/2009, Statiss (Drees/Drass) pour les accueils de jour, hébergement temporaire et Ehpad de France métropolitaine : données au 01/01/2008 - Exploitation ORS Ile-de-France

(1) Nombre pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus

(2) Capacités installées

(3) Bien que les sources d'information et les périodes soient différentes pour l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et les places en Ehpad entre d'une part l'Ile-de-France et les huit départements (source ORS) et d'autre part la France métropolitaine (source Drees/Drass), les tendances restent inchangées.

(4) Ces places incluent les 1 056 places installées et 225 places installées en unités spécifique Alzheimer des cinq Ehpad gérés par le Centre d'action sociale de la ville de Paris, situés en Ile-de-France en dehors de Paris, dans les départements de proche couronne et dans le Val d'Oise. Ces places sont réservées en priorité aux Parisiens. Ces cinq Ehpad ne proposent ni accueil de jour ni hébergement temporaire.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et

l'accompagnement du malade et de son entourage associent des interventions sanitaires et médico-sociales spécifiques ainsi que celles habituellement mobilisées par les malades atteints de maladies chroniques. La description de l'offre départementale s'appuie sur les principales interventions sollicitées dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer, en particulier médico-sociales. Bien que l'intervention sanitaire hospitalière n'apparaisse pas de façon exhaustive, la disponibilité de "places gériatriques" voire Alzheimer dans les hôpitaux de jour, les court-séjours et services de soins de suite et de réadaptation constitue un enjeu fondamental pour l'accès aux soins des malades Alzheimer compte-tenu de l'évolution de la maladie.

En l'absence d'analyse globale évaluant l'adéquation entre les besoins de soins et d'accompagnement des malades Alzheimer et de leur entourage, et l'offre existante (les évaluations étant individuelles), l'appréciation de l'offre de proximité s'appuie sur une comparaison entre le niveau départemental, le niveau régional et le niveau moyen de France métropolitaine.

La politique menée en faveur des personnes âgées relève d'une compétence conjointe de l'Etat et des Conseils généraux. Ces derniers jouent un rôle majeur dans la mise en œuvre de cette politique, notamment en matière de planification, en élaborant pour cinq ans un schéma départemental "gérontologique" qui procède à une analyse des besoins de la population âgée, dresse un état de l'offre médico-sociale existante et en détermine les perspectives d'évolution. Le schéma gérontologique 2006-2011, actuellement en cours, est le deuxième de Paris.

La mesure n°4 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la labellisation sur tout le territoire de **Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia)** : " L'important est de parvenir à une coordination clairement identifiée des réponses existantes, à savoir les Clic, les équipes Apa, les services sociaux (CCAS, département), les Ssiad et les Spasad, les réseaux gérontologiques, les plateformes de soins et services pilotés par les infirmiers libéraux. Il faut veiller à y associer une information des familles assurée par les CCAS, les caisses de retraite, les mairies, les services du conseil général, les mutuelles, les services de soins à domicile, les points info famille ". Ainsi, contrairement à leur appellation, les Maia sont des dispositifs de coordination pour les malades Alzheimer et leur entourage.

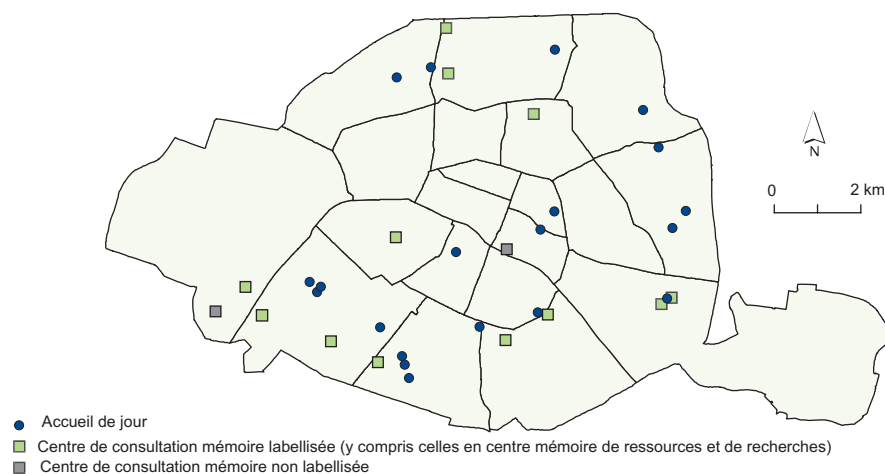
Des soins infirmiers quotidiens peuvent aussi être dispensés par des infirmiers libéraux, dont l'effectif stagne à Paris (ils étaient 2 187 en 2001) alors qu'il a augmenté aux niveaux régional et national (respectivement +9% et +34% entre 2001 et 2010). Par ailleurs, les Parisiens peuvent davantage recourir aux soins des kinésithérapeutes libéraux dont l'effectif s'est accru de 11% depuis 2001 (+8% en Ile-de-France et +29% en France métropolitaine). Pour les malades et leur entourage, l'offre d'accompagnement s'est développée depuis le premier programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. Tous les arrondissements bénéficient des services d'un centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic) et le nombre de places d'accueil de jour a presque triplé depuis 2003 (102 places installées), rapprochant Paris du niveau régional. Au 30 juin 2009, douze arrondissements en bénéficiaient, des projets d'accueil de jour étant prévus dans quatre autres. Ces efforts ont notamment été permis grâce aux moyens mobilisés dans le cadre des schémas gérontologiques parisiens. Ceux-ci ont aussi permis l'accroissement de la capacité des

établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des unités de vie spécifiques Alzheimer, dont les taux d'équipement ont sensiblement augmenté, même s'ils restent encore bien en deçà de la moyenne régionale (et nationale pour les Ehpad). L'hébergement temporaire, dont la capacité stagne, est très insuffisant au regard des besoins, avec un taux très inférieur à ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine.

Pour les familles des malades, il existe une palette d'actions très diversifiées, du groupe de soutien collectif (groupe de parole, réunion des familles) au soutien individuel en passant par l'information, la sensibilisation, la formation. Ces actions sont proposées notamment par les Clic, les associations spécialisées (France Alzheimer, Alzheimer Paris Familles, etc.), les accueils de jour et les Ehpad.

Dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia) tentent de coordonner l'ensemble des acteurs autour des malades Alzheimer et de leur famille. Une maison est en cours d'expérimentation à Paris, dans le 20ème arrondissement.

Carte 1 - Les consultations mémoire et les accueils de jour à Paris en 2010



Sources : DHOS pour les consultations mémoire : données 2010, Drass, Ddass et Conseils généraux pour les accueils de jour : données au 1^{er} trimestre 2010 - Exploitation ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

1. Alberganti M., Nau J.Y. Maîtriser demain Alzheimer - Entretien avec le Professeur Bruno Dubois. In *Le monde*, 14-15/01/2007
2. Dubois B., Albert M.L. Amnestic MCI or prodromal Alzheimer's disease ? In *The Lancet Neurology*, Vol. 3, issue 4, avril 2004, pp. 246-248
3. Gallez C. Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2005, 256p.
4. Maladie d'Alzheimer - enjeux scientifiques médicaux et sociétaux. Expertise collective, Inserm, 2007, 654p.
5. La santé des aidants familiaux - Interview du Professeur Florence Pasquier. In *La lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, Fondation Médéric Alzheimer, 2006, n°1, 4 p.
6. Helmer C., Pasquier F., Dartigues J.F. Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés. In *Médecine-Sciences*, vol. 22, n° 3, mars 2006, pp. 288-296
7. Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement, ministère de la Santé et des solidarités, DGS, Drees, 2005, 544p.
8. Effectifs 2007 (prévalence) des personnes en ALD et/ou traitées. In Note à Florence Lustman, Déléguée au suivi du plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer, InVS, 26 juin 2009, 4 p.
9. Plan Alzheimer 2008-2012. <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

Pour en savoir plus

Annuaire national : Dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et dispositifs d'aide aux aidants familiaux. Recensement 2008-2009. Fondation Médéric Alzheimer. <http://www.annuaire-med-alz.org/>
 Maladie d'Alzheimer. Prévalence et soins délivrés aux malades d'Ile-de-France. Analyse régionale. Direction régionale du service médical du régime général, Union régionale des caisses d'assurance maladie, 2009, 8p.
 Maria F. (de), Pepin P., Dalbarade M., Gremy I. Maladie d'Alzheimer : épidémiologie, prise en charge et prévention en Ile-de-France. Bulletin de santé, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008, n°13, 8p.

3.16 Cardiopathies ischémiques

La mortalité par cardiopathies ischémiques est en forte baisse en France et notamment à Paris où l'on observe une sous-mortalité pour les deux sexes. Pourtant, chaque année, les cardiopathies ischémiques sont responsables du décès de plus de 900 Parisiens, soit 6% du total des décès. La plupart de ces décès surviennent après 60 ans.

Contexte national

Les cardiopathies ischémiques regroupent l'ensemble des troubles ou maladies engendrés par la souffrance du muscle cardiaque lorsqu'il est privé d'oxygène, en raison de l'obstruction plus ou moins complète d'une artère coronaire le plus souvent par des phénomènes d'athérosclérose. Selon l'importance, la brutalité et la durée de la privation d'oxygène, la souffrance du myocarde se manifeste de différentes façons : douleurs d'angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde (ou syndrome coronarien aigu), atteinte ischémique chronique avec insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, voire mort subite.

Les cardiopathies ischémiques ont constitué le diagnostic principal de 312 500 séjours en services hospitaliers de court séjour en 2007 (2% de l'ensemble des séjours). L'augmentation de 0,8% en moyenne chaque année de ce nombre de séjours depuis 2000 résulte de l'accroissement et du vieillissement de la population puisque, sur la même période, le taux comparatif d'hospitalisation a diminué en moyenne de 1% par an [1].

95 700 admissions en affection de longue durée pour maladie coronaire (ALD n°13) ont été prononcées dans la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie en 2007 en France métropolitaine, ce qui représente 7% du nombre total d'admissions [2]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour maladie coronaire atteint, en France, 826 000 en 2008 et 871 000 en 2009 [3, 4].

Les cardiopathies ischémiques ont provoqué 38 700 décès en 2007, soit 7% du nombre total des décès. Entre 1991 et 2006, la mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué en moyenne de 3 % par an dans l'ensemble de la population comme chez les moins de 65 ans[5]. Au sein des pays de l'Union européenne, la France présente les plus faibles taux de mortalité tous âges et de mortalité prématurée [6].

Les trois registres de cardiopathies ischémiques (Bas-Rhin, Haute-Garonne, Lille) apportent des informations précises sur la morbi-mortalité coronaire. Selon les derniers résultats publiés, qui portent sur les années 1997-2002, le taux annuel moyen d'événements coronaires entre 35 et 64 ans est 5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le gradient décroissant de morbi-mortalité Nord-Sud observé entre les trois registres s'est réduit par rapport aux années 1985-1994, mais reste marqué.

Entre ces deux périodes, la mortalité coronaire globale a continué à décroître sur les trois sites pour les hommes, et s'est stabilisée pour les femmes. La létalité à 28 jours des personnes hospitalisées pour épisodes coronaires aigus a baissé de 4 % par an sur la période 1997-2002, mais reste très différente selon les sites. Enfin, la forte létalité des femmes de 35 à 44 ans interroge sur les conditions de diagnostic et de prise en charge des cardiopathies ischémiques dans ce groupe de population [7]. Les tendances récentes montrent une stabilisation de l'incidence en Haute-Garonne pour les hommes comme pour les femmes, alors qu'elle poursuit son recul sur les deux autres sites.

Des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières décennies dans la prise en charge des malades. C'est notamment le cas en phase aigue, avec la diffusion des traitements de reperfusion des artères coronaires, médicamenteux (thrombolyse) et mécanique (angioplastie). La prévention secondaire s'est également développée, avec la réadaptation et les programmes d'éducation thérapeutique des patients coronariens [8, 9]. Ces progrès ont permis une amélioration significative du pronostic vital et fonctionnel des patients, et ont contribué à la réduction du nombre de récidives. L'enjeu actuel réside dans la sensibilisation du public à l'identification des signes évocateurs de syndrome coronaire aigu et à l'alerte directe du Samu en appelant le 15, afin d'améliorer l'accès aux traitements de désobstruction [10]. L'implantation de défibrillateurs automatisés externes en de nombreux points du territoire, et la possibilité de leur usage par des non-médecins vise à réduire le nombre de morts subites cardiaques, qui chez l'adulte, sont d'origine coronaire dans plus de la majorité des cas [11-14].

La prévention primaire des cardiopathies ischémiques n'en demeure pas moins essentielle, avec comme cibles prioritaires le tabagisme actif ou passif, la nutrition et la sédentarité et, de façon liée, le surpoids dont la prévalence est en augmentation. Enfin, le dépistage et le contrôle de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies et du diabète, facteurs de risque associés entre eux et souvent liés aux facteurs nutritionnels restent insuffisants ou insuffisamment efficaces et doivent être améliorés [15, 16].

Pour les taux comparatifs de mortalité, le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux de la période [n-1 ; n+1]. Par exemple, l'année 1991 correspond à la moyenne des taux comparatifs de mortalité de la période 1990-1992.

La situation à Paris

À Paris, les cardiopathies ischémiques sont à l'origine du décès de 912 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007, soit 6,4% de l'ensemble des décès (7,0% chez les hommes et 5,8% chez les femmes). Les décès par cardiopathies ischémiques interviennent après 75 ans dans leur majorité (65% chez les hommes et 90% chez les femmes).

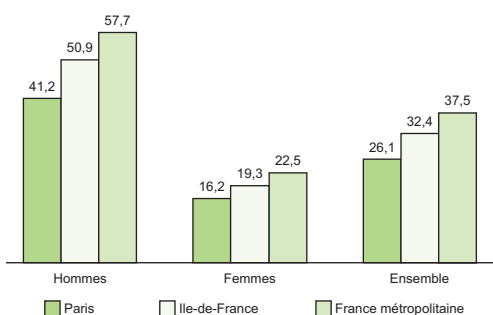
Les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques augmentent fortement avec l'âge pour atteindre 13 décès pour 1 000 hommes âgés de 85 ans ou plus. Ceux des femmes restent inférieurs à ceux des hommes pour toutes les tranches d'âge et atteignent un peu moins de 10 décès pour 1000 femmes âgées de 85 ans ou plus.

A sexe et âge comparable, les taux de mortalité des Parisiens sont inférieurs à ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine.

A Paris, les taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques sont de 41,2 décès pour 100 000 hommes et 16,2 décès pour 100 000 femmes en 2005-2007. Paris, et dans une moindre mesure l'Ile-de-France, présentent une sous-mortalité par cardiopathies ischémiques.

En quinze ans, le nombre de décès par cardiopathies ischémiques a fortement baissé. En tenant compte des évolutions démographiques, sur la période 1991-2006, on constate une baisse de la mortalité de 49% à Paris (légèrement plus marquée pour les femmes que pour les hommes). Cette baisse est supérieure à celles observées au niveau régional et au niveau national, avec, pour conséquence, une accentuation de la sous-mortalité par cardiopathies ischémiques à Paris au cours de ces 15 années.

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques en 2005-2007



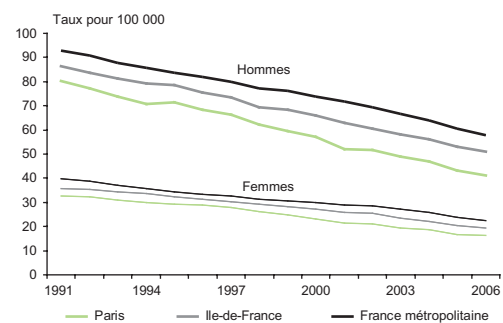
Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Tab 1 - Nombre annuel moyen de décès par cardiopathies ischémiques et taux de mortalité selon le sexe et l'âge en 2005-2007

	Paris		IDF	France métr.
	Effectif	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Hommes				
45-49 ans	11	16,3	20,4	26,4
50-54 ans	16	25,6	38,1	42,7
55-59 ans	27	41,3	54,8	64,9
60-64 ans	28	58,9	68,9	87,7
65-69 ans	36	105,7	126,6	137,6
70-74 ans	44	159,1	194,6	227,3
75-79 ans	62	256,5	358,9	406,0
80-84 ans	93	526,7	633,7	736,8
85 ans ou plus	158	1 290,3	1 446,0	1 516,8
Total	482	46,9	49,9	74,2
Femmes				
45-49 ans	1	1,4	2,2	4,0
50-54 ans	3	4,1	5,6	6,8
55-59 ans	3	4,0	6,5	8,6
60-64 ans	5	9,8	15,2	16,9
65-69 ans	11	24,9	24,5	30,5
70-74 ans	18	44,0	55,9	67,7
75-79 ans	36	89,2	124,4	149,1
80-84 ans	76	215,9	270,4	335,4
85 ans ou plus	275	855,1	961,5	1 048,5
Total	430	37,3	35,4	53,3

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même âge

Graph 2 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques de 1991 à 2006*



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.

Chaque année, près de 4 500 Parisiens sont admis en affection de longue durée pour cardiopathies ischémiques par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Les admissions en ALD pour cardiopathies ischémiques sont relativement nombreuses chez l'homme dès la tranche d'âge 35-64 ans.

En 2007, le nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée pour cardiopathies ischémiques est de 3 365, et concernent une majorité d'hommes (près de 80%). La fréquence des séjours dans ces services de la population parisienne est supérieure de 15% pour les hommes à la moyenne nationale et inférieure de 4% pour les femmes.

Tab 2 - Admissions en ALD de Parisiens pour cardiopathies ischémiques en 2006-2008

Hommes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	0	0,0	0,4	0,5
15-34 ans	10	2,9	3,8	4,5
35-64 ans	833	207,3	232,3	266,5
65-84 ans	722	695,0	734,0	679,8
85 ans ou plus	103	839,4	873,0	751,0
Total	1 668	162,4	169,0	203,8

Femmes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	1	0,7	0,5	0,3
15-34 ans	2	0,5	1,2	1,3
35-64 ans	175	40,1	47,0	56,0
65-84 ans	400	251,7	298,7	317,3
85 ans ou plus	209	649,1	703,3	616,2
Total	787	68,2	70,1	90,8

Sources: Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Tab 3 - Nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée MCO¹ pour cardiopathies ischémiques² en 2007

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	2	0	2
15-34 ans	13	5	18
35-64 ans	1 265	204	1 469
65-84 ans	1 285	443	1 728
85 ans ou plus	81	65	146
Total	2 647	718	3 365
ICH* Paris	115	96	-
ICH* IDF	115	107	-

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

Séjours pour lesquels une cardiopathie ischémique a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

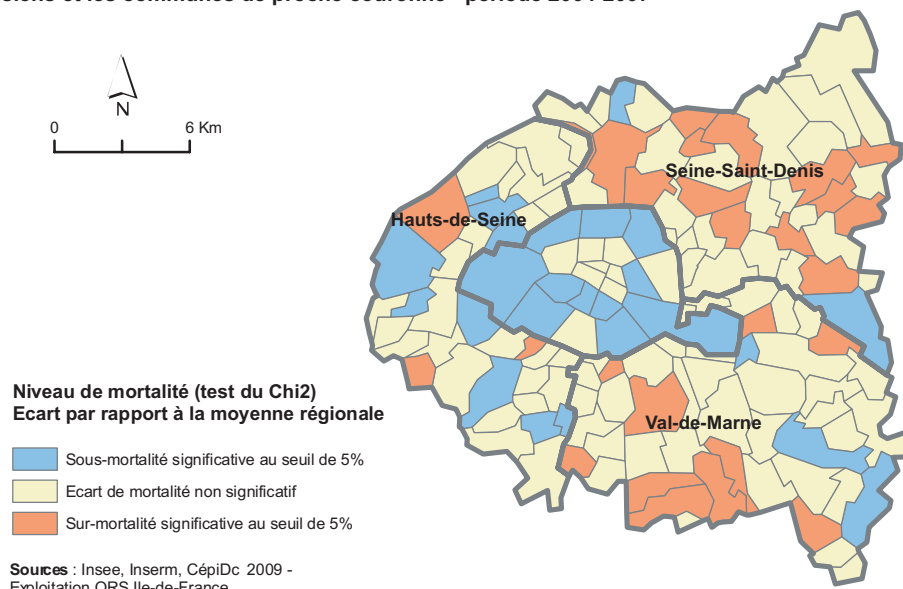
Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

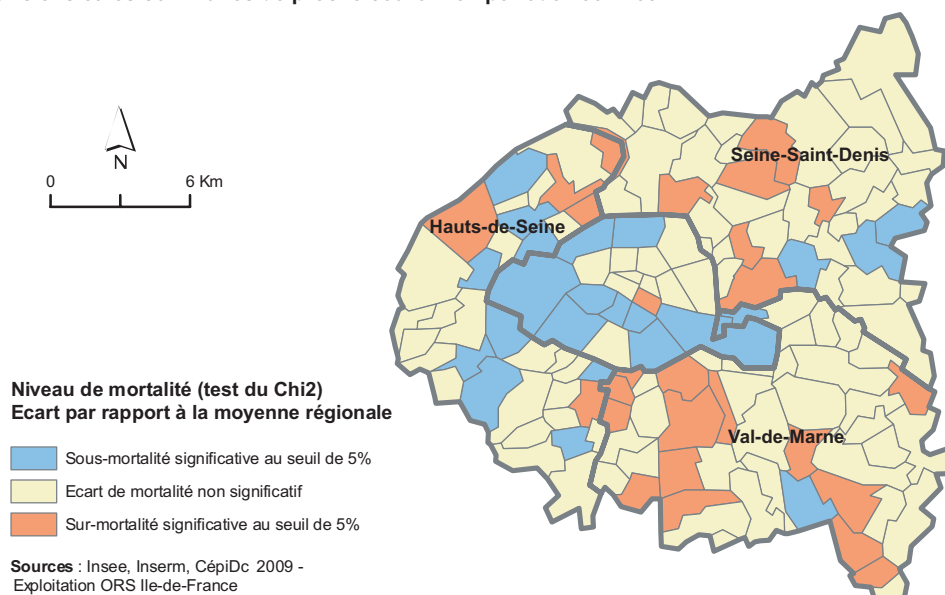
cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Carte 1 - Niveau de mortalité par cardiopathies ischémiques chez les hommes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Carte 2 - Niveau de mortalité par cardiopathies ischémiques chez les femmes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Repères bibliographiques et sources

1. ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees
2. Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007
3. Païta M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Points de repère. Cnamts. n° 27. 12 p.
4. Cnamts. Site de l'Assurance maladie. - www.ameli.fr
5. Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. - www.scoresante.org
6. Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
7. InVS. (2006). Numéro thématique : Surveillance de la pathologie coronaire en France : l'après Monica. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n° 8-9, pp. 61-68
8. Monpère C, Sellier P, Meurin P et al. (2002). Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte. Version 2. Archives des maladies du coeur et des vaisseaux. tome 95, n° 10. pp. 963-997
9. Denolle T, Dib M, Revault d'Allonnes F. (2008). La réadaptation post-infarctus et l'éducation thérapeutique. Actualité et dossier en santé publique. HCSP. n° 63. pp. 68-71
10. HAS. (2007). Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie. Conférence de consensus. 23 novembre 2006, Paris. Texte des recommandations. 45 p.
11. Instruction n° 09-033 du 26 février 2009 du Ministère de la santé et des sports sur la mise en place de défibrillateurs automatisés externes
12. Décret n° 2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non médecins et modifiant le code de la santé publique
13. Arrêté du 16 juillet 2010 relatif à l'initiation du grand public à la prise en charge de l'arrêt cardiaque et à l'utilisation de défibrillateurs automatisés externes
14. Ahmad M, Afzal S, Malik IA et al. (2005). An autopsy study of sudden cardiac death. Journal of the pakistan medical association. vol. 55, n° 4. pp. 149-152
15. InVS. (2007). Etude nationale nutrition santé ENNS 2006 : situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Premiers résultats. 74 p.
16. Wagner A, Arveiler D, Ruidavets JB et al. (2008). Etat des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 49-50. pp. 483-486.

3.17 Maladies vasculaires cérébrales

Les maladies vasculaires cérébrales sont responsables chaque année du décès d'environ 750 Parisiens. La plupart sont âgés de 75 ans ou plus. Les comparaisons entre régions et départements français placent l'Île-de-France parmi les régions et Paris parmi les départements ayant la mortalité par maladies vasculaires cérébrales la plus basse. En revanche, les taux par âge d'admission en ALD pour maladies vasculaires cérébrales sont relativement élevés à Paris.

Contexte national

Les maladies vasculaires cérébrales regroupent l'ensemble des maladies qui provoquent une altération de la circulation cérébrale. Elles se manifestent le plus souvent subitement, sous forme d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). 80 à 90% des AVC sont de nature ischémique, résultant de l'obstruction ou du rétrécissement d'un vaisseau, les autres sont liés à une hémorragie. La souffrance cérébrale va se traduire par un déficit neurologique fonction de la zone atteinte. Il peut s'agir de déficiences motrices, sensitives, sensorielles, de troubles cognitifs... Les suites de l'AVC sont souvent graves, avec une forte létalité initiale, une proportion importante de survivants gardant des séquelles, parfois très invalidantes. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont des AVC d'origine ischémique caractérisés par une régression précoce et complète des déficits neurologiques, et l'absence d'image d'atteinte cérébrale.

Le nombre de nouveaux cas d'AVC survenant chaque année en France n'est pas connu avec précision. Selon le registre des AVC de Dijon, les taux d'incidence de ces nouveaux accidents, standardisés sur la population européenne pour 100 000 habitants, est de 124 chez les hommes et 80 chez les femmes entre 2000 et 2004 [1]. L'âge moyen de survenue dépasse 71 ans chez les hommes et 76 ans chez les femmes pour la période 1985-2004 [2]. Mais près de 30% des cas incidents surviennent chez des personnes de moins de 65 ans [3]. Entre 1985 et 2004, le taux d'incidence global des AVC est resté stable, l'âge moyen de survenue d'un premier AVC a augmenté de plus de 5 ans et le taux de mortalité à 1 mois a diminué [1, 2]. Les données issues de six registres européens sur la période 2004-2006 montrent des taux d'incidence des AVC plus élevés à l'est et au nord de l'Europe, la France occupant une position intermédiaire [3]. Les maladies vasculaires cérébrales ont provoqué 32 800 décès en 2007, soit 6% du total des décès et 22% des décès cardiovasculaires [4]. Cette mortalité est actuellement la plus faible des pays de l'Union européenne, mais il existe d'importantes disparités entre les régions françaises [5]. Entre 1991 et 2006, le taux de mortalité cérébrovasculaire a été divisé par deux.

40 660 admissions en affection de longue durée (ALD) pour accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n°1) ont été prononcées pour la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie en 2007 en France métropolitaine, ce qui représente 3% de l'ensemble des admissions [6]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour accident vasculaire cérébral

invalidant est estimé, en France, à 244 000 en 2008 et 265 000 en 2009 [7, 8].

L'AVC est une urgence qui doit être prise en charge au sein d'une filière de soins organisée, afin d'assurer un traitement global du patient, en phase précoce, comme à moyen et à long terme. Environ 130 000 hospitalisations en court séjour avec une maladie vasculaire cérébrale pour diagnostic principal (codes Cim 10 I60-I66) ont été dénombrées en 2007. Ce nombre, qui ne prend pas en compte les AIT mais qui inclut les premiers AVC et les récidives, a augmenté de 1% en moyenne chaque année entre 2000 et 2007 [9]. Cette progression résulte de la croissance et du vieillissement de la population, puisque sur la même période le taux comparatif d'hospitalisation a diminué de 0,8% en moyenne par an [9].

Au cours des années récentes, l'usage de la thrombolyse dans les AVC d'origine ischémique et le développement d'unités neurovasculaires (UNV) ont transformé la prise en charge précoce des AVC [10]. Toutefois, alors que l'hospitalisation en UNV améliore le pronostic vital et fonctionnel, seuls 20% des patients victimes d'AVC étaient accueillis dans les 78 UNV existantes en mars 2009, avec d'importantes disparités entre régions [11, 12]. Le développement des UNV et la structuration de filières de prise en charge coordonnées avec les UNV, mais aussi l'information du grand public sur les signes d'alerte font partie des mesures du plan "accidents vasculaires cérébraux 2010-2014" [13, 14].

La rééducation, à domicile ou en service de soins de suite et de réadaptation (SSR), constitue une étape essentielle de la prise en charge des AVC. En 2007, environ 31% des patients hospitalisés en court séjour pour AVC ont bénéficié d'une hospitalisation en SSR [15].

Le principal facteur de risque d'accident vasculaire cérébral est l'hypertension artérielle. Outre certaines maladies cardiaques facteurs d'embolie comme la fibrillation auriculaire, le diabète, les dyslipidémies, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, ainsi que la contraception orale ou le traitement hormonal substitutif chez les femmes favorisent également la survenue d'AVC. La prise en compte de ces facteurs de risque est donc essentielle, en prévention primaire mais aussi pour lutter contre les récidives dont le taux varie de 6 à 12% par an selon les études [16, 17].

La situation à Paris

Les maladies vasculaires cérébrales sont à l'origine du décès de 759 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 (dont 58,4% de femmes). Ces pathologies représentent 5,3% de l'ensemble des décès à Paris (4,6% chez les hommes et 6% chez les femmes).

La majorité de ces décès surviennent à des âges élevés, notamment chez les femmes.

On observe une sous-mortalité par maladies vasculaires cérébrales à Paris.

En 2005-2007, les taux comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales sont de 26,7 décès pour 100 000 hommes et de 17,8 décès pour 100 000 femmes à Paris. Pour les deux sexes, ces taux sont inférieurs à ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine.

Les comparaisons entre régions et départements français placent l'Ile-de-France parmi les régions et Paris parmi les départements ayant la mortalité par maladies vasculaires cérébrales la plus basse.

En quinze ans, le nombre de décès par maladies vasculaires cérébrales a baissé d'environ 50% à Paris. En tenant compte de la modification de la structure par âge de la population sur la période 1991-2006, on constate une baisse de la mortalité de 46,4% pour les hommes et de 52,0% pour les femmes. Ces baisses sont comparables à celles observées aux niveaux régional et national.

Tab 1 - Nombre annuel de décès de Parisiens par maladies vasculaires cérébrales selon l'âge et taux de mortalité en 2005-2007

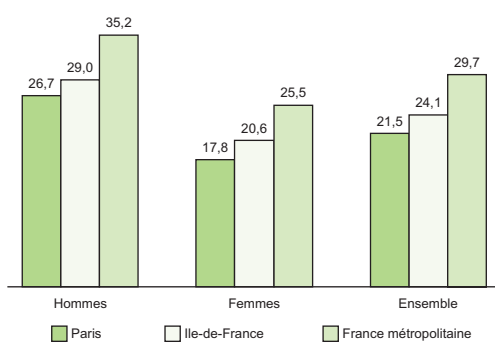
Hommes	Paris		IDF	France métr.
	Effectif	Taux	Taux	Taux
40-44 ans	4	5,4	6,2	5,9
45-49 ans	7	10,2	9,2	9,6
50-54 ans	9	14,1	13,9	15,9
55-59 ans	16	23,7	22,6	24,9
60-64 ans	17	36,5	31,0	37,4
65-69 ans	20	59,1	62,2	67,5
70-74 ans	28	100,5	109,4	132,8
75-79 ans	41	171,9	209,8	263,5
80-84 ans	70	395,9	401,6	534,6
85 ans ou plus	101	825,8	959,4	1 174,2
Total tous âges	316	30,7	28,5	46,6

Femmes	Paris		IDF	France métr.
	Effectif	Taux	Taux	Taux
40-44 ans	5	6,0	4,0	3,9
45-49 ans	4	5,6	4,5	6,0
50-54 ans	6	8,2	8,7	8,6
55-59 ans	7	8,9	10,9	11,5
60-64 ans	7	12,3	17,8	17,7
65-69 ans	12	27,2	32,0	33,1
70-74 ans	19	46,5	57,1	73,3
75-79 ans	46	114,2	144,5	172,9
80-84 ans	85	241,4	294,0	391,5
85 ans ou plus	252	782,6	871,7	1 127,4
Total tous âges	443	38,4	28,5	59,5

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

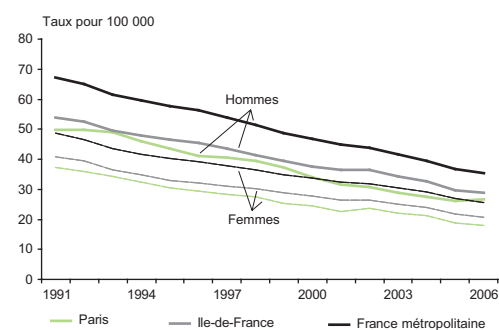
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même âge

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

Graph 2 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales de 1991 à 2006*



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

Chaque année près de 1 300 Parisiens sont admis en moyenne chaque année en affection de longue durée (ALD) pour cause de maladies vasculaires cérébrales par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Les taux d'admissions en ALD sont relativement élevés à Paris comparés à ceux d'Ile-de-France et de France métropolitaine.

En 2007, le nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée pour maladies cardiovasculaires est de 3 893.

Les deux principales causes de séjours hospitaliers pour maladies cardiovasculaires sont les hémorragies méningées, cérébrales, intra-crânienne et la thrombose des artères cérébrales et précérébrales. La fréquence des séjours hospitaliers de la population parisienne pour hémorragie méningée, cérébrale et intra-crânienne est inférieure de 18% pour les hommes à la moyenne nationale et inférieure de 3% pour les femmes. Pour la thrombose des artères cérébrales et précérébrales, la fréquence des séjours hospitaliers des Parisiens est supérieure de 8% à la moyenne nationale chez les hommes et identique chez les femmes.

Tab 3 - Admissions en ALD de Parisiens pour maladies vasculaires cérébrales en 2006-2008

Hommes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 15 ans	7	4,4	3,2	3,0
15-34 ans	12	3,4	4,0	4,6
35-64 ans	275	68,4	64,7	60,6
65-84 ans	309	297,4	274,2	235,9
85 ans ou plus	66	537,9	543,3	467,3
Total	669	65,1	57,7	61,8

Femmes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 15 ans	3	2,0	2,3	2,2
15-34 ans	17	4,5	5,4	5,4
35-64 ans	144	33,0	34,8	35,3
65-84 ans	298	187,5	181,1	179,8
85 ans ou plus	158	490,7	461,5	446,4
Total	620	53,7	47,4	57,0

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Tab 2 - Nombre de séjours de Parisiens dans les services de courte durée MCO¹ pour maladies vasculaires cérébrales² en 2007

	Nombre de séjours			ICH ³ Paris		ICH ³ IDF	
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Hémorragie méningée, cérébrale, intra-crânienne	372	440	812	82	97	95	93
Thrombose artères cérébrales et précérébrales	1 452	1 209	2 661	108	100	100	96
Accident vasculaire cérébral mal défini	200	220	420	90	81	97	93
Total	2 024	1 869	3 893	-	-	-	-

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Repères bibliographiques et sources

- Benatru I, Rouaud O, Durier J et al. (2006). Stable stroke incidence rates but improvised case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004. Stroke. vol. 37, n° 7, pp. 1674-167.
- Béjot Y, Durier J, Binquet C et al. (2007). Evolution des taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon, France, 1985-2004. Bulletin épidémiologique, hebdomadaire. In VS. n° 17. pp. 140-142
- The European Registers of stroke (EROS) Investigators. (2009). Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century. Stroke. vol. 40, n° 3. pp. 1557-1563
- Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. - www.scoresante.org
- Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. - http://epp.eurostat.ec.europa.eu
- Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire
- Païta M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Points de repère. Cnamts. n° 27. 12 p.
- Cnamts. Site de l'Assurance maladie. - www.ameli.fr
- ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees
- HAS. (2009). Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). Recommandations. 19 p.
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2009). Les chiffres clés de l'AVC. [page internet] www.sante-sports.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html
- Woimant F, Hommel M. (2001). Recommandations pour la création d'Unités neuro-vasculaires. Revue neurologique. vol. 157, n° 11, pp. 1447-1456
- Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2010). Plan d'actions national accidents vasculaires cérébraux 2010-2014. 77 p
- Fery-Lemonnier E. (2009). La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Ministère de la santé et des sports. 162 p
- De Peretti C. (2010). Hospitalisation en soins de suite et de réadaptation en France après un accident vasculaire cérébral survenu en 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. In VS. n° 49-50. pp. 501-506
- Béjot Y, Touzé E, Jacquin A et al. (2009). Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. Médecine sciences. vol. 25, n° 8-9. pp. 727-732
- HAS. (2008). Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire. Recommandations. 16 p.

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

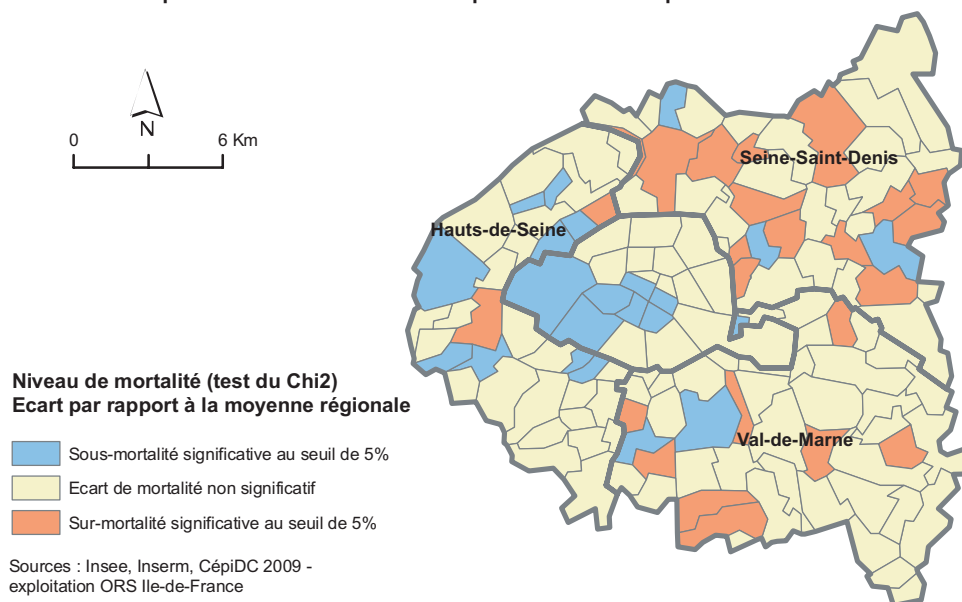
²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

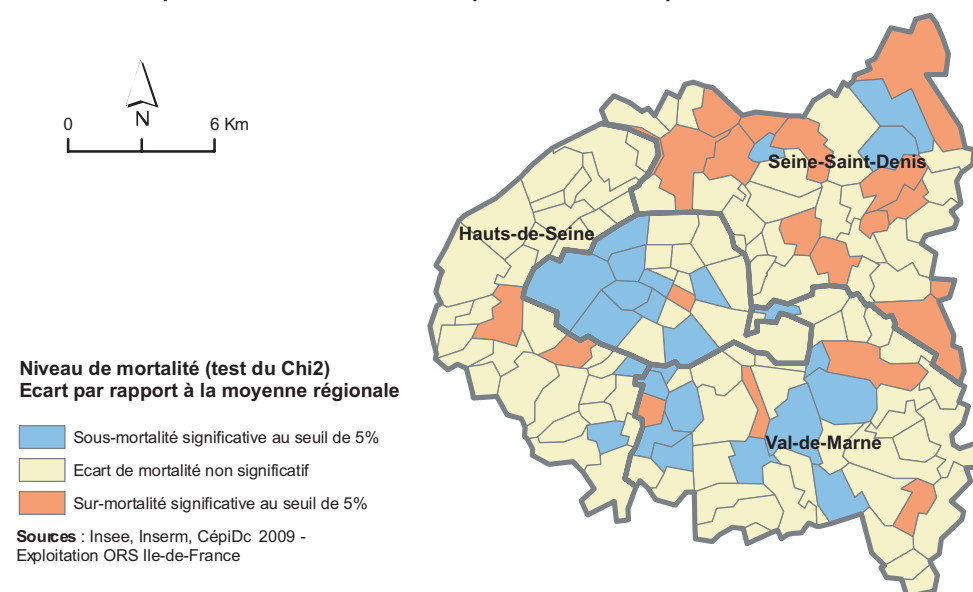
³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Carte 1 - Niveau de mortalité par maladies vasculaires cérébrales chez les hommes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Carte 2 - Niveau de mortalité par maladies vasculaires cérébrales chez les femmes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



3.18 Maladies de l'appareil respiratoire

Chaque année, environ 1 500 Parisiens sont admis en affection de longue durée (ALD) pour une maladie de l'appareil respiratoire et 850 décèdent avec une maladie respiratoire mentionnée en cause initiale du décès. La plupart sont âgés de 75 ans ou plus. On observe une sous-mortalité par maladies de l'appareil respiratoire à Paris. Le niveau de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire diminue depuis quinze ans à Paris comme en France.

Contexte national

Les affections étudiées dans cette fiche sont seulement celles classées dans le chapitre X "Maladies de l'appareil respiratoire" de la classification internationale des maladies. Des pathologies graves ou fréquentes, et notamment le cancer du poumon, le mésothéliome pleural, la tuberculose pulmonaire, ou encore le syndrome d'apnées du sommeil ou la mucoviscidose, ne sont pas traitées dans cette fiche.

Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent des affections très différentes, notamment en terme de gravité, et parfois difficiles à classer, en particulier chez le sujet âgé. Elles peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, infections des voies respiratoires supérieures) ou d'évolution chronique comme la bronchite chronique ou l'asthme (voir fiche "Asthme").

En médecine de ville, les maladies respiratoires arrivent au deuxième rang des motifs de recours aux soins (18% des séances en 2007), en raison de la fréquence des recours liés aux affections aiguës des voies respiratoires supérieures, souvent bénignes [1, 2].

A l'hôpital, les affections respiratoires constituent le diagnostic principal de 5% des séjours en service de court séjour (775 000 en 2007), avec une grande diversité des affections concernées, notamment selon l'âge [3].

Parmi les affections respiratoires, la bronchite chronique et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) occupent une place importante, en raison de leur fréquence et de la gravité potentielle de leur évolution. Pathologies fortement liées au tabagisme, elles touchent surtout les hommes, avec toutefois un écart hommes-femmes qui tend à se réduire. La bronchite chronique, qui altère notablement la qualité de vie, concernerait 3 à 4% de la population [4-6]. La prévalence de la BPCO, plus difficile à évaluer, serait de 1, % dans la population de 20 à 44 ans et de 7,5% au-delà de 45 ans [5, 7]. Cette maladie est toutefois largement sous-diagnostiquée et donc insuffisamment prise en charge [8, 9]. Au sein de l'Union Européenne, la France occupe une position favorable concernant la prévalence de la BPCO [7, 10].

Les personnes souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique (IRC) grave, en lien notamment avec un asthme ou une BPCO, sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD).

En 2007, environ 40 800 admissions ont ainsi été prononcées pour cette affection (ALD 14) parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (3% de l'ensemble des admissions) [11]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour IRC grave est estimé à 302 250 en 2008 et 320 200 en 2009 [12, 13].

Les personnes souffrant d'IRC grave avec hypoxémie peuvent bénéficier d'une oxygénothérapie de longue durée à domicile, qui améliore sensiblement leur état de santé et leur espérance de vie. 93 000 adultes étaient concernés par un tel traitement en 2006 [9].

Les affections respiratoires ont constitué la cause initiale de 32 600 décès en 2007, soit 6% de l'ensemble des décès [14]. Cette proportion sous-estime toutefois l'impact des maladies respiratoires sur la mortalité car ces pathologies jouent souvent un rôle favorisant ou aggravant d'autres pathologies. Les infections respiratoires basses et la BPCO sont les deux principales affections respiratoires à l'origine de ces décès, et la BPCO est en outre souvent notifiée comme cause de décès associée [9]. Le taux de mortalité par maladie respiratoire croît de façon importante avec l'âge, notamment au-delà de 65 ans, et à structure d'âge identique, ce taux est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes [14]. Cette surmortalité masculine résulte pour une large part de la plus forte consommation de tabac des hommes, mais aussi de leur exposition plus importante à certains environnements professionnels à risque. Au sein de l'Union Européenne, la France se situe parmi les pays où la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire est la moins élevée [15].

Depuis le début des années 2000, le taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a diminué en moyenne chaque année de 3,1% chez les hommes et de 2,5% chez les femmes (fig. 4). Par contre, pour la mortalité par BPCO après 45 ans, aucune tendance significative ne se dégage sur la période 2000-2006 [9, 16].

Au sein des régions françaises, celles du Nord et de l'Est, ainsi que la Bretagne et la Réunion, connaissent les taux les plus élevés de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire et par BPCO après 45 ans, mais aussi d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO chez les plus de 25 ans [9, 17].

Pour les taux comparatifs de mortalité, le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux de la période [n-1 ; n+1]. Par exemple, l'année 1991 correspond à la moyenne des taux comparatifs de mortalité de la période 1990-1992.

La situation à Paris

Les affections respiratoires ont constitué la cause initiale du décès de 850 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. Rappelons que ce chiffre sous-estime l'impact des maladies respiratoires sur la mortalité car ces pathologies jouent souvent un rôle favorisant ou aggravant d'autres pathologies. Les infections respiratoires basses (pneumonie, broncho-pneumonie) et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont les deux principales affections respiratoires à l'origine de ces décès. La BPCO est en outre souvent notifiée comme cause de décès associée. Une grande partie de ces décès concerne des personnes âgées de 75 ans ou plus.

A structure par âge comparable, Paris présente une sous-mortalité par maladies de l'appareil respiratoire de 27% par rapport à la France métropolitaine chez les hommes et de 11% chez les femmes. La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a diminué de 39% chez les hommes et de 32% chez les femmes entre 1990 et 2007. Ces évolutions sont comparables à celles observées au niveau régional et au niveau national.

Tab 1 - Nombre annuel moyen de décès par maladies de l'appareil respiratoire selon le sexe l'âge et taux de mortalité en 2005-2007

	Paris		IDF	France métro.
	Effectif	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Hommes				
65-69 ans	19	56,2	69,2	77,5
70-74 ans	29	105,3	133,9	154,7
75-79 ans	50	209,4	270,3	313,9
80-84 ans	81	460,4	547,4	632,6
85 ans ou plus	158	1 284,9	1 457,8	1 683,2
Total tous âges	384	37,4	36,9	57,4
Femmes				
65-69 ans	9	21,8	24,5	25,8
70-74 ans	20	49,8	52,7	53,1
75-79 ans	49	122,5	133,8	120,6
80-84 ans	72	204,5	245,7	265,4
85 ans ou plus	299	928,6	984,0	1 037,9
Total tous âges	474	41,1	35,8	48,7

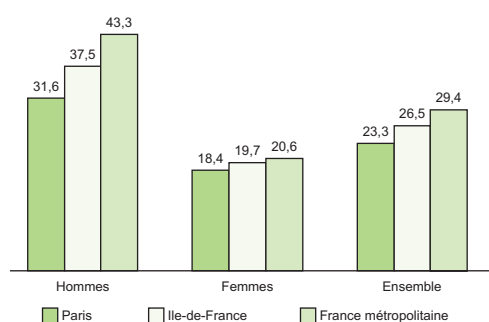
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même âge

Tab 2 - Nombre annuel moyen de décès par maladies de l'appareil respiratoire à Paris en 2005-2007

	Hommes	Femmes
Pneumonie, broncho-pneumonie	136	159
<i>Dont 75 ans ou plus</i>	105	149
Grippe	3	3
<i>Dont 75 ans ou plus</i>	2	2
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	95	98
<i>Dont 75 ans ou plus</i>	71	80
Asthme	9	20
<i>Dont 75 ans ou plus</i>	4	15
Autres maladies respiratoires	140	195
<i>Dont 75 ans ou plus</i>	106	173
Total maladies respiratoires	384	474
<i>Dont 75 ans ou plus</i>	289	420

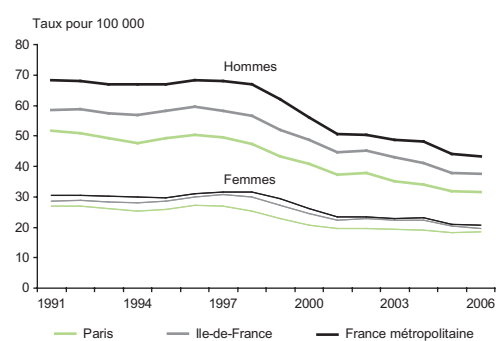
Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Graph 2 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire de 1990 à 2007*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.

En 2007, le nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée pour maladies de l'appareil respiratoire est de 23 469, dont une petite majorité d'hommes (55%). La fréquence des séjours dans ces services de la population parisienne est inférieure de 3% pour les hommes à la moyenne nationale et inférieure de 5% pour les femmes.

En 2006-2008, en moyenne chaque année, 1 502 Parisiens ont été admis en affection de longue durée pour maladies respiratoires par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Ces admissions représentent 3,6% de l'ensemble des admissions en ALD chez les hommes comme chez les femmes.

Tab 3 - Nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée MCO¹ pour maladies de l'appareil respiratoire² en 2007

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	3 566	2 474	6 040
15-34 ans	1 628	1 250	2 878
35-64 ans	3 784	2 576	6 360
65-84 ans	3 030	2 681	5 711
85 ans ou plus	937	1 545	2 482
Total	12 945	10 524	23 469
ICH* Paris	97	95	-
ICH* IDF	97	101	-

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

Séjours pour lesquels une maladie de l'appareil respiratoire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

* Indice comparatif d'hospitalisation³ base 100 en France métropolitaine

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

¹MCO :

médecine, chirurgie, obstétrique

²Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

³Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Tab 4 - Admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire en 2006-2008

Hommes	Paris		IDF	France métro.	Femmes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*		Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
Moins de 15 ans	146	91,0	85,3	38,9	Moins de 15 ans	89	58,0	51,8	23,6
15-34 ans	39	11,2	13,2	9,0	15-34 ans	50	13,4	17,4	12,4
35-64 ans	251	62,4	66,5	63,3	35-64 ans	242	55,5	62,9	48,8
65-84 ans	282	271,5	293,7	242,3	65-84 ans	270	169,9	177,1	136,4
85 ans ou plus	51	415,6	418,9	354,9	85 ans ou plus	82	254,7	287,3	224,9
Total	769	74,9	78,9	70,5	Total	733	63,5	66,6	54,5

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Ile-de-France

*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Référence bibliographiques et sources

1. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes
2. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes
3. ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees
4. Fuhrman C, Roche N, Vergnenègre A, Chouaid C, Zureik M et al. (2008). Bronchite chronique : prévalence et impact sur la vie quotidienne. Analyse des données de l'enquête santé Insee 2002-2003. InVS. 37 p.
5. Roche N, Dalmay F, Perez T et al. (2008). Impact of chronic airflow obstruction in a working population. The European respiratory journal. vol. 31, n° 6. pp. 1227-1233
6. Huchon GJ, Vergnenègre A, Neukirch F et al. (2002). Chronic bronchitis among French adults: high prevalence and underdiagnosis. The European respiratory journal. vol. 20, n° 4. pp. 806-812
7. de Marco R, Accordini S, Cerveri I et al. (2004). An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages. Thorax. vol. 59, n° 2. pp. 120-125
8. Piperno D, Bart F, Serrier P et al. (2005). Patients à risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive en médecine générale : Enquête épidémiologique avec 3411 patients. La Presse médicale. vol. 34, n° 21. pp. 1617-1622
9. Fuhrman C, Delmas MC. (2010). Epidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. Revue des maladies respiratoires. vol. 27, n° 2. pp. 160-168
10. Rennard S, Decramer M, Calverley PMA et al. (2002). Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of confronting COPD international survey. The European respiratory journal. vol. 20, n° 4. pp. 799-805
11. Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS
12. Païta M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Points de repère. Cnamts. n° 27. 12 p.
13. Cnamts. Site de l'Assurance maladie www.ameli.fr
14. Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire
15. Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne http://epp.eurostat.ec.europa.eu
16. Pavillon G, Boileau J, Renaud G et al. (2005). Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 4. pp. 13-16.
17. Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.scoresante.org

3.19 Asthme

L'asthme est une pathologie très présente dans la capitale. Paris et dans une moindre mesure l'Ile-de-France se caractérisent en effet par des taux élevés de mise en ALD pour asthme et par des indices comparatifs d'hospitalisation plus élevés qu'en France. Les Parisiens de moins de 15 ans sont particulièrement touchés.

Contexte national

L'asthme est une affection chronique liée à une réactivité excessive des bronches à certaines agressions, qui provoque une diminution de leur calibre et une gêne à la circulation de l'air. Il s'agit d'une maladie multifactorielle, d'étiologie non clairement élucidée à ce jour, qui résulte d'interactions complexes entre facteurs génétiques et facteurs environnementaux. La crise d'asthme constitue la manifestation clinique la plus typique de la maladie, et sa survenue est favorisée par les infections respiratoires, l'exposition aux allergènes, le tabagisme actif, la pollution de l'air intérieur (tabagisme passif notamment) et de l'air extérieur. Différents symptômes peuvent également être évocateurs d'un asthme : toux nocturne ou à l'effort, difficultés respiratoires pendant ou après l'effort...

L'asthme est souvent associée à d'autres pathologies (obésité, rhinite allergique, dépression/anxiété, eczéma, ...) et à une moins bonne qualité de vie (difficultés à marcher, se pencher, monter/descendre les escaliers, ...) [1].

Les tendances évolutives de la prévalence de l'asthme en France restent difficiles à déterminer, en raison de la disparité des critères utilisés pour définir la maladie. L'enquête ESPS observe une progression de la prévalence de l'asthme actuel chez l'adulte de 5.8% en 1998 à 6.7% en 2006 augmentation confortée par d'autres études internationales [1, 2]. Cette augmentation pourrait s'expliquer en partie par une modification des facteurs environnementaux. Les étiologies professionnelles sont également de mieux en mieux reconnues et une analyse récente de l'ensemble des travaux disponibles permet d'estimer à 15% la part asthmes qui leur sont attribuables [3].

En Europe, la prévalence de l'asthme suit un gradient décroissant du nord vers le sud et de l'ouest vers l'est, les pays anglo-saxons étant particulièrement touchés. La France se situe à un niveau intermédiaire [4].

L'asthme est plus fréquent sous les climats humides. En France, la prévalence de l'asthme est d'environ 5% dans l'Est, de 6% en Ile-de-France et dans le Centre-Est, de 7% dans le Sud-Est, l'Ouest et le Nord, et de 8% dans le Sud-Ouest et le Bassin parisien [1].

La prise en charge de l'asthme repose sur la prévention des exacerbations de la maladie, par l'éviction des facteurs déclenchant d'une part, et la prise quotidienne ou occasionnelle de médicaments d'autre part. L'implication des patients dans leur traitement est essentielle. Le programme d'action, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005 visait notamment à développer les structures d'éducation thérapeutique pour les patients asthmatiques. En 2011, plus de 90 écoles de l'asthme sont autorisées en France [5].

En cas de crise d'asthme sévère, les personnes

atteintes peuvent avoir recours aux services d'urgences. La décision d'hospitaliser dépend tout d'abord de critères médicaux (sévérité, réponse au traitement) mais d'autres facteurs tels que l'isolement social peuvent entrer en considération. En dehors d'une crise, une hospitalisation peut également être planifiée devant un problème diagnostique ou de maîtrise thérapeutique (inefficacité du traitement). D'après l'enquête ESPS 2006, près de 3% des asthmatiques déclarent avoir été hospitalisés pour une crise d'asthme dans les 12 mois précédant l'enquête (y compris passage aux urgences sans hospitalisation) [1].

En 2007, l'asthme a constitué le diagnostic principal d'environ 54 000 séjours hospitaliers en France dont plus de la moitié chez des moins de 15 ans [6].

Les personnes souffrant d'un asthme sévère et persistant, nécessitant un traitement lourd peuvent être admis en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie. En 2006, 8% des asthmatiques étaient en ALD en rapport avec leur asthme [1]. Pour le seul régime général d'assurance maladie, le nombre total de personnes en Affection de longue durée (ALD) pour cette affection est estimé à 141 700 en 2009 [7]. Chaque année, environ 12 000 admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (ALD n°14) avec un diagnostic d'asthme sont prononcées par les trois principaux régimes d'assurance maladie [8].

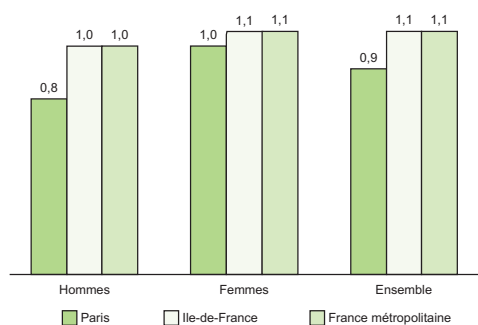
En 2007, 1 060 décès par asthme sont survenus en France, dont près des deux tiers concernent des personnes âgées 75 ans et plus. On dénombre toutefois 80 décès de personnes âgées de moins de 45 ans [9]. Après un pic de mortalité au milieu des années 1980, les taux standardisés de mortalité sont en diminution chez les hommes comme chez les femmes. Ce constat est conforté par une analyse en cause multiple et par le fait que cette décroissance s'observe également chez les enfants et les adultes jeunes, pour lesquels la qualité de la certification des causes médicales de décès concernant l'asthme est meilleure. La baisse de la mortalité est plus marquée pour les hommes que pour les femmes et le taux masculin, longtemps supérieur au taux féminin, lui est devenu inférieur [10].

La situation à Paris

L'asthme est à l'origine du décès de 30 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005-2007¹. A structure par âge comparable, Paris présente une légère sous-mortalité par asthme par rapport à l'Ile-de-France et la France métropolitaine pour les deux sexes (taux comparatif de 0,8 décès pour 100 000 hommes et 1,0 décès pour 100 000 femmes). A Paris comme en France et en Ile-de-France, le niveau de la mortalité par asthme a été divisé par trois depuis 20 ans.

¹Les résultats présentés ne concernent que les décès par asthme mentionnés en cause principale. Les chiffres peuvent être sous-estimés, en raison de confusions possibles entre l'asthme et certaines autres pathologies comme la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez l'adulte.

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par asthme en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe.

Si les données de mortalité par asthme sont relativement favorables à Paris, ce n'est pas le cas des données de morbidité qui témoignent d'un fort recours aux soins pour cette pathologie.

En 2007, le nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée pour asthme est de 2 657. Une majorité de ces séjours concerne des enfants de moins de 15 ans. La fréquence des séjours dans ces services de la population parisienne est supérieure à la moyenne nationale de 83% pour les hommes et de 31% pour les femmes.

Chaque année plus de 700 Parisiens sont admis en affection de longue durée pour asthme par les trois principaux régimes d'assurance maladie dont une forte proportion de jeunes de moins de 15 ans. Dans chaque tranche d'âge et pour les deux sexes, les taux parisiens d'admission en ALD sont supérieurs à ceux constatés en France.

Dans les services d'urgence d'Ile-de-France, les passages pour asthme représentent 3,5% des passages d'enfants âgés de 2 à 14 ans. Un quart d'entre eux restent pour une hospitalisation. Une recrudescence des passages est observée lors de la rentrée scolaire de septembre [11].

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 évoluant sur une longue période.

A Paris, au cours de l'année scolaire 2009-2010, dans le secteur public, 2 112 PAI ont été élaborés pour des enfants scolarisés en maternelle et 2 962 pour des enfants scolarisés en élémentaire. Plus de la moitié des PAI ont pour motif l'asthme (55% en maternelle et 59% en élémentaire). L'asthme a ainsi nécessité un PAI pour 2,1% des enfants scolarisés.

Repères bibliographiques et sources

1. L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. Rapport IRDES n°1820 janvier 2011
2. Etude épidémiologique européenne sur la prévalence et les facteurs de risque de l'asthme (European Community Respiratory Health Survey), I. Pin, F. Neukirch, R. Liard et al. Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique, vol. 38, n° 4, 1998, pp. 290-295
3. American thoracic society statement : occupational contribution to the burden of airway disease, J. Balmes, M. Becklake, P. Blanc et al. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, vol. 167, n° 5, 2003, pp. 787-797
4. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS), European respiratory journal, 1996, 9, 687-695
5. Site internet : <http://www.asthme-allergies.org/>
6. base nationale PMSI 2000-2007 exploitation DREES
7. Site Ameli.fr
8. Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2006-2008
9. Inserm CépiDC. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007
10. L'asthme en France, synthèse des données épidémiologiques descriptives, M. C. Delmas, C. Fuhrman, Revue des maladies respiratoires, 2010, 27, 151-159
11. Baffert E., Allo J.-C., Beaujouan L., Soussan V., Les recours pour asthme dans les services des urgences d'Ile-de-France, 2006-2007, BEH n°1, 2009

Tab 1 - Nombre de séjours de Parisiens dans les services de soins de courte durée MCO² pour asthme³ en 2007

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	1 133	647	1 780
15-34 ans	130	117	247
35-64 ans	195	225	420
65-84 ans	61	116	177
85 ans ou plus	6	26	32
Total	1 525	1 132	2 657
ICH* Paris	183	131	-
ICH* IDF	143	136	-

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

* Indice comparatif d'hospitalisation⁴ base 100 en France métropolitaine

Tab 2 - Admissions en ALD pour asthme en 2006-2008

Hommes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
0-14 ans	141	87,9	82,6	36,6
15-34 ans	35	10,0	11,9	7,7
35-64 ans	101	25,1	22,3	15,2
65-84 ans	48	46,2	46,8	26,9
85 ans ou plus	7	57,0	60,1	31,2
Total	332	32,3	34,3	19,0
Femmes	Paris		IDF	France métro.
	Effectif annuel	Taux brut*	Taux brut*	Taux brut*
0-14 ans	84	54,7	49,7	21,9
15-34 ans	45	12,0	16,4	11,1
35-64 ans	136	31,2	38,5	24,6
65-84 ans	91	57,3	63,4	38,3
85 ans ou plus	23	71,4	80,1	48,1
Total	379	32,8	38,2	23,6

Sources : Cnamts, Canam, MSA, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Tab 3 - Enfants scolarisés avec un PAI à Paris (%)

	Asthme	Allergie	Total PAI
Maternelle			
2008-2009	1,8%	0,9%	3,4%
2009-2010	2,0%	0,9%	3,7%
Elémentaire			
2008-2009	2,0%	0,7%	3,4%
2009-2010	2,1%	0,7%	3,7%

Source : Santé scolaire Dases Paris - Exploitation ORS Ile-de-France

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

²MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

³Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

⁴Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine. L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

3.20 Pathologies pendant la grossesse

Les pathologies et les hospitalisations sont plus nombreuses chez les femmes aux âges extrêmes de la maternité (chez les moins de 20 ans et chez les plus de 40 ans). C'est pour la tranche d'âge des 30-34 ans que les pathologies et les hospitalisations sont les moins nombreuses. Le recours à la césarienne est fréquent à Paris (plus d'une Parisienne sur cinq accouche par césarienne). Le taux de mortalité périnatale¹ est de 13,6 décès pour 1 000 naissances totales². C'est le deuxième taux le plus élevé des départements d'Ile-de-France.

Contexte national

Au cours des dernières décennies, les circonstances et les conditions de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement se sont profondément transformées [1].

L'âge moyen à la maternité continue d'augmenter en France comme en Europe, et atteint désormais 30 ans [2]. En vingt ans, le nombre d'accouchements de femmes de 35 ans ou plus a presque doublé (21% en 2008 dont 4% chez les femmes de plus de 40 ans). A l'inverse, 1,8% des accouchements concernent des femmes de moins de 20 ans en 2008 contre 2,5% en 1990 [3]. Cette augmentation de l'âge moyen des mères induit des risques accrus de grossesses multiples, de prématurité, d'anomalies congénitales et de complications maternelles [4].

La majorité des femmes enceintes bénéficient d'un suivi satisfaisant. Selon l'enquête périnatale de 2003, 92% d'entre elles avaient bénéficié des sept consultations prénatales obligatoires et 97% d'au moins trois échographies durant leur grossesse [4]. Ces examens permettent notamment le dépistage d'éventuels problèmes de santé de la mère et de l'enfant à naître. Les modalités du dépistage de la trisomie 21, anomalie chromosomique la plus fréquente, ont considérablement évolué au cours des années récentes. Depuis 2009, ce dépistage doit être proposé dès le 1er trimestre de grossesse, associant dosage de marqueurs sériques et mesures échographiques [5, 6].

Par ailleurs, afin d'améliorer la préparation à la naissance et à la parentalité, un entretien prénatal précoce a été instauré par le plan périnatalité 2005-2007 et doit être proposé à toute femme enceinte dès le début de grossesse [7].

La consommation de tabac et d'alcool par les femmes enceintes, à l'origine de nombreuses complications obstétricales et fœtales, reste fréquente [8]. En 2005, une sur cinq déclare fumer régulièrement ou occasionnellement, et 11% avoir consommé de l'alcool au cours des 7 derniers jours [9, 10].

Les interruptions de grossesse pour motif médical (IMG) peuvent être pratiquées en cas de risque pour la santé de la mère ou de l'enfant à naître, sur demande de la mère et après avis d'une commission pluridisciplinaire [11]. En cas de risque pour le fœtus, cette commission relève d'un des 44 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal agréés [12]. Le nombre d'IMG estimé à près de 8 000 par l'enquête SAE 2008, est très variable selon les sources [13].

Grossesse et accouchement constituent le premier

motif d'hospitalisation des femmes (15% en 2007). 20% des accouchements sont réalisés par césarienne. [14].

Le nombre de naissances avant terme tend à augmenter, et en 2007, 5,9% des enfants nés vivants sont nés prématurément [14]. Les facteurs de risque de prématurité sont très variés. Les antécédents et affections obstétricales, l'âge jeune ou avancé des femmes enceintes, les grossesses multiples et la procréation médicalement assistée sont des facteurs bien identifiés [15]. Le rôle des conditions socio-économiques défavorables est également bien documenté, et peut être rapproché du moindre nombre de visites prénatales et d'examens échographiques ainsi que de la moindre fréquence de recours au diagnostic prénatal des femmes des milieux les moins favorisés [16, 17].

Près de 5% des femmes qui viennent d'accoucher ont bénéficié d'un traitement de l'infertilité pour cette grossesse. Cette proportion élevée est à mettre en lien avec les progrès techniques dans ce domaine mais aussi avec l'augmentation de l'âge à la maternité, la fertilité baissant avec l'âge pour les femmes comme pour les hommes [18]. Dans la moitié des cas, les traitements par inducteurs d'ovulation sont utilisés seuls [19]. Concernant plus spécifiquement l'assistance médicale à procréation (AMP), elle est actuellement mise en œuvre dans 116 centres agréés [20]. En 2007, 2,5% des enfants sont nés grâce aux différentes techniques d'AMP, fécondations in vitro et inséminations artificielles notamment [21].

L'amélioration de la surveillance prénatale et des conditions de prise en charge de l'accouchement a fait chuter de manière importante la mortalité autour de la naissance. En 2008, le taux de mortalité périnatale était de 12,2 pour 1 000 naissances totales.

50 à 80 décès maternels sont dénombrés chaque année. Près de la moitié seraient évitables, notamment ceux liés aux hémorragies survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans le postpartum [22, 23].

95% des usagères des maternités se déclarent très ou plutôt satisfaites du suivi de leur grossesse et du déroulement de leur accouchement. Toutefois, elles jugent souvent insuffisante l'information reçue sur les actes médicaux pratiqués au cours de l'accouchement, césariennes et épisiotomies notamment. Enfin, une femme sur cinq est insatisfaite de l'accompagnement à l'allaitement maternel [24].

¹ **Mortalité périnatale** : décès d'enfants survenant entre la présomption de viabilité et le premier anniversaire

² **Naissances totales** : correspond à la somme des nés vivants et des mort-nés cf fiche 2.3.

La situation à Paris

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 2007, à Paris, 93,9% des premières consultations ont eu lieu lors du premier trimestre. En Ile-de-France, seul le département de Seine-Saint-Denis a un taux plus faible. Selon l'enquête périnatale de 2003, la part des femmes ayant eu moins de 7 consultations pendant leur grossesse est de 10,4% à Paris, soit un niveau comparable à celui de l'Ile-de-France (10,5%) et légèrement supérieur à celui de la France métropolitaine (9,2%).

En 2008, 37% des Parisiennes ont accouché dans une maternité de type I⁶, 38% dans une maternité de type II⁶ et 25% dans une maternité de type III⁶.

Une très faible minorité (45 femmes) ont accouché à domicile. On observe que les proportions les plus élevées de femmes ayant eu une pathologie ou ayant été hospitalisées au cours de leur grossesse se situent aux âges extrêmes de la maternité, c'est-à-dire pour les femmes âgées de moins de 25 ans ou de 40 ans ou plus (15% des femmes de cette dernière tranche d'âge ont présenté une pathologie et 9% ont été hospitalisées). Les femmes âgées de 25 à 34 ans sont celles qui présentent les plus faibles proportions de pathologies et d'hospitalisations (moins de 10% ont présenté une pathologie et 7% ont été hospitalisées). En 2007, le nombre de séjours de Parisiennes dans les services de soins de courte durée pour "grossesse et accouchement" est de 48 765. Après standardisation sur l'âge, leur recours à l'hospitalisation apparaît inférieur de 19% à la moyenne nationale, illustration de la moindre fécondité des Parisiennes.

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 %)	IC 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 métr.	9,2	[8,7-9,7]	
Préparation à la naissance			
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 métr.	66,6	[65,3-67,8]	

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003

*Test binomiale comparant la zone géographique à la métropole

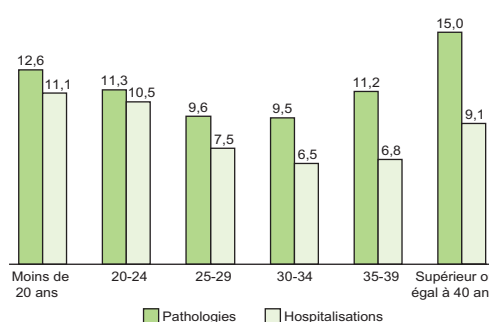
**NS : non significatif

Tab 1 - Moment de la première consultation en 2007 (en %)

	Trimestre de la 1 ^{ère} consultation		
	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}
Paris	93,9	4,8	1,3
Seine-et-Marne	96,4	2,7	0,9
Yvelines	97,2	2,1	0,7
Essonne	94,0	4,8	1,2
Hauts-de-Seine	95,5	3,4	1,1
Seine-Saint-Denis	89,4	7,7	2,9
Val-de-Marne	94,0	4,4	1,6
Val-d'Oise	96,3	2,8	0,9
Ile-de-France	94,3	4,3	1,4

Source : Premiers certificats de santé, Paris 2007 - Exploitation Inserm U953, 2009

Graph 1 - Proportion de femmes ayant présenté une pathologie ou ayant été hospitalisées au cours de la grossesse à Paris en 2008



Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008 - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 3 - Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO³ pour grossesse et accouchement⁴ en 2007

	Grossesse et accouchement	dont grossesse ou accouchement compliqué
Nb de séjours	48 765	19 850
ICH ⁵ Paris	81	80
ICH ⁵ IDF	101	102

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées

* Indice comparatif d'hospitalisation⁵ base 100 en France métropolitaine

Limites d'utilisation du PMSI à des fins épidémiologiques :

les données du tableau ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant Paris, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

³MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

⁴Diagnostic principal d'hospitalisation :

Les données ci-contre reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

⁵Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers en services de MCO dans une région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Les maternités sont classées en trois niveaux.

Les maternités de type I accueillent les mamans qui ont une grossesse non pathologique, sans complications prévisibles.

Celles de type II sont dotées d'un service de néonatalogie et peuvent prendre en charge les grossesses " légèrement " à risque.

Enfin les maternités de type III disposent d'une réanimation néonatale et regroupent toutes les grossesses pathologiques (cf fiche 5.8 Soins en gynécologie-obstétrique).

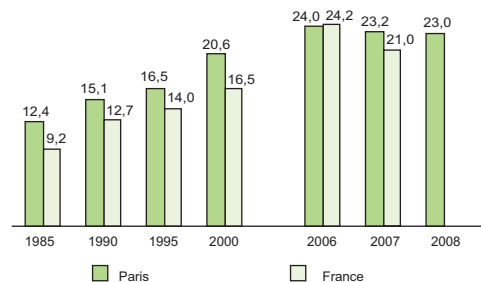
La pratique des césariennes ne cesse de progresser depuis 20 ans en France et notamment à Paris où la part des césariennes est presque toujours supérieure à la moyenne nationale.

Trois facteurs influencent la pratique de césariennes : les caractéristiques des femmes (avancée en âge, antécédent de césariennes), celles des maternités (niveau d'équipement) ainsi que les pratiques médicales.

En 2009, le taux de césarienne pour les accouchements réalisés à Paris est de 24,2% contre 22,7% en Ile-de-France. On observe par ailleurs des proportions très variables d'accouchements par césarienne dans les arrondissements parisiens. Sur la période 2004-2009, ceux-ci varient de 17,1% à 27,7%. Les taux de césariennes les plus élevés sont observés dans l'ouest de Paris (carte 2).

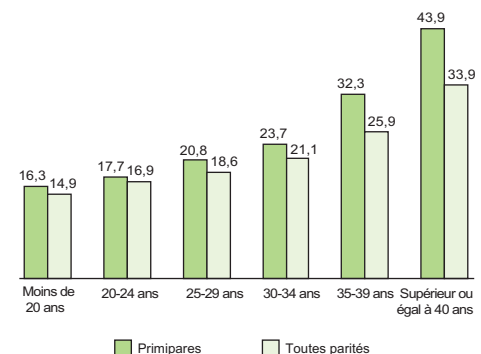
Le taux de mortalité périnatale⁷ connaît une légère progression à Paris comme en France entre 2002 et 2008. Dans cette période, le taux de mortalité périnatale est passé de 10,3 à 14,8 pour 1 000 naissances à Paris. Cette progression s'explique par des modifications législatives dans la définition des enfants " sans vie " (cf fiche 2.3 Santé des enfants de moins d'un an). A noter, cependant, le taux de mortalité périnatale relativement élevé à Paris sur la période 2006-2008 (13,6 décès pour 1000 naissances contre 12,8 en Ile-de-France et 11,2 en France).

Graph 2 - Evolution de la proportion d'enfants nés par césarienne depuis 1985



Source : Premiers certificats de santé, Paris 1985-2008 et France 1985-2007 (sauf 2005 non disponible) Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 3 - Taux d'accouchement par césarienne des Parisiennes selon leur âge et la parité (en%)



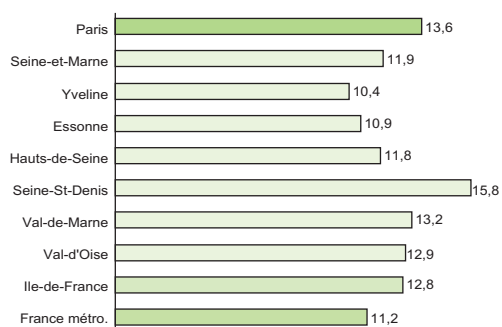
Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008, Exploitation ORS Ile-de-France 2010

Tab 4 - Accouchements par césarienne dans les départements de l'Ile-de-France en 2009

Département	Nombre d'accouchement	dont avec césarienne	Taux de césarienne
Paris	42 275	10 219	24,2
Seine-et-Marne	15 435	3 138	20,3
Yvelines	17 084	4 065	23,8
Essonne	14 223	3 248	22,8
Hauts-de-Seine	28 304	6 428	22,7
Seine-Saint-Denis	23 783	5 088	21,4
Val-de-Marne	17 745	3 951	22,3
Val-d'Oise	18 471	4 152	22,5
Ile-de-France	177 320	40 289	22,7

Source : SAE - Exploitation ORS Ile-de-France

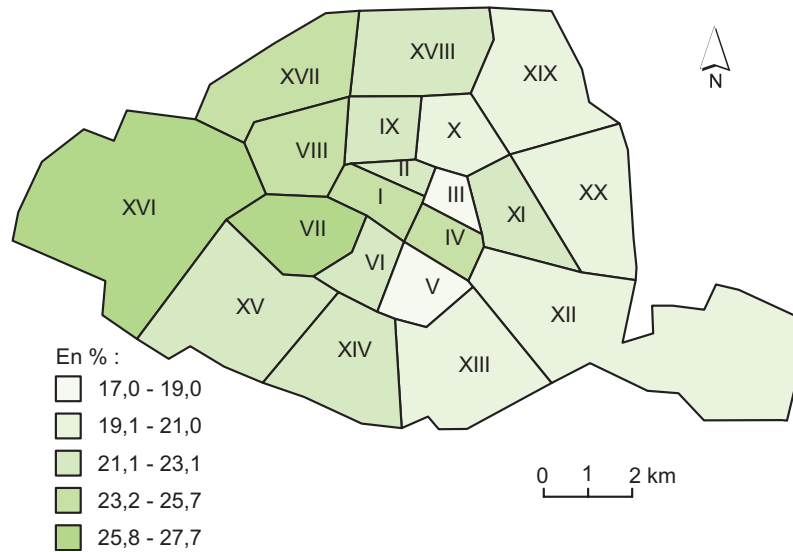
Graph 4 - Taux de mortalité périnatale⁵ en 2006-2008



Source : Etat civil (Insee) - Exploitation ORS Ile-de-France
*Pour 1 000 naissances totales

⁷ **Mortalité périnatale** : décès d'enfants survenant entre la présomption de viabilité et le premier anniversaire

Carte 2 - **Accouchements par césariennes dans les arrondissement parisiens en 2008**
(part des césariennes dans le total des accouchements en %)



Taux Paris : 22,1%

Source : Premiers certificats de santé, Paris 2008 - Exploitation ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

1. Pauchet-Traversat AM, Blondel B, Zeitlin J et al. (2008). Naître en France. Actualité et dossier en santé publique. HCSP. n° 61-62. pp. 17-98
2. Pison G. (2010). France 2009 : l'âge moyen de la maternité atteint 30 ans. Population et sociétés. Ined. n° 465. 4 p.
3. Insee. Etat civil, exploitation Insee Pays de la Loire
4. Vilain A, de Peretti C, Herbet JB et al. (2005). La situation périnatale en France en 2003 : premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. Etudes et résultats. Drees. n° 383. 8 p.
5. Arrêté du 23 juin 2009 relatif à l'information, à la demande et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels et à la réalisation du prélèvement et des analyses en vue d'un diagnostic prénatal in utero prévues à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique
6. HAS. (2007). Evaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21. Synthèse. Recommandation en santé publique. 14 p.
7. HAS. (2005). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Argumentaire. 79 p.
8. Danel T, Ernouf D, Delcroix M, Gomez C, Vignau J et al. (2006). Addictions et grossesse. In Traité d'addictologie. Sous la direction de M. Reynaud. Ed. Flammarion Médecine-Sciences. pp. 745-780
9. INCa. (2010). Cancers et tabac chez les femmes. 8 p.
10. Guillemon J, Rosilio T, David M et al. (2006). Connaissances des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Evolutions. Inpes. n° 3. 4 p.
11. Article L. 2213-1 du Code de la santé publique modifié par ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 9
12. Agence de la biomédecine. (2010). Liste des établissements de santé autorisés par l'Agence de la biomédecine au 5 février 2010 : Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. 6 p.
13. Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).- www.sae-diffusion.sante.gouv.fr
14. ATIH. Base nationale PMSI MCO 2007, exploitation ORS
15. Inserm. (1997). Grande prématurité : dépistage et prévention du risque. Les éditions Inserm. 273 p. (Expertise collective)
16. Vilain A, de Peretti C, Herbet JB. (2005). 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, Inserm. 58 p.
17. Leclerc A, Kaminski M, Lang T. (2008). Inégaux face à la santé. Ed. La Découverte. 297 p.
18. Leridon H. (2008). La baisse de la fertilité avec l'âge. Fiche d'actualité. Ined. n° 3. 3 p.
19. Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Bréat G. (2005). Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Inserm. 51 p.
20. Agence de la biomédecine. (2010). Liste des établissements de santé et des laboratoires d'analyses de biologie médicale au 4 juin 2010 : Activités biologiques d'assistance médicale à la procréation. 24 p.
21. Agence de la biomédecine. (2009). L'assistance médicale à la procréation en France en 2009 [dossier de presse]. 21 p.
22. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. (2010). Epidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 2-3. pp. 10-14
23. Drees. (2010). Mortalité maternelle. In L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Ed. La Documentation française. pp. 212-213
24. Collet M. (2008). Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Etudes et résultats. Drees. n° 660. 6 p.

4

Comportements et environnement

4. Comportements, environnement

4.1	Consommation excessive d'alcool	133
4.2	Tabagisme	138
4.3	Usage de drogues illicites	142
4.4	Contraception et IVG	145
4.5	Exposition à l'amiante	149
4.6	Accidents de la vie courante	151
4.7	Accidents de la circulation	153
4.8	Suicide	157
4.9	Air et santé	159
4.10	Eau et santé	165
4.11	Légionellose	169
4.12	Bruit et santé	171
4.13	Cadre de vie	175
4.14	Activité physique récréative et activité de marche à Paris	177

4. Comportements, environnement

- > Près de la moitié des Parisiens âgés de 15 à 24 ans (59% des hommes et 40% des femmes) déclarent avoir déjà eu une **consommation d'alcool** à risque qu'elle soit ponctuelle, chronique ou de dépendance. Ces proportions, notamment celle des femmes, sont significativement plus élevées à Paris que dans le reste de l'Ile-de-France ou en France.
- > Près d'un quart des Parisiens de 15-24 ans et un tiers des Parisiens de 25-49 ans sont **fumeurs quotidiens**. Ces proportions sont légèrement inférieures à celles observées en France. Toutefois, Paris se distingue par le fait que chez les 15-24 ans, les femmes fument autant que les hommes. Par ailleurs, et à l'inverse de la tendance nationale, les jeunes Parisiens de 17 ans déclarent davantage être fumeurs quotidiens en 2008 (35%) qu'en 2005 (24%).
- > A structure par âge comparable les **pathologies imputables au tabac** sont moins fréquentes chez les hommes à Paris qu'en Ile-de-France et en France. En revanche les Parisiennes décèdent plus que leurs homologues de province par cancer du poumon, bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives.
- > Plus de la moitié des jeunes parisiens de 17 ans déclarent avoir déjà expérimenté le **cannabis**. Parmi eux, 12% déclarent un usage régulier. Ces proportions sont significativement supérieures à la moyenne nationale. 5% des jeunes parisiens déclarent également avoir déjà expérimenté **l'ecstasy ou la cocaïne**.
- > Le recours à **l'interruption volontaire de grossesse (IVG)** est plus fréquent à Paris qu'en France. Les IVG pratiquées tardivement sont plus fréquentes chez les mineures.
- > Les Parisiens ont un niveau de mortalité par **accident de la circulation** plus bas que la moyenne nationale. Le nombre de tués dans les accidents de la circulation a diminué de 70% à Paris, tous types d'usagers confondus entre 1980 et 2009. Les usagers des deux roues motorisés sont les principales victimes des accidents à Paris.
- > Les Parisiens sont 84% à considérer les risques de la **pollution de l'air extérieur** sur la santé comme élevé. Ils sont 67% à avoir déjà ressenti les effets de celle-ci sur leur santé ou celle de leur entourage proche. C'est plus que dans le reste de la région et beaucoup plus qu'en France. Autre nuisance forte ayant des répercussions sur la santé des Parisiens : **le bruit**. La circulation routière est citée comme la première source de gêne sonore. Les Parisiens se déclarent en revanche confiants et satisfaits par **l'eau du robinet**. Ils sont 84% à se déclarer satisfaits de la qualité de l'eau et 69% de son prix.

4.1 Consommation excessive d'alcool

Près de la moitié des jeunes Parisiens de 15 à 24 ans ont déjà eu une consommation d'alcool à risque. Cette proportion est significativement plus élevée à Paris que dans le reste de l'Ile-de-France. La consommation d'alcool à risque concerne plus les garçons que les filles. Cependant les jeunes parisiennes ont une consommation à risque plus importante qu'en Ile-de-France et en France. Paris présente des taux de mortalité pour les principales pathologies imputables à l'alcool inférieurs aux taux franciliens et nationaux.

Contexte national

La consommation d'alcool a connu, en France, une baisse très importante au cours des dernières décennies, imputable essentiellement à la diminution de la consommation de vin. Ainsi les consommations estimées d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus, sont passées de 26 litres en 1961 à 12,3 litres en 2009 [1]. Cependant deux éléments tempèrent ce constat positif : la France reste dans le peloton de tête des pays de l'Union européenne les plus consommateurs et, depuis les cinq dernières années, les consommations d'alcool pur par habitant sont restées pratiquement stables [2].

Les modes de consommation de l'alcool sont très variables selon l'âge, le sexe et la génération. Selon le Baromètre santé 2005, la consommation quotidienne est plus répandue chez les personnes plus âgées (33 % des 55-75 ans contre 3 % des 20-25 ans). A l'inverse, les ivresses sont plus fréquentes chez les jeunes (35 % des 20-25 ans déclarent avoir été ivres dans l'année contre 3 % des 55-75 ans). De plus, chez les jeunes, les modes de consommations semblent se modifier : la consommation régulière d'alcool comme la fréquence des ivresses et le "binge drinking"¹ semblent avoir augmenté. Ainsi la consommation régulière d'alcool (au moins 10 fois par mois) concerne 9% des filles en 2007 contre 4% en 2003 et 18% des garçons en 2007 contre 10% en 2003. Les ivresses régulières (au moins 10 ivresses au cours des 12 derniers mois) ont augmenté de 2% en 2003 à 3 % en 2007 chez les filles et de 3% à 4% chez les garçons [3]. Si chez les plus âgés la consommation quotidienne comme les ivresses restent deux à trois fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, les différences entre sexe semblent se réduire chez les plus jeunes [4, 5]. Les conséquences de la consommation excessive et/ou prolongée d'alcool sur la santé sont considérables. L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardiovasculaires, troubles mentaux... On considère généralement que l'augmentation du risque de maladies graves et de décès liés à la consommation d'alcool apparaît au-delà de 20 grammes d'alcool pur par jour chez la femme (2 verres de boissons alcoolisées) et 30 grammes chez l'homme (3 verres) [6]. Mais pour les cancers, de plus en plus d'études montrent une augmentation linéaire du risque avec la dose d'alcool apportée par les boissons, sans effet de seuil [7].

En 2007, en considérant uniquement les seules pathologies les plus directement liées à sa consommation, l'alcool² est responsable, en France hexagonale d'environ 20 000 décès chaque année (15 500 hommes et 4 500 femmes) [8].

Dans la population des 45 à 64 ans, ces pathologies représentent 12% du total des décès.

D'autres estimations prenant en compte l'ensemble des pathologies et causes de décès attribuables à l'alcool font état de 30 000 décès annuels [9]. Au cours des dernières décennies, la mortalité principalement liée à l'alcool a connu en France un recul très important. Ainsi, entre 1980 et 2007, la mortalité par cirrhose du foie (dont plus de 80 % est due à la consommation excessive d'alcool) a reculé de 50% pour les hommes comme pour les femmes, et la mortalité par troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool d'environ 15% [8].

L'alcool accroît également de façon importante le risque de mort violente de toute nature : accident, chute, suicide, homicide... [4] En 2007, le nombre de morts violentes liées à la consommation d'alcool était estimé à 1 200 sur 4 300 décès par accidents de la circulation. Bien que ce dernier chiffre soit en constante diminution [9], le nombre d'accidents mortels qui mettent en cause la conduite sous l'influence d'alcool ne semble pas avoir significativement diminué, faisant de l'alcool le premier facteur en cause de mortalité par accident de la circulation, avec un très fort effet dose : le risque est multiplié par 6 lorsque le taux d'alcoolémie du conducteur atteint 0,2 gramme d'alcool par litre de sang et par 39 quand il est compris entre 0,5 et 0,8 grammes par litre [10].

La consommation d'alcool pendant la grossesse constitue un risque important et largement sous-diagnostiqué pour l'enfant à naître [12]. La fréquence du syndrome d'alcoolisation fœtale sous ses formes graves serait de 1 à 2 pour 1 000 naissances dans les pays développés, ce qui représenterait en France entre 800 et 1 600 cas chaque année sur les 800 000 naissances enregistrées [6].

La politique de prévention du risque alcool s'inscrit actuellement dans le cadre de différents plans gouvernementaux, notamment le plan Mildt³ 2008-2011, le plan cancer 2009-2013 et le deuxième Programme national nutrition santé [11-14], les recommandations en matière de prévention et d'information du grand public issues de ces plans ne sont pas toujours comparables, ce qui contribue à brouiller les messages de prévention qui restent, de ce fait, peu lisibles [15].

La majorité des patients en difficulté avec l'alcool sont pris en charge par le dispositif sanitaire général, médecine de ville et hôpital. Une prise en charge spécifique est offerte par les dispositifs médico-sociaux spécialisés : antennes départementales de l'Association nationale de prévention en alcoologie

¹**Binge drinking** : anglicisme que l'on peut traduire par « intoxication alcoolique aiguë ». C'est un mode de consommation excessif de grandes quantités de boissons alcoolisées sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels ou répétés.

²Pour cette estimation, les **décès liés à l'alcool** regroupent les décès par :
-cirrhose du foie (CIM10 = K70.3, K74.6);
-psychose alcoolique et alcoolisme (CIM10 = F10);
-cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM10 = C15) et du larynx (CIM10 = C32).

³**Mildt** : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

et addictologie (ANPAA), Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), structures hospitalières de soins en addictologie. Les associations d'entraide aux malades et à leur famille jouent également un rôle important.

La situation à Paris

Selon le Baromètre Santé 2005, près de la moitié des jeunes Parisiens âgés de 15 à 24 ans (48%) a déjà eu une consommation d'alcool à risque, qu'elle soit ponctuelle, chronique ou de dépendance. Cette proportion de consommation à risque chez les jeunes est significativement plus élevée à Paris que dans le reste de l'Ile-de-France (32%). Les consommations à risque ont tendance à diminuer après 25 ans. On note une différence significative au niveau 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.

La consommation d'alcool à risque concerne plus les garçons que les filles. Cette différence s'observe sur tout le territoire. Cependant les jeunes parisiennes ont une consommation à risque plus importante qu'en France ou qu'en Ile-de-France. Les écarts selon les genres se réduisent avec l'âge. Après 25 ans, les différences entre les zones géographiques s'atténuent également.

En 2008, le niveau de consommation d'alcool des Parisiens de 17 ans est supérieur à celui mesuré dans les autres départements d'Ile-de-France (mais pas significativement différent de celui observé en France). Les jeunes parisiennes de 17 ans déclarent un usage régulier de l'alcool et des ivresse répétées (au moins trois dans l'année) comparables à ceux de leurs homologues masculins, l'écart entre les niveaux observés parmi les filles et les garçons n'étant pas significatif. En revanche elles sont sujettes à moins d'épisodes répétés d'usage d'alcool sévère que les garçons.

En 2009, on dénombre près de 3 500 interpellations pour ivresse sur la voie publique à Paris soit un taux de 22,3 interpellations pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans, supérieur à celui de la France métropolitaine (19,1), plaçant Paris au 26^{ème} rang de l'ensemble des départements. En revanche, la part des accidents corporels avec alcool sur l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu est plus faible à Paris (9%) qu'en France et place Paris au 81^{ème} rang des départements de France. Précisons que ces données ne concernent pas des Parisiens mais des faits survenus à Paris.

Près de 2 000 Parisiens sont venus consulter dans les centres de cures ambulatoire en alcoologie en 2009, soit un taux de 13 pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans, inférieur à ceux d'Ile-de-France et de France métropolitaine (respectivement 25 et 35).

Tab.1 - Consommation d'alcool à risque* (test de l'Audit C⁴) chez les jeunes de 15-24 ans à Paris, en Ile-de-France et en France (en %) en 2005

	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 : Baromètre santé 2005 (Inpes) - Exploitation ORS IDF

*Risque ponctuel, chronique ou de dépendance.

p*Significativité du test comparant Paris et l'IDF hors Paris.

p**Significativité du test comparant les hommes et les femmes.

p***Significativité du test comparant les 15-17 ans aux 18-24 ans.

NS Non significatif à 5%, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tab.2 - Consommation d'alcool à risque* (test de l'Audit C⁴) chez les 25-49 ans à Paris, en Ile-de-France et en France (en%) en 2005

	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 : Baromètre santé 2005 (Inpes) - Exploitation ORS IDF

*Risque ponctuel, chronique ou de dépendance.

p*Significativité du test comparant Paris et l'IDF hors Paris.

p**Significativité du test comparant les hommes et les femmes.

p***Significativité du test comparant les 25-34 ans aux 35-49 ans.

NS Non significatif à 5%, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001

Tab 3 - Consommation d'alcool à 17 ans en 2008 (%)

	Paris			IDF	France
	Garçons n=217	Filles n=213	Total n=430	n=5 995	n=39 542
Usage régulier d'alcool ^a	14	9	11	7*	8,9
Episodes répétés d'usage d'alcool ponctuel sévère ^b	28	17*	23	15*	19,7
Ivresse répétée ^b	32	25	28	20*	25,6

Source : OFDT

*si différence significative entre les niveaux d'usage des filles et des garçons à Paris, entre ceux observés en IDF et à Paris et entre ceux observés en France et à Paris. Test du Chi-2 au seuil de 5%

^aplus de 10 fois dans le mois

^bplus de 3 fois dans année

Tab 4 - Interpellations pour ivresse sur la voie publique en 2009

	Paris	France	Rang de Paris sur l'ensemble des dépts
Nombre	3 418	76 423	2
Taux*	22,3	19,1	26

Source : DGPN/DGPN/PP - Exploitation ORS Ile-de-France

*Taux pour 10 000 personnes âgées de 20 à 70 ans

⁴Audit-C : l'audit(Alcohol Disorders Identification Test) est un test de repérage de la consommation excessive d'alcool, dont une version courte 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 verre 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 de la même occasion ? (jamais, moins d'une fois par mois, une fois par semaine, chaque jour ou presque)

Tab 5 - Accidents corporels avec alcool en 2009

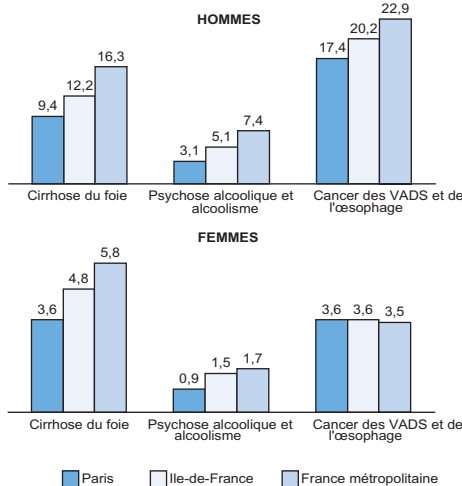
	Paris	France	Rang de Paris sur l'ensemble des dépts
Nombre	435	6 551	1
Part des accidents corporels avec alcool en %*	8,9	11	81

Source : Observatoire National Interministériel de la Sécurité routière (ONISR)
*Dans l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu

De nombreuses pathologies sont imputables à une consommation excessive d'alcool. Les principales sont les cirrhoses du foie, les psychoses alcooliques, l'alcoolisme et les cancers des voies aéro-digestives supérieures (liés également à la consommation de tabac). L'ensemble de ces trois pathologies a causé le décès de 425 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. Les hommes représentent un peu moins des trois quarts de ces décès. Une part importante de ces décès (54%) survient avant 65 ans, cette proportion étant plus élevée chez les hommes (59%) que chez les femmes (42%).

Paris présente, à structure par âge comparable, des taux comparatifs de mortalité pour ces pathologies inférieurs aux taux franciliens et nationaux. Par ailleurs, ces taux ont diminué depuis le début des années 90, notamment chez l'homme.

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par pathologies liées à l'alcool en 2005-2007



⁵VADS : Voies aéro-digestives supérieures regroupant cavité buccale, larynx, pharynx et œsophage

Source : Inserm CépiDC - exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

Tab 6 - Consultations dans les CCAA* en 2009
Nombre de buveurs venus consulter dans l'année

	Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
Effectifs	1 959		
Taux**	1,3	2,5	3,5

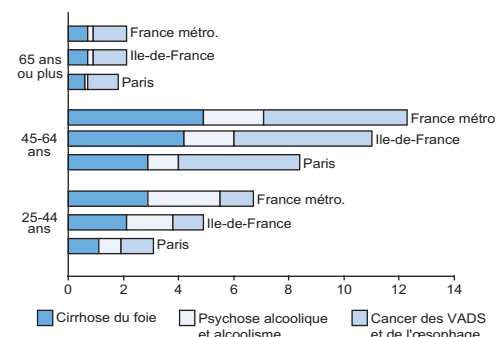
Source : OFDT
*Centres de cure ambulatoire en alcoologie
**Taux pour 1000 habitants de 20 à 70 ans

Tab 7 - Nombre de décès annuels par pathologies liées à l'alcool en 2005-2007 dans Paris

	Hommes		Femmes	
	Mortalité générale	Mortalité prématurée	Mortalité générale	Mortalité prématurée
Cirrhose du foie	94	57	50	24
Psychose alcoolique et alcoolisme	31	25	11	7
Cancer des VADS ⁵	182	99	57	18
Total	307	181	118	49

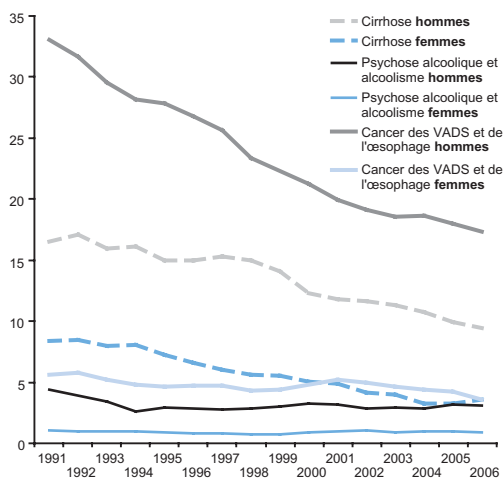
Source : Inserm CépiDC - exploitation ORS Ile-de-France

Graph 2 - Part des pathologies liées à l'alcool en fonction de l'âge en 2005-2007



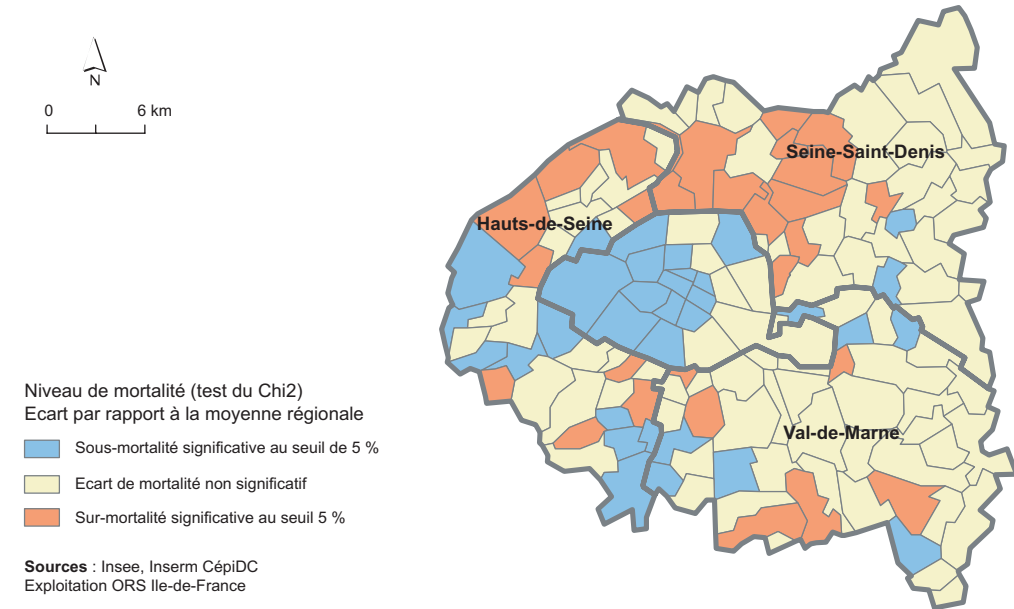
Source : Inserm CépiDC - exploitation ORS Ile-de-France

Graph 3 - Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par maladies liées à l'alcool entre 1990-1992 et 2005-2007 dans Paris



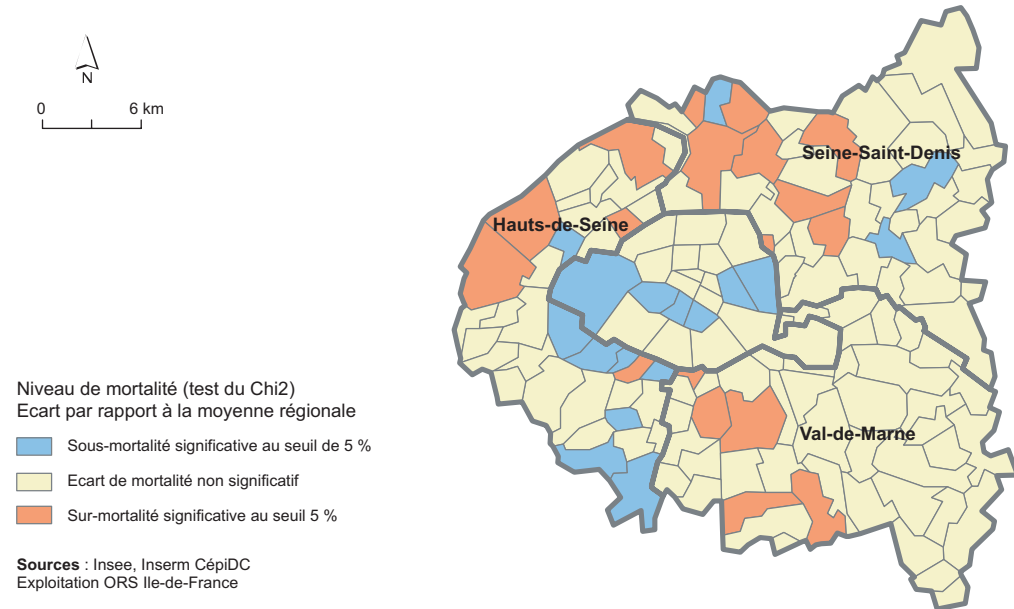
Source : Inserm CépiDC - exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Carte 1 - Niveau de mortalité alcoolique⁶ chez les hommes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



⁶Regroupement de trois causes de décès ayant l'alcool pour principal facteur de risque :
- cirrhose du foie,
- psychose alcoolique
- cancers des VADS

Carte 2 - Niveau de mortalité alcoolique⁶ chez les femmes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Repères bibliographiques et sources

1. Site internet de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, données nationales, séries statistiques : www.ofdt.fr
2. Global status report on alcohol and health . 2011 www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report
3. Stéphane Legleye, Stanislas Spilka Olivier Le Nézet, Christine Hassler et Marie Choquet Alcool, Tabac et cannabis à 16 ans : Evolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD. Tendances 64 Janvier 2009
4. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Sous la direction de P. Guilbert et A. Gautier. INPES, 2006, 170 p. (Coll. Baromètres Santé)
- 5 Memento alcool édition 2010 Ireb, données issues de l'enquête Irdes Esps 2002 à 2008
6. Alcool. Effets sur la santé. Ed. Inserm, 2001, 358 p. (Coll. Expertise Collective)
7. Alcool et cancer, état des connaissances en date du 20 janvier 2011, Institut national du cancer, 8 p.
8. Drogues chiffres clés 3ème édition Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Juin 2010 www.ofdt.fr
9. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2007, Inserm CépiDC, exploitation Fnors - ORS
10. B. Laumon, B. Gadegbku, J.L. Martin, M.B. Biecheler-Fretel Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM). Synthèse des principaux résultats, Groupe SAM, UMRETTE, OFDT, 2005, 39 p.
- 11 Juliette Bloch, Christine Cans, Catherine De Vigan, Ludivine de Brosses, Bérénice Doray, Béatrice Larroque, Isabelle Perthus. Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale. France, 2006-2008 BEH 10 mars 2009 / n° 10-11 2009 / no 10-11
12. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2008-2011. Mildt. <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-20082011/>
13. le Plan cancer 2009-2013 : <http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013>
- 14 les rapports de l'adocumentation française. : Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010
- 15 Analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool, Note, Le Haut Conseil en santé publique Juillet 2009

L'objectif principal du projet RECORD est d'étudier les disparités de santé qui existent en Ile-de-France, avec un intérêt particulier pour les différences observées entre quartiers favorisés et quartiers défavorisés. Voir la présentation de l'Etude RECORD en début de document.

Consommation excessive d'alcool et intoxication alcoolique aiguë à Paris : regard à partir de l'étude RECORD

Dans l'Etude RECORD, des questions ont été posées sur le nombre de verres de bière, de cidre, de vin, d'apéritifs et de digestifs consommés par jour. Ces données ont permis de déterminer si chacun des participants avait ou non une consommation excessive d'alcool, c'est-à-dire supérieure à 2 verres d'alcool par jour pour les femmes et 3 verres d'alcool par jour pour les hommes.

Dans l'échantillon des 2 119 participants parisiens (après exclusion des valeurs manquantes), 9,6% des personnes avaient, selon leur déclaration, une consommation excessive d'alcool au moment de l'examen. Au total, 14,4% des participants ont indiqué qu'ils ne consommaient pas d'alcool au moment de l'examen. Parmi ces non-consommateurs, 68,3% n'en avaient jamais consommé, le reste ayant cessé d'en consommer au moment de l'étude.

A la différence d'autres comportements de santé ou variables de santé examinées dans l'Etude RECORD, remarquablement peu de variables socio-démographiques étaient associées à une consommation excessive d'alcool : comme résumé dans le tableau 8, la probabilité de déclarer une consommation excessive était plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et était nettement plus élevée chez les 45-59 ans et les 60-79 ans que chez les 30-44 ans. La probabilité d'avoir une consommation excessive d'alcool était également supérieure chez les personnes qui rapportaient des difficultés financières. Aucune autre caractéristique socio-démographique individuelle n'était associée au fait d'avoir une consommation excessive d'alcool.

Une seconde série d'analyses a été réalisée à partir des réponses fournies à la question suivante : "A combien estimez-vous le nombre de verres de vin, bière, cidre, apéritif et digestif que vous prenez un jour de week-end ou de fête ?". Conformément aux usages, il a été considéré que les participants qui rapportaient une consommation de plus de 5 verres ces jours de week-end ou de fête avaient tendance à pratiquer l'intoxication alcoolique aiguë. Parmi les 1 822 personnes qui avaient répondu à cette question, 12,6% des participants avaient tendance à boire plus de 5 verres ces jours de week-end ou de fête.

A nouveau, très peu de facteurs socio-démographiques étaient associés au comportement d'intoxication alcoolique aiguë. La probabilité de rapporter un tel comportement était près de 2,5 fois supérieure chez les hommes, soit un écart entre genres nettement plus important que pour le phénomène de consommation excessive d'alcool précédemment analysé. Alors que la probabilité d'avoir une consommation excessive d'alcool augmentait avec l'âge, la probabilité de pratiquer l'intoxication alcoolique aiguë était nettement moins importante chez les participants plus âgés. Une telle pratique était plus commune chez les personnes qui rapportaient des difficultés financières.

Au total, l'absence d'associations fortes et systématiques entre caractéristiques socio-économiques et consommation excessive d'alcool ou intoxication alcoolique aiguë laisse à penser que de tels comportements sont relativement uniformément répartis au sein de la population parisienne, pour autant que l'échantillon recruté permette d'en juger.

Tab 8 - Caractéristiques démographiques et socio-économiques associées " toutes choses égales par ailleurs " à une consommation excessive d'alcool et au comportement d'intoxication alcoolique aiguë

	Multiplicateur de la probabilité d'avoir une consommation excessive d'alcool	Multiplicateur de la probabilité d'intoxication alcoolique aiguë
Homme (plutôt que femme)	1,65	2,44
Age (plutôt que 30-44 ans)		
45-59 ans	1,97	0,83
60-79 ans	2,11	0,49
Difficultés financières rapportées	1,45	1,42

Guide de lecture : Toutes autres caractéristiques équivalentes par ailleurs, les participants âgés de 60-79 ans avaient une probabilité 2,11 fois plus élevée d'avoir une consommation excessive d'alcool, mais avaient une probabilité 2,04 fois moins élevée (soit une probabilité multipliée par 0,49) de pratiquer l'intoxication alcoolique aiguë.

Source : Etude RECORD

4.2 Tabagisme

A Paris près d'un jeune sur quatre de 15 à 24 ans et une personne sur trois de 25 à 49 ans sont fumeurs quotidiens. Chez les Parisiens de 15-24 ans, il n'existe pas de différence significative selon le sexe dans l'usage quotidien du tabac. A structure par âge comparable, les pathologies attribuables au tabac sont moins fréquentes chez les Parisiens (hommes) qu'en France. En revanche, les Parisiennes sont fortement touchées par le cancer du poumon et par les bronchites chroniques.

Contexte national

Après une longue période d'augmentation au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, les achats de tabac ont diminué en France au début des années 1990 (- 3,4 % par an entre 1991 et 2005 en volume). Entre 2003 et 2004, la baisse a été considérable (-5,7% en un an) suite à une forte hausse des prix [1]. Mais depuis cette date les achats de tabac se sont stabilisés et ont même marqué une reprise en 2009 (+2%) [2].

La prévalence du tabagisme dans la population est appréhendée à travers des enquêtes de consommation. Entre 2000 et 2005, la prévalence du tabagisme quotidien chez les Français de 15-75 ans a nettement diminué. Mais le nombre de " gros fumeurs " est resté stable [3]. Entre 2005 et 2010, on observe en revanche un accroissement de la proportion de fumeurs quotidiens, passant de 26,9% à 28,7%, bien que la proportion des gros fumeurs soit plutôt en diminution ainsi que les quantités fumées [3].

En Europe, la France se situe à un niveau moyen de consommation, les positions extrêmes étant occupées en 2004 par le Portugal (16%) et l'Autriche (36%) [4].

Les habitudes de consommation varient beaucoup avec l'âge : en 2010, la proportion de fumeurs quotidiens augmente progressivement et atteint son maximum à 20-25 ans chez les femmes (38,2%), et à 26-34 ans chez les hommes (46,7 %), puis décroît au-delà. Les hommes fument plus que les femmes à tout âge et de plus grandes quantités [5]. En 2010, c'est le cas même chez les 15-19 ans (25,7% de consommateurs réguliers chez les garçons contre 20,1% chez les filles) alors qu'en 2005 la différence n'était pas perceptible dans cette tranche d'âge [3]. Entre 2005 et 2010, la consommation quotidienne de tabac augmente sensiblement chez les femmes âgées de 45 à 64 ans. On observe par ailleurs une augmentation du tabagisme dans certaines populations en situation défavorable, notamment les chômeurs et les moins diplômés, accentuant de ce fait les contrastes sociaux de la prévalence du tabagisme entre 2005 et 2010.

Les conséquences du tabagisme sur la santé sont considérables. En 2000, le nombre annuel de décès attribués au tabagisme a été estimé en France à 60 500. Les seuls décès par cancer attribuables au tabac sont estimés à 37 000 en 2006 [6, 7]. Les fumeurs ont un risque accru de cancer du poumon, des voies aérodigestives supérieures, de la vessie, du rein et du pancréas. Les hommes sont beaucoup plus touchés que les femmes par ces cancers : on estime qu'environ 33% des cancers chez les hommes et 10% chez les femmes seraient

attribuables au tabac. Mais ces écarts diminuent, la morbidité et la mortalité par cancer d'origine tabagique diminuant chez l'homme et augmentant chez la femme. Outre les cancers, les pathologies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires chroniques sont également plus fréquentes chez les fumeurs [8, 9, 10, 11].

Chez les femmes, les risques cardio-vasculaires liés au tabac sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux.

Les risques du tabagisme passif sont non négligeables : prématurité et hypotrophie pour les nouveau-nés exposés lors de la grossesse au tabagisme de leur mère, affections ORL pour les jeunes enfants exposés au tabagisme de leurs parents, cancer du poumon et maladies cardio-vasculaires pour les adultes. L'exposition au tabagisme durant la période pré et postnatale accroît les risques de mort subite du nourrisson [12].

L'évolution de la consommation de tabac dépend étroitement des politiques publiques. En France, la " loi Veil " de 1976 et la " loi Evin " de 1991 ont constitué des étapes importantes dans la lutte contre le tabagisme. La " loi Evin " (hausse des prix, interdiction de fumer dans les lieux collectifs, interdiction de la publicité) s'est traduite par une forte diminution des ventes depuis 1992.

La limitation de l'accès au produit avec la poursuite de l'augmentation du prix du tabac est un autre axe de ces politiques publiques. La forte hausse des prix observée entre 2002 et 2004 (+42%) a été immédiatement suivie d'une forte baisse de la consommation. La hausse des prix plus modeste les années suivantes n'a pas permis de poursuivre la diminution de la consommation qui stagne depuis 2005 et semble même repartir à la hausse en 2009.

La dénormalisation de l'usage (interdiction de fumer dans les lieux publics) et l'encouragement à l'arrêt du tabac (consultations de tabacologie avec plus de 500 consultations de tabacologie en France métropolitaine en janvier 2007), l'accès plus large aux substituts nicotiques, notamment avec le remboursement des substituts nicotiques et du Champix® à hauteur de 50 euros par an et par personne depuis 2007) auront probablement contribué à limiter la récente hausse de la consommation [13, 14]. Cette tendance à la hausse de la consommation de tabac est indirectement confirmée par des ventes des traitements d'aide à l'arrêt et des substituts nicotiques (patchs, Zyban, Champix) qui sont, en 2010, plutôt orientées à la baisse par rapport à 2007, à l'exception des substituts nicotiques oraux dont les ventes progressent [15].

La situation à Paris

En 2005, selon le Baromètre Santé, près d'un Parisien sur quatre âgé de 15 à 24 ans est fumeur quotidien. Cette proportion est d'une personne sur trois chez les 25-49 ans. Pour ces données de prévalence du tabagisme, on n'observe pas 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 significative selon le sexe dans l'usage quotidien du tabac, les hommes étant davantage consommateurs. Cependant cette différence n'est pas observée à Paris.

L'usage du tabac augmente très rapidement avec l'âge : les jeunes Parisiens de 15-17 ans sont 6,7% à fumer quotidiennement, alors que cette proportion atteint 27,4% chez les 18-24 ans. L'augmentation avec l'âge s'observe également en Ile-de-France et en France.

La consommation tabagique est déclarée lors des "Journées d'appel de préparation à la défense" effectuées par tous les jeunes (garçons et filles) dans leur dix-septième année. Selon cette enquête, la proportion de jeunes fumeurs a augmenté à Paris entre 2005 et 2008 (atteignant 35%) alors qu'elle est restée stable en Ile-de-France et a diminué en France métropolitaine.

Par ailleurs, les jeunes Parisiennes de 17 ans déclarent un usage quotidien du tabac comparable à celui de leurs homologues masculins, l'écart entre les niveaux de consommation des filles et des garçons n'étant pas significatif.

Le nombre de cigarettes vendues à Paris rapportée à la population est supérieur de 66% au nombre de cigarettes vendues par habitant au niveau national. Ainsi, Paris est au premier rang des départements de France pour la vente de cigarettes par habitant. En revanche la tendance s'inverse si l'on considère la vente de tabac roulé, Paris passant alors au 81^{ème} rang. Précisons que ces données portent sur les ventes des buralistes parisiens et non sur la consommation des Parisiens.

Parmi les nombreuses pathologies imputables au tabac, on distingue les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives et les cardiopathies ischémiques.

Ces trois groupes de pathologies sont à l'origine du décès de 1 967 Parisiens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. Le nombre de décès masculins est plus élevé que celui des décès féminins pour ces pathologies, excepté pour les bronchites chroniques qui surviennent à des âges élevés où les femmes sont sur-représentées.

A structure par âge comparable, ces pathologies sont moins fréquentes chez les hommes à Paris qu'en Ile-de-France et en France. En revanche, les Parisiennes décèdent plus que leurs homologues de province par cancer du poumon et (légèrement) plus par bronchites chroniques.

Tab 1 - Proportion de fumeurs quotidiens chez les jeunes de 17 ans en 2005 et 2008 (en %)

	2005	2008
Paris	24	35
Ile-de-France	25	25
France métropolitaine	33	29

Source : Enquête Escapad 2005 et 2008

Tab 2 - Fumeurs quotidiens chez les 15-24 ans à Paris, en Ile-de-France et en France en 2005 (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 : Baromètre santé 2005 (Inpes) - Exploitation ORS IDF.
p* Significativité du test comparant Paris et l'IDF hors Paris.
p** Significativité du test comparant les hommes et les femmes.
p*** Significativité du test comparant les 15-17 ans aux 18-24 ans.
NS Non significatif à 5%, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tab 3 - Fumeurs quotidiens chez les 25-49 ans à Paris, en Ile-de-France et en France en 2005 (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 : Baromètre santé 2005 (Inpes) - Exploitation ORS IDF.
p* Significativité du test comparant Paris et l'IDF hors Paris.
p** Significativité du test comparant les hommes et les femmes.
p*** Significativité du test comparant les 25-34 ans aux 35-49 ans.
NS Non significatif à 5%, S* p<0,05, S** p<0,01, S*** p<0,001.

Tab 4 - Ventes de cigarettes et de tabac roulé en 2009

	Paris	France	Rang de Paris sur l'ensemble des dépts
Cigarettes			
En milliers	3 158 254	54 985 4010	1
Par habitant (tous âges)	1 436	860	1
Tabac roulé			
En kilos	163 664	7 257 451	7
Par habitant (tous âges)	74,4	113,5	81

Source : Altadis Distribution

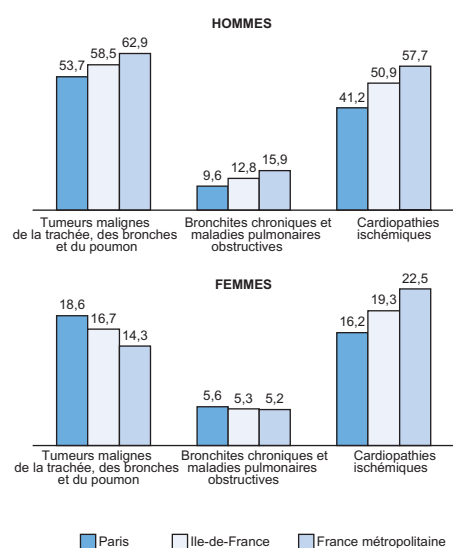
Depuis quinze ans, les taux comparatifs de mortalité ont diminué pour l'ensemble de ces pathologies et pour les deux sexes, sauf pour les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, en forte progression chez les femmes.

Tab 5 - Nombre annuel moyen de décès des Parisiens par maladies liées au tabac en 2005-2007

	Hommes		Femmes	
	Mortalité générale	Mortalité prématurée	Mortalité générale	Mortalité prématurée
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	566	224	291	102
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	94	10	104	5
Cardiopathies ischémiques	482	89	430	15
Total	1 142	323	825	122

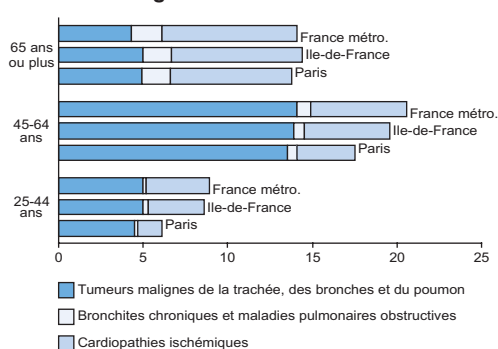
Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par pathologies liées au tabac en 2005-2007



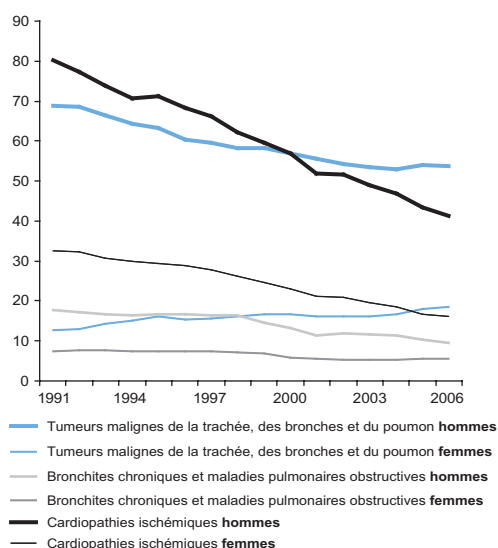
Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

Graph 2 - Part des pathologies liées au tabac en fonction de l'âge en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 3 - Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par maladies liées au tabac entre 1990-1992 et 2005-2007 dans Paris



Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

Repères bibliographiques et sources

1. Consommation de tabac : la baisse s'est accentuée depuis 2003. D. Besson, Insee Première, Insee, n° 1110, décembre 2006, 4 p.
2. Données sur les ventes de cigarettes et de tabac 1990-2009 : http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00006.xhtml
3. Premiers résultats du baromètre santé 2010 : Evolutions récentes du tabagisme en France. Baromètre 2010 <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-%20sante-2010.pdf>
4. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes. Enquête HIS, exercice 2004 http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables
5. Drogues chiffres clés 3ème édition Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Juin 2010 www.ofdt.fr
6. Peto R., et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000, 2nd ed, CTSU (University of Oxford), 2004
7. Hill C., Doyon F., Moussanif A., Evolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006, Institut de veille sanitaire, 2009, 272 p.
8. Catherine Hill, Eric Jouglu, François Beck. Le point sur l'épidémie de cancer du poumon du au tabagisme. BEH 19-20 /25 mai 2010. http://www.invs.sante.fr/beh/2010/19_20/beh_19_20_2010.pdf
9. Plan cancer, prévention mesure 10 Cancers et tabac chez les femmes mai 2010, http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Livrables/axe3/FRepere_femme_tabac_3.pdf
10. Plan cancer, prévention mesure 10. Cancers et tabac septembre 2010, http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Livrables/axe3/freperetabac_2010.pdf
11. Le tabac : la première cause de cancer évitable en France. INCa, 2006, 12p.
12. Risques du tabagisme passif. J. Trédaniel. Dans L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Paris, 8-9 octobre 1998, Anaes, AP-HP, Ed. EDK, 1998, pp. 74-80
13. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2008-2011. Mildt. <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-20082011/>
14. Le Plan cancer 2009-2013 <http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013>. Journée mondiale sans tabac. Numéro thématique. InVS. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 22-23, mai 2003, pp. 97-108
15. http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_10bil.pdf, Bilan de l'année 2010. Tabagisme et arrêt du tabac en 2010

Pour en savoir plus

- La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011 Ministère de la santé et des solidarités, 2006, 19 p.
- Journée mondiale sans tabac. Numéro thématique. InVS. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 21-22, mai 2010, pp. 141-151
- Le tabac en France. Les vrais chiffres. C. Hill, A. Laplanche. Ed. La Documentation française, 2004, 139 p.

L'objectif principal du projet RECORD est d'étudier les disparités de santé qui existent en Ile-de-France, avec un intérêt particulier pour les différences observées entre quartiers favorisés et quartiers défavorisés. Voir la présentation de l'Etude RECORD en début de document.

Comportement tabagique des participants parisiens de l'Etude RECORD

Dans l'échantillon des 2 128 participants parisiens âgés de 30 à 79 ans, 25,0% des personnes fumaient au moment de l'étude et 30,1% des personnes étaient d'anciens fumeurs. Parmi les 531 participants qui fumaient en 2007-2008, 2,6% fumaient la pipe. Les participants fumeurs de cigarettes ont indiqué consommer en moyenne 13 cigarettes par jour. Parmi les fumeurs de cigarettes, les 25^{ème} et 75^{ème} percentiles du nombre de cigarettes consommées par jour étaient respectivement de 5 cigarettes et 20 cigarettes.

Comme attendu, la consommation de tabac était fortement associée à la consommation d'alcool : le pourcentage de fumeurs était respectivement de 11%, 25% et 35% chez les personnes qui n'avaient jamais consommé d'alcool, chez les buveurs légers et chez les personnes qui avaient une consommation excessive d'alcool. De même, parmi les fumeurs, le nombre de cigarettes par jour était de 12 chez les participants qui n'avaient jamais consommé d'alcool ou chez les buveurs légers, alors qu'il était de 18 chez les gros buveurs.

Afin de décrire les variations du comportement tabagique dans la Ville de Paris, nous avons cherché à identifier les caractéristiques socio-démographiques associées d'une part au fait de fumer au moment de l'étude, et d'autre part au nombre de cigarettes consommées parmi les fumeurs.

Quant aux caractéristiques associées au fait de fumer, comme l'indique le tableau 6, les analyses ont indiqué que, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de fumer était nettement moins élevée chez les participants plus âgés ainsi que chez les personnes qui étaient nées dans un pays à faible niveau de développement humain (selon la définition des Nations Unies). Au contraire, la probabilité de fumer était plus élevée chez les personnes qui vivaient seules plutôt qu'en couple et chez les personnes qui rapportaient des difficultés financières. De plus, après avoir tenu compte des caractéristiques socio-démographiques individuelles, la prévalence du tabagisme était légèrement supérieure dans les quartiers où les prix des biens immobiliers étaient faibles.

Parmi les fumeurs, le fait de rapporter des difficultés financières était associé au nombre de cigarettes consommées par jour. Au total, le pourcentage de fumeurs était plus élevé chez les personnes qui rapportaient de telles difficultés, et ces personnes consommaient un nombre de cigarettes plus élevé lorsqu'elles fumaient (respectivement, 22% et 42% de fumeurs chez ceux qui ne rapportaient pas et chez ceux qui rapportaient des difficultés financières, et 12 et 16 cigarettes consommées par jour en moyenne dans ces deux groupes).

Tab 6 - **Caractéristiques démographiques et socio-économiques associées " toutes choses égales par ailleurs " à la consommation de tabac**

	Multiplicateur de la probabilité de fumer
Homme (plutôt que femme)	1,31
Age (plutôt que 30-44 ans)	
45-59 ans	0,84
60-79 ans	0,57
Célibataire (plutôt qu'en couple)	1,16
Difficultés financières rapportées	1,53
Etre né dans un pays à faible niveau de développement humain	0,63
Prix des biens immobiliers au sein du quartier (plutôt qu'élevé)	
Moyen-élevé	1,03
Moyen-faible	1,15
Faible	1,34

Guide de lecture : Toutes autres caractéristiques équivalentes par ailleurs, les participants qui rapportaient des difficultés financières avaient une probabilité 1,53 fois plus élevée de fumer, alors que les participants qui étaient nés dans des pays à faible niveau de développement humain avaient une probabilité 1,59 fois moins élevée (soit une probabilité multipliée par 0,63) de fumer.

Source : Etude RECORD

4.3 Usage de drogues illicites

Les jeunes parisiens déclarent une consommation de cannabis (expérimentation et usage régulier) supérieure à la moyenne nationale. Depuis quinze ans les changements de consommation des Parisiens ont entraîné une modification de la nature des interpellations : celles pour usage de cannabis ont fortement progressé alors que le nombre d'interpellations pour usage d'héroïne, cocaïne ou ecsatsy a diminué. Dans le même temps, le nombre de décès par surdose a été divisé par quatre.

Contexte national

Les drogues illicites regroupent de nombreux produits, utilisés seuls ou dans le cadre de polyconsommation, avec d'autres produits illicites ou le tabac, l'alcool ou les médicaments.

Le cannabis est de loin la drogue illicite la plus accessible et la plus consommée. Mais après une décennie de forte hausse, on observe depuis 2000 une stabilisation de sa consommation. En 2005, 3,9 millions de personnes en France métropolitaine déclarent avoir consommé du cannabis dans l'année, principalement les jeunes de 15-25 ans. L'usage régulier concerne 1,2 million de personnes et l'usage quotidien 550 000 [1]. La France présente en 2005 un des niveaux de consommation chez les jeunes scolarisés de 15-16 ans les plus élevés d'Europe alors qu'elle occupait une position moyenne au milieu des années 1990 [2].

Les consommations de stimulants sont en augmentation : en 2005, 250 000 personnes ont consommé de la cocaïne et 200 000 de l'ecstasy dans l'année [1]. Ces niveaux de consommation restent toutefois parmi les plus faibles de l'Union européenne [2]. Quant au nombre d'usagers à problèmes de drogues opiacées (héroïne) et/ou de cocaïne, les dernières données disponibles datent de 1999 et font état de 150 000 à 180 000 personnes concernées [3].

Les effets du cannabis sur la santé sont de mieux en mieux identifiés. Il existe des présomptions sur son implication notamment dans la survenue de certaines pathologies psychiatriques et vasculaires, de cancers pulmonaires et des voies aéro-digestives supérieures. Depuis 2003, une rubrique "drogue" est apparue dans le fichier des accidents de la circulation routière mais reste encore peu exploitable en 2009 car elle n'est renseignée que dans un cas sur dix. A titre indicatif, en 2009, on recense 523 accidents corporels dont 118 accidents mortels (soit 3% d'entre eux) où au moins un conducteur a subi un test positif, que l'accident lui soit imputable ou non. Ces accidents "à présence cannabis" ont provoqué 128 décès (soit 3% de la mortalité routière). Mais tous ne sont pas imputables au cannabis, ni directement ni indirectement [4]. Parmi les usagers de drogues par injection, la prévalence de l'hépatite C se maintient à un niveau élevé (plus de 60%), alors que la prévalence du sida poursuit sa baisse entamée au début des années 1990. En 2008, 93 usagers de drogues par voie intraveineuse sont décédés du sida contre plus de 1 000 en 1994.

Le nombre de décès par surdose chez les consommateurs d'opiacés et les polyconsommateurs a aussi diminué entre les années 90 et 2004, passant de plus de 500 à 70, mais tend à augmenter rapidement depuis avec 287 surdoses en 2009 [5].

La prise en charge des toxicomanes repose sur le dispositif de soins généralistes (hôpitaux, médecins de ville, réseaux de santé) et sur un dispositif de soins spécialisés (établissements médico-sociaux). En novembre 2003, près de 33 000 toxicomanes ont eu recours aux établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, dont les deux tiers aux Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) [6]. En 2005, les patients pris en charge par les CSST sont majoritairement des hommes (78%), la moitié sont âgés de moins de 30 ans, un tiers vivent d'une activité fixe et 71% occupent un logement durable [7]. Un peu plus de 100 000 personnes bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés, ce chiffre étant le résultat de la politique visant à rendre accessible dès le milieu des années 1990 les médicaments de substitution aux opiacés (MSO) qu'il s'agisse de la Buprénorphine haut dosage (BHD) ou de la méthadone. On estime ainsi à 120 000 le nombre de personnes traitées par MSO en 2007 avec – spécificité française – une nette prédominance de la BHD représentant 80% de l'ensemble [8].

La réduction des risques repose sur la mise à disposition de seringues, vendues en pharmacie notamment sous forme de Stéribox®, ou distribuées gratuitement dans le cadre de programmes d'échanges de seringues. Ces programmes sont gérés, depuis 2006, par les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD). Les échanges sont assurés par différents acteurs de soins et de prévention ou par des automates installés sur la voie publique.

Le plan 2004-2008 d'action contre les drogues, le tabac et l'alcool est un plan global, mis en œuvre sous l'égide de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) et décliné dans chaque département. Le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions vient renforcer et coordonner les dispositifs existants, notamment en termes de soins hospitaliers (consultations et services d'addictologie, équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie, pôles de référence dans les CHU, réseaux ville-hôpital) [9, 10].

En matière de répression, la loi de 1970 constitue toujours le cadre légal. En 2009, 124 000 personnes ont été interpellées pour usage de cannabis (soit un taux de 49 pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans) et 11 204 pour usage d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy [5]. Depuis 2003, un dépistage du cannabis est obligatoire en cas d'accident mortel de la circulation, ou en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants [11].

La situation à Paris

La consommation de produits psychoactifs est déclarée lors des "Journées d'appel de préparation à la défense" (JAPD) effectuées par tous les jeunes (garçons et filles) dans leur dix-septième année. Selon cette enquête, 54% des jeunes parisiens ont expérimenté le cannabis, soit une proportion significativement supérieure aux moyennes nationale ou régionale (42%). Parmi ceux-ci, 12% déclarent un usage régulier de cannabis soit une proportion significativement supérieure à la moyenne nationale. Une proportion relativement élevée de jeunes parisiens (5%) déclarent également avoir déjà expérimenté l'ecstasy ou la cocaïne.

En 2009, 268 interpellations pour usage d'héroïne, cocaïne ou ecstasy et 8 226 pour usage de cannabis ont eu lieu dans Paris. La majorité des infractions relatives à l'usage des stupéfiants dans le département concerne l'usage du cannabis. Avec 78,4 interpellations pour 10 000 habitants âgés de 15 à 44 ans, Paris présente un des taux d'interpellation pour usage de cannabis les plus élevés de France. En revanche, le taux parisien d'interpellation pour usage d'héroïne, cocaïne ou ecstasy, de 3,4 pour 10 000 personnes âgées de 20 à 39 ans, est inférieur à ceux observés en Ile-de-France et en France métropolitaine. Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence puisqu'ils dépendent largement des moyens mis en place et des priorités et activités répressives locales. D'autre part, tous les interpellés ne résident pas dans le département (ou la région) d'interpellation.

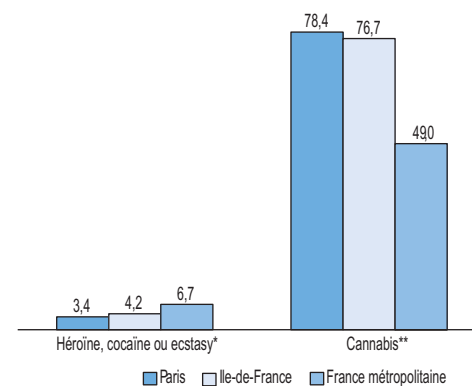
Le nombre de personnes interpellées pour usage de drogue dans Paris est resté assez stable entre 1997 et 2005 puis a fortement augmenté après 2007. La progression concerne les interpellations pour usage de cannabis, alors que celles pour usage d'héroïne, cocaïne ou ecstasy ont baissé régulièrement sur la période 1997-2009. Ainsi, les interpellations pour usage de cannabis représentent 97% des interpellations en 2009 contre 35% en 1997. Cette évolution de la structure des interpellations reflète les changements dans les pratiques de consommation des usagers de drogues.

Tab 1 - Proportion de jeunes de 17 ans ayant déjà consommé un produit psychoactif en 2008 (en %)

	Paris	Ile-de-France	France métro
Expérimentation de cannabis	54,0	42,0*	42,2**
Usage régulier de cannabis***	12,0	8,0*	7,3**
Expérimentation d'ecstasy	5	3*	3**
Expérimentation de cocaïne	5	3*	3**
Expérimentation d'héroïne	1	1	1

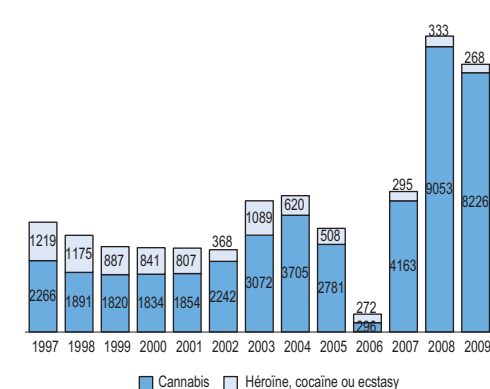
Source : Escapad 2008, OFDT
 * indique une différence significative entre les niveaux d'usage observés dans le reste de la région et dans le département
 ** indique une différence significative entre les niveaux d'usage observés dans le reste de la métropole et dans le département
 ***Supérieur ou égal à 10 fois par mois

Graph 1 - Taux d'interpellation pour usage de drogue en 2009



Source : OFDT - Exploitation ORS Ile-de-France
 *Taux pour 10 000 habitants de 20-39 ans
 **Taux pour 10 000 habitants de 15-44 ans

Graph 2 - Evolution du nombre d'interpellations pour usage de drogue entre 1997 et 2009 à Paris



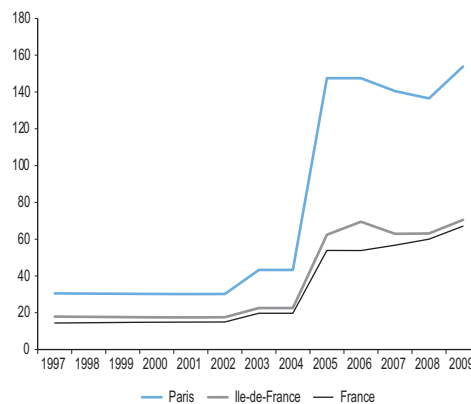
Source : OFDT - Exploitation ORS Ile-de-France

En 2009, près de 12 000 consommateurs de drogues illicites sont venus consulter dans les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) parisiens. Le taux de recours est passé de 30,5 pour 10 000 Parisiens âgés de 20 à 39 ans en 1997 à 136,5 en 2009. Ce taux est nettement supérieur à ceux observés aux niveaux régional et national.

La mise sur le marché des traitements de substitution a conduit un nombre croissant d'usagers d'opiacés à s'engager dans une démarche de soins. En 2009, près de 94 000 trousse de prévention Stéribox® ont été vendues ou distribuées à Paris (voir définition et limites ci-contre), soit un taux de 12 trousse pour 100 Parisiens âgés de 20 à 39 ans. Plus de 250 000 boîtes de Subutex® et plus de 257 000 flacons de méthadone® ont été vendus à Paris en 2009. Rapportée à la population âgée de 20-39 ans, la vente de Subutex® est plus élevée à Paris qu'en moyenne en France, c'est le contraire pour la méthadone.

La diffusion des traitements de substitution, en entraînant une diminution de la consommation d'héroïne, a eu en particulier pour conséquence de réduire très sensiblement le nombre de décès par surdose : 8 décès par surdose ont été recensés à Paris en 2009, contre une moyenne annuelle de 30 à la fin des années 90.

Graph 3 - Evolution du recours* au Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) entre 1997 et 2009

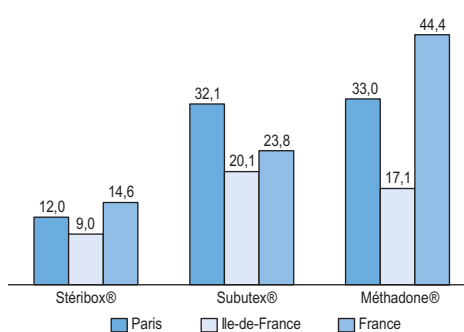


Source : OFDT - Exploitation ORS Ile-de-France
*Recours pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans

Stéribox® : trousse de prévention contenant : 2 seringues 1ml Beckton Dickinson, 1 flacons eau stérile, 1 tampon alcoolisé, 1 préservatif+ message prévention ; 2 stericups (récipient + filtre stérile)

Les seringues vendues en pharmacie représentent entre 80 et 90% de l'offre totale de seringues. Les programmes d'échange de seringues en distribuent entre 10% et 20% selon des estimations réalisées en 1996.

Graph 4 - Ventes* d'unités de Stéribox®, de boîtes de Subutex® et de flacons de Méthadone® en 2009



Source : OFDT - Exploitation ORS Ile-de-France
*Taux pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans

Références bibliographiques et sources

1. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005. F. Beck, S. Legleye, S. Spilka et al. Tendances, OFDT, n° 48, mai 2006, 6 p.
2. Rapport annuel 2005 sur l'état du phénomène de la drogue en Europe. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Office des publications officielles des Communautés européennes, 2005, 90 p.
3. Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002. OFDT, 2002, 368 p.
4. La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2009. La documentation française
5. Site internet de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, base d'information ILIAD www.ofdt.fr
6. La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social. V. Bellamy. Document de Travail, Série Statistiques, Drees, n° 83, mai 2005, 34 p.
7. Rapport d'activité des CSST en ambulatoire en 2005. OFDT
8. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Carnarelli T. Coquelin A., Tendances n°65 OFDT, mai 2009, 6p.
9. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Mildt. Ed. La Documentation française, 2004, 125 p.
10. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011. Ministère de la santé et de la solidarité, 2006, 19 p.
11. Loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants. Journal Officiel de la République Française, 4 février 2003, 2 p.

Pour en savoir plus

- Septième rapport national du dispositif TREND. M. Gandilhon, A. Cadet-Tairou, A. Toufik et al. Tendances, OFDT, n° 52, décembre 2006, 4 p.
- Les drogues à 17 ans. Evolutions, contextes d'usage et prises de risque. F. Beck, S. Legleye, S. Spilka. Tendances, OFDT, n° 49, septembre 2006, 4 p.
- La santé des étudiants en 2005. Enquête SMEBA. Rapport région Ouest. Fnors, Usem, 2005, 71 p.
- Drogues et dépendances. Données essentielles. OFDT. Ed. La Découverte, 2005, 202 p.
- Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. M. Choquet, F. Beck, C. Hassler et al. Tendances, OFDT, n° 35, mars 2004, 6 p.
- Prévenir les toxicomanies. Sous la direction de A. Morel. Ed. Dunod, 2004, 319 p.
- Soigner les toxicomanies. A. Morel, F. Hervé, B. Fontaine. Ed. Dunod, 2e éd. 2003, 328 p.
- Droit de la drogue. F. Caballero, Y. Bisiou. Ed. Dalloz, 2e éd. 2000, 827 p. (Précis - Droit Privé)
- Prises en charge des usagers de drogues. L. Gibier. Ed. Doin, 1999, 341 p. (Coll. Conduites)

4.4 Contraception et IVG

Environ 14 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées chaque année à Paris. Le recours à l'IVG est légèrement plus fréquent à Paris qu'en France. Les IVG médicamenteuses représentent 50% des IVG pratiquées et cette proportion tend à progresser. Les IVG pratiquées tardivement sont plus fréquentes chez les mineures.

Contexte national

La contraception médicale a connu depuis le début des années 1970 une diffusion considérable, qui s'est accompagnée au cours des années récentes d'une diversification de ses formes (implant, patch, contraception d'urgence, etc.) [1]. En France, selon le Baromètre santé de l'Inpes, 97% des femmes de 20 à 49 ans déclarent utiliser une méthode contraceptive en 2005. La pilule est la méthode la plus fréquemment utilisée (57%), devant le stérilet (25%), et l'usage exclusif du préservatif (11%) [2].

La stérilisation à visée contraceptive (ligature des trompes pour les femmes, des canaux déférents pour les hommes) a été légalisée par la loi du 4 juillet 2001. En 2005, elle concerne 8% des femmes et 3% des hommes de 45-54 ans [1].

Les usages contraceptifs varient beaucoup d'un pays à l'autre. Les pays d'Asie et d'Amérique latine ainsi que des pays comme l'Angleterre et les Etats-Unis utilisent beaucoup la stérilisation. Cette méthode est en revanche peu fréquente en Europe, en Afrique et au Japon. La pilule elle, est peu utilisée en Chine, en Inde et au Japon. Le Japon est le seul pays du monde où le préservatif est privilégié [2].

En cas de rapport sexuel non ou mal protégé, la contraception d'urgence est accessible en pharmacie sans prescription médicale depuis 1999 et peut être délivrée gratuitement aux mineures. En 2005, 13,7% des femmes de 15-54 ans déclarent l'avoir utilisée au moins une fois. Cette proportion atteint 32% chez les 20-24 ans. Le plus souvent, les femmes déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence de façon ponctuelle, principalement en raison d'une erreur concernant leur contraception régulière (oubli de pilule : 30,1% ; problème avec le préservatif : 30,7%) [1].

Le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) reste, malgré ce contexte, relativement fréquent. Depuis juillet 2001, l'IVG est autorisée jusqu'à 12 semaines de grossesse, c'est-à-dire 14 semaines depuis les dernières règles. En 2005, 17% des femmes françaises de 15-54 ans déclarent avoir déjà eu recours à l'IVG au moins une fois au cours de leur vie [1]. Pour l'année 2007, on estime à 213 000 le nombre d'IVG réalisées en France, soit un taux annuel de recours de 14,7 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

Cela place la France à un niveau plutôt élevé en Europe juste avant la Suède et les nouveaux pays membres de l'Union européenne où les taux sont de plus de 20 IVG pour 1 000 femmes comme la Hongrie, la Lettonie, la Bulgarie, la Roumanie et l'Estonie [3].

Selon les données de l'enquête Cocon 2000, au moment où est survenue la grossesse non prévue ayant donné lieu à une IVG, 28% des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception, 22% une méthode naturelle, 19% le préservatif, 23% la pilule, l'échec étant alors six fois sur dix attribué à l'oubli de comprimés [4].

Le recours à l'IVG concerne toutes les catégories sociales, mais les femmes qui y recourent de façon répétée semblent confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières [1]. L'IVG par mode médicamenteux est possible jusqu'à sept semaines d'aménorrhée et sa pratique dans le cadre de la médecine de ville est autorisée depuis juillet 2004. En 2007, elle représente 49 % de l'ensemble des IVG [3].

Depuis le milieu des années 1990, le taux de recours à l'IVG tend à augmenter (12,3 pour 1 000 en 1995, 14,7 en 2007) avec des recours très inégaux selon l'âge. Ceci semble traduire non pas une plus grande fréquence des grossesses non prévues, mais une hausse de la propension à recourir à l'avortement dans ce cas, notamment chez les très jeunes femmes [4].

Les recours des femmes âgées de 20 à 39 ans représentent 83% des IVG en 2007 pour 80% en 2000. Les mineurs représentaient 5% des femmes ayant eu une IVG en 2001 et 6% en 2005, 2006 et 2007. Les femmes de 20-24 ans demeurent celles qui ont le plus recours à l'IVG [3].

Pour les femmes qui souhaitent réaliser une IVG 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 dans un pays européen où la législation est différente est possible. 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 [5].

La contraception des Parisiennes

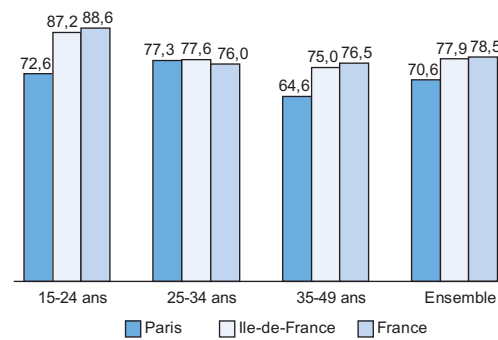
La proportion des Parisiennes déclarant utiliser un moyen de contraception est inférieure à celles des Franciliennes et des Françaises à tous les âges sauf dans la tranche d'âge 25-34 ans. Tous âges confondus, 71% des Parisiennes déclarent utiliser un moyen de contraception contre 78% au niveau régional et 79% au niveau national.

La proportion de Parisiennes déclarant avoir utilisé la pilule du lendemain au moins une fois dans leur vie comme moyen de contraception est inférieure à celles des Franciliennes et des Françaises à tous les âges. Tous âges confondus, les Parisiennes sont 77% à y avoir eu recours, contre 81% des franciliennes et 85% des Françaises.

Tous âges confondus, 65% des Parisiennes déclarent avoir utilisé un moyen de contraception lors du 1^{er} rapport. Cette proportion est proche de celles observées en Ile-de-France et en France.

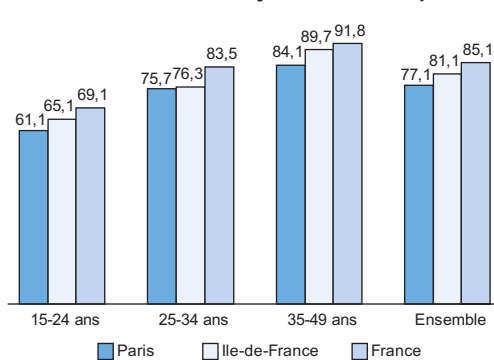
On constate des disparités pour les différentes tranches d'âges : près de 85% des Parisiennes de 25-34 ans déclarent avoir utilisé un moyen de contraception, c'est le cas de 80% des Parisiennes de 15-24 ans et de 46% (seulement) des femmes de 35-49 ans.

Graph 1 - Proportion de femmes déclarant utiliser un moyen de contraception



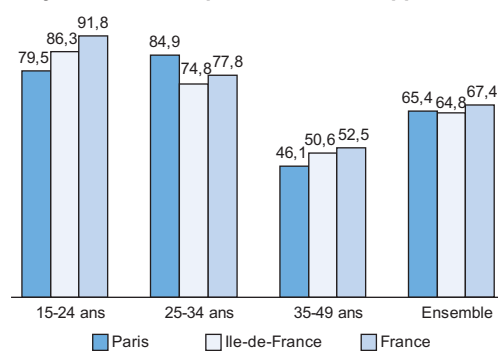
Source : Baromètre santé 2005 (Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 2 - Proportion de femmes déclarant avoir utilisé la pilule du lendemain au moins une fois dans leur vie comme moyen de contraception



Source : Baromètre santé 2005 (Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 3 - Proportion de femmes ayant utilisé un moyen de contraception lors du 1^{er} rapport



Source : Baromètre santé 2005 (Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France

Le Pass contraception mis en place par le Conseil régional d'Ile-de-France

Conçu sous forme de chéquier avec des coupons, le Pass' contraception donne accès à une première contraception gratuite et anonyme pour les jeunes en classe de seconde ou niveau équivalent pour les jeunes en lycées professionnels, CFA ou en formation sanitaire ou sociale.

Environ 77 000 filles et 82 000 garçons sont concernés.

Les coupons

Le premier coupon propose une consultation dans un centre de planification et d'éducation ou chez un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme. Le deuxième permet au jeune de faire une prise de sang et/ou des analyses. Le troisième permet d'obtenir le contraceptif choisi en accord avec le praticien dans une pharmacie ou dans un centre de planification et d'éducation familiale. Le quatrième coupon donne accès à une deuxième consultation médicale. Quant au cinquième, il est prévu pour le renouvellement du contraceptif.

Qui peut le délivrer?

Gratuit et anonyme, le carnet est délivré depuis avril 2011 par les infirmières scolaires dans les lycées, les référents santé dans les centres de formation d'apprentis (CFA) et les instituts de formation sanitaire ou sociale. Il est valable chez l'ensemble des professionnels médicaux de la région.

Les IVG à Paris

Chaque année, environ 14 000 interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées à Paris (14 250 en 2008). Il s'agit des IVG pratiquées à Paris et non du nombre de Parisiennes ayant eu recours à l'IVG. Après redressement par confrontation de plusieurs sources de données permettant de prendre en compte l'attractivité de Paris (exploitation des bulletins d'interruption de grossesse - cf encadré page suivante), le taux de recours à l'IVG en 2006 serait de 17,3 pour 1 000 Parisiennes de 15-49 ans, proche de celui de la région (18,3 pour 1 000), mais supérieur au taux national (13,9 pour 1 000).

En 2008, l'IVG instrumentale représente la moitié des IVG réalisées à Paris comme en France et en Ile-de-France. Cependant, Paris se caractérise par une forte proportion d'IVG médicamenteuses réalisées "en ville" plutôt qu'en établissement. D'une manière générale, la part des IVG médicamenteuses tend à progresser en France.

L'exploitation des bulletins d'interruption de grossesse (BIG) de 2006 (dernière année exploitée, cf encadré au verso) renseigne sur les caractéristiques des Parisiennes ayant eu recours à une IVG cette année là.

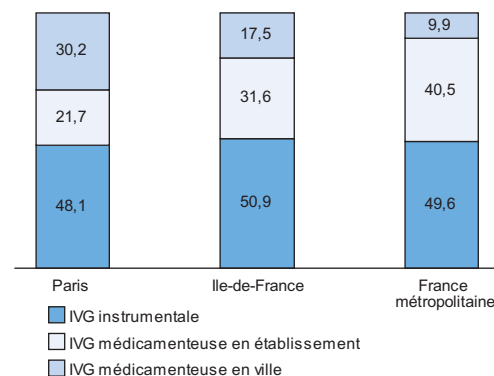
Il apparaît que les femmes de moins de 20 ans sont sous-représentées à Paris (elles représentent moins de 10% des femmes ayant eu recours à l'IVG contre près de 16% en France). A l'inverse, les femmes de 25 à 34 ans sont sur-représentées à Paris (elles représentent 28% des femmes ayant eu recours à l'IVG contre 21% en France).

Selon cette même source, la moitié des IVG sont réalisées entre 7 et 10 semaines d'aménorrhée (SA), et un peu plus du tiers (36%) entre 4 et 6 SA.

Des différences notables sont observées selon l'âge des femmes. Ainsi, la part des IVG tardives (supérieures ou égales à 13 SA) est particulièrement élevée chez les mineures (9%), moindre chez les 18-19 ans (6%), pour se stabiliser autour de 4% chez les femmes plus âgées.

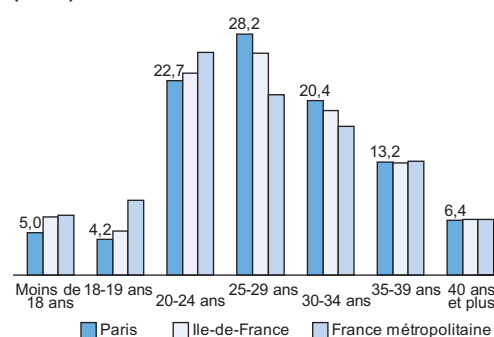
A l'inverse, seulement 23% des IVG concernant des mineures sont réalisées entre 4 et 6 SA. Ce recours plus tardif à l'IVG chez les jeunes contribue au moindre recours à l'IVG médicamenteuse pour ces femmes.

Graph 4 - Répartition des IVG selon la technique utilisée en 2008 (en %)



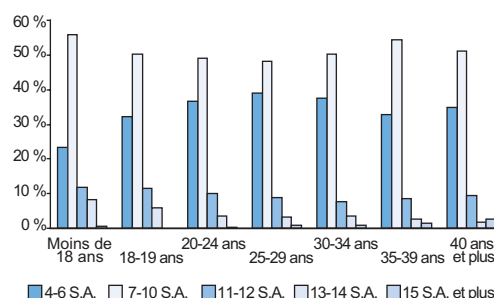
Sources : SAE, CnamTS - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 5 - Répartition des IVG domiciliées en 2006 (en %)



Sources : BIG, Ined - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 6 - Répartition des IVG domiciliées à Paris selon la durée de gestation en semaines d'aménorrhée (SA)* par groupe d'âge en 2006 (en %)



Sources : 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. 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 pratiquées après le délai légal : une information difficilement quantifiable

Pour les femmes qui souhaitent réaliser une IVG 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 un viol n'ayant pas fait l'objet d'un dépôt de plainte.

En 2008, 278 femmes ont fait une demande à l'antenne départementale de Paris du MFPF pour une IVG en fin de délai ou en dépassement de délai.

Sources d'information et limites

Les statistiques sur les IVG émanent de plusieurs sources :

- 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") ;

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 2002 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'Ined⁶.

... 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.

Références bibliographiques et sources

1. Enquête Baromètre santé 2005, INPES, exploitation ORS
2. La contraception dans le monde. Ined, 2007, 1 p. (fiche pédagogique)
3. Les interruptions volontaires de grossesse en 2007. A. Vilain. Etudes et Résultats, Drees, n° 713, décembre 2009, 6 p.
4. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? N. Bajos, C. Moreau, H. Leridon et al. Population & Sociétés, Ined, n° 407, décembre 2004
5. Site internet du planning familial : <http://www.planning-familial.org/ouverture.php>
6. Rossier C., Confesson A., Bringé A. La qualité des données des bulletins de 2002, http://www.ined.fr/statistiques_ivg/index.html

Pour en savoir plus

L'interruption volontaire de grossesse en France : prévention, prise en charge, conséquences. C. Belouet-Moreau. Université Paris XI, 2005, 179 p. + ann. (Thèse de santé publique)

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Afssaps, Anaes, Inpes, 2004, 234 p.

Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000.

C. Rossier, H. Leridon, Equipe Cocon. Paopulation, Ined, vol. 59, n° 3-4, mai-août 2004, pp. 449-478

Le comportement des jeunes européens face à la santé génésique. Vol. 1. N. Bajos, A. Guillaume, O. Kontula. Ed. du Conseil de l'Europe, 2004, 150 p. (Etudes Démographiques, n° 42)

Reproductive health behaviour of young Europeans. Vol. 2 : the role of education and information. O. Kontula. Ed. du Conseil de l'Europe, 2004, 100 p. (Population Studies, n° 45)

La médicalisation croissante de la contraception en France. H. Leridon, P. Oustry, N. Bajos, Equipe Cocon. Population & Sociétés, Ined, n° 381, juillet-août 2002, 4 p.

Contraception, IVG et santé publique. N. Bajos, H. Leridon. Dans La santé en France 2002, HCSP. Ed. La Documentation française, 2002, pp. 16-109

Les enjeux de la stérilisation. A. Giami, H. Leridon. Ed. Inserm, Ined, 2000, 334 p. (Coll. Questions en Santé Publique)

4.5 Exposition à l'amiante

54 nouveaux cas d'affections professionnelles liées à l'inhalation des poussières d'amiante ont été reconnus et nouvellement indemnisés par le régime général en 2009 à Paris. Chaque année, 37 Parisiens sont décédés d'un cancer de la plèvre ou d'un mésothéliome entre 2005 et 2007. Le niveau de mortalité des Parisiens par cancer de la plèvre et mésothéliomes est proche de la moyenne française.

Contexte national

L'amiante est un minéral fibreux dont les propriétés d'isolant, de résistance mécanique, et de résistance au feu et aux agressions chimiques, ont favorisé l'utilisation industrielle au cours du XXe siècle, que ce soit pour des produits de grande consommation ou la construction de bâtiments [1, 2].

L'amiante est à l'origine de pathologies très différentes, notamment par leur pronostic et leur délai de survenue (15 à 40 ans après l'exposition). Ses effets nocifs sont liés à l'inhalation de poussières d'amiante et au dépôt de fibrilles, principalement dans le tissu pulmonaire et la plèvre. Diverses formes d'atteintes pleurales bénignes, sans conséquences fonctionnelles, sont associées à l'exposition à l'amiante, notamment des épaississements circonscrits de la plèvre pariétale (plaques pleurales). Dans le cas d'expositions importantes, habituellement d'origine professionnelles, l'amiante peut également provoquer une fibrose pulmonaire (asbestose), entraînant une réduction de la fonction respiratoire, voire une insuffisance respiratoire qui peut être mortelle dans les cas les plus graves. Mais les pronostics les plus défavorables sont associés aux atteintes tumorales. La survie relative à cinq ans des malades atteints de mésothéliome pleural, cancer de la plèvre, dont l'amiante est la seule étiologie établie à ce jour, atteint en effet seulement 5 % chez les hommes et 13 % chez les femmes. L'amiante augmente également le risque de cancer broncho-pulmonaire, risque multiplié en cas de tabagisme associé [1-3].

Les activités professionnelles constituent la source d'exposition la plus importante et leur impact sanitaire fait l'objet de nombreuses études depuis plusieurs décennies et de mesures réglementaires (reconnaissance en maladies professionnelles notamment). Il existe aussi des expositions para-professionnelles (personnes en contact avec des travailleurs de l'amiante et pouvant être exposées aux poussières d'amiante transportées notamment par les vêtements de travail), domestiques (utilisation d'objets ménagers contenant de l'amiante), ou liées à des activités de bricolage. Les expositions "environnementales", d'origine naturelle (site géologique), industrielle (voisinage d'une mine ou d'une usine de transformation d'amiante), ou liées à l'habitat (bâtiments où de l'amiante a été utilisée lors de la construction) font l'objet de plus en plus d'études [1, 4, 5].

La majorité des maladies professionnelles liées à l'amiante reconnues et nouvellement indemnisées

par le régime général de l'assurance maladie (MPI), sont des plaques pleurales (3 210 cas sur 5 510 en 2008). Les cancers indemnisés (plus de 1 430 cas) sont principalement des cancers broncho-pulmonaires (914 cas) et des mésothéliomes de la plèvre (326 cas) [6].

Le Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) estime le nombre annuel de cas incidents du mésothéliome pleural, "marqueur" de l'exposition à l'amiante, à environ 700 cas au plan national pour la période 1998-2006 [7, 8]. Le nombre annuel de décès s'élève à 819 en 2005-2007 [9]. Les hommes sont concernés dans 8 cas sur 10. Les estimations réalisées par le réseau Francim des registres du cancer montrent une baisse du taux masculin d'incidence des cancers de localisation "plèvre" entre 2000 et 2005 (- 3,4 % par an), après avoir connu une augmentation annuelle de 2 % entre 1980 et 2000 [10].

Par ailleurs, dans la littérature internationale, la fraction de cancers du poumon attribuables à l'amiante varient entre 10 et 20 % chez les hommes. Appliquées aux données d'incidence françaises, elles permettent d'estimer entre 1 900 et 3 700 le nombre annuel de nouveaux cas chez les hommes [11].

La prévention du risque d'exposition à l'amiante est assurée par l'interdiction, depuis 1997, de mise sur le marché français de matériel contenant ce minéral, et par des mesures de protection des travailleurs exposés à l'amiante (désamiantage). Par ailleurs, il existe des mesures particulières de réparation du préjudice dû à l'exposition à l'amiante : cessation anticipée d'activité, fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), suivi médical des personnes ayant été exposées [2].

La situation à Paris

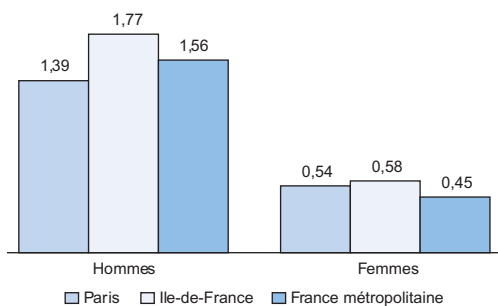
Comme dans d'autres départements industriels, les habitants de Paris ont été concernés par les activités professionnelles à risque d'inhalation de poussières d'amiante. 54 nouveaux cas d'affections professionnelles liées à l'inhalation des poussières d'amiante ont été reconnus et nouvellement indemnisés (MPI) par le régime général en 2009 dans le département. Cela correspond à un taux de 3,4 pour 100 000 salariés parisiens bien inférieur à celui d'Ile-de-France (9,7).

Entre 2005 et 2007, il y a eu 37 décès annuels par cancer de la plèvre et par mésothéliome pleural ou non précisé. Parmi ces 37 décès, 62 % sont masculins et 87% ont lieu à 65 ans ou plus.

Le taux standardisé de mortalité par cancer de la plèvre et par mésothéliome pleural ou non précisé est de 1,39 décès annuel pour 100 000 Parisiens et de 0,54 décès annuel pour 100 000 Parisiennes. Pour les deux sexes, ces taux sont inférieurs à ceux d'Ile-de-France (respectivement 1,77 et 0,58). Après avoir connu, au cours des années 1990, une tendance

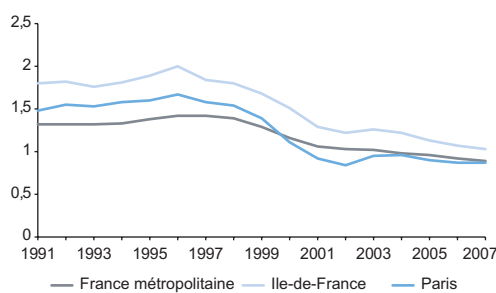
à la hausse analogue à celle observée au plan national, la mortalité liée à l'amiante des Parisiens (deux sexes) qui était supérieure à celle de la France métropolitaine passe en dessous de celle-ci à partir de 2000. Ces analyses géographiques et temporelles de la mortalité sont à considérer avec prudence car elles reposent sur de faibles effectifs.

Graph 1 - Taux comparatif de mortalité par cancer de la plèvre et par mésothéliome pleural ou non précisé en 2005-2007



Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
 Décès par cancer de la plèvre : codes Cim 10 C45.0, C45.9, C38.4
 Décès par mésothélium pleural ou non précisé : codes Cim 10 C45.0, C45.9

Graph 2 - Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer de la plèvre et par mésothéliome pleural ou non précisé 1991-2007



Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
 Décès par cancer de la plèvre : codes Cim 10 C45.0, C45.9, C38.4
 Décès par mésothélium pleural ou non précisé : codes Cim 10 C45.0, C45.9

Tab 1 - Nombre et taux* de maladies professionnelles réglées pour des victimes affiliées à une caisse primaire de Sécurité Sociale

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Paris						
Nombre	36	43	50	53	37	54
Taux						3,4
Ile-de-France						
Nombre	445	397	426	476	427	547
Taux						9,7

Source : Cnamts - Mission Statistiques - Base nationale SGE-TAPR années en 1ère version
 Alinéa 2 et 3 de l'Art. L 461.1 du Code de la Sécurité Sociale
 *Taux exprimés pour 100 000 salariés

Tab 2 - Nombre annuel moyen de décès des Parisiens par cancer de la plèvre, mésothéliome pleural ou non précisé en 2005-2007

	Avant 65 ans	65 ans et plus	Total
Hommes			
Plèvre		0,3	3,0
Mésothéliome pleural	2,0		9,7
Mésothéliome sans précision	1,0		7,0
Femmes			
Plèvre		0,7	4,0
Mésothéliome pleural	0,7		4,3
Mésothéliome sans précision	0,0		4,3

Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Ile-de-France
 Décès par cancer de la plèvre : codes Cim 10 C45.0, C45.9, C38.4
 Décès par mésothélium pleural ou non précisé : codes Cim 10 C45.0, C45.9

Repères bibliographiques et sources

- Ministère du travail de l'emploi et de la santé. (2009). Amiante. L'état des connaissances scientifiques : les effets de l'amiante sur la santé. [page internet]. www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/les-effets-de-l-amiante-sur-la-sante.html
- INRS. (2009). Dossier. Amiante : l'essentiel. [page internet]. www.inrs.fr/htm/amiante_1_essentiel.html#ancr9
- Bossard N, Velten M, Remontet L et al. (2007). Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 9-10. pp. 66-69.
- InVS, 2009, Les conséquences sanitaires de l'exposition environnementale à l'amiante : une synthèse des études réalisées à l'InVS, 8 p.
- Vandentorren S. (2009). Exposition environnementale à l'amiante chez les personnes riveraines d'anciens sites industriels et affluements naturels : étude cas-témoins à partir des données du programme national de surveillance du mésothéliome. InVS. 23 p.
- Cnamts. (2010). Accidents du travail et des maladies professionnelles. Statistiques Maladies professionnelles. Statistiques par secteur d'activité. [page internet]. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/maladies_professionnelles_2/maladies_professionnelles_2_stats_secteur_1.php
- Goldberg M, Rolland P, Gilg Soit Ilg A, Chamming's S, Ducamp S et al. (2006). Le programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) : Présentation générale et bilan des premières années de fonctionnement (1998-2004). InVS. 75 p.
- Gilg Soit Ilg A, Goldberg M, Rolland P, Chamming's S, Ducamp S et al. (2009). Programme national de surveillance du mésothéliome : principaux résultats 1998-2006. InVS. 24 p.
- Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G et al. (2008). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. InVS. 132 p.
- Imbernon E. (2003). Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. InVS. 27 p

Suivi épidémiologique des effets de l'exposition à l'amiante sur la santé
Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM)

Ce Programme, initié en 1998 et coordonné par l'Institut de veille sanitaire (InVS), constitue un système de surveillance épidémiologique des effets de l'amiante sur la santé de la population française. Il repose sur l'enregistrement exhaustif des cas de mésothéliome pleural, "considéré comme marqueur de l'exposition à l'amiante au niveau populationnel (...), malgré son temps de latence très important (30 à 40 ans après l'exposition), en raison du caractère mono-factoriel de son étiologie [1]". Le PNSM, mis en place initialement dans 17 départements de métropole, en inclut aujourd'hui 22 [7, 8].

Mortalité par cancer lié à l'exposition à l'amiante

Depuis l'application en 2000 de la 10^{ème} révision de la Classification internationale des maladies (CIM10) pour le codage des causes de décès, il est possible d'isoler les décès par mésothéliome pleural (CIM10-C45.0). Mais, dans la mesure où il existe aussi un certain nombre de décès codés "mésothéliome sans précision de localisation" (CIM10-C45.9) qui sont, dans la très grande majorité des cas, des décès par mésothéliome pleural, l'Inserm CépiDc préconise de regrouper ces deux causes de décès pour étudier la mortalité par cancer lié à l'exposition à l'amiante.

L'analyse de l'évolution de la mortalité depuis 1991 nécessite de regrouper ces deux causes de décès avec celle codée "cancer de la plèvre à l'exclusion du mésothéliome" (CIM10-C38.4), afin d'obtenir un indicateur "comparable" à celui disponible par la CIM9 (classification utilisée jusqu'en 1999) : décès par "tumeur maligne de la plèvre" (CIM9-163).

Cet indicateur est également utilisé pour les comparaisons inter-régionales.

Estimation de l'incidence des cas de cancers liés à l'exposition à l'amiante

L'estimation du nombre de cas incidents de cancers liés à l'exposition à l'amiante, réalisées par le réseau Francim des registres des cancers, concernent l'ensemble de la localisation "plèvre", pour des raisons similaires à celles décrites pour la mortalité. Elles sont uniquement réalisées au plan national, pour les hommes, en raison de la faiblesse des effectifs concernés [10].

4.6 Accidents de la vie courante

Chaque année, les accidents et traumatismes sont la cause de près de 30 000 séjours hospitaliers de Parisiens et près de 600 Parisiens décèdent des suites d'un accident de la vie courante. La plupart sont âgés de 65 ans ou plus. Le nombre de décès par accident a diminué de 64% entre 1990 et 2007. Les chutes accidentelles et les suffocations sont les principales causes de décès par accident de la vie courante.

Contexte national

Autant par leur poids sanitaire, social et économique, que par leur médiatisation et leur retentissement dans la vie quotidienne, les accidents constituent en France une préoccupation majeure de santé publique. Ils représentent plus de 25 000 morts par an et l'une des causes de décès les plus importantes, après les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs et les maladies respiratoires [1].

Les accidents se définissent comme des événements responsables de lésions traumatiques, d'empoisonnements, d'origine non intentionnelle. Ils se distinguent en cela des événements intentionnels tels que les suicides et les agressions ou homicides. Parmi l'ensemble des accidents on distingue principalement les accidents de la vie courante, les accidents de la circulation (voir fiche 4.7 Accidents de la circulation), les accidents du travail et les accidents thérapeutiques. Les conséquences des accidents pèsent très lourd en termes économiques (soins, rééducation, arrêts de travail, indemnités...), en termes sociaux (réinsertion sociale et professionnelle), et en termes humains (vie familiale et professionnelle bouleversée, projets personnels abandonnés...). Les accidents de la vie courante sont définis comme les accidents survenant au domicile ou dans ses abords immédiats, lors de pratiques sportives ou de loisirs, à l'école, et de façon plus générale dans le cadre de la vie privée.

Avec près de 20 000 décès en 2008, ce sont les accidents de la vie courante, pourtant moins médiatisés que les accidents de la circulation, qui représentent la part la plus importante de la mortalité accidentelle. Selon les estimations réalisées par l'InVS à partir de l'Enquête santé et protection sociale 2004 [2], 11,2 millions de personnes auraient été blessées dans un accident de la vie courante au cours de l'année, ce qui correspond à un taux annuel d'incidence des accidentés de la vie courante de l'ordre de 18 pour 100 personnes. La population la plus touchée est celle des hommes de 10-19 ans. Cette surmorbidity est principalement liée au mode de vie (loisirs, pratique sportive intense...) et aux prises de risque plus fréquentes des garçons de ce groupe d'âge. Selon cette même étude, le taux annuel d'incidence de recours aux urgences et/ou hospitalisation pour accident de la vie courante serait de 10 pour 100 personnes. La CnamTS, à partir d'enquêtes réalisées de 1987 à 1995 [3], indique que 11% des accidentés de la vie courante présentent au moins une séquelle. Dans un autre travail portant sur les enfants ayant eu recours aux urgences hospitalières pour accident [4], on a enregistré 10,4% de séquelles entre 4 et 29 mois après l'accident, dont les deux tiers considérées comme majeures.

La fréquence de survenue des accidents de la vie courante, maximale entre 0 et 5 ans, décroît ensuite avec l'âge pour augmenter de nouveau après 75 ans

[5]. En ce qui concerne les taux de mortalité par accident de la vie courante, plus élevés à chaque âge chez les hommes, ils progressent régulièrement avec l'âge pour atteindre des niveaux très élevés après 75 ans [6]. Les chutes et les suffocations (essentiellement des fausses routes alimentaires) représentent les deux tiers des décès par accidents de la vie courante (78 % chez les personnes de plus de 75 ans), mais l'on peut noter l'importance des noyades entre 1 et 24 ans (première cause des décès par accident de la vie courante dans cette tranche d'âge).

D'autres études ont également montré que 59% des passages aux urgences hospitalières et 10% des recours urgents en médecine générale sont d'origine traumatique [7,8].

En matière d'accidents de la vie courante, la loi de santé publique de 2004 a fixé comme objectifs, à un horizon quinquennal : d'une part de réduire de 50% la mortalité par accident de la vie courante des enfants de moins de 14 ans, et d'autre part de réduire de 25% le nombre de chutes des personnes de plus de 65 ans. Le rapport 2009-2010 de suivi de ces objectifs [9] fait état d'une baisse de 27% du taux de mortalité par accident de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans entre 2000 et 2006, plus forte chez les filles (-43 %) que chez les garçons (-17 %), mais il souligne l'absence de baisse du taux de mortalité par chute accidentelle chez les personnes de plus de 65 ans entre 2000 et 2004. En matière de prévention, la Commission de la Sécurité des Consommateurs a pour mission de fournir des avis relatifs à des produits ou des services dangereux, d'informer les consommateurs et de mettre en place des campagnes de sensibilisation du public face à certains risques. L'Inpes mène régulièrement des campagnes d'information nationales pour prévenir les accidents domestiques des enfants, les intoxications au monoxyde de carbone, les chutes des personnes âgées.

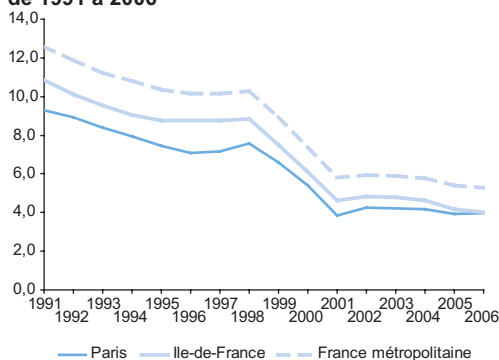
La situation à Paris

En 2007, 565 Parisiens sont décédés suite à un accident de la vie courante, dont 55% de femmes. Les décès surviennent majoritairement après 65 ans (76%). Les chutes accidentelles représentent près du quart de l'ensemble des décès par accident, pour les deux sexes. A structure d'âge comparable, la mortalité par chute accidentelle est moins élevée à Paris qu'en France et plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

En quinze ans, le nombre de décès par chute accidentelle a fortement baissé à Paris. En tenant compte des évolutions démographiques, la baisse est de 42% chez les hommes et de 65% chez les femmes. Des évolutions du même ordre sont observées en France. Ces évolutions sont cependant à minorer ces

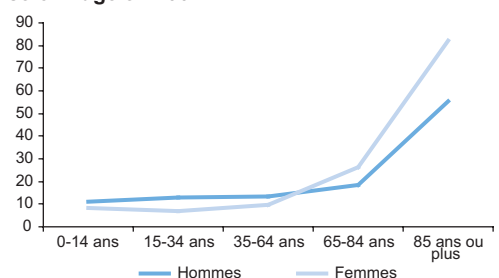
dernières années du fait du passage de la CIM9 à la CIM10. En effet, à partir de 2000, le changement de classification des causes médicales de décès a permis une baisse sensible du nombre de décès par chutes accidentelles, les fractures sans cause précisée étant passées de la rubrique " chutes accidentelles " à la rubrique " accidents sans autre indication ".

Graph 1 - Evolution des taux comparatifs de mortalité (deux sexes) par chutes accidentelles de 1991 à 2006*



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

Graph 2 - Taux d'hospitalisation des Parisiens pour lésions traumatiques et empoisonnements selon l'âge en 2007



Sources : PMSI, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Taux pour 1 000

En 2007, les traumatismes ou séquelles de traumatismes ont été la cause de près de 30 000 séjours hospitaliers de Parisiens.

Tab 1 - Nombre annuel de décès de Parisiens par accidents de la vie courante en 2007

	Hommes	%	Femmes	%
Moins de 35 ans	23	9,1	13	4,2
dont chutes accidentelles	4	1,6	1	0,3
dont suffocations	1	0,4	1	0,3
dont noyades	2	0,8	1	0,3
dont intoxications	2	0,8	1	0,3
35-44 ans	19	7,5	3	1,0
dont chutes accidentelles	3	1,2	1	0,3
dont suffocations	1	0,4	0	0,0
dont noyades	1	0,4	0	0,0
dont intoxications	2	0,8	1	0,3
45-54 ans	27	10,7	9	2,9
dont chutes accidentelles	6	2,4	2	0,6
dont suffocations	2	0,8	2	0,6
dont noyades	3	1,2	0	0,0
dont intoxications	3	1,2	0	0,0
55-64 ans	30	11,9	11	3,5
dont chutes accidentelles	6	2,4	3	1,0
dont suffocations	5	2,0	3	1,0
dont noyades	1	0,4	0	0,0
dont intoxications	1	0,4	1	0,3
65 ans ou plus	154	60,9	276	88,5
dont chutes accidentelles	42	16,6	68	21,8
dont suffocations	30	11,9	40	12,8
dont noyades	6	2,4	3	1,0
dont intoxications	5	2,0	10	3,2
Total	253	100,0	312	100,0
dont chutes accidentelles	61	24,1	75	24,0
dont suffocations	39	15,4	46	14,7
dont noyades	13	5,1	4	1,3
dont intoxications	13	5,1	13	4,2

Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 2 - Séjours hospitaliers pour lésions traumatiques et empoisonnements en 2007

	Nb de séjours	% Paris	% Ile-de-France	% France métr.
Traumatismes, séquelles de traumatismes	23 761	80,4	80,4	80,3
dont fractures	11 982	40,5	36,1	35,7
dont luxations, entorses, lésions musculo-tend.	7 572	25,6	29,0	27,4
dont traumatisme crânien	1 721	5,8	6,5	8,5
dont traumatisme intra-thoracique ou intra-abdominal	341	1,2	1,2	1,1
dont traumatisme des nerfs	334	1,1	1,2	1,0
dont plaies	1 811	6,1	6,3	6,7
Intoxications	5 306	18,0	18,1	18,2
dont par produit pharmaceutique	3 049	10,3	10,9	10,3
dont par produit non pharmaceutique	310	1,0	1,1	1,2
due à l'alcool	1 947	6,6	6,2	6,7
Séquelles traumatismes et empoisonnement	170	0,6	0,5	0,4
Brûlures, corrosions	312	1,1	1,0	1,0
Total lésions traumatiques et empoisonnements	29 549	100,0	100,0	100,0

Source : PMSI - Exploitation ORS Ile-de-France

Références bibliographiques et sources

1. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2007, Inserm CépiDC, exploitation Fnors - ORS
2. Dalichamp M, Thélot B. Les accidents de la vie courante en France métropolitaine. Enquête santé et protection sociale 2004. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, décembre 2008, 46p. Disponible sur : www.invs.sante.fr
3. Bazile S, Berton E, Garry F, Pierre-Louis J. Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats 1987 à 1994. Dossier Etudes et Statistique 2007;38:1-114
4. Tursz A, Crost M. Sequelae after unintentional injuries to children: an exploratory study. Inj. Prev. 2000;6:209-213
5. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Epac. Résultats 2007 Saint-Maurice: InVS;2008.
6. Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006. BEH 2010;8:65-69.
7. Gouyon M., Labarthe G., Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats. Etudes et résultats, DREES, n°471, mars 2006, 8 p.
8. Baubeau D., Carrasco V., Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et résultats, DREES, n°215, janvier 2003, 12 p.
9. L'état de santé de la population en France. Suivi des indicateurs associés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Paris: Drees; 2010; coll. Etudes et Statistiques

4.7 Accidents de la circulation

Les Parisiens ont un niveau de mortalité par accident de la circulation plus bas que la moyenne nationale. Pourtant chaque année, environ 8 000 personnes sont blessées dont 800 hospitalisées et 50 personnes décèdent dans un accident de la circulation routière survenant à Paris. Ces chiffres sont en forte baisse depuis trente ans. A Paris, les usagers des deux roues motorisés sont les principales victimes des accidents.

Contexte national

Le bilan 2009 de la circulation routière en France métropolitaine fait état de 72 315 accidents corporels dont 3 956 accidents mortels, de 4 273 personnes tuées “ à trente jours ”; et de 90 934 personnes blessées dont 33 323 hospitalisés [1].

D’après les données issues du Registre des victimes d’accidents de la circulation du département du Rhône entre 2003 et 2008, la grande majorité des victimes (environ 73%) ne présentaient qu’une ou plusieurs lésion(s) mineure(s), un peu moins de 35% conserveront des déficiences mineures ou modérées et 1% un handicap sévère.

Depuis trente ans, le nombre d’accidents et de tués a régulièrement diminué en France comme dans la plupart des pays de l’Union européenne [2, 3]. Six pays européens : l’Espagne, l’Estonie, la France, la Lituanie le Luxembourg et le Portugal ont réussi à réduire de plus de 40% le nombre annuel de victimes de la route depuis 2002. Les pays du nord de l’Europe : Royaume-Uni, Pays-Bas, Finlande, Allemagne et Suède sont ceux qui affichent les niveaux de mortalité routière les plus bas en 2009. Les pays d’Europe de l’est et la Grèce sont ceux qui affichent les niveaux les plus élevés. La France, au 10ème rang, se situe dans la moyenne européenne [1]. La diminution du nombre d’accidents et de tués s’explique principalement par l’adoption progressive de différentes réglementations (ceinture de sécurité, lutte contre l’alcoolémie, limitations et contrôles de vitesse) ainsi que par une meilleure prise de conscience du risque routier. En 2010, l’Union Européenne a pour objectif de diviser de moitié le nombre de victimes de la route à l’aide d’une dizaine de propositions parmi lesquelles rendre plus sûres les infrastructures routières et les véhicules.

Dans ce contexte, on peut noter que le bilan de l’année 2009 n’est pas très favorable en France puisque si les nombres d’accidents et de blessés diminuent par rapport à 2008, celui des tués est stable, mettant fin à plusieurs années de baisse.

Les victimes d’accidents sont majoritairement les hommes et les jeunes. Ainsi les conducteurs âgés de 18 à 24 ans représentent 21% des tués sur les routes en 2009, ces accidents mortels survenant plus fréquemment la nuit et le week-end. 70% des personnes tuées en 2009 l’ont été en “ rase campagne ” alors que 70% des accidents corporels se sont produits en milieu urbain. Du fait des vitesses pratiquées nettement moins

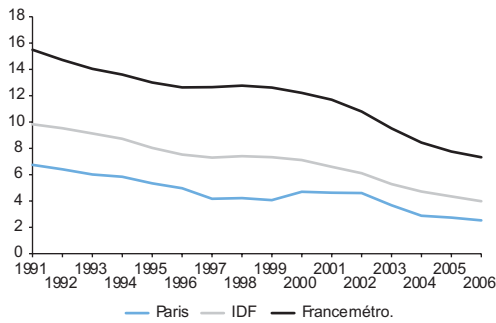
élevées qu’en rase campagne, ces accidents présentent une mortalité moins importante. Les usagers des véhicules légers (voitures de tourisme) sont les principales victimes des accidents de circulation (51% des tués à 30 jours), devant les conducteurs de 2 roues (motocyclistes, cyclomotoristes, cyclistes 32%) et les piétons (12%). En agglomération, la proportion de victimes piétonnes et conductrices de deux roues est plus importante qu’en campagne [1].

Les accidents de la circulation ont des causes multiples, relevant à la fois des comportements des individus, des infrastructures, des conditions de circulation et des équipements des véhicules. Les liens entre la vitesse excessive et le risque d’accidents sont bien établis. L’inexpérience, la perte d’aptitude physique constituent également des facteurs de risques. Parmi les facteurs susceptibles d’altérer les capacités de conduite et provoquer des accidents, la distraction au volant fait l’objet d’une attention grandissante et, en particulier, la distraction liée à l’usage de systèmes de télécommunication. En 2010, près d’un accident de la route sur dix est associé à l’utilisation du téléphone au volant [4]. 1,2% à 3,5% des conducteurs, en majorité des hommes, conduisent avec une alcoolémie au-dessus de la limite légale (0,5 g/l). le risque d’accident est multiplié par 6 lorsque le taux d’alcoolémie du conducteur atteint 0,2 gramme d’alcool par litre de sang et par 39 quand il est compris entre 0,5 et 0,8 grammes par litre [5]. En 2009, près d’un accident mortel sur trois implique un conducteur ayant un taux d’alcool dépassant le taux légal. Par ailleurs une enquête menée en 2002-2003 avait permis d’évaluer à 230 personnes tuées le nombre de victimes de la route annuellement imputables au cannabis [5].

Les actions de prévention concernent donc aussi bien l’amélioration des infrastructures, la sécurité des véhicules que l’information des usagers de la route. Des Etats Généraux de la Sécurité Routière, réunis une première fois en septembre 2002 et une seconde fois en octobre 2005, ont contribué à une mobilisation nationale sur le sujet [6]. En parallèle d’une Semaine annuelle de la sécurité routière, à l’occasion de laquelle sont mises en œuvre de nombreuses actions locales, les campagnes développées par la Sécurité Routière utilisent tous les médias pour sensibiliser les usagers aux risques de la route : télévision, radio, affichage, internet, presse...

Un nouveau plan d'action de lutte contre l'insécurité routière a été présenté par le ministre de l'Intérieur en février 2011. Les succès, en termes d'accidentologie et de mortalité, d'une politique basée fortement sur les contrôles-sanctions mais aussi sur la formation et l'information, reflètent une prise de conscience dans l'opinion et un changement des comportements individuels.

Graph 1 - Evolution des taux comparatifs de mortalité (deux sexes) par accident de la circulation de 1991 à 2006



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

La situation à Paris

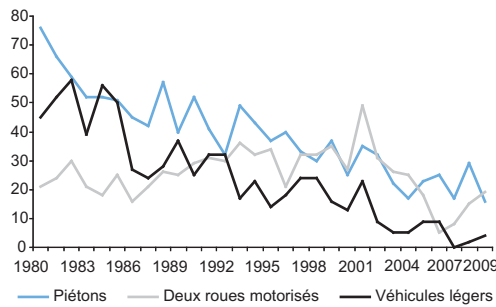
Dans un contexte national de baisse de la mortalité par accident de la circulation, la situation des Parisiens apparaît particulièrement favorable. En effet, le taux comparatif de mortalité par accident de la circulation des Parisiens, déjà bas au début des années 1990 a diminué de 63% entre 1991 et 2006, soit davantage qu'en Ile-de-France (-49%) et qu'en France (-53%). La sous-mortalité des Parisiens se confirme donc pour cette cause de décès.

Entre 1980 et 2010, le nombre annuel de tués par accident de la circulation dans Paris a considérablement baissé, passant de 119 à 43.

Sur les cinq dernières années (2006 à 2010), le nombre annuel moyen de tués est de 48. Les victimes d'accidents de la circulation sont le plus souvent des piétons (43,9% du total des tués), des usagers de deux-roues motorisés (38,9%) des utilisateurs de véhicules à "4 roues" (9,2%) et enfin des cyclistes qui représentent 8,4% du total des tués sur cette période qui couvre le lancement du vélo en libre service "Vélib" dans Paris.

Les victimes (blessés et tués) d'accidents de la circulation sont des personnes de tous âges. Les enfants et les personnes âgées sont majoritairement des victimes "piétons".

Graph 2 - Evolution du nombre de tués selon la catégorie d'usagers dans les accidents de la circulation à Paris entre 1980 et 2009



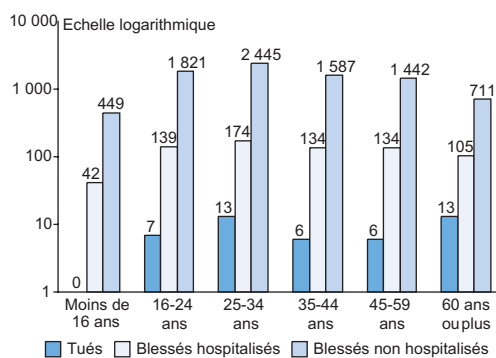
Source : Setra - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 1 - Nombre de victimes d'accidents de la circulation dans Paris

	2005	2006	2007	2008	2009
Tués	54	64	37	51	45
Blessés	8 522	9 106	9 873	9 528	9 183
dont hospitalisés	820	714	775	827	728

Source : Setra - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 3 - Nombre de victimes d'accidents de la circulation selon l'âge dans Paris en 2009



Source : Setra - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 2 - Nombre de tués selon le type d'usager (moyenne annuelle des années 2006 à 2010)

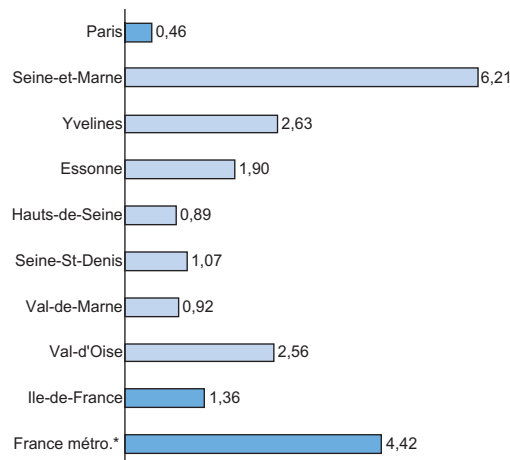
	Nombre annuel	%
Piétons	21	43,9
Cyclistes	4	8,4
2 roues motorisés	18	38,5
4 roues	4	9,2
Total	48	100,0

Source : Setra - Exploitation ORS Ile-de-France

Le taux de gravité des accidents de la circulation survenus dans Paris a diminué de 41% entre 1980 et 2009, passant de 0,83 à 0,49 tué pour 100 victimes. Sur la période 2007-2009, Paris présente un taux de gravité de 0,46, nettement inférieur à ceux observés aux niveaux régional et national. Le département a d'ailleurs le taux de gravité le plus faible d'Ile-de-France. D'une manière générale, on constate que les taux de gravité les plus élevés se situent dans les départements ruraux.

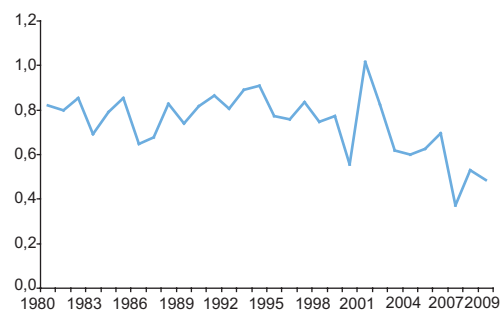
Sur la période 2004-2008, Paris a un indicateur d'accidentologie locale (IAL) de 0,81, c'est-à-dire que pour un nombre équivalent de kilomètres parcourus, le risque d'être tué dans un accident de la circulation est inférieur de 19% à ce qu'il est en France métropolitaine (cf la définition de l'IAL au verso). On observe cependant que la situation relative de Paris s'est légèrement dégradée au cours des dix dernières années (l'IAL était de 0,68 en 1996-2000). L'installation de nombreux radars automatiques sur les routes de France a permis une forte diminution du nombre de décès hors des centres villes (et donc une amélioration de l'IAL français plus rapide que celle de l'IAL parisien). Dans le même temps l'augmentation du nombre des deux roues motorisés en centre ville et notamment à Paris a pu contribuer à une dégradation de cet indicateur dans la capitale.

Graph 4 - Gravité** des accidents de la circulation en 2007-2009



Source : Setra - Exploitation ORS Ile-de-France
 *Moyenne 2008-2009 pour la France métropolitaine
 **Gravité=tués/victimes*100, les victimes correspondant aux tués, blessés graves et blessés légers

Graph 5 - Evolution de la gravité* des accidents de la circulation dans Paris entre 1980 et 2009



Source : Setra - Exploitation ORS Ile-de-France
 *Gravité=tués/victimes*100, les victimes correspondant aux tués, blessés graves et blessés légers

Tab 3 - Gravité** des accidents de la circulation en 2007-2009 selon le type d'usager

	Piétons	Cyclistes	2 roues motorisé	VL	Autres
Paris	1,01	0,83	0,30	0,13	0,33
Seine-et-Marne	7,01	2,11	7,73	5,59	6,42
Yvelines	3,06	2,30	3,53	2,05	2,75
Essonne	3,59	3,72	2,02	1,36	2,18
Hauts-de-Seine	0,92	1,33	1,03	0,55	0,92
Seine-Saint-Denis	1,53	1,18	1,42	0,56	0,62
Val-de-Marne	1,46	0,95	1,25	0,34	0,66
Val-d'Oise	2,69	3,61	3,30	2,06	1,42
Ile-de-France	1,61	1,36	1,27	1,35	1,23
France métropolitaine*	3,97	3,41	3,58	5,19	5,38

Source : Setra - Exploitation ORS Ile-de-France
 *Moyenne 2008-2009 pour la France métropolitaine
 **Gravité=tués/victimes*100, les victimes correspondant aux tués, blessés graves et blessés légers

Tab 4 - Indicateur d'accidentologie locale

	Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
IAL 1996-2000	0,68	0,81	1
IAL 2000-2004	0,80	0,81	1
IAL 2004-2008	0,81	0,84	1

Source : ONISR - Exploitation ORS Ile-de-France

Les statistiques du **Setra** sont élaborées à partir des bordereaux automatiques des accidents corporels (**BAAC**) établis lors de chaque accident corporel dû à la circulation routière. Elles concernent les accidents survenus dans le département (**données enregistrées**) et sont différentes des données de l'**Inserm** qui portent sur les décès des habitants du département (**données domiciliées**).

Tués : personnes décédées sur le coup ou dans les 30 jours qui suivent l'accident (**dans les 6 jours jusqu'en 2004**). Afin de comparer le nombre de « tués » (SETRA) **avant et après le 1^{er} janvier 2005**, date du passage à la nouvelle définition des « tués », l'Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière utilise un coefficient multiplicateur de 1,069 pour passer des « tués à 6 jours » aux « tués à 30 jours ».

Blessés : victimes non tuées (ces blessés peuvent décéder après les 30 jours mais ils restent considérés comme blessés).

Blessés graves ou hospitalisés : blessés dont l'état nécessite plus de 24 heures d'hospitalisation (**blessés graves : plus de 6 jours d'hospitalisation jusqu'en 2004**).

Blessés légers : blessés dont l'état nécessite moins de 24 heures d'hospitalisation ou un soin médical (**blessés légers : de 0 à 6 jours d'hospitalisation ou un soin médical jusqu'en 2004**).

Indicateur d'accidentologie locale : l'**IAL** compare les résultats d'un département à ce qu'ils seraient si ce département avait eu les mêmes taux de risque d'accident que la France métropolitaine sur ses différents réseaux. Il prend en compte l'importance du trafic et de sa répartition entre les différentes catégories de réseaux (autoroutes, rase campagne, zones urbaines).

Un **indicateur d'accidentologie locale** supérieur à 1 traduit une exposition au risque accrue.

Références bibliographiques et sources

1. La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2009. Observatoire national interministériel de sécurité routière. Ed. La documentation Française, 2010, 315p.
2. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2007 Inserm CépiDc, exploitation ORS
3. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
4. Site internet de la sécurité routière : <http://www.securite-routiere.equipement.gouv.fr>
5. Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM). Synthèse des principaux résultats. B. Laumon, B. Gadegbku, J.L. Martin, M.B. Biecheler-Fretel, Groupe SAM, Umrestte, OFDT, 2005, 39p.
6. Loi n°2003-495 du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière. Journal Officiel de la République Française, 13 juin 2003, 13 p.

4.8 Suicide

Un peu moins de 100 Parisiens décèdent chaque année par suicide. Ce chiffre est une estimation basse de la réalité car il existe une sous-déclaration des décès par suicide dans les départements franciliens relevant territorialement de l'Institut médico-légal de Paris, soit tous les départements franciliens sauf le Val d'Oise et les Yvelines. De ce fait, les comparaisons du niveau de mortalité par suicide des Parisiens avec ceux des Franciliens ou des Parisiens ne sont pas pertinentes.

Contexte national

La crise suicidaire peut être représentée comme "la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité" [1]. 5% des personnes âgées de 15-75 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Les femmes, et notamment les femmes jeunes sont les plus concernées. Les récidives sont fréquentes puisqu'elles concernent le tiers des suicidants.

Ces tentatives de suicide déclarées recouvrent des gestes de nature et de gravité très différentes. Certaines peuvent rester inconnues de l'entourage, alors que d'autres ont fait l'objet d'une prise en charge médicale, en ville ou en établissement de santé. 61 % des suicidants déclarent ainsi être allés à l'hôpital après leur geste, et 55% avoir été suivis par un médecin ou un autre professionnel de santé [2]. Une étude réalisée par la Drees a estimé à 195 000 le nombre de tentatives de suicide prises en charge en 2002 par le système de soins. Près de 30% d'entre elles ont été vues par un médecin généraliste. 162 000 sont passées dans un service d'urgence hospitalier. 105 000 ont été hospitalisées en unité de court séjour, et 64 000 en unité de psychiatrie, directement après un passage aux urgences (40 000) ou à la suite d'une hospitalisation en court séjour (24 000) [3].

Le suicide a été à l'origine de 10 500 décès par an en France en 2008 [4]. Ce nombre serait sous-estimé d'environ 20% selon l'Inserm [5].

Au sein des pays de l'Union européenne, la France occupe une situation défavorable avec, par rapport à la moyenne européenne, une surmortalité par suicide de 42% chez les hommes et de 70% chez les femmes en 2008 [6].

Les disparités entre les régions françaises sont très marquées, avec une prévalence élevée du suicide dans le nord-ouest. La Bretagne connaît notamment une surmortalité par rapport à la moyenne nationale qui atteint 59 % chez les hommes et 69 % chez les femmes [7].

La grande majorité des décès par suicide concerne des hommes (74%), les taux masculins de mortalité étant à tout âge nettement supérieurs aux taux féminins.

La fréquence du suicide augmente avec l'âge. Cette situation est particulièrement marquée chez les hommes pour lesquels les taux sont trois fois plus élevés chez les 85 ans et plus que chez les 35-64 ans. Mais le suicide est une cause de mortalité

importante chez les jeunes adultes. Dans la population âgée de 15 à 44 ans, les suicides constituent la première cause de décès chez les hommes comme chez les femmes [4].

La mortalité par suicide, après une phase d'augmentation entre 1975 et 1985, s'est stabilisée, puis a eu tendance à diminuer. Entre 1991 et 2007, la baisse annuelle moyenne a été de 1,3% par an chez les hommes et de 1,7% par an chez les femmes. Cette baisse concerne surtout les personnes de plus de 70 ans (- 2,7%), les moins de 25 ans (-1,9%) et les 50-69 ans (-1,3 %). Par contre, la mortalité par suicide est restée stable chez les 25-49 ans [4].

Différents facteurs de risque de suicide sont bien identifiés. La famille et plus généralement le support social protègent : les suicides sont plus fréquents chez les hommes divorcés, vivant seuls ou qui ont perdu leur conjoint. L'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail représentent également des situations à risque [1, 8].

Les suicides sont plus fréquents dans les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées ainsi que dans les zones rurales. Les personnes présentant une pathologie psychiatrique sont plus à risque (syndrome dépressif, psychose maniaco-dépressive...). Il est, par ailleurs, établi que l'alcool est un puissant facteur de risque tant par son action directement dépressogène, que par l'impulsivité qu'il induit. Enfin, le risque de décès par suicide est fortement majoré chez les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide [1, 8].

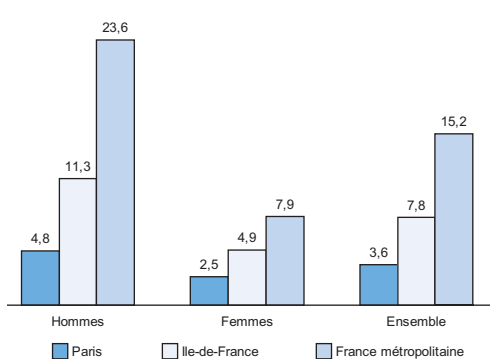
La prévention, développée notamment dans le cadre du schéma national d'action face au suicide 2000-2005, associe des interventions visant à favoriser le dépistage de la crise suicidaire, à diminuer l'accès aux moyens létaux et à améliorer la prise en charge des suicidants [9, 10].

La situation à Paris

Chaque année, selon les statistiques de mortalité de l'Inserm, un peu moins de 100 Parisiens décèdent par suicide. Ce chiffre est une estimation basse de la réalité car il existe une sous-déclaration des décès par suicide dans les départements franciliens relevant territorialement de l'Institut médico-légal de Paris, soit tous les départements franciliens sauf le Val d'Oise et les Yvelines.

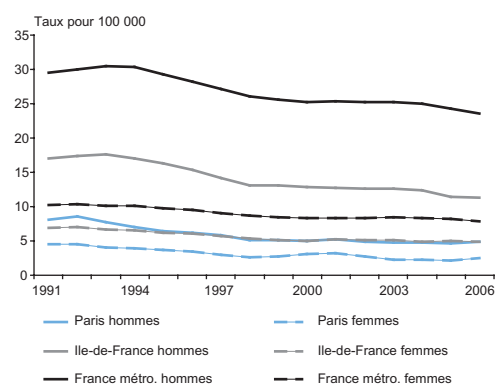
En 2005-2007, à structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité par suicide est de 4,8 décès pour 100 000 hommes et de 2,5 décès pour 100 000 femmes à Paris. Ces taux sont nettement inférieurs à ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine pour les deux sexes mais là encore, il convient de rappeler que les valeurs sont très sous-estimées à Paris. Après avoir baissé au début des années 90, les niveaux de mortalité par suicide sont relativement stables dans la capitale.

Graph 1 - Taux comparatifs de mortalité par suicide en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Graph 2 - Evolution des taux comparatifs de mortalité par suicide de 1991 à 2006*



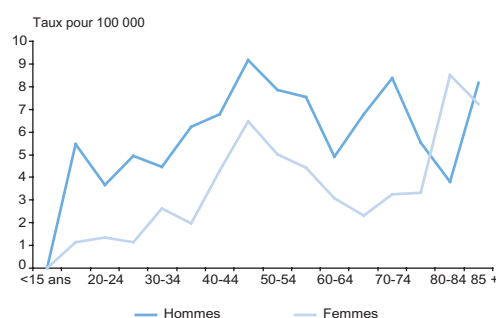
Sources: Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Le taux d'une année n correspond à la moyenne des taux entre les années n-1 et n+1.

Tab 1 - Nombre de décès par suicide de Parisiens en 2007

	Hommes	Femmes	Ensemble
<15 ans	0	0	0
15-24 ans	5	4	9
25-34 ans	12	4	16
35-44 ans	14	8	22
45-54 ans	14	10	24
55-64 ans	6	6	12
65 ans ou plus	5	7	12
Total	56	39	95

Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 3 - Taux de mortalité par suicide par sexe et âge à Paris en 2005-2007



Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Repères bibliographiques et sources

1. Anaes, Fédération française de psychiatrie. (2001), La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 19 et 20 octobre 2000, Ed. John Libbey Eurotext. 446 p.
2. Léon C, Lamboy B. (2006). Les actes de violence physique. In Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Sous la direction de Guibert P., Gautier A. Ed. Inpes, pp. 77-84
3. Mouquet MC, Bellamy V. (2006). Suicides et tentatives de suicide en France. Etudes et résultats. Drees. n° 488, 8 p.
4. Inserm CépiDC. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2008
5. Chappert JL, Pequignot F, Pavillon G et al. 2003. Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention. Document de travail Série études. Drees n° 30 45 p.
6. Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
7. Inserm CépiDC. Site du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. www.cepidc.vesinet.inserm.fr
8. Courtet P. (2010). Suicides et tentatives de suicide, Ed. Flammarion Médecine-Sciences. 349 p.
9. Direction générale de la santé. (2000), Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. 17 p.
10. Eureval-C3E. (2006). Evaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. Rapport final et Annexes. Direction générale de la santé. 70 + 106 p.

4.9 Air et santé

La qualité de l'air à Paris, avec des dépassements des objectifs de qualité pour plusieurs polluants (dioxyde d'azote, particules, benzène, ozone), n'est pas satisfaisante. La pollution, essentiellement liée aux transports routiers a des conséquences néfastes sur la santé de la population. Les Parisiens ressentent fortement les effets sanitaires de cette pollution.

Contexte national

Cette fiche a été réalisée en collaboration avec Airparif et le Réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA)

La pollution atmosphérique est un mélange complexe de polluants, sous forme gazeuse ou particulaire. S'ils peuvent être d'origine naturelle, ces polluants sont surtout produits par les activités humaines. Une fois émis dans l'atmosphère, les polluants se déplacent et se dispersent selon les conditions météorologiques et la morphologie du site. Ils sont susceptibles également de réagir entre eux et former de nouveaux polluants¹.

Les contributions des différentes sources d'émissions diffèrent selon les polluants considérés. L'inventaire national réalisé par le Citepa pour l'année 2007 montre ainsi que le transport routier est le secteur prépondérant dans les émissions d'oxydes d'azote, avec une contribution de 53 %, suivi de l'industrie manufacturière (14%) [1]. Les particules fines sont émises principalement par l'industrie manufacturière, le secteur résidentiel et tertiaire et l'agriculture. Mais en zone urbaine, le transport routier devient également un fort contributeur. Concernant le dioxyde de soufre, ses émissions sont dominées par la production d'énergie (48 %), suivie par l'industrie manufacturière (34%). Enfin, les composés organiques volatils non méthaniques (COVNM) sont émis principalement par le secteur résidentiel et tertiaire et l'industrie manufacturière, qui contribuent chacun pour un tiers environ.

A l'échelle nationale, la qualité de l'air entre 2000 et 2008 s'améliore pour certains polluants (en particulier le SO₂) [2]. Pour d'autres, comme l'ozone, les niveaux sont globalement en hausse.

De nombreuses études épidémiologiques ont établi l'existence d'effets sanitaires de la pollution atmosphérique sur la mortalité ou la morbidité. Ces effets sanitaires sont observés pour des niveaux d'exposition couramment rencontrés dans les agglomérations. Deux types d'effets ont pu être mis en évidence : des effets à court terme, qui surviennent quelques jours ou quelques semaines après l'exposition et des effets à long terme qui font suite à une exposition chronique sur plusieurs mois ou plusieurs années. Ces effets de la pollution atmosphérique seraient plus marqués pour les populations résidant à proximité des voies de circulation à fort trafic routier [3]. Les pathologies associées sont le plus souvent les pathologies respiratoires et cardiovasculaires.

Chacun est concerné par l'exposition à la pollution atmosphérique, toutefois certaines personnes sont plus vulnérables ou plus sensibles que d'autres à une altération de la qualité de l'air : il s'agit des enfants, des personnes âgées ou encore des personnes déjà fragilisées par une pathologie pré-existante.

L'allergie respiratoire touche ainsi plus de 20% de la population française. Outre la pollution de l'air extérieur, d'autres facteurs environnementaux peuvent favoriser ces manifestations tels que la qualité de l'air intérieur et les pollens. Par ailleurs, des interactions existent entre ces différents facteurs, en particulier l'influence des polluants sur la sensibilité immunologique aux pollens. Le Réseau National de Surveillance Aérobiologique (RNSA) qui existe depuis 1995 émet des bulletins d'alerte pollinique sur différents secteurs géographiques [4]. La pollution de l'air extérieur est une source d'inquiétudes pour les Français. Plus de huit Français sur dix considèrent que la pollution de l'air extérieur présente un risque plutôt élevé ou très élevé pour la santé et ils sont plus encore à avoir le sentiment que la pollution s'aggrave [5].

La Loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie (LAURE) de 1996 prévoit la mise en œuvre d'une politique dont l'objectif est de permettre à tous de "respirer un air qui ne nuise pas à sa santé", et définit un droit à l'information sur sa qualité [6]. La surveillance et l'information du public sont confiées à des Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air (AASQA). Les résultats obtenus par ces réseaux de mesure permettent non seulement de comparer les niveaux de pollution observés aux objectifs de qualité de l'air, mais aussi de déclencher les procédures d'information ou d'alerte lorsque ces niveaux dépassent certains seuils fixés par la réglementation. La LAURE a également défini des outils de planification locale : les Plans Régionaux pour la qualité de l'air (PRQA) [7] et les Plans de Protection de l'Atmosphère (PPA) [8]. Elle a réaffirmé la vocation des Plans de Déplacement Urbains (PDU) [9] à assurer un équilibre durable entre les besoins en matière de mobilité et la protection de l'environnement et de la santé. Ces trois outils doivent s'articuler de façon pertinente.

En complément, le deuxième Plan National Santé-Environnement (PNSE2) 2009-2013 [10] décline le Plan Particules, qui doit permettre d'atteindre l'objectif fixé par le Grenelle de l'environnement de réduire de 30% les concentrations particulières d'ici 2015. Il cible quatre secteurs responsables des émissions : le secteur domestique, le secteur industriel et résidentiel tertiaire, les transports et le secteur agricole. La loi Grenelle 2, adoptée le 29 juin 2010, prévoit l'instauration de schémas régionaux du climat, de l'air et de l'énergie (SRCAE). Ces schémas visent à rapprocher les PRQA et les plans climat territoriaux [11], l'objectif étant d'appréhender les effets combinés des politiques menées sur la qualité de l'air et le réchauffement planétaire.

¹ On distingue les polluants primaires et les polluants secondaires. Les polluants primaires sont directement issus des sources d'émissions : il s'agit notamment des oxydes de carbone, des oxydes de soufre (en particulier le SO₂), des oxydes d'azote (NO, NO₂), de certains composés organiques volatils comme le benzène, de particules fines. Ces polluants primaires peuvent se transformer dans la basse atmosphère, notamment sous l'action des rayons solaires et de la chaleur, en polluants secondaires tels que l'ozone (O₃) et autres polluants photochimiques ou particules secondaires. L'ozone formée ainsi à partir d'autres polluants (appelés précurseurs d'ozone) pose donc essentiellement problème en été, en période d'ensoleillement intense et par vent faible ne permettant pas sa dispersion.

Particules fines

PM₁₀ : inférieures à 10 µm

PM_{2,5} : inférieures à 2,5 µm

La situation à Paris et en Ile-de-France

En Ile-de-France et en particulier à Paris, les toutes premières mesures des niveaux de pollution atmosphérique remontent au XIX^{ème} siècle. La création d'Airparif en 1979 a permis la centralisation et la modernisation de la surveillance. La surveillance actuelle permet une couverture complète du territoire francilien. La mesure continue des principaux indicateurs de pollution sur une cinquantaine de stations permanentes et près d'une vingtaine semi-permanentes, est associée à des campagnes de mesure complémentaires et à l'utilisation d'outils de modélisation.

L'année 2009 correspond à une année plutôt "normale" qui permet de confirmer un certain nombre de tendances notamment la stabilité des niveaux de pollution chronique. Cinq polluants sont problématiques à des degrés divers dans la région capitale et ne respectent pas plusieurs réglementations² : le dioxyde d'azote (NO₂), les particules (PM₁₀ et PM_{2,5}), l'ozone (O₃) et le benzène (C₂H₆). Les niveaux de ces polluants, malgré des fluctuations d'une année sur l'autre en fonction du contexte météorologique plus ou moins favorable, sont relativement stables. Globalement les niveaux moyens ambiants de pollution diminuent au fur et à mesure que l'on s'éloigne de Paris.

De façon générale, à proximité des axes routiers, les valeurs limites en NO₂, en PM₁₀ et l'objectif de qualité du benzène sont systématiquement dépassés chaque année. Les niveaux de NO₂ y sont jusqu'à deux fois supérieurs à la réglementation. Le dioxyde d'azote reste l'enjeu principal en matière d'amélioration de la qualité de l'air.

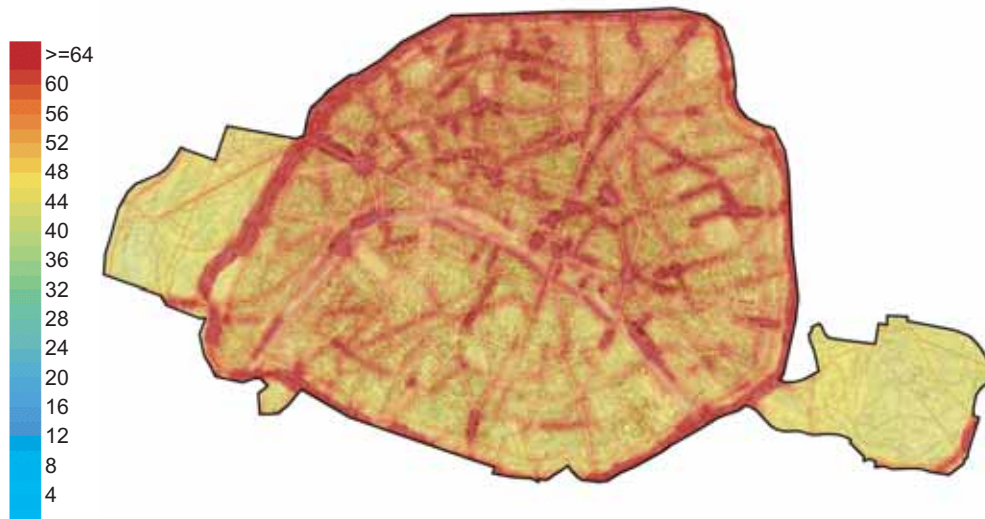
Les niveaux d'ozone sont plus élevés en zone rurale et en zone périurbaine qu'au centre de l'agglomération parisienne où les polluants précurseurs ont été principalement émis¹.

L'Ile-de-France dans son ensemble peut être soumise à des épisodes de pollution estivale au cours desquels l'ozone dépasse les objectifs de qualité, notamment à cause des imports d'ozone en provenance du reste de l'Europe.

Les phénomènes d'import peuvent aussi s'observer pour les particules comme cela a été le cas pendant l'hiver et le printemps 2009 sur l'ensemble de l'Ile-de-France, le seuil d'alerte pour les particules ayant du reste été atteint en Ile-de-France le 11 janvier 2009. Le nombre de jours d'épisode de pollution en Ile-de-France, tous polluants confondus, est de l'ordre d'une quinzaine par an, mais ces pics ne sont pas seuls responsables de l'impact sanitaire, majoritairement lié aux niveaux moyens observés quotidiennement.

Dans Paris, l'air ambiant de la rive droite de la Seine est globalement plus pollué en dioxyde d'azote que la rive gauche, le réseau routier y étant plus dense et constitué d'axes de plus grande importance. La valeur limite annuelle pour le NO₂ applicable en 2009 (42 µg/m³) est dépassée à la station de fond du 18^{ème}, juste atteinte pour celles du 7^{ème} et du 12^{ème} et respectée sur les autres stations de fond de Paris intra-muros³. Elle est en revanche largement dépassée sur toutes les stations trafic parisiennes (permanentes ou semi-permanentes). Sur les axes conjuguant un nombre élevé de véhicules et une vitesse modérée, les teneurs moyennes sont 2 à 2,5 fois supérieures à celles des stations de fond les plus proches. A fortiori, l'objectif de qualité annuel (40 µg/m³, qui deviendra une valeur limite à respecter dès 2010) est dépassé dans le cœur dense de l'agglomération. Environ 3,4 millions de Franciliens (dont plus de neuf Parisiens sur dix) sont potentiellement concernés par ce dépassement, sur une superficie cumulée d'environ 270 km² et le long de 1 980 km de voiries (dont 660 dans Paris, soit 90% du réseau parisien).

Carte 1 - Répartition des émissions annuelles de dioxyde d'azote à Paris en 2009



Source : Airparif, 2010

² Critères réglementaires

- Les valeurs limites sont définies par la réglementation européenne et sont reprises dans la réglementation française. Elles correspondent aux niveaux fixés sur la base des connaissances scientifiques, dans le but d'éviter, de prévenir ou de réduire les effets nocifs sur la santé humaine et/ou l'environnement dans son ensemble. Elles doivent être respectées dans un délai donné et ne pas être dépassées une fois atteintes. Il s'agit de valeurs réglementaires contraignantes.

- Les objectifs de qualité sont définis par la réglementation française. Ils correspondent à une qualité de l'air jugée acceptable ou satisfaisante.

- Les valeurs cibles, définies par les directives européennes, correspondent aux niveaux fixés dans le but d'éviter, de prévenir ou de réduire les effets nocifs sur la santé humaine et/ou l'environnement dans son ensemble, à atteindre dans la mesure du possible sur une période donnée. Elles se rapprochent des objectifs de qualité français puisqu'il n'y a pas de contraintes contentieuses associées à ces valeurs. Elles ont été introduites depuis fin 2008 dans la réglementation française.

- Les objectifs à long terme concernent spécifiquement l'ozone. Ils sont définis par la réglementation européenne et correspondent aux niveaux à atteindre à long terme, sauf lorsque cela n'est pas réalisable par des mesures proportionnées, afin d'assurer une protection efficace de la santé humaine et de l'environnement dans son ensemble. Comme pour les valeurs cibles, ces valeurs sont assimilables aux objectifs de qualité français, leur échéance est supérieure à une dizaine d'années.

- Les seuils d'alerte sont les niveaux au-delà desquels une exposition de courte durée présente un risque pour la santé et à partir desquels des mesures d'urgence doivent être prises.

- Les seuils d'information sont les niveaux au-delà desquels une exposition de courte durée présente un risque particulièrement élevé pour la santé humaine des groupes sensibles de la population et pour lesquels des informations immédiates et adéquates sont nécessaires.

L'année 2003, du fait de conditions climatiques très défavorables, a été marquée par une remontée notable des niveaux de pollution. L'année 2007 a été caractérisée par une remontée des niveaux de particules, due en partie à un changement de méthode de mesure décidé par le Ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables, afin de se conformer aux normes de mesures européennes.

Les niveaux ambiants annuels en particules PM₁₀ dans Paris intra-muros sont soutenus et très proches de ceux observés dans le reste de l'agglomération parisienne mais ils respectent (certaines années de justesse comme en 2007 ou 2009) l'objectif de qualité annuel (30 µg/m³). En revanche, à proximité du trafic, le dépassement de cet objectif est effectif sur toutes les stations trafic parisiennes. La plupart des axes routiers dans Paris, soit 540 km de voiries, dépassent largement cet objectif de qualité annuel, et environ 1,5 million de Franciliens seraient potentiellement touchés par ce dépassement. Concernant les moyennes journalières, les valeurs limites (comme le seuil journalier européen de 50 µg/m³ avec 35 dépassements autorisés par an) sont dépassées sur toutes les stations trafic pour la septième année consécutive et en particulier pour toutes les stations trafic parisiennes. Les années de mauvaise dispersion de la pollution, on estime autour de 3 millions le nombre de Franciliens potentiellement concernés par un risque de dépassement de la valeur limite journalière pour les particules PM₁₀.

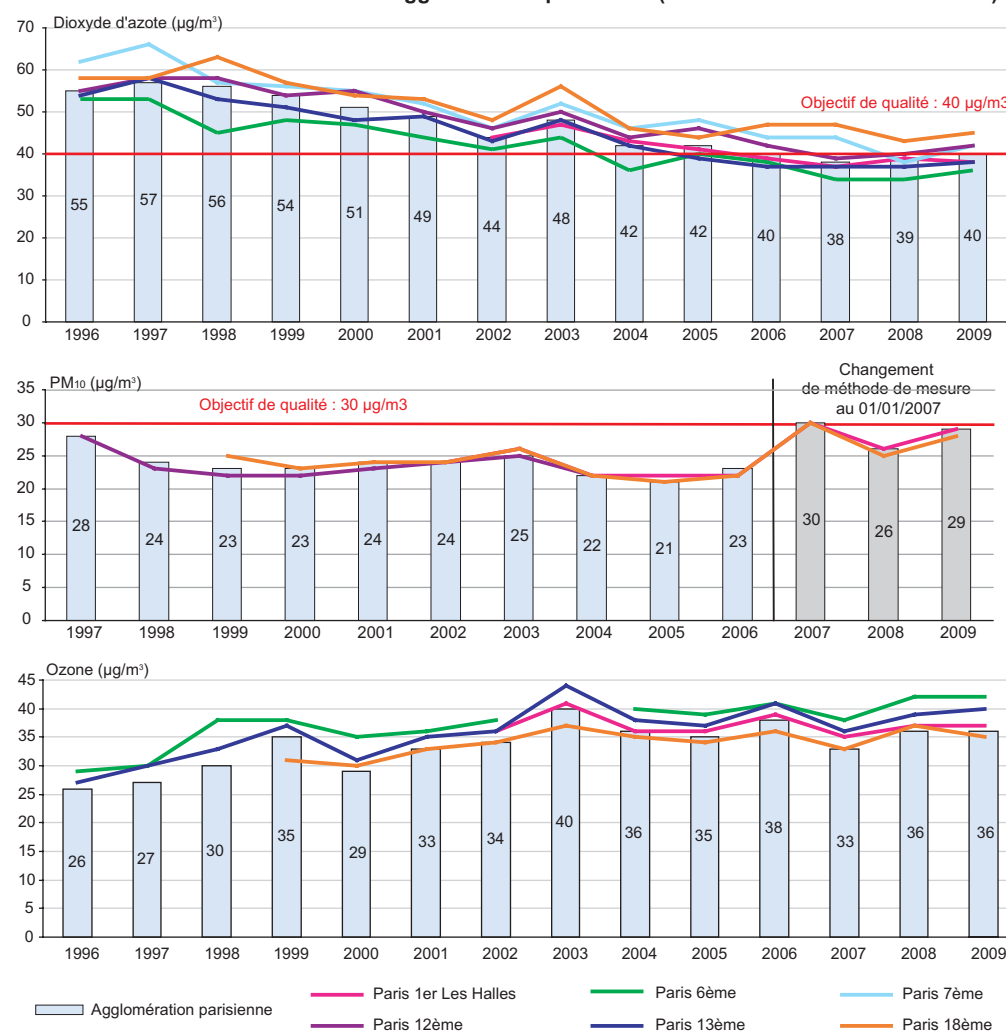
Pour les niveaux de particules PM_{2,5}, la valeur limite annuelle européenne applicable en 2009 (29 µg/m³) est respectée loin du trafic et en particulier au centre de Paris sur la station des Halles. Mais elle est dépassée à proximité de certains axes majeurs (30 µg/m³ à la station de la porte d'Auteuil, en bordure du Périphérique). L'objectif de qualité fixé par le PNSE2 (10 µg/m³) est largement dépassé dans toute la région et concerne potentiellement l'ensemble des Franciliens.

En 2009, l'objectif de qualité du benzène est dépassé le long de 750 km de voiries de l'agglomération parisienne (dont 300 km dans Paris), ce qui concerne près d'un million de Franciliens. La valeur limite de 2009 (6 µg/m³) est en revanche respectée.

Concernant l'ozone, à Paris comme dans toute l'Ile-de-France, l'objectif de qualité relatif à la protection de la santé (120 µg/m³ en moyenne sur 8h consécutives) est dépassé tous les ans pour ce polluant. C'est le seul polluant pour lequel il y a eu un doublement des niveaux moyens en 15 ans. Cette situation n'est pas spécifique à l'Ile-de-France et concerne toute l'Europe. Cependant, hormis en 2003 en raison de la canicule du mois d'août, cette hausse semble se stabiliser ces six dernières années.

³ Dix-neuf stations de mesures dans Paris
 Dans Paris intra-muros, le réseau d'Airparif est constitué de six stations automatiques fixes dites de fond situées dans les 1^{er}, 6^{ème}, 7^{ème}, 12^{ème}, 13^{ème} et 18^{ème} arrondissements (stations urbaines) ainsi que d'une station d'observation située au 3^{ème} étage de la Tour Eiffel. A ces stations mesurant la qualité de l'air ambiant s'ajoutent six stations automatiques trafic situées à proximité immédiate de l'avenue des Champs Elysées, de la rue Bonaparte, du Bd Périphérique, du quai des Célestins (provisoirement fermée du fait de travaux de chauffage urbain), de la Place Victor Basch et enfin du bd Haussmann (ouverte depuis février 2010) et six stations trafic semi-permanentes situées Place de la Bastille, Porte de Clignancourt, au carrefour Vaugirard-Convention, bd Haussmann, Place de l'Opéra et rue de Rivoli, équipées de tubes à diffusion mesurant le dioxyde d'azote et sur certains sites le benzène. Courant 2010, une nouvelle station trafic permanente devrait entrer en service Place de l'Opéra. Ce dispositif est complété par des outils de modélisation et des campagnes de mesure.

Graph 1 - Niveaux moyens annuels de dioxyde d'azote, de PM₁₀ et d'ozone enregistrés par les stations urbaines de Paris intra-muros et de l'agglomération parisienne (échantillon constant de stations)



Source : Airparif, 2010

Paris, lieu privilégié de campagnes de mesures

Des campagnes de mesures de part et d'autre du Boulevard périphérique, complétées par l'utilisation d'outils de modélisation, ont permis de mieux appréhender les principaux paramètres qui influencent la diffusion de la pollution provenant d'un important axe routier sur son environnement proche (distance au trafic, nature des polluants, aménagement de la voirie, densité de l'urbanisation). Ce travail va être généralisé par modélisation à l'ensemble des grands axes routiers franciliens.

De même, une étude de la qualité de l'air respiré par les cyclistes en fonction du type d'aménagement de voirie emprunté s'est déroulée dans les rues de Paris avec un vélo de livraison équipé d'appareils mesurant le dioxyde d'azote et comptant les particules. Pistes cyclables plus ou moins séparées de la circulation, et couloirs de bus ont tous un effet bénéfique en éloignant le cycliste du flot de véhicules et des émissions routières. Les résultats montrent qu'un cycliste est en moyenne moins exposé qu'un automobiliste comme le confirment par ailleurs des études menées à l'intérieur d'un véhicule. Mais il faut également prendre en compte les phénomènes de ventilation dus à l'effort, environ deux fois plus importants chez les cyclistes que chez les automobilistes [12].

A Paris, une pollution essentiellement liée aux transports routiers

Paris n'occupe que 1% de la superficie de l'Ile-de-France mais se caractérise par une densité des émissions au km² particulièrement forte. En 2007, les émissions parisiennes d'oxydes d'azote, de particules PM₁₀, de composés organiques volatils (COV) et de gaz à effet de serre (GES), responsables du réchauffement climatique, représentent ainsi respectivement 11%, 5%, 12% et 11% des émissions régionales. En revanche, la densité des émissions par habitant est plus faible que pour le reste de l'Ile-de-France, voire que pour d'autres régions. Ces caractéristiques en termes d'émissions sont comparables à ce que l'on peut observer à Londres.

En Ile-de-France, l'inventaire des émissions de 2007 souligne le transport routier comme étant le secteur contributeur principal dans les émissions d'oxydes d'azote (53%) et de particules primaires (25% pour les PM₁₀ et 27% pour les PM_{2,5}) et en seconde position pour les GES (26%). Cette prépondérance du transport routier est encore plus accentuée pour Paris intra-muros avec des contributions respectives de 63 % (NOx), 57% (PM₁₀), 53% (PM_{2,5}) et 31% (GES).

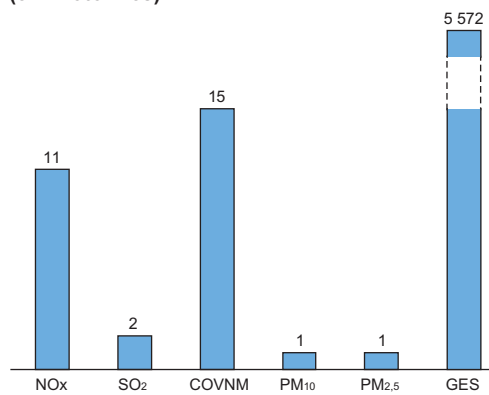
Le chauffage résidentiel, celui des entreprises et des commerces, émet 39% des GES en Ile-de-France et 55% dans Paris intra-muros. La part de ce secteur est importante également pour les PM₁₀ et PM_{2,5} avec à l'échelle régionale des contributions de 25% et 37% et reste la seconde source d'émissions dans Paris derrière celle du trafic, avec des contributions de 20% (PM₁₀) et 27% (PM_{2,5}). A l'échelle régionale, plus de 80% des particules émises par le chauffage résidentiel proviennent du chauffage au bois.

Quant au dioxyde de soufre (SO₂) à l'échelle régionale, ses émissions sont largement dominées par la production d'énergie (47%), et proviennent également des combustions résidentielles, commerciales et des entreprises (34%) pour le chauffage et la consommation d'énergie.

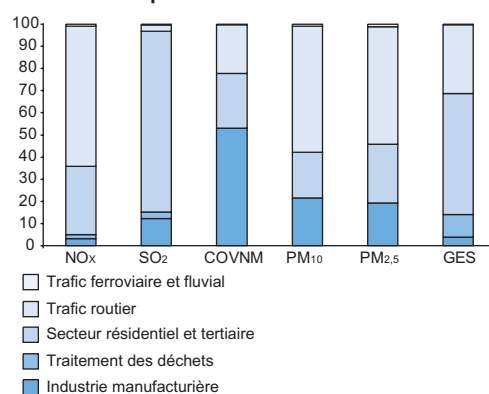
Pour Paris, c'est ce dernier secteur qui est très largement majoritaire (82% du SO₂ émis).

Enfin, les principaux secteurs émetteurs de Composés Organiques Volatils non méthaniques (COVNM) sont par ordre décroissant d'importance l'industrie manufacturière, le secteur résidentiel et tertiaire et le trafic routier : ils contribuent aux émissions régionales respectivement à hauteur de 42%, 29% et 15 % et aux émissions parisiennes à hauteur de 53%, 25% et 22%.

Graph 4 - Emissions de polluants à Paris en 2007 (en kilotonnes)



Graph 5 - Contribution par secteur d'activité aux émissions de polluants à Paris en 2007



Source : Airparif - Inventaire des émissions 2007, 2010

Des effets sanitaires avérés de la pollution atmosphérique sur Paris et la proche couronne

De nombreux travaux épidémiologiques et toxicologiques confirment que la pollution atmosphérique urbaine a des effets sur la santé. Le risque est relativement faible, comparé à celui d'autres facteurs comme la consommation de tabac ou d'alcool, mais ils touchent l'ensemble de la population d'une agglomération, et ses conséquences sanitaires sont de ce fait non négligeables. Par ailleurs, les effets de la pollution se manifestent sans seuil, c'est à dire qu'ils sont ressentis dès les plus faibles concentrations en polluants atmosphériques, en dehors même des épisodes de pics de pollution.

Paris est l'une des 80 villes européennes dont on peut comparer sur internet www.airqualitynow.eu chaque heure, chaque jour ou chaque année la qualité de l'air à travers les indices CITEAIR (indice général et indice trafic). Ainsi en 2009, l'indice général (air ambiant) a été bon plus de 60% du temps. Ce taux descend à moins de 1% à proximité du trafic.

4Clés pour l'interprétation des résultats des évaluations d'impact sanitaires de la pollution atmosphérique urbaine :

- les nombres d'événements attribuables ne sont pas cumulables ;
- l'impact à long terme correspond à l'impact de l'exposition aux niveaux de pollution atmosphérique au cours des années précédentes ;
- les résultats ne doivent pas être considérés comme des chiffres exacts mais plutôt comme des ordres de grandeur car la méthode utilisée présente certaines limites (dues notamment aux incertitudes entourant les relations exposition-risque utilisées et à la variabilité des paramètres) ;
- les résultats ne reflètent qu'une partie de l'impact de la pollution qui engendre également des événements sanitaires de moindre gravité (tels que maladies respiratoires aiguës, toux, allergies, crises d'asthme, irritations, etc... ne donnant pas lieu à une hospitalisation) qui n'ont pas pu être pris en compte bien qu'ils touchent une proportion plus importante de la population.

A court terme, c'est à dire dans les quelques jours suivant une exposition, la pollution favorise des irritations rhino-pharyngées et oculaires, la toux, une dégradation de la fonction ventilatoire, une hypersécrétion bronchique, une augmentation de la résistance pulmonaire, le déclenchement de crises d'asthme, et des effets sur le système cardio-vasculaire. Sur l'ensemble de Paris et la petite couronne, de l'ordre de 1 000 hospitalisations pour causes cardio-respiratoires (population des 65 ans et plus) et 700 décès anticipés tous âges seraient attribuables chaque année à l'exposition à court terme à la pollution atmosphérique⁴. A long terme, ou à la suite d'une exposition chronique, la pollution conduit au développement de pathologies respiratoires chroniques (asthme chez les enfants, pathologies pulmonaires obstructives chez les personnes âgées), et contribue à la progression de l'athérosclérose et à un accroissement du risque de décès, par maladies cardio-respiratoires et par cancer du poumon notamment. Sur l'ensemble de Paris et la petite couronne, de l'ordre de 1 200 décès anticipés annuels (population des 30 ans et plus) seraient attribuables à l'exposition chronique à la pollution atmosphérique⁴.

Même si chacun peut ressentir les effets de la pollution, certaines personnes sont plus vulnérables : les enfants, dont les poumons ne sont pas complètement formés, les personnes âgées, car la capacité et les défenses respiratoires diminuent avec l'âge, les

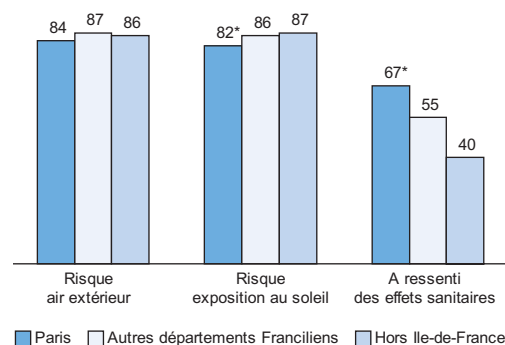
personnes souffrant de pathologies chroniques (maladies respiratoires chroniques, asthme en particulier, et maladies cardio-vasculaires, ...), les fumeurs, dont l'appareil respiratoire est déjà irrité par le tabac, les sportifs, qui, de par leur activité respiratoire accrue, sont plus exposés aux polluants. Auxquels il faut rajouter les professionnels exerçant à proximité du trafic (agents de la circulation, kiosquiers, chauffeurs,...)

La perception de l'air extérieur

L'exploitation départementale du Baromètre santé environnement permet de connaître la perception des habitants vis-à-vis des risques liés à l'air extérieur sur leur santé. Dans cette enquête, les Parisiens sont 84% à considérer le risque de la pollution de l'air extérieur sur la santé comme élevé (résultat semblable à celui observé pour les autres Franciliens).

Le risque d'exposition au soleil est estimé à la même hauteur (le lien direct sur les cancers de la peau semble ainsi bien perçu). Les Parisiens sont 67% à avoir déjà ressenti les effets de la pollution de l'air extérieur sur leur santé ou celle de leur entourage proche. C'est un résultat supérieur à celui observé dans le reste de la région, et qui se situe près de 30 points au-dessus de celui des Français hors Ile-de-France.

Graph 6 - Perceptions des risques et effets ressentis liées à l'air extérieur en 2007



*Moyenne parisienne significativement différente de la moyenne des autres départements franciliens

Source : Baromètre santé environnement 2007 (Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France 2010

Tab 1 - Impacts sanitaires de la pollution atmosphérique à Paris et en petite couronne

	Indicateurs sanitaires	Nombre de cas attribuables	%
Impact à court terme (niveaux quotidiens)	Hospitalisations pour causes cardio-respiratoires (65 ans ou plus)	1 000	1,6
	Décès toutes causes hors accidents (tous âges)	700	1,8
Impact à long terme (exposition chronique)	Décès toutes causes hors accidents (30 ans ou plus)	1 200	3,3

Sources: Evaluation d'impacts sanitaires de la pollution atmosphérique en 2004-2005, InVS, 2011 (à paraître)

La pollution de l'air intérieur et ses effets sur la santé

L'air à l'intérieur des bâtiments (logements, bureaux...) peut s'avérer plus pollué qu'à l'extérieur, avec la présence de certaines substances en concentrations plus importantes ou de sources exclusivement domestiques [13]. La qualité de l'air intérieur est ainsi influencée par la pollution en provenance de l'extérieur et par des sources intérieures imputables aux occupants et à leurs activités (bricolage, ménage, utilisation d'appareils de combustion, présence d'animaux domestiques...), ainsi qu'à certains matériaux de construction et au mobilier. Les principaux contaminants de l'air intérieur sont des composés chimiques tels que la fumée de tabac, les produits de combustion (NO₂, SO₂, CO, particules...), les composés organiques volatils comme le formaldéhyde, ou biologiques tels que les moisissures et les allergènes d'acariens ou d'animaux domestiques. La mauvaise qualité de l'air intérieur est par ailleurs souvent liée à la médiocre qualité des habitats et à leur sur-occupation, la plupart du temps en relation avec un statut social peu privilégié. L'exposition aux polluants présents dans l'air intérieur, essentiellement par inhalation, est susceptible d'avoir des effets sur la santé. Les pathologies du système respiratoire (rhinites, bronchites, asthme...) sont celles le plus souvent rapportées. Beaucoup de ces manifestations sont de nature allergique. L'asthme, dont la prévalence en France est estimée à 6% [14], est en effet une des affections le plus souvent corrélée à la qualité de l'air intérieur. A côté de ce risque allergique, ces polluants peuvent être responsables d'effets irritatifs, toxiques ou cancérigènes.

Le Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris a notamment pour mission de surveiller et évaluer les risques sanitaires liés aux contaminants physiques, chimiques et biologiques présents dans les lieux fréquentés par les Parisiens et de proposer des mesures de gestion de ces risques. Pour ce faire, des enquêtes environnementales sont réalisées, en particulier sur demande de la Mairie de Paris, de collectivités ou de médecins [15].

Les zones d'actions prioritaires pour l'air

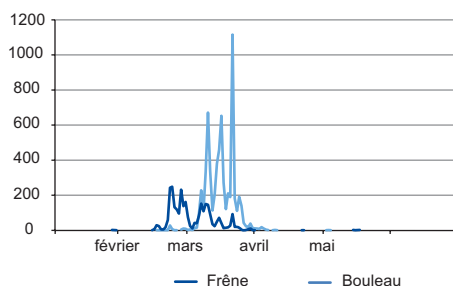
ou Zapa sont une des mesures phare du plan Particules, prévu par la Loi Grenelle II. Le principe repose sur l'interdiction d'accès aux véhicules les plus polluants dans une zone déterminée, adossée à une dynamique plus large de réduction des émissions atmosphériques, notamment des particules et des oxydes d'azote. La ville de Paris a été retenue pour participer à l'expérimentation de cette nouvelle disposition.

Les risques polliniques à Paris

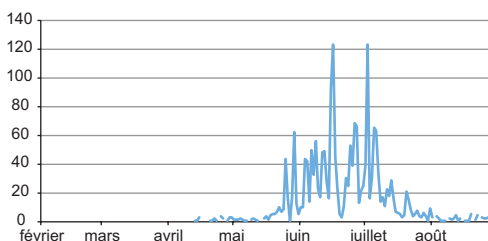
L'année pollinique 2010 a été relativement modérée sur le plan de l'allergie aux pollens, mais légèrement plus élevée que 2008 et 2009. Dès le milieu du mois de février, une forte pollinisation des arbres a gêné les allergiques, mais le froid du mois de mars a stoppé toute velléité de pollinisation jusque vers le 15 mars.

De cette période jusqu'à fin avril les pollens d'arbres allergisants et en particulier de frêne et de bouleau ont été présents en masse sur le capteur de Paris. Les conditions météorologiques du mois de mai ont été favorables aux allergiques, mais dès la Pentecôte, début juin, les pollens de graminées sont arrivés et ont perduré jusqu'au 14 juillet, provoquant de nombreuses rhinoconjonctivites allergiques.

Graph 8 - Evolution de la concentration journalière de pollens de bouleau et de frêne à Paris en 2010 (g/m³/jour)

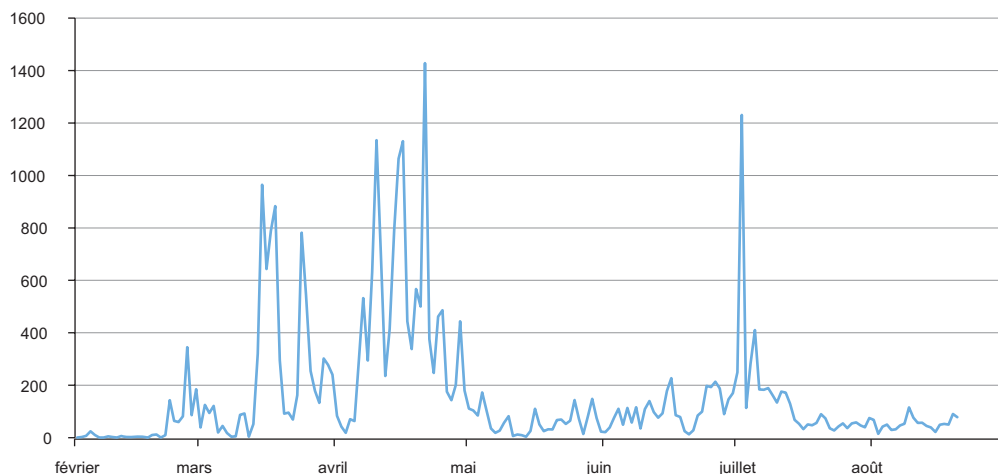


Graph 9 - Evolution de la concentration journalière de pollens de graminées à Paris en 2010 (g/m³/jour)



Sources : RNSA - LVHP, 2010

Graph 7 - Evolution de l'index pollinique tous taxons⁵ à Paris en 2010 (g/m³/jour)



Sources : RNSA - LVHP, 2010

Repères bibliographiques et sources

1. <http://www.citepa.org>
2. 10 indicateurs clés de l'environnement : <http://www.stats.environnement.developpement-durable.gouv.fr/indicateurs/10-indicateurs-cles-de-l-environnement.html>
3. HEI. Traffic-Related Air Pollution: A Critical Review of the Literature on Emissions, Exposure, and Health Effects. 2009. 394 p.
4. Source Réseau National de Surveillance Aérobiologique <http://www.pollens.fr>
5. Baromètre santé-environnement 2007, INPES, 2008
6. Journal Officiel, 1997
7. Les PRQA établissent un diagnostic à l'échelle régionale, définissent des objectifs et proposent des orientations permettant des améliorations.
8. Les PPA sont élaborés dans les grandes agglomérations et dans les secteurs où les valeurs limites ne sont pas respectées. Ils contiennent un ensemble de mesures spécifiques obligatoires permettant d'atteindre les objectifs fixés à l'échelle européenne.
9. Les PDU sont élaborés dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants. Ces plans définissent les principes de l'organisation des transports de personnes et de marchandises, de la circulation et du stationnement
10. Santé environnement, 2ème plan national 2009-2013
11. Le Plan Climat, adopté en juillet 2004, incite fortement les collectivités territoriales à s'investir dans des Plans Climat Territoriaux (PCT) afin de contribuer, à leur échelle, à la réduction des gaz à effet de serre (source Ademe).
12. Zuubier M., Hoek G., Van Den Hazel P., Brunekreef B., Minute ventilation of cyclists, car and bus passengers: an experimental study, Environmental Health 2009
13. Campagne nationale Logements - Etat de la qualité de l'air dans les logements français - Rapport final, OQAI, 2006
14. Asthme : prévalence et impact sur la vie quotidienne. Analyse des données de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee, InVS, 2008
15. Squinazi F., Bex-CaPelle V., Livre blanc sur la qualité de l'air intérieur, Fédération Française des Tuiles et Briques (FFTB), GIE Briques de France, 2011, pp18-21

⁵ Taxons :
pollens correspondant à une
famille botanique

4.10 Eau et santé

En 2009, les eaux de consommation à Paris sont de bonne qualité, avec des normes de potabilité respectées. La protection en cours des ouvrages de captage devrait permettre l'amélioration durable des ressources souterraines. Les Parisiens sont plutôt confiants et satisfaits de la qualité de leurs eaux de consommation.

Contexte national

L'eau est un élément indispensable à la vie. Les apports nécessaires à l'organisme humain sont d'environ 2,5 litres par jour (1 litre apporté par l'alimentation et 1,5 litre sous forme de boisson). Pour l'ensemble des usages sanitaires et domestiques, la consommation quotidienne d'eau potable est estimée en France à 165 litres par habitant [1].

Les ressources naturelles en eau sont soumises à de nombreuses pressions anthropiques, liées aux activités domestiques, industrielles ou agricoles. La directive cadre européenne sur l'eau prévoit l'atteinte du "bon état écologique" des eaux en 2015 [2]. Cet objectif nécessite la réduction des substances dangereuses pour l'homme ou pour l'environnement. La concentration de certains polluants, comme les nitrates, est en voie de stabilisation, mais la teneur en autres polluants tels que certains pesticides continue à augmenter [3].

Pour alimenter la population française en eau potable, environ 30 000 captages puisent dix-huit millions de mètres cubes par jour dans les eaux souterraines (95 % des captages, 67 % des volumes) ou de surface (respectivement 5 % et 33 %). Conformément à la législation, des périmètres de protection sont mis en place autour des points de captage pour protéger la qualité des ressources (75% de captages protégés en 2008) [2, 4, 5]. Le plan national santé environnement 2009-2013 préconise la protection de l'ensemble des captages à l'horizon 2010 [4, 6].

Les eaux captées subissent des traitements plus ou moins complexes et coûteux, permettant d'éliminer des composés indésirables ou dangereux pour la santé des consommateurs. Le traitement des eaux souterraines repose généralement sur des procédés assez simples, réalisés par des stations de petite taille. Des traitements plus complets sont nécessaires pour les eaux de surface, mis en œuvre dans les stations de grande capacité. Entre la station de traitement et le robinet, l'eau est acheminée par le réseau de distribution, réparti sur 26 000 Unités de distribution (UDI) [7].

Le maintien de la qualité de l'eau potable est assuré par de nombreux prélèvements et analyses. Les exigences de qualité portent actuellement sur une soixantaine de paramètres. La réglementation prévoit en outre des procédures de gestion des situations de non-conformité, ainsi que des dispositifs d'information des usagers, notamment avec les factures d'eau [7].

Grâce à ces traitements, la qualité de l'eau potable distribuée s'améliore pour les substances traitées. D'autres substances en revanche ne sont pas éliminées comme le glyphosate, pesticide que l'on retrouve dans l'eau du robinet, ou les résidus

médicamenteux. Des campagnes de mesures des eaux potables ont permis de déceler une vingtaine de substances médicamenteuses à des concentrations variant de quelques nanogrammes à quelques centaines de nanogrammes par litre [8]. Le plan national d'action pour la période 2010-2013 contre la pollution des milieux aquatiques par les micropolluants prévoit le renforcement de la veille à l'égard des polluants émergents.

Les autres usages de l'eau peuvent également avoir des conséquences sanitaires ou accidentelles. Si la baignade, et plus largement les activités aquatiques et nautiques, permettent la détente et la pratique d'activités physiques favorables à la santé, elles peuvent présenter certains risques.

La noyade est le plus important de ces risques. Selon les enquêtes de l'Institut de veille sanitaire (InVS), en France, plus de 1 200 noyades accidentelles sont dénombrées en moyenne chaque année au cours de la période estivale [9].

Les risques liés au contact de l'eau en milieu naturel peuvent aussi provenir de la mauvaise qualité de l'eau ou du milieu environnant, et en particulier de leur contamination microbiologique. Cette dernière peut être occasionnée par des rejets d'eaux usées, des déjections d'animaux sauvages ou des effluents d'élevages. L'ingestion d'une eau fortement contaminée par des micro-organismes pathogènes (par exemple, des gastro-entérites), le contact cutané avec cette eau contaminée peut entraîner des infections de la sphère oto-rhino-laryngée ou encore des affections cutanées de type démangeaisons, irritations... Par ailleurs, certaines bactéries ou micro-organismes plus rares qui se développent dans l'eau, tels que les leptospires, les amibes ou les cyanobactéries, peuvent être à l'origine de maladies plus sévères (affections hépatiques, du système nerveux ou des reins...) [10, 11].

Les risques sanitaires associés à la baignade en piscine sont d'ordre chimique et biologique. Le risque chimique principal résulte de la formation de chloramines, sous-produits de la réaction entre les désinfectants chlorés et la pollution organique apportée par les baigneurs (cheveux, peau, sueur, salive...). A forte concentration, ces chloramines peuvent être responsables d'irritations cutanées, oculaires ou respiratoires. Le risque biologique est lié à la présence de germes dans l'eau ou sur les surfaces (sols, annexes...) ; ceux-ci peuvent causer des affections cutanées bénignes (mycoses, candidoses, verrues plantaires...) [10, 11].

Enfin, les inondations constituent le risque naturel majeur lié à l'eau et peuvent avoir des conséquences sur la santé physique et psychologique des personnes sinistrées.

Les risques pour la santé de la consommation d'eau

Les risques sanitaires liés à l'ingestion d'eau contaminée sont surtout d'ordre microbiologique ou chimique. La contamination microbiologique (bactéries, virus, parasites) est susceptible de provoquer des cas isolés de gastro-entérites, voire une situation épidémique. Les cas plus graves de typhoïde, paratyphoïde, hépatite virale sont exceptionnels. Le risque chimique est parfaitement établi pour certains toxiques lorsqu'ils sont présents en quantité importante (plomb et saturnisme, nitrates et méthémoglobinémie, fluor et fluorose dentaire voire osseuse...). Ces pathologies restent peu fréquentes voire inexistantes en France, en raison de la performance du système de traitement des eaux. Mais les risques liés à l'ingestion de faibles doses pendant de longues périodes restent difficiles à apprécier (nitrates, pesticides, sous-produits de désinfection ...) [11]. Par ailleurs, d'autres risques émergent, comme ceux liés à certains micro-organismes (parasites, norovirus...) ou à des substances chimiques (résidus médicamenteux, perturbateurs endocriniens...). De nombreuses études sont en cours afin d'évaluer la présence de ces substances dans les ressources naturelles ainsi que leurs effets sur la santé [3, 4, 12].

La situation à Paris

À Paris, environ 550 000 m³ d'eau potable sont consommés chaque jour. Depuis le 1^{er} janvier 2010 la gestion des installations de production et de distribution d'eau alimentant la capitale a été confiée à la régie municipale Eau de Paris, qui gère également la facturation [13]. L'eau potable de la capitale trouve son origine soit dans les cours d'eau de la région (3 usines produisent de l'eau potable à partir de la Seine et de la Marne), soit dans les nappes souterraines (181 ouvrages de captage en activité). Les eaux subissent avant leur distribution des traitements de potabilisation plus ou moins poussés et plus ou moins coûteux selon la qualité et la vulnérabilité de la ressource. Plus de 50 000 points de surveillance permettent un suivi de la qualité de l'eau par des prélèvements et analyses réguliers [14].

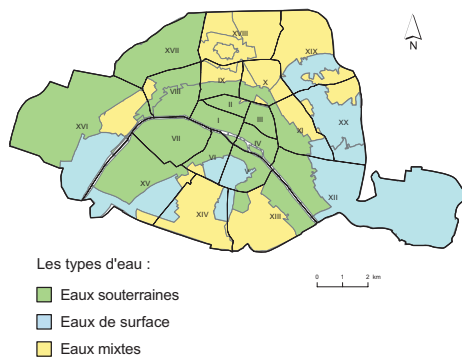
La plupart des ouvrages alimentant Paris sont situés dans un rayon de 150 km autour de la capitale. En 2010, 29% des points de captage et 45% des volumes effectivement captés bénéficient d'un périmètre de protection [15]. Les procédures sont en cours pour les autres ouvrages, en particulier, la protection du champ captant de Bourron-Villerson-Villemer, regroupant 75 captages.

Pour préserver et améliorer la ressource en eau, des actions sont menées pour favoriser les modes de culture durables économes en intrants (agriculture biologique ou raisonnée) sur les bassins d'alimentation des captages.

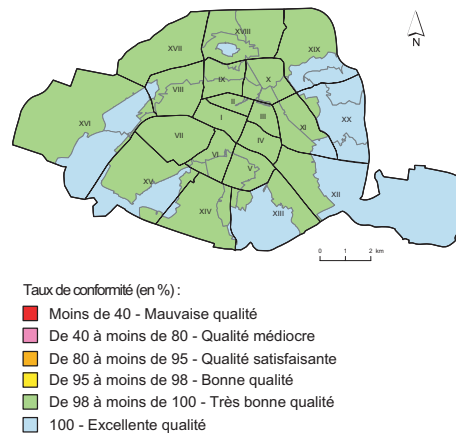
A Paris, en 2009, la qualité bactériologique au robinet du consommateur est de très bonne ou d'excellente qualité, avec une eau conforme aux normes bactériologiques fixées par le code de la santé publique pour 99,2% des prélèvements [16]. Toute la population a bénéficié d'une eau dont la teneur moyenne en nitrates est restée sous la norme (50 mg/L). On observe des valeurs plus élevées pour les secteurs alimentés par des eaux souterraines, seules ou en mélange. Au-delà de 100 mg par litre, l'eau ne doit pas être bue ni utilisée dans la préparation des aliments. Au-delà de 100 mg par litre, l'eau ne doit pas être bue ni utilisée dans la préparation des aliments. La mairie et le syndicat des eaux doivent informer la population de tout dépassement de la norme.

Concernant les pesticides, aucun dépassement de la norme de 0,1 µg/L n'a été relevé au cours de l'année, pour différents produits phytosanitaires. Cette nette amélioration a été obtenue grâce à la mise en oeuvre d'usines d'affinage et à la dilution des eaux de sources par les eaux de surface.

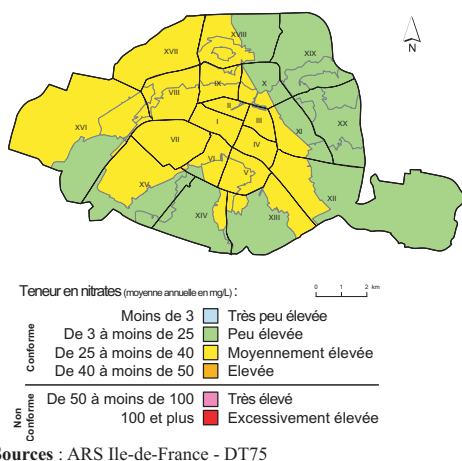
Carte 1 - Origine de l'eau distribuée à Paris



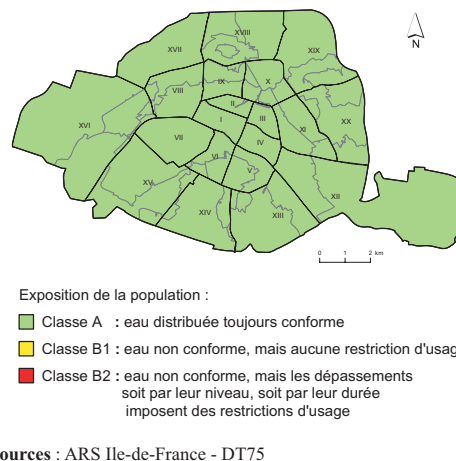
Carte 2 - Conformité bactériologique en 2009 (%)



Carte 3 - Teneur moyenne en nitrates en 2009 (mg/L)



Carte 4 - Exposition de la population aux pesticides en 2009



Définition des critères de potabilité

- Qualité microbiologique : aucun parasite, ni virus, ni bactérie pathogène.
- Qualité physique et gustative : l'eau doit être limpide, claire, aérée et ne doit présenter ni saveur ni odeur désagréable.
- Substances "indésirables" : présence tolérée sous un certain seuil (les nitrates par exemple).
- Substances aux effets toxiques (plomb, chrome,...) : les teneurs tolérées sont extrêmement faibles, généralement de l'ordre du millionième de gramme par litre.

La perception de l'eau

L'exploitation départementale du Baromètre santé Environnement 2007 permet de connaître la satisfaction des habitants vis-à-vis de l'eau du robinet, ainsi que leur perception des risques liés à l'eau sur leur santé. Dans cette enquête, les Parisiens se démarquent largement par leur niveau élevé de satisfaction. Ils sont 84% à se déclarer satisfaits de la qualité de l'eau et 69% de son prix.

Ils sont 27% à estimer que la consommation de l'eau du robinet présente un risque élevé pour la santé, ce qui montre une bonne confiance dans l'eau distribuée. Parmi toutes les thématiques environnementales sur lesquelles les Parisiens étaient interrogés, le risque sanitaire associé à la qualité de l'eau du robinet est ainsi perçu comme le moins élevé.

Les autres Franciliens, ainsi que les provinciaux, sont moins satisfaits de la qualité de leur eau et sont plus nombreux à estimer qu'elle présente un risque pour la santé.

Les risques associés à l'eau : leptospiroses, légionelloses, noyades

La leptospirose est une anthroponose (maladie animale transmissible à l'homme) [17]. Elle est provoquée par une bactérie du genre *Leptospira* véhiculée essentiellement par les rongeurs, dans les zones où il y a de l'humidité et de l'eau. La transmission se fait surtout par contact avec les milieux aquatiques souillés par les animaux infectés. L'épidémiologie de la leptospirose est dépendante du climat et de l'importance des précipitations. Dans les pays industrialisés des zones tempérées, cette maladie est classiquement contractée dans le cadre d'une activité professionnelle (égoutiers, éleveurs,...) ou lors d'activités de loisirs aquatiques. Les premiers symptômes associent fièvre, frissons, douleurs musculaires et céphalées. L'incidence de la leptospirose est susceptible d'augmenter dans le cadre du réchauffement climatique [18].

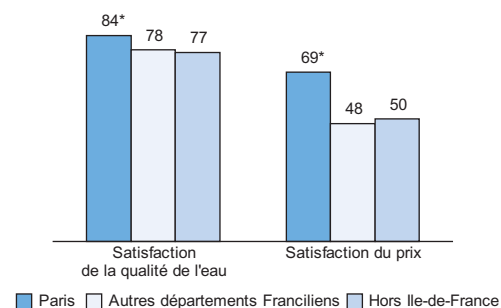
A Paris, 17 cas ont été déclarés en 2008. Ces chiffres ne sont toutefois qu'une sous-estimation de l'incidence réelle de la maladie, dont la déclaration, bien qu'obligatoire, n'est pas systématique. La légionellose, autre maladie liée au contact à l'eau, est traitée dans une fiche à part.

Au cours de l'été 2009, 10 noyades accidentelles ont été recensées par l'InVS à Paris, dont 6 dans un cours ou plan d'eau [9]. Ces accidents ont occasionné deux décès, soit un taux de létalité de 20% (34% au niveau national). A part en piscine, il n'y a pas de baignade autorisée en eau douce à Paris. Les piscines et les sites de baignade en eaux naturelles obéissent à une réglementation stricte et font l'objet de contrôles sanitaires réguliers par les exploitants des installations et les services du ministère chargé de la santé. Dans le cadre de cette réglementation sanitaire, 143 établissements à Paris font l'objet de contrôles réguliers, dont 39 piscines municipales. Les Parisiens disposent de 1,9 piscines pour 100 000 habitants contre un taux régional de 2,9 [19].

La déclaration obligatoire (DO) recueille le département de domicile des cas (code postal) - ce qui ne reflète pas obligatoirement les lieux d'exposition. La répartition géographique des cas n'est donc qu'en partie le reflet de la répartition des expositions. D'autre part, les données reposent sur les DO effectuées par les médecins et biologistes. Cette exhaustivité n'est pas de 100% et varie fortement d'un département à un autre.

Depuis 2001, l'InVS réalise, en collaboration avec le ministère chargé de l'intérieur et en lien avec le ministère chargé de la santé, de la jeunesse et des sports, des recueils épidémiologiques sur les noyades. En 2001, la première enquête concernait une dizaine de départements français. Dès 2002, l'enquête a été étendue à l'ensemble du territoire français, y compris les départements d'outre-mer. Cette deuxième enquête portait sur l'ensemble des noyades ayant nécessité l'intervention de secours organisés. En 2003, 2004, 2006 et 2009, seules les noyades suivies d'une hospitalisation ou d'un décès et ayant nécessité l'intervention de secours organisés ont été recensées. Ces enquêtes dénombrent les noyades intentionnelles (tentatives de suicide, agression) ou accidentelles. Les questionnaires sont complétés par les équipes d'intervention de secours organisés. Ils permettent également de recueillir des informations sur la personne accidentée (âge, sexe...), sur le lieu de la noyade, les conditions de survenue [4].

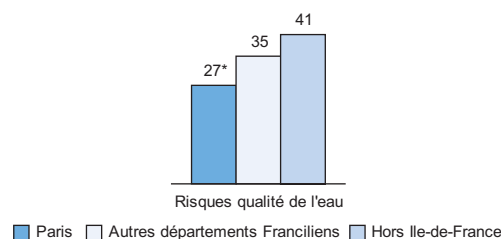
Graph 1 - Satisfactions liées à l'eau du robinet



*Moyenne parisienne significativement différente de la moyenne des autres départements franciliens

Source : Baromètre santé environnement 2007 (Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France 2010

Graph 2 - Perceptions liées à l'eau du robinet



*Moyenne parisienne significativement différente de la moyenne des autres départements franciliens

Source : Baromètre santé environnement 2007 (Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France 2010

Tab 1 - Les leptospiroses en 2008

	Nombre de cas	Taux*
Paris	11	0,50
Hauts-de-Seine	3	0,20
Seine-Saint-Denis	2	0,13
Val-de-Marne	14**	1,08**
Seine-et-Marne	1	0,08
Yvelines	1	0,07
Essonne	0	0,00
Val-d'Oise	2	0,17
Ile-de-France	34	0,29
France métropolitaine	197	0,32

Sources : Centre national de référence des leptospiroses, Insee RP2006- Exploitation ORS Ile-de-France

*Taux pour 100 000 habitants

**Données surestimées [18]

Tab 2 - Etablissements soumis au contrôle sanitaire réglementaire à Paris en 2010

Piscines Municipales	39
Piscines non municipales ou municipales concédées	9
Clubs de Fitness	14
Etablissements dont l'accès est réservé	15
Hôtels & Palaces	21
Immeubles	11
Etablissements de Santé	13
Etablissements de bien-être, instituts	13
Autres Clubs	8
Total	143

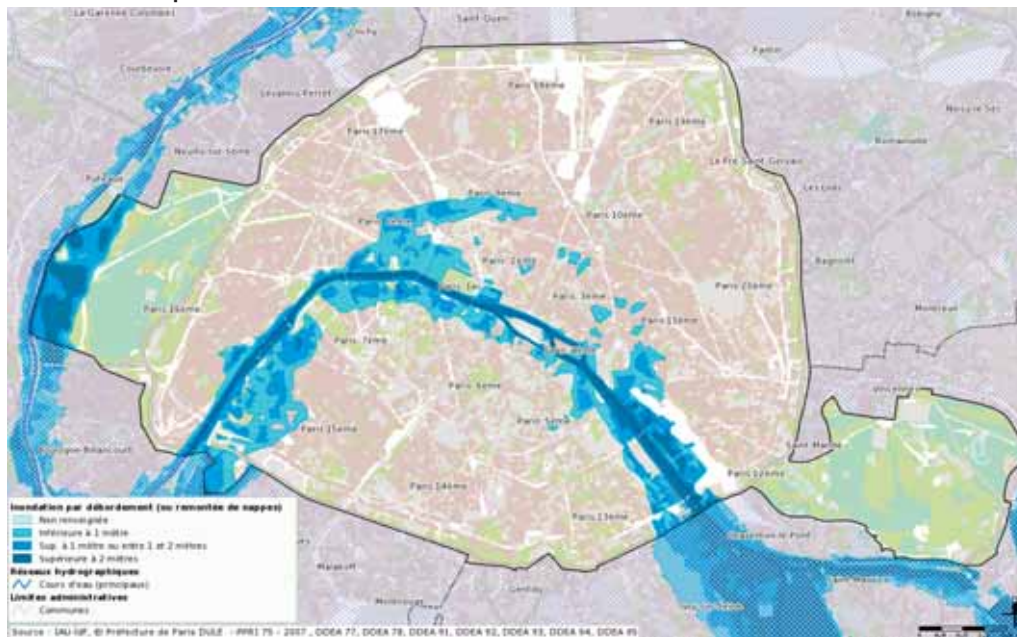
Sources : ARS Ile-de-France - DT75

Le risque inondation

L'année 2010 a vu de nombreuses commémorations autour du centenaire de la crue de la Seine. Une crue centennale de la Seine est aujourd'hui l'une des catastrophes naturelles les plus redoutées en France par les responsables de la prévision et de la protection. Malgré de nombreux aménagements réalisés depuis cent ans (barrages réservoirs, des protections permanentes ou mobiles), l'Ile-de-France demeure vulnérable. Avec près de 1 200 hectares potentiellement inondables, soit 11% du territoire, Paris et les Parisiens seraient particulièrement touchés en cas de crue exceptionnelle. Le nombre d'habitants potentiellement exposés s'élève à 157 460 (7% de la population). Plus de la moitié de la surface inondable (55%) est occupée par des espaces construits : habitat

(surtout collectif), équipements (services publics dont services de santé, établissements scolaires), activités (bureaux, commerces...). Ce sont les espaces les plus vulnérables avec des dommages directs liés au bâti, à la cessation temporaire des activités et des dommages indirects liés par exemple au relogement des populations. Les espaces urbains ouverts (espaces verts, équipements sportifs, cimetières), moins vulnérables, couvrent 24% de la zone inondable. Enfin, les infrastructures de transports (réseau routier et ferroviaire, gares, parcs de stationnement), occupent 19% de la surface inondable et leur submersion entraînerait de graves dysfonctionnements, avec des conséquences sur les déplacements de la population, sur l'approvisionnement de la capitale et sur l'organisation et la gestion des secours [20].

Carte 5 - Les risques d'inondation à Paris



Repères bibliographiques et sources

1. Ministère de la santé et des sports. Direction générale de la santé. (2005). La qualité de l'eau potable en France. Aspects sanitaires et réglementaires. Dossier d'information. 42 p.
2. Directive 2000/60/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 octobre 2000 établissant un cadre pour une politique communautaire dans le domaine de l'eau
3. Commissariat général au développement durable. Service de l'observation et des statistiques. (2010). L'eau. In L'environnement en France. Edition 2010. pp. 19-26.
4. Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, Ministère de la santé et des sports, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. (2009). Santé-environnement : 2ème plan national 2009-2013. 72 p.
5. Loi n° 92-3 du 3 janvier 1992 sur l'eau
6. Loi n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement.
7. Davezac H, Grandguillot G, Robin A, Saout C. (2008). L'eau potable en France. 2005-2006. Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative. 63 p.
8. <http://www.sante-sports.gouv.fr/les-residus-de-medicaments-dans-l-eau.html>
9. InVS. (2009). Premiers résultats définitifs de l'enquête noyades 2009. 1er juin-30 septembre 2009. 20 p.
10. Site sur les eaux de baignade. Ministère de la santé et des sports. <http://baignades.sante.gouv.fr>
11. Festy B, Hartemann P, Ledrans M et al. (2003). Qualité de l'eau. In Environnement et santé publique : fondements et pratiques. Sous la direction de M. Gérin, P. Gosselin, S. Cordier, C. Viau, P. Quénel, E. Dewailly. Ed. Edisem. pp 333-368
12. Gatignol C, Etienne JC. (2010). Rapport sur pesticides et santé. Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. 262 p.
13. Site de la Régie municipale de Paris du service public de l'eau, <http://www.eaudeparis.fr/>
14. <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/> (dernière consultation le 15 mars 2011)
15. Source : Ministère chargé de la santé - DDASS - SISE-Eaux, 2010
16. Contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation à Paris Année 2009, Agence régionale de santé, Délégation territoriale de Paris
17. Epidémiologie de la leptospirose en France, Centre national de référence des leptospiroses, 2009
18. Rapport sur l'évaluation du risque d'apparition et de développement de maladies animales compte tenu d'un éventuel réchauffement climatique, AFSSA, 2005
19. Source Institut Régional de développement du Sport (IRDS)
20. Faytre L. Zones inondables : des enjeux toujours plus importants en Ile-de-France, Note rapide n°516, IAU Ile-de-France, septembre 2010

4.11 Légionellose

La légionellose fait l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 1987. A Paris, 41 cas ont été recensés en 2008. Le taux d'incidence de la maladie est proche du taux national. Les tours aérorefrigérantes figurent parmi les principales sources d'exposition aux légionelles. On en recense 910, sur 451 sites à Paris.

Contexte national

La légionellose est une infection respiratoire provoquée par des bactéries naturellement présentes dans les écosystèmes humides (lacs, rivières, sources chaudes, eaux stagnantes, sols humides...). Ces bactéries prolifèrent dans les eaux chaudes (25 à 45°C) et peuvent se développer dans des milieux artificiels lorsque les conditions sont favorables (tours de refroidissement, canalisations d'eau chaude, bains à remous...) [1].

L'infection se contracte par inhalation de microgouttelettes d'eau contaminées, disséminées en aérosols. Aucune transmission interhumaine n'a été démontrée à ce jour. La maladie se manifeste sous différentes formes cliniques, depuis des infections bénignes telles que la fièvre de Pontiac, jusqu'à la maladie des légionnaires (ou légionellose), pneumopathie aiguë grave nécessitant une hospitalisation, et dont la létalité atteint 10 à 20% [2, 3]. Il existe une grande susceptibilité individuelle à l'acquisition de la maladie. La légionellose affecte essentiellement les adultes, principalement des hommes, et touche plus particulièrement les personnes présentant des facteurs favorisants : âge avancé, maladies respiratoires chroniques, diabète, maladies immuno-dépressives, traitements immuno-suppresseurs, tabagisme, alcoolisme [2].

La fréquence de la légionellose est difficile à estimer, un grand nombre de pays ne disposant pas des moyens de diagnostic appropriés ou de systèmes de surveillance permettant de décrire la situation épidémiologique. En 2006, 35 des 36 pays du groupe de travail européen sur les légionelloses [4] ont signalé plus de 6 000 cas, correspondant à un taux d'incidence de 11 cas par million d'habitants. Avec 23 cas déclarés par million d'habitants, la France fait partie des pays aux taux de déclaration les plus élevés [5]. Au niveau national, les cas de légionellose doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire depuis 1987. A partir de 1997, en lien notamment avec le renforcement de la surveillance et la sensibilisation des professionnels de santé, le nombre de cas de légionellose déclarés a augmenté pour atteindre un taux de 25 cas par million d'habitants en 2005. Depuis cette date, il est en diminution, grâce aux efforts réalisés pour lutter contre le risque lié aux légionelles. En 2008, 1 244 cas ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire, soit un taux de 20 cas par million d'habitants (- 20% par rapport à 2005). L'évolution était connue pour 90 % des cas déclarés, avec une létalité de 11 % [6]. L'origine de la contamination est souvent difficile à identifier : une exposition à risque lors de la période d'incubation (de 2 à 10 jours) n'a pu être documentée que pour 38 % des cas déclarés en 2008.

Plus de la moitié de ces cas (53 %) étaient associés à un voyage (séjour dans un hôtel, un camping ou dans une résidence temporaire), 18% à un séjour hospitalier et 12 % à un séjour dans une maison de retraite [6].

Une dizaine d'épidémies ayant pour origine probable des tours aérorefrigérantes à voie humide (TARH) ont été identifiées depuis 1998. L'épidémie survenue au cours de l'hiver 2003-2004 dans le Nord-Pas-de-Calais est la plus importante observée jusqu'alors, tant en nombre de cas (86 cas et 18 décès), qu'en étendue géographique du phénomène [7].

La prévention repose essentiellement sur la conception et l'entretien des installations à risque (réseaux d'eau chaude sanitaire, systèmes de refroidissement à voie humide utilisés pour la climatisation de grands bâtiments ou dans les process industriels), afin de limiter les conditions favorables à la prolifération des légionelles (température de l'eau entre 25 et 45 °C, stagnation de l'eau, dépôts de tartre...) [8].

Grâce aux mesures de lutte contre les légionelles engagées par l'ensemble des acteurs impliqués, l'objectif de réduction de 50 % de l'incidence de la légionellose entre 2004 et 2008 fixé par la loi relative à la politique de santé publique (2004) et par le Plan national santé environnement 2004-2008 (PNSE1), est partiellement atteint (-20% entre 2005 et 2008) [9]. Les résultats du Baromètre santé environnement, enquête conduite en 2007 dans le cadre du PNSE1, montrent cependant des méconnaissances persistantes concernant cette pathologie dans la population générale. Ils témoignent de l'importance de poursuivre les efforts engagés, notamment en terme d'information [10].

La situation à Paris

Les deux principales sources d'exposition aux légionelles sont les tours aérorefrigérantes (Tar) et les réseaux d'eau chaude sanitaire.

Les établissements collectifs comme les hôpitaux ou les maisons de retraite sont particulièrement exposés, notamment en raison de la présence d'une population fragilisée ainsi que d'actes médicaux particuliers (soins respiratoires, intubations, nébuliseurs...).

Depuis 2006, un programme d'inspection a été engagé par les Ddass portant sur les établissements sanitaires et médico-sociaux : 21 établissements sanitaires (sur 101) et 4 établissements médico-sociaux (sur 378) en ont bénéficié, et 4 autres inspections sont en cours ou programmées [11].

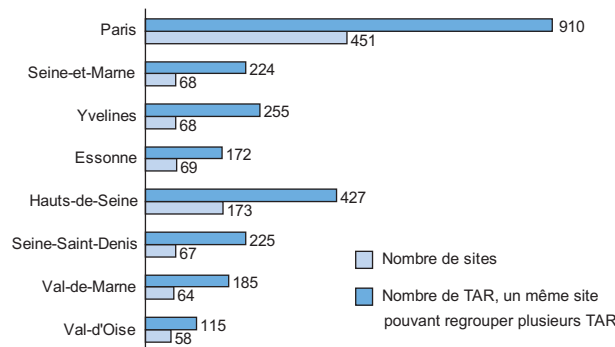
Les tours aéroréfrigérantes (Tar) humides à cycle ouvert font désormais l'objet d'un inventaire : en juin 2009, 451 sites présentant un risque " légionnelles " ont été recensés à Paris, regroupant 910 Tar (1 018 sites en Ile-de-France, pour 2 513 Tar).

En 2009, 45 cas de légionellose ont été déclarés par les Parisiens, soit un taux d'incidence de 2,06 pour 100 000 habitants. Le nombre de cas a augmenté entre 1997 et 2005, avec un pic de 76 cas, notamment en raison du renforcement du système de surveillance [12]. Mais la diminution constatée au niveau national depuis 2006 est également observée à Paris, malgré une très légère hausse en 2009.

Au niveau régional, ce sont 189 cas qui ont été déclarés en 2009, dont 3 cas groupés à Paris (la Tar source d'exposition n'a pas été identifiée). Ces chiffres sont à interpréter avec prudence, l'exposition pouvant avoir eu lieu en dehors du lieu de déclaration.

Dans les services hospitaliers de court séjour, 44 séjours de parisiens avaient pour diagnostic principal ou associé une légionellose en 2007. On peut noter qu'à Paris, la majeure partie des hospitalisations ont eu lieu pour des personnes âgées de 65 ans ou plus, ce qui n'est pas le cas ni au niveau régional, ni au niveau national.

Carte 1 - Répartition des tours aéroréfrigérantes en Ile-de-France en juin 2010



Source : Système d'information géographique Légéo V1 (ARS Ile-de-France), juin 2010

Tab 1 - Les légionelloses en 2009

	Nombre de cas	Taux*
Paris	45	2,06
Hauts-de-Seine	19	1,24
Seine-Saint-Denis	30	2,01
Val-de-Marne	19	1,46
Seine-et-Marne	20	1,57
Yvelines	15	1,07
Essonne	22	1,84
Val-d'Oise	19	1,64
Ile-de-France	189	1,64
France métropolitaine	1 177	1,92

Sources : InVS, Insee RP2006- Exploitation ORS Ile-de-France
*Taux pour 100 000 habitants

Tab 2 - Séjours* pour légionellose en 2007

	Moins de 65 ans	65 ans ou plus	Total	% de 65 ans ou plus
Paris	12	32	44	73%
Hauts-de-Seine	18	9	27	33%
Seine-Saint-Denis	17	12	29	41%
Val-de-Marne	48	13	61	21%
Seine-et-Marne	12	7	19	37%
Yvelines	14	4	18	22%
Essonne	14	8	22	36%
Val-d'Oise	10	12	22	55%
Ile-de-France	145	97	242	40%
France métro	873	673	1 546	44%

Source : Base nationale PMSI-MCO (ATIH-DHOS) - Exploitation ORS Pays de la Loire
* Séjours pour lesquels une légionellose est renseignée en tant que diagnostic principal ou diagnostic associé (codes A48.1, A48.2)

Cas de légionellose déclarés :
les cas probables et les cas confirmés font l'objet d'une notification.

Est notifiée toute pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :

Cas confirmé :
- isolement de *Legionella* spp. dans un prélèvement clinique, - ou augmentation du titre d'anticorps (x4) avec un 2e titre, minimum de 128, - ou immunofluorescence directe positive, - ou présence d'antigène soluble urinaire.
Cas probable : titre d'anticorps élevé (supérieur ou égal à 256).

Cas groupés de légionellose :
l'expression "cas groupés" désigne l'identification d'au moins deux cas de légionellose (avec au moins un cas confirmé) survenus dans un intervalle de temps inférieur à six mois chez des personnes ayant fréquenté un même lieu. Si l'intervalle de temps entre les cas est supérieur à six mois, l'expression utilisée sera "cas liés"

Diagnostic associé significatif : morbidité associée au diagnostic principal ayant donné lieu à une prise en charge supplémentaire au cours du séjour.

Incidence : nombre de nouveaux cas annuels déclarés.

Repères bibliographiques et sources

- Institut Pasteur. (2010). Légionellose <http://www.pasteur.fr/ip/easy/site/go/03b-00000j-0ha/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/legionellose>
- InVS. (2009). Maladies à déclaration obligatoire. La légionellose : Aide-mémoire http://invs.sante.fr/presse/2004/aide_memoire/legionellose/index.html
- Conseil supérieur d'hygiène publique de France. (2001). Gestion du risque lié aux légionelles. 70 p.
- EWGLI (European Working Group for Legionella Infections)
- Ricketts K, Joseph C. (2007). Legionnaires' disease in Europe 2005-2006. Eurosurveillance. vol. 12, n° 10-12. pp. 371-376.
- Campese C, Che D. (2009). Les légionelloses survenues en France en 2008. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. pp. 342-343.
- Desenclos J. (2004). La légionellose : de la Philadelphie au Pas-de-Calais ! Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. pp. 173-183.
- Brosselin P. (2005). Légionellose. In Santé et environnement : enjeux et clefs de lecture. Afsset. pp 1-4
- Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de l'écologie et du développement durable, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère délégué à la recherche. (2004). Plan national santé-environnement 2004-2008 : franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement. 88 p.
- Carmona E. (2008). Légionelles. In Baromètre santé environnement 2007. Sous la direction de C. Ménard, D. Girard, C. Léon, F. Beck. Ed. Inpes. pp. 306-322.
- Source DT 75-ARSIDF
- InVS. (2009). Maladies à déclaration obligatoire : Légionellose. <http://invs.sante.fr/surveillance/legionellose/index.htm>

4.12 Bruit et santé

La circulation routière est la principale nuisance sonore à laquelle sont exposés les Parisiens. Le niveau de bruit est particulièrement élevé le long des grands axes routiers et 17% des habitants subissent une exposition importante. Un tiers des Parisiens déclare avoir déjà ressenti des effets du bruit ambiant sur sa santé.

Contexte national

Le bruit est défini comme un « phénomène acoustique produisant une sensation auditive considérée comme désagréable ou gênante » [1] qui, selon l'OMS, peut être néfaste à la santé de l'homme et à son bien-être physique, mental et social. Tout son perçu comme inopportun peut être considéré comme un bruit. Il s'agit donc d'une notion subjective et la perception du bruit varie en fonction du contexte et de l'individu. Le bruit est ainsi la première source de plaintes et l'une des premières sources de conflits, au travail, entre voisins, entre collectivités et administrés [2].

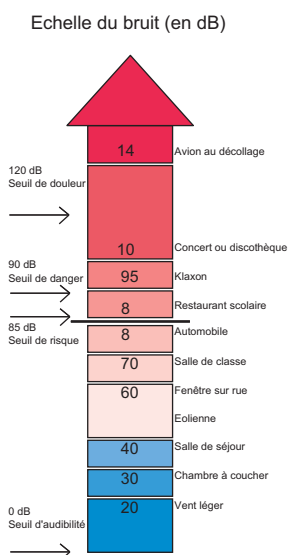
Les effets physiologiques du bruit sur le système auditif sont aujourd'hui clairement démontrés [3, 4]. En effet, l'exposition à un bruit intense entraîne un bourdonnement des oreilles (ou acouphène) et une surdité passagère. Ces derniers peuvent s'installer de manière définitive si l'exposition est particulièrement intense ou répétée de façon chronique. Le bruit est nocif à des niveaux très inférieurs au seuil de la douleur (120 décibel ou dB), le seuil au-delà duquel des dommages peuvent survenir étant estimé à 85 dB. D'autres effets physiologiques du bruit peuvent être observés mais leur quantification est difficile car les pathologies ne sont pas spécifiques de l'exposition au bruit et peuvent être liées à de nombreux facteurs de confusion, notamment des facteurs individuels (âge, facteurs socio-économiques, sensibilité individuelle au bruit) et comportementaux (tabagisme, alcool, alimentation). Un des principaux effets concerne les perturbations du sommeil avec une difficulté d'endormissement, des troubles du sommeil (pour des niveaux sonores compris entre 45 et 55 dB) et des éveils au cours de la nuit (à partir de 55 dB), pouvant amener à une utilisation accrue de somnifères. Ces perturbations ont des conséquences importantes, notamment une fatigue notable, une diminution de la vigilance, de l'efficacité au travail ou de l'apprentissage durant l'enfance. Par ailleurs, le bruit peut avoir des effets sur le système cardio-vasculaire. A court terme, il peut augmenter la tension artérielle et transitoirement le rythme cardiaque. Certaines études montrent également une augmentation à plus long terme de certaines pathologies (angine de poitrine, hypertension et infarctus du myocarde).

La gêne est le principal effet psychologique associé au bruit. Cette dernière peut avoir un impact sanitaire avec l'apparition de pathologies psychiatriques comme l'anxiété ou la dépression. Par ailleurs, si la gêne diminue face à une exposition permanente au bruit, les fonctions physiologiques de l'individu restent affectées. Enfin, le bruit implique un effort pour la compréhension et des difficultés de concentration, ce qui peut diminuer les performances lors de la réalisation de tâches complexes (travaux intellectuels ou d'apprentissage).

Il peut aussi avoir des effets sur les comportements avec une augmentation de l'agressivité et une diminution de l'intérêt à l'égard d'autrui.

Il existe différentes sources d'exposition au bruit : travail, musique amplifiée (baladeurs, discothèques, concerts), transports, voisinage... Les mesures de protection (bouchons d'oreille, casque anti-bruit) sont largement recommandées lors de la pratique d'activités bruyantes, dans un cadre professionnel ou de loisirs. Les surdités professionnelles sont la quatrième cause d'indemnisation pour maladie professionnelle [5]. La réglementation a évolué en 2006 suite à une directive européenne. En particulier, le seuil d'exposition au bruit déclenchant les premières mesures de prévention par l'employeur est passé de 85 à 80 dB. Par ailleurs, les expositions liées à l'écoute de la musique à des niveaux sonores élevés ont un impact important. Des campagnes de sensibilisation ont lieu, à l'adresse des lycéens et collégiens.

Selon leur appartenance à une commune rurale ou urbaine, entre 10 et 17 % des Français se déclarent gênés par le bruit à leur domicile [6]. Cette proportion grimpe à 26% en Ile-de-France. Selon l'Institut national de recherche sur les transports et la sécurité, les transports demeurent la principale source de nuisances sonores, notamment dans les villes. On estime à 300 000 le nombre de logements riverains de voies de transports terrestres exposés à un niveau de bruit préoccupant, et à environ 7 millions – soit plus de 12% de la population française – ceux subissant des niveaux de bruits diurnes extérieurs excédant 65 dB(A). L'Agence européenne de l'environnement estime que le nombre d'européens exposés à des niveaux préjudiciables de bruit dus aux transports, en particulier la nuit, devrait augmenter [7], à moins que soient mis en œuvre les Plans de prévention du bruit dans l'environnement (PPBE) prévus par la directive européenne relative à l'évaluation et à la gestion du bruit dans l'environnement [8]. Les catégories de population les moins favorisées sont les plus exposées au bruit [6]. Un rapport récent de l'OMS [2] recommande un niveau moyen annuel d'exposition nocturne ne dépassant pas 40 dB(A). Il rappelle également que certains groupes de population sont plus vulnérables au bruit et sont affectés dès 30 dB(A), tels que les enfants, les seniors, les femmes enceintes, les personnes souffrant de maladies chroniques et les travailleurs postés. Le deuxième Plan National Santé-Environnement 2009-2013 prend en compte les inégalités environnementales, dont celles liées au bruit, et propose leur réduction comme un des axes forts du plan.



Carte 1 - La carte du bruit routier à Paris en 2007 (Niveaux Lden en dB(A))



Source: Mairie de Paris

L'exposition au bruit à Paris

Des zones très bruyantes le long des axes routiers

À Paris, le trafic routier constitue la principale nuisance sonore. Dans le cadre de la directive européenne [8], la ville a réalisé en 2007 une carte d'exposition au bruit routier, qui a permis d'estimer les populations exposées. Le bruit mesuré provient des transports routiers et ne prend pas en compte les autres sources de bruit. Cette carte donne une idée du bruit moyen ambiant et peut donc se trouver parfois en décalage avec le bruit ressenti. Les secteurs de couleur verte témoignent de zones calmes ou peu bruyantes. En couleur orangée se situent des zones normalement bruyantes en ville. Les secteurs rouge et bleu témoignent de zones excessivement bruyantes même en milieu urbain.

À Paris, le nombre de personnes exposées à un niveau Lden supérieur à 75 dB(A) s'élève à 27 050 (1,2% de la population). Une exposition supérieure à 70 dB(A) concerne plus de 371 000 personnes (17% de la population).

Afin de mieux caractériser l'environnement sonore des riverains du Boulevard Périphérique, Bruitparif a réalisé une campagne de mesure en 2009, avec huit stations fixes et une station mobile. Les résultats montrent des niveaux sonores élevés pour les huit stations, qui dépassent la limite réglementaire de 68 dB(A), sauf pour deux des sites bénéficiant d'écrans acoustiques, qui démontrent ainsi leur efficacité (-7dB(A) en moyenne). Les écrans acoustiques ne sont cependant efficaces que pour les étages peu élevés. L'objectif de qualité de 55 dB(A) recommandé par l'OMS (niveau considéré comme représentant une gêne sérieuse en journée) est très largement dépassé. Les mesures montrent des valeurs importantes de 5 heures du matin jusqu'à minuit, avec une très légère baisse ensuite (-6dB(A) entre 2 et 4 heures). Il n'y a donc pas de répit pour les riverains exposés en façade du Boulevard Périphérique.

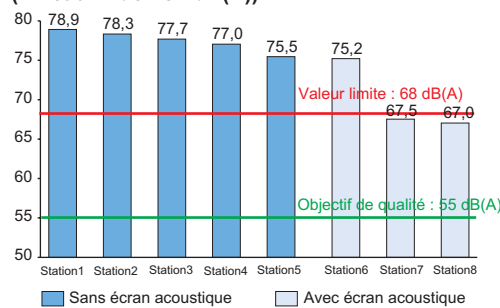
Tab 1 - Exposition de la population au bruit routier à Paris en 2007 (Niveaux Lden en dB(A))

Niveaux d'exposition	Nombre de personnes exposées	% de la population
< 50	613 184	28,11
[50;55[	141 571	6,49
[55;60[	236 461	10,84
[60;65[	373 669	17,13
[65;70[	445 655	20,43
[70;75[	344 003	15,77
[75;80[	24 650	1,13
>= 80	2 400	0,11

Sources : Mairie de Paris, Insee RP2006

Le décompte des populations touchées par le bruit se fait en répartissant uniformément les habitants d'un bâtiment considéré en chaque point de calcul de ses façades. Pour chaque niveau de bruit, seule la population affectée au point de calcul est prise en considération.

Graph 1 - Niveaux sonores journaliers moyens autour du Boulevard Périphérique en 2009 (Niveaux Lden en dB(A))



Station 1 : Pte. Bagnollet, Pte. des Lilas
 Station 2 : Pte. Ivry, Pte. Italie
 Station 3 : Pte. Saint Mandé
 Station 4 : Pte. Maillot, Pte. Champeret
 Station 5 : Pte. Vanves, Pte. Chatillon
 Station 6 : Pte. de Gentilly
 Station 7 : Pte. Clichy, Pte. St Ouen
 Station 8 : Pte. Aubervilliers, Pte. Villette

Source : Bruitparif

Décibel pondéré A ou dB(A) :

les niveaux sonores sont généralement mesurés de façon logarithmique en décibels (dB). Le niveau de référence (0 dB) représente le seuil de perception. Le seuil de douleur se situe aux environs de 120 dB. Du fait de l'échelle logarithmique, une faible augmentation du niveau en décibels correspond à une augmentation bien plus importante de la pression : ainsi, lorsque l'on passe de 0 dB à 120 dB, la pression est un million de fois plus importante. Pour la mesure des effets sur la santé, les niveaux sonores sont pondérés selon leur fréquence (pondération A), afin de rendre compte de la sensibilité de l'oreille humaine, qui diffère selon la gamme de fréquences considérée.

En particulier, à niveau équivalent, un son grave sera perçu moins fort qu'un son aigu. La pondération C, utilisée pour des niveaux sonores importants (supérieurs à 100 dB) prend en compte l'augmentation de la sensibilité de l'oreille aux fréquences graves avec l'élévation du niveau sonore global.

Niveau Lden (Level day-evening-night) :

indicateur énergétique, harmonisé à l'échelle européenne, intégré sur toute la journée, donnant un poids plus fort au bruit en soirée (+ 5 dBA) et durant la nuit (+ 10 dBA) et traduisant ainsi la gêne accrue ressentie par les personnes exposées durant ces deux périodes

¹ Unité de consommation

Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).
 Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie. Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :
 - 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
 - 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
 - 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.
 Source : Insee

La perception du bruit

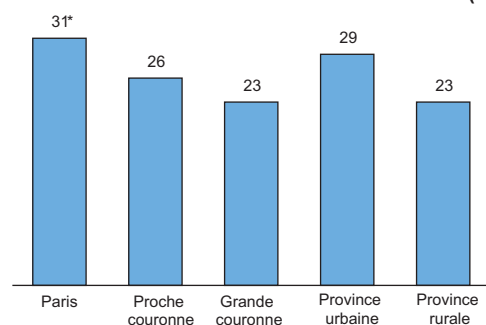
L'exploitation départementale du Baromètre santé environnement permet de connaître la perception des Parisiens à l'égard du bruit et de ses risques sur leur santé. En 2007, ils sont ainsi 31% à avoir ressenti des effets sanitaires du bruit ambiant. C'est un résultat similaire à celui observé dans les zones urbaines de province, mais qui se démarque du reste de la région.

La gêne liée au bruit est très présente en Ile-de-France et particulièrement à Paris, où 38% des habitants déclarent être souvent ou en permanence gênés par le bruit à leur domicile. La circulation routière est citée comme la première source de gêne sonore (pour 55% des Parisiens). Les bruits de voisinage sont aussi fréquemment cités (50%). Par contre, le trafic aérien touche peu la capitale et ses habitants, les avions ne survolant pas Paris. La gêne est particulièrement ressentie par les personnes insatisfaites de leur logement ou de leur quartier.

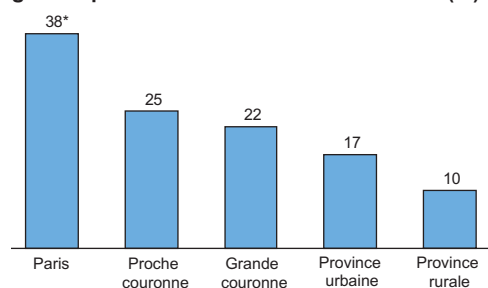
Le cumul des nuisances au domicile et dans le cadre du milieu professionnel touche 13% des Parisiens ayant un emploi, proportion plus élevée que pour les travailleurs des autres départements franciliens (10%) ou que pour les travailleurs résidant hors Ile-de-France. Cette multi-exposition au bruit fait partie des inégalités sociales en Ile-de-France : le cumul est très différent selon le niveau de diplôme ou selon le niveau de revenus. Ainsi, le cumul touche 21% des travailleurs franciliens sans diplôme, 18% de ceux ayant un niveau de diplôme inférieur au bac, 12% de ceux ayant le baccalauréat et entre 5 et 8% ceux ayant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat. De même, les personnes ayant les revenus les plus faibles sont davantage concernées par le cumul des nuisances au bruit : les travailleurs franciliens dont les revenus du foyer sont inférieurs à 900 euros par unité de consommation¹ sont 18% à être concernés, contre 13% de ceux ayant un revenu compris entre 900 et 1 500 euros et 7% pour un revenu supérieur à 1 500 euros.

Enfin, une part importante de la population considère que le bruit présente un risque plutôt ou très élevé pour la santé. Cette part est un peu plus faible à Paris (64% contre 67% dans le reste de la région), mais de façon non significative.

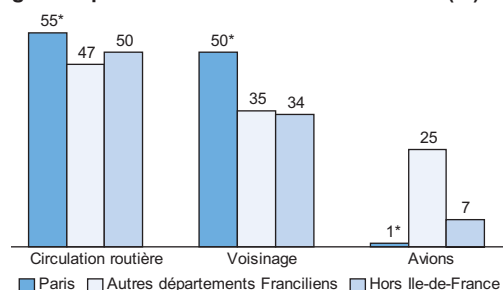
Graph 2 - Proportion de personnes ayant déjà ressenti des effets du bruit sur sa santé en 2007 (%)



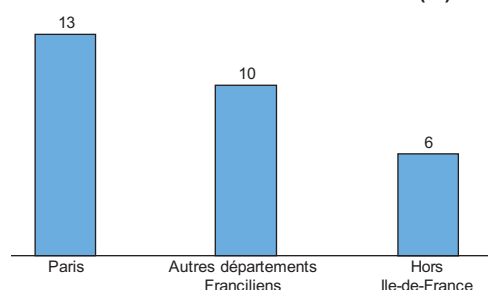
Graph 3 - Personnes souvent ou en permanence gênées par le bruit à leur domicile en 2007 (%)



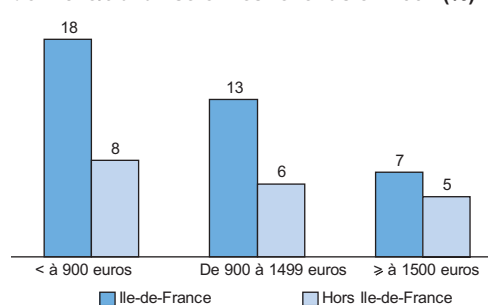
Graph 4 - Sources de gêne citées par les personnes gênées par le bruit à leur domicile en 2007 (%)



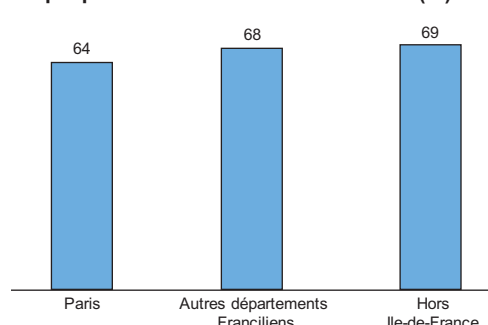
Graph 5 - Cumul des nuisances sonores au domicile et sur le lieu de travail en 2007 (%)



Graph 6 - Cumul des nuisances sonores domicile/travail selon les revenus en 2007 (%)



Graph 7 - Proportion de personnes percevant un risque pour la santé lié au bruit en 2007 (%)



*Moyenne parisienne significativement différente de la moyenne des autres départements franciliens
 Source : Baromètre santé environnement 2007 (Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France 2010

Les risques auditifs liés à l'écoute des musiques amplifiées

Le Baromètre santé environnement permet également de connaître la pratique des Parisiens vis-à-vis de la musique amplifiée. Les Parisiens déclarent plus souvent utiliser un baladeur au moins plusieurs fois par semaine (19% contre 14% dans le reste de l'Ile-de-France). Parmi ces utilisateurs, 72% déclarent l'utiliser au moins une heure par jour et 39% à un volume élevé. L'utilisation du baladeur décroît avec l'âge. Les Parisiens fréquentent également davantage les concerts et les discothèques ou jouent plus souvent de la musique à un volume sonore élevé (16% au moins une fois par mois au cours des douze derniers mois contre 9% des autres Franciliens). Les hommes sont plus concernés que les femmes. La fréquentation des concerts et des discothèques et la pratique de la musique à un volume sonore élevé décroît avec l'âge. Ces résultats montrent tout l'intérêt de mener des actions de prévention auprès d'un public jeune. En 2010, plus de 600 collégiens ou lycéens ont bénéficié du spectacle Peace and Love produit par le RIF², qui a pour objectif de sensibiliser les adolescents aux risques auditifs.

Le décret du 15 décembre 1998 régleme les niveaux sonores dans les établissements ou locaux recevant du public et diffusant de la musique amplifiée³. Une étude a été réalisée dans 25 établissements parmi les 130 discothèques d'Ile-de-France, dont 5 à Paris [10]. Les mesures de nuit montrent que 10 établissements sur 25 dépassent le niveau de 105 dB(A) pendant au moins une période

de 10 minutes et que tous dépassent au moins une fois le niveau de crête de 120 dB(C). Le croisement des mesures de nuit et des inspections de jour (réalisées dans 24 établissements : analyse des EINS, évaluation de la conformité) montrent que seul un établissement est conforme à la réglementation.

Par ailleurs, les risques auditifs sont liés à l'intensité mais aussi au cumul de bruits reçus quotidiennement. Une campagne a été menée en 2008-2009 dans 20 lycées d'Ile-de-France (dont 4 lycées parisiens) afin de réaliser une évaluation du bruit auquel sont soumis les lycéens pendant leur temps scolaire [11]. Le diagnostic acoustique des locaux portant sur différents types d'espaces montre que 40% des locaux présentent une acoustique plutôt mauvaise, 24% une acoustique moyenne et 36% une bonne acoustique (35%, 33% et 32% pour les salles d'enseignement). La réverbération⁴ accentue le bruit dans 40% des cas. La dose moyenne d'exposition des lycéens est de 81 dB(A), pour une durée moyenne passée dans l'établissement de 5 heures et 27 minutes. Ces résultats varient de 75 dB(A) à 88 dB(A) d'un établissement à l'autre. Les 4 lycées parisiens se situent dans la moyenne. Les lycéens se disent globalement peu gênés par le bruit au sein de l'établissement. Ils sont cependant 30% à être gênés en salle de cours et 29% à la cantine. Même si une minorité pense que le bruit au lycée peut affecter leur santé, ils sont une majorité à déclarer avoir ressenti des effets du bruit : problème de concentration (57%), fatigue (38%), maux de tête (34%), stress (29%) ou irritabilité (26%).

²RIF:

Confédération des réseaux départementaux de lieux de musiques actuelles ou amplifiées

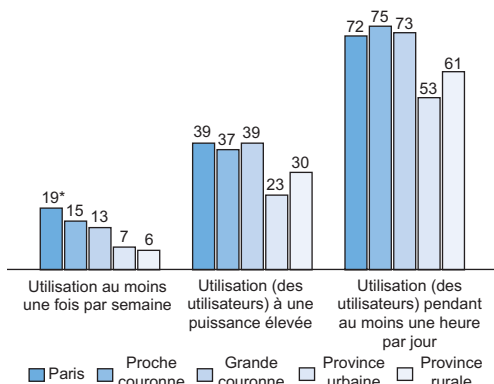
³Contexte réglementaire dans les établissements ou locaux recevant du public et diffusant de la musique amplifiée (intégration de décret du 15 décembre 1998 dans le code de l'environnement):

- valeur limite de 105 dB(A) sur 10 ou 15 minutes en niveau moyen à ne pas dépasser en tout point accessible au public ;
- valeur limite de 120 dB(C) en niveau de crête ;
- valeurs limites d'émergence dans les habitations contiguës ou situées à proximité de l'établissement ;
- obligation pour l'exploitant de faire réaliser une étude de l'impact des nuisances sonores (EINS), définissant les conditions d'exploitation et les dispositions prises pour limiter le niveau sonore et les émergences telles que définies dans le code de l'environnement.

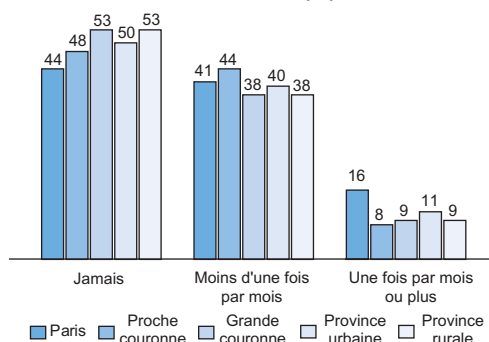
⁴Réverbération:

Une trop forte réverbération a pour principale conséquence d'amplifier les bruits.

Graph 8 - Utilisation des baladeurs en 2007 (%)



Graph 8 - Fréquentation des concerts ou des discothèques ou pratique de la musique à un niveau sonore élevé en 2007 (%)



*Moyenne parisienne significativement différente de la moyenne des autres départements franciliens

Source : Baromètre santé environnement 2007 (Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France 2010

Repères bibliographiques et sources

1. Norme française NFS 30001
2. Night noise guidelines for Europe, OMS, 2009
3. Camard J.Ph., Lefranc A., Grémy I., Cordeau E., Le bruit et ses effets sur la santé, estimation de l'exposition des Franciliens, ORS Ile-de-France, IAU Ile-de-France, 2007
4. Impact sanitaire du bruit. Etat des lieux. Indicateurs bruit-santé, Agence française de sécurité sanitaire environnementale (Afsse), 2004
5. La santé au travail dans les régions de France, Fnors, septembre 2008
6. Grange D., Chatignoux E., Grémy I., Les perceptions du bruit en Ile-de-France, ORS Ile-de-France, mars 2009
7. Impact des transports sur l'environnement dans l'Union européenne, Agence européenne de l'environnement, 2009
8. Directive européenne n° 2002/49/CE du 25 juin 2002 relative à l'évaluation et à la gestion du bruit dans l'environnement. Transposée en droit français, cette directive prévoit la mise en œuvre d'outils destinés à établir un diagnostic (la carte de bruit) afin de prendre les mesures pertinentes dans le cadre d'un plan de prévention du bruit dans l'environnement pour prévenir et réduire les effets du bruit.
9. Santé environnement, 2ème plan national 2009-2013
10. Niveaux sonores dans les discothèques d'Ile-de-France - Situation 10 ans après la publication du décret n°98-1143 du 15 décembre 1998, ARS Ile-de-France, Bruitparif, Préfecture de Police, novembre 2010
11. Campagne de sensibilisation au bruit - Rapport de synthèse, Conseil régional Ile-de-France, Bruitparif, CIDB, 01dB-Metraviv, RIF, Cnam école des audioprothésistes, novembre 2009

4.13 Cadre de vie

Le vécu des personnes au sein de leur quartier au quotidien peut contribuer à leur bien-être ou à leur mal-être. Des disparités importantes d'expériences vécues existent au sein de Paris en fonction du revenu du quartier. Ainsi, les résidents des quartiers défavorisés de Paris font beaucoup plus fréquemment état d'expériences négatives relatives à leur rapport affectif au quartier, à la perception du cadre résidentiel et aux expériences relationnelles au sein du quartier.

Le cadre de vie des Parisiens de l'Étude RECORD

Étudiant les effets des quartiers sur la santé, l'Étude RECORD s'intéresse tout particulièrement au vécu des personnes dans leur environnement résidentiel et à leur ressenti par rapport à leur quartier. Les participants ont ainsi répondu à un questionnaire au sujet des différents types d'expériences réalisées au sein du quartier : expériences affectives, expériences cognitives (ou perceptions des caractéristiques du quartier) et expériences relationnelles.

L'objectif du présent travail est de voir dans quelle mesure les participants parisiens de l'Étude RECORD ont un vécu différent selon le quartier dans lequel ils habitent. Des travaux précédents à partir de l'étude ont montré que des disparités importantes de vécu au sein du quartier existent à l'échelle de l'ensemble du territoire francilien enquêté en fonction du niveau de revenu du quartier, mais la question se pose de savoir si des disparités de vécu d'amplitude comparable, ou nettement moindres comme attendu, sont observées au sein de la seule Ville de Paris.

Divisant la population parisienne de l'Étude RECORD en 4 groupes en fonction du niveau de revenu médian du quartier, le Tableau n°1 rapporte le pourcentage de participants faisant état de tel ou tel vécu (affectif, cognitif ou relationnel) au sein de leur quartier dans chacun de ces groupes. La dernière colonne du tableau permet de comparer l'amplitude des disparités observées au sein de Paris aux disparités observées sur l'ensemble du territoire francilien de l'étude. Par exemple, une valeur de 1,3 dans la dernière colonne pour le fait de déclarer que le quartier est une source de stress indique que l'amplitude des disparités observées pour cette expérience à l'échelle des 112 communes franciliennes était 1,3 fois plus importante que l'amplitude des disparités observées à l'échelle de la seule ville de Paris.

Pour la plupart des indicateurs d'expérience considérés (affectif, cognitif ou relationnel), des différences importantes existent en fonction du quartier, avec des situations vécues moins favorables dans les quartiers moins favorisés de la Ville de Paris. Quant aux expériences affectives, des disparités très fortes en fonction du revenu du quartier ont été observées pour le fait de se sentir bien ou non dans son quartier, une des composantes de l'attachement au quartier, alors qu'une différence moindre existait par rapport au fait de déclarer que son quartier est un lieu important pour soi.

Même si relativement peu de parisiens avaient l'impression de vivre dans un quartier stigmatisé, des disparités importantes (de l'ordre de 1 à 5) existaient par rapport à ce ressenti en fonction du revenu du quartier (avoir honte de son quartier, avoir été jugé négativement du fait de son quartier). Enfin, les résidents parisiens des quartiers défavorisés déclaraient beaucoup plus fréquemment que leur quartier est une source de stress pour eux et qu'il contribue parfois à les rendre "cafardeux ou déprimés".

Quant aux évaluations réalisées sur le quartier (expériences cognitives), des différences systématiques importantes ont été observées en fonction du revenu du quartier, les résidents des quartiers moins favorisés rapportant plus fréquemment des façades en mauvais état, un manque d'entretien et un manque de propreté du quartier, et des problèmes de vandalisme, et déclarant plus souvent que leur quartier est déplaisant pour se promener à pied.

Pour les expériences relationnelles réalisées au sein du quartier, il n'existait pas de relations très fortes entre le revenu du quartier et les perceptions relatives au niveau de cohésion sociale au sein du quartier (la présence d'une identité collective, le fait que les habitants soient soudés entre eux et le fait que les voisins se rendent des services). Par contre, les différents indicateurs relatifs à des tensions dans les rapports sociaux présentaient des variations de prévalence importantes en fonction du revenu du quartier, les résidents de quartiers défavorisés rapportant 5 fois plus souvent une attitude méfiante par rapport à des personnes de leur quartier et faisant beaucoup plus fréquemment état d'incivilités, d'un sentiment d'insécurité dans leur quartier et d'y avoir été victime d'un vol ou d'une agression physique ou verbale.

Ainsi que le montre la dernière colonne du tableau, les disparités d'expériences vécues tendaient à être plus importantes à l'échelle des 112 communes franciliennes de l'étude qu'à l'échelle de la seule Ville de Paris, tout particulièrement pour le fait d'estimer que le quartier où l'on vit se dégrade mais aussi dans une moindre mesure pour le fait d'estimer que les équipements collectifs sont mal entretenus. Toutefois, pour la plupart des aspects du vécu au sein du quartier, les disparités de prévalence n'étaient que légèrement plus fortes à l'échelle de l'ensemble des communes franciliennes qu'au sein de Paris, soulignant la relative importance des disparités intra-parisiennes.

Tab 1 - Expériences affectives, cognitives et relationnelles relatives au quartier de résidence vécues par les participants parisiens de l'Etude RECORD : prévalences en fonction du niveau de revenu médian du quartier en 4 groupes, et comparaison de l'amplitude des disparités observées à Paris et sur l'ensemble du territoire francilien de l'Etude RECORD

Expériences relatives au quartier	Revenu médian du quartier de résidence			Amplitude comparée en IDF (voir texte)
	Faible	Moyen-faible	Moyen-élevé	
Expérience affective				
"Mon quartier est un lieu important pour moi"****	42%	52%	51%	54%
"Je me sens vraiment bien dans mon quartier"****	31%	43%	55%	62%
"Le fait de vivre dans ce quartier m'a fait toujours honte"****	14%	5%	3%	3%
Avoir été jugé négativement parce qu'on vit dans ce quartier****	16%	6%	3%	3%
"Mon quartier est une source de stress pour moi"****	23%	11%	8%	5%
"Mon quartier me rend parfois cafardeux ou déprimé"****	20%	9%	6%	5%
Expérience cognitive				
Les façades des immeubles sont en mauvais état**	41%	31%	19%	11%
Manque d'entretien des équipements collectifs****	39%	26%	22%	18%
Les pouvoirs publics ne s'occupent pas bien de ce quartier****	38%	27%	19%	17%
Présence d'ordures sur la voie publique****	59%	46%	38%	35%
Vandalisme, présence de graffitis sur les murs****	54%	45%	36%	24%
Mon quartier se dégrade****	20%	13%	13%	12%
Manque d'espaces pour faire du sport en extérieur****	41%	44%	40%	34%
Environnement déplaisant pour se promener à pied****	28%	16%	12%	7%
Manque d'espaces verts à proximité****	38%	35%	28%	17%
Expérience relationnelle				
N'a pas d'amis proches dans son quartier**	41%	35%	36%	33%
Association ou club de sport dans le quartier****	20%	22%	29%	28%
Ne fait pas confiance aux gens de son quartier****	38%	30%	25%	23%
A une attitude méfiante par rapport aux gens de son quartier****	28%	13%	8%	5%
Les voisins se rendent facilement des services (NS)	61%	63%	63%	60%
"Il y a une identité collective dans mon quartier**"	38%	41%	37%	32%
"Les habitants sont soudés entre eux"(NS)	35%	40%	37%	34%
Bénéficiaire de soutien des voisins en cas de besoins*	26%	28%	32%	31%
Incivilités et comportements agressifs****	49%	33%	23%	17%
"Je ne me sens pas en sécurité dans mon quartier"****	23%	12%	6%	4%
Victime d'un vol ou d'une agression physique ou verbale****	47%	40%	35%	30%

Divisant la population parisienne de l'Etude RECORD en 4 groupes en fonction du niveau de revenu médian du quartier, ce tableau rapporte le pourcentage de participants faisant état de tel ou tel vécu (affectif, cognitif ou relationnel) au sein de leur quartier dans chacun de ces groupes. La dernière colonne du tableau permet de comparer l'amplitude des disparités observées au sein de Paris aux disparités observées sur l'ensemble du territoire francilien de l'étude. Par exemple, une valeur de 1,3 dans la dernière colonne pour le fait de déclarer que le quartier est une source de stress indique que l'amplitude des disparités observées pour cette expérience à l'échelle des 112 communes franciliennes était 1,3 fois plus importante que l'amplitude des disparités observées à l'échelle de la seule ville de Paris.

Test statistique de Cochran-Armitage : NS, différence non significative; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001.

Source : Etude RECORD

4.14 Activité physique récréative et activité de marche à Paris

Globalement, 61% des participants parisiens de l'Etude RECORD avaient pratiqué une activité physique sportive ou récréative au cours des sept jours précédant l'enquête. Les personnes qui avaient un faible niveau d'instruction avaient dans une proportion bien moindre pratiqué une activité sportive, avaient une probabilité moindre d'atteindre les niveaux d'activité physique recommandés, et avaient rapporté des temps de marche moins importants. Au sein de Paris, différentes caractéristiques de l'environnement de résidence, telles que la présence de parcs, les formes bâties, et la densité de services à proximité, étaient également associées aux niveaux d'activité physique pratiqués.

Activité physique sportive et récréative des Parisiens de l'Etude RECORD

Au total, 61% des 2 128 participants parisiens avaient pratiqué une activité physique sportive ou récréative au cours des 7 derniers jours (déclaration effectuée à partir d'une liste comprenant un grand nombre de sports et d'activités telles que le jardinage, la danse, l'utilisation de rollers, etc.).

Seules 33% des personnes atteignaient les niveaux d'activité physique recommandés (l'équivalent de 5 épisodes de marche rapide d'au moins 30 mn au cours de la semaine passée) à l'aide de ces seules activités physiques récréatives. Il faut toutefois garder à l'esprit qu'un pourcentage plus grand des participants atteignait en fait les niveaux recommandés si l'on tient compte des autres composantes de l'activité physique, notamment de la marche effectuée dans la vie quotidienne.

Dans l'échantillon parisien, les activités sportives ou récréatives les plus pratiquées au cours des 7 derniers jours étaient le vélo (16% des participants), le jogging (14%), le jardinage (12%) et la natation (11%).

Le Tableau n°1 rapporte les caractéristiques socio-démographiques individuelles qui étaient associées au fait d'avoir pratiqué une activité physique sportive ou récréative au cours des 7 derniers jours. Alors que ni l'âge ni le sexe n'étaient associés à ce comportement, la probabilité d'avoir pratiqué une activité physique au cours des 7 derniers jours augmentait très fortement avec le niveau d'instruction des individus. De façon descriptive dans l'échantillon parisien, respectivement 34% des personnes sans diplôme, 55% des personnes qui avaient un diplôme inférieur au BAC, 60% des personnes titulaires d'un BAC ou BAC+2, et 68% des personnes qui avaient un diplôme supérieur à BAC+2 avaient pratiqué une activité physique au cours des 7 derniers jours. A côté de cette relation entre niveau d'instruction personnel et pratique d'une activité physique (et s'ajoutant à elle), les personnes qui avaient des parents instruits avaient une probabilité plus élevée d'avoir pratiqué une activité physique au cours des 7 derniers jours. Les ouvriers avaient, eux, une probabilité plus réduite que les cadres.

Le pourcentage de personnes atteignant les niveaux d'activité physique recommandés à partir de ces seules activités sportives et récréatives variait également en fonction du niveau d'instruction, étant de 20% chez les personnes sans diplôme et de 35% chez les personnes qui avaient un diplôme supérieur à BAC+2.

La prise en compte de la dépense énergétique réalisée dans le cadre du travail (qui n'était pas associée au fait de pratiquer une activité sportive ou récréative) ne semble expliquer en rien ces disparités de pratique d'activités physiques récréatives en fonction du niveau d'instruction.

Une analyse spécifique a ensuite été consacrée au jogging (activité sportive la plus pratiquée dans la population étudiée). Toutes choses égales par ailleurs, la proportion des personnes ayant pratiqué un jogging au cours des 7 derniers jours diminuait fortement avec l'âge et était plus élevée parmi les hommes. Une analyse tenant compte des différentes caractéristiques socio-économiques individuelles suggère que seul le niveau d'instruction était associé de façon indépendante à la pratique du jogging. Ainsi, le pourcentage de personnes ayant pratiqué un jogging au cours des 7 derniers jours était de 6,6% chez les sans diplômes, de 9,6% chez les personnes qui avaient un diplôme inférieur au BAC, de 11,7% chez les BAC ou BAC+2, et de 17,3% chez les personnes qui avaient un diplôme supérieur au BAC.

Par ailleurs, compte tenu du degré d'urbanisation qui prévaut à Paris, il est utile d'examiner dans quelle mesure l'environnement permet ou non la pratique du jogging, notamment du fait de la présence ou de l'absence de parcs ou espaces verts. Une analyse spécifique montre que la surface de parcs ou espaces verts dans un rayon de 1 km autour du lieu de résidence des participants était associée, après avoir tenu compte des caractéristiques des individus, au fait d'avoir fait un jogging au cours des 7 derniers jours : en comparaison des quartiers où la surface de parcs à proximité était faible, la probabilité d'avoir fait un jogging était 1,22 fois plus élevée, 1,33 fois plus élevée, et 1,57 fois plus élevée dans les 3 autres groupes de quartiers où la surface d'espaces verts était de plus en plus élevée.

Tab 1 - Caractéristiques démographiques et socio-économiques associées “ toutes choses égales par ailleurs ” au fait d’avoir pratiqué une activité sportive ou récréative au cours des 7 derniers jours*

	Multiplicateur de la probabilité d’avoir pratiqué une activité
Niveau d’instruction (comparé aux sans diplôme)	
Diplôme inférieur au BAC	1,51
BAC ou BAC+2	1,55
Diplôme supérieur à BAC+2	1,72
Niveau d’instruction des parents (comparé à faible)	
Intermédiaire	1,12
Elevé	1,15
Ouvrier (comparé aux autres professions)	0,79

* L’analyse tient par ailleurs compte de l’âge et du sexe des participants, qui n’étaient toutefois pas associés à la pratique d’une activité physique.

Guide de lecture : Toutes choses équivalentes par ailleurs, les participants qui avaient un niveau d’instruction supérieur à BAC+2 avaient une probabilité 1,72 fois plus élevée d’avoir pratiqué une activité sportive ou récréative, alors que les ouvriers avaient une probabilité 1,27 fois moins élevée (soit une probabilité multipliée par 0,79) d’avoir pratiqué une telle activité.

Source : Etude RECORD

Activité de marche des Parisiens de l’Etude RECORD

En complément d’analyses sur l’activité physique récréative, l’Etude RECORD permet d’étudier l’activité de marche des personnes. Du fait de valeurs manquantes, les analyses sur la marche ont été conduites dans un échantillon de 2 080 participants parisiens.

Du fait de l’approche de quantification globale du temps de marche adoptée dans l’étude, il est difficile de se ramener aux recommandations officielles d’au moins 30 minutes de marche rapide par jour. Deux variables ont été retenues pour les analyses présentées ici : (i) le temps de marche total rapporté au cours des 7 derniers jours (vers différentes destinations, dans et en dehors du quartier) et (ii) le fait d’avoir marché à des fins récréatives (et non pas seulement utilitaires) au cours des 7 derniers jours.

Quant à la première variable, différentes caractéristiques socio-économiques individuelles étaient associées au temps de marche global, d’ailleurs dans des sens opposés (Tableau n°2). Ainsi, les employés et surtout les ouvriers (Graph n°1), ainsi que les personnes qui avaient de faibles revenus avaient rapporté un temps de marche global plus important (renvoyant peut-être à l’utilisation moindre par ces personnes d’une voiture personnelle, de taxis, ou de transports en commun). A l’inverse, les personnes faiblement instruites avaient rapporté un temps de marche beaucoup moins important (ce qui est cohérent avec les niveaux de sédentarité plus élevés des populations à faible niveau d’instruction).

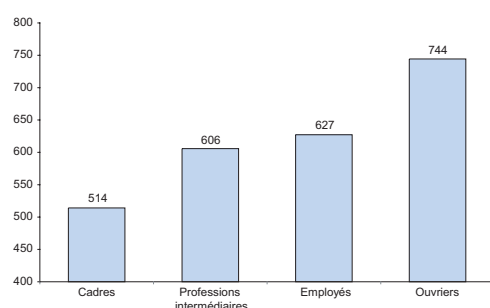
A côté des caractéristiques socio-économiques et démographiques des individus, les temps de marche différaient également entre les quartiers de Paris en fonction des caractéristiques du bâti.

Ainsi, les temps de marche rapportés étaient nettement plus élevés pour les personnes qui habitaient dans les quartiers où la proportion de la surface bâtie est plus importante (ce qui est cohérent avec le résultat mis en évidence dans la littérature qu’un grand nombre de destinations à proximité encourage à marcher). A l’inverse, les analyses suggèrent que les temps de marche rapportés étaient moins importants pour les personnes qui résidaient dans des quartiers où la hauteur moyenne des bâtiments est plus élevée (un résultat cohérent avec l’idée qu’un quartier avec des immeubles de taille imposante peut dissuader de marcher).

De même que pour la marche totale, les personnes qui avaient un faible niveau d’instruction avaient une probabilité plus élevée de ne pas avoir marché à des fins récréatives au cours des 7 derniers jours. A côté du profil individuel, le quartier d’habitation semblait également influencer sur le fait de rapporter ou non un épisode de marche récréative : plus que la présence de parcs ou espaces verts, c’est le fait d’habiter dans un quartier comportant un grand nombre de services à proximité du lieu de résidence qui était associé à une probabilité plus élevée de marche récréative.

Au total, à la fois les caractéristiques socio-économiques des individus et des facteurs de l’environnement sont associés, au sein de Paris, à l’activité physique pratiquée, avec des profils individuels et contextuels différents de pratique pour les différentes formes d’activité physique (activités sportives et marche utilitaire ou récréative).

Graph 1 - Temps total de marche rapporté sur 7 jours en minutes



Source : Etude RECORD

Tab 2 - Caractéristiques socio-économiques individuelles et caractéristiques des quartiers associées " toutes choses égales par ailleurs " au temps de marche global rapporté au cours des 7 derniers jours*

	Différences de temps de marche (en minutes)
Faible niveau d'instruction individuel	-285 mn
Profession (comparée à cadre)	
Profession intermédiaire	+ 75 mn
Employé	+ 75 mn
Ouvrier	+240 mn
Revenu du ménage (comparé à élevé)	
Moyen-élevé	+40 mn
Moyen-faible	+ 25 mn
Faible	+ 160 mn
Pourcentage de la surface bâtie à 500 m (comparé à faible)	
Moyen-faible	+ 10 mn
Moyen-élevé	+ 20 mn
Elevé	+ 80 mn
Hauteur moyenne des bâtiments à 500 m (comparée à faible)	
Moyen-faible	- 40 mn
Moyen-élevé	- 100 mn
Elevé	- 100 mn

* L'analyse tient par ailleurs compte de l'âge et du sexe des participants.

Guide de lecture : Toutes choses équivalentes par ailleurs, les ouvriers avaient rapporté un temps de marche plus élevé de 240 minutes que les cadres.

Source : Etude RECORD

5. Offre de soins, prévention

5.1	Ensemble des médecins	183
5.2	Omnipraticiens libéraux	185
5.3	Médecins spécialistes	188
5.4	Chirurgiens-dentistes	191
5.5	Infirmiers	193
5.6	Professionnels de la rééducation et de la réadaptation	195
5.7	Sages femmes	198
5.8	Pharmaciens	200
5.9	Etablissements de santé	202
5.10	Soins en médecine	205
5.11	Soins en chirurgie	207
5.12	Soins en gynécologie-obstétrique	209
5.13	Soins de suite et de réadaptation	211
5.14	Soins en psychiatrie	213
5.15	PMI et autres structures de soins et de prévention non hospitalières	215
5.16	Recours aux soins urgents ou non programmés	219
5.17	Consommation de soins ambulatoires	221
5.18	Couverture sociale et couverture maladie universelle	225
5.19	Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés	228
5.20	Accompagnement des adultes handicapés	232
5.21	Aide à l'autonomie des personnes âgées	235
5.22	Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées	238

5. Offre de soins, prévention

- > Près de **18 000 médecins** (libéraux et salariés) exercent à Paris. La densité de médecins, celle des spécialistes en particulier y est élevée. La situation est cependant très variable selon les arrondissements.
- > La densité de médecins omnipraticiens libéraux hors exercice particulier de la médecine (MEP) et conventionné en secteur 1 est un bon indicateur de l'offre de soins de **premier recours** pour la population. Selon cet indicateur, l'offre parisienne se situe en dessous du niveau national.
- > Avec **93 centres de santé**, Paris apparaît comme le département francilien le mieux pourvu de la région. L'offre constitue une véritable alternative à l'offre de soins libérale et hospitalière. La population accueillie dans ces centres est diverse géographiquement et socialement.
- > La densité **d'infirmiers** est très élevée à Paris. Ce qui s'explique par le nombre élevé d'infirmiers salariés des établissements sanitaires. C'est beaucoup moins vrai si l'on considère les seuls libéraux : la densité parisienne est alors inférieure à celle de France métropolitaine.
- > Pour les **autres professionnels de santé** (dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, sages-femmes, etc) Paris apparaît mieux dotée que la moyenne.
- > Paris dispose d'une **offre hospitalière** de court séjour en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique importante. En revanche, le taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation est inférieur à ceux d'Ile-de-France et de France métropolitaine.
- > A Paris, la **consommation d'actes d'omnipraticiens** par habitant est plus faible qu'en France. Celle d'actes de spécialistes est plus élevée. Paris se distingue par ailleurs par une faible consommation d'actes infirmiers.
Parmi les participants de l'Etude Record de l'Inserm, la consommation d'actes d'omnipraticiens tend à diminuer avec le niveau d'instruction. La consommation d'actes d'omnipraticiens est particulièrement basse en l'absence de mutuelle, mais supérieure à la moyenne chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).
- > A Paris, près de 8% de la population est **bénéficiaire de la CMUC** (6,5% en France). Cette proportion varie d'un facteur six selon les arrondissements parisiens.
- > Paris se caractérise par un recours relativement important des personnes âgées aux services d'aides ménagères. Paris a aujourd'hui un taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile parmi les plus élevés de France.
- > Malgré la progression du nombre de places en établissements pour personnes âgées depuis vingt ans, le taux d'équipement, notamment en places médicalisées reste très en dessous de la moyenne nationale

5.1 Ensemble des médecins

Près de 18 000 médecins exercent à Paris. La densité de médecins (820 pour 100 000 habitants) est très élevée en comparaison de celles observées en Ile-de-France et en France métropolitaine. C'est particulièrement vrai pour les spécialistes. La situation est cependant très variable dans les arrondissements.

Contexte national

Au 1^{er} janvier 2009, la France compte près de 214 000 médecins libéraux et salariés en activité, soit 336 praticiens pour 100 000 habitants [1]. Environ 10 000 médecins ont un statut de remplaçant, selon l'Ordre des médecins [2]. Au sein de l'Union européenne, la France occupe une position intermédiaire en matière de densité médicale. Les pays qui ont les plus fortes densités sont la Grèce (499 médecins pour 100 000 habitants), la Belgique (404) et l'Espagne (394). En revanche, le nombre de médecins par habitant est deux fois plus faible au Royaume-Uni (248), en Roumanie (218) et en Pologne (218) [3]. Le cursus universitaire menant au diplôme d'Etat de docteur en médecine dure au minimum neuf années et comprend trois cycles. La première année d'études est commune aux études d'odontologie, de maïeutique et, depuis 2010, aux études pharmaceutiques. L'accès à la deuxième année est soumis à un concours, le nombre d'étudiants admis (numerus clausus) étant fixé depuis 1971 par le Ministère chargé de la santé. Ce dernier s'élevait à 8 500 au début des années 1970 et a diminué jusqu'au seuil de 3 500 en 1993. Depuis, il augmente régulièrement et atteint 7 400 en 2010. Pour accéder au troisième cycle, les étudiants doivent se soumettre aux Epreuves classantes nationales (ECN). En fonction de leur classement, ils choisissent une discipline, parmi onze (dont la médecine générale), et un lieu de formation. Le troisième cycle se déroule sur trois ans pour la médecine générale, quatre ou cinq ans pour les autres spécialités [4]. En France, le nombre de médecins a augmenté d'environ 50% depuis 1984. Mais, la croissance des effectifs s'est progressivement ralentie : plus de 4% par an en moyenne au milieu des années 1980 contre moins de 0,5% entre 2005 et 2009 [1,5]. Ce ralentissement résulte des variations importantes du numerus clausus. L'évolution des effectifs s'est accompagnée de modifications structurelles. Depuis la fin des années 1990, les médecins spécialistes en médecine générale sont moins nombreux que les autres spécialistes [1, 5]. La proportion de médecins âgés de 50 ans ou plus a fortement augmenté (33% en 2000, 56% en 2009), les médecins de 60 ans ou plus représentant 17% de l'effectif total en 2009 contre 7% en 2000. Par ailleurs, la féminisation de cette profession se poursuit, avec 40% de femmes médecins en 2009 (36% en 2000) [1, 6]. Selon des projections établies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le nombre de médecins actifs devrait diminuer d'environ 10% entre 2006 et 2019. La baisse des effectifs serait moins marquée pour les spécialistes en médecine générale que pour les autres spécialistes. Les densités de médecins devraient diminuer dans toutes les régions au cours de cette période [7]. A l'intérieur du territoire français, la répartition géographique des médecins est marquée

par des contrastes forts et anciens entre les zones les plus fortement médicalisées (sud du pays, Ile-de-France, Alsace), et les régions moins médicalisées (nord du pays, Normandie, les régions centre et d'Outre-mer). En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le nombre de praticiens par habitant est ainsi 1,6 fois plus élevé qu'en Picardie. Comme l'ensemble des autres professions de santé, les médecins (libéraux et salariés) ont une obligation de mise à jour de leurs connaissances et d'évaluation de leurs pratiques à travers ce que l'on appelle aujourd'hui le développement professionnel continu, qui doit se substituer au sein d'un dispositif unique à la formation médicale continue et à l'évaluation des pratiques professionnelles [8]. En 2009, 58,5% des médecins ont un exercice libéral (exclusif ou non), 30% sont salariés hospitaliers et 11% salariés non hospitaliers. Au cours de la dernière décennie, la part des médecins libéraux est en léger recul (60,4% en 2000, 58,5% en 2009) [1, 6]. Parmi les 118 200 praticiens libéraux recensés fin 2008 par l'assurance maladie, 47% sont des généralistes (hors médecins à exercice particulier). La rémunération de ces professionnels dépend de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes cliniques, et de la Classification commune des actes médicaux (CCAM), pour les actes techniques et d'explorations. Le tarif des différents actes est déterminé par des conventions signées entre les représentants de l'assurance maladie et ceux des professionnels de santé. Certains praticiens ont la possibilité d'appliquer des honoraires supérieurs aux tarifs fixés par l'assurance maladie (secteur 2) : 7% des généralistes et 39% des autres spécialistes sont dans ce cas en 2008, avec des variations très importantes selon les zones géographiques [9]. Les médecins disposent de différentes instances de représentation : les Unions régionales des professions de santé (URPS) qui remplacent, depuis 2010, les Unions régionales des médecins libéraux (URML), ainsi que les syndicats médicaux [8]. Par ailleurs, l'Ordre des médecins, qui dispose de conseils départementaux, régionaux et d'un conseil national, veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et au respect des règles déontologiques.

La situation à Paris

Au 1^{er} janvier 2009, le nombre de médecins (libéraux ou salariés) exerçant à Paris est de 17 915 dont 6 311 médecins généralistes (35,2%) et 11 604 médecins spécialistes. La capitale concentre 31,3% des médecins généralistes et 43,1% des médecins spécialistes d'Ile-de-France. La densité médicale est de 288 généralistes et 530 spécialistes pour 100 000 habitants (soit une densité totale de 818

Les effectifs de médecins peuvent provenir de plusieurs sources (Ordre des médecins, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère de l'emploi et de la solidarité), dont les modalités d'enregistrement varient. D'où certaines différences dans les effectifs.

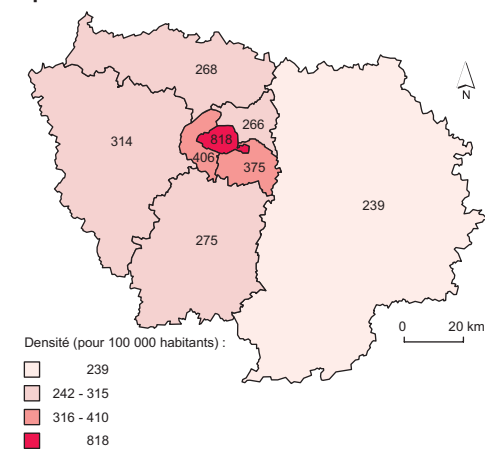
médecins pour 100 000 habitants). Ces chiffres sont nettement supérieurs aux moyennes régionales (respectivement 173 et 232 soit au total 405 professionnels pour 100 000 habitants) et nationales (respectivement 165 et 174 soit au total 339 professionnels pour 100 000 habitants). La forte densité médicale observée en Ile-de-France est due en grande partie à la présence de Paris. En effet, en dehors de Paris, seul le département francilien des Hauts-de-Seine (406 médecins pour 100 000 habitants) dépasse la moyenne nationale. De fortes disparités se retrouvent au sein même de Paris entre les différents arrondissements. En 2008, le 8^{ème} arrondissement a par exemple une densité médicale de 2 249 médecins pour 100 000 habitants alors qu'elle n'est que de 371 pour 100 000 habitants dans le 11^{ème} arrondissement. Ces disparités sont constatées pour les médecins généralistes comme pour les spécialistes. Rappelons cependant que les comparaisons entre territoires doivent être interprétées avec prudence car les densités globales recouvrent des modes d'exercice et des niveaux d'activité très variables.

Tab 1 - Ensemble des médecins exerçant à titre libéral ou salarié en 2009

	Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
Généralistes	6 311	20 133	101 667
dont libéraux ou mixtes (en %)	54,1	59,1	67,2
Spécialistes	11 604	26 921	107 476
dont libéraux ou mixtes (en %)	51,5	52,2	50,4
Ensemble	17 915	47 054	209 143
dont libéraux ou mixtes (en %)	52,4	55,2	58,6

Source : Drees - Exploitation ORS Ile-de-France

Carte 1 - Densités médicales dans les départements d'Ile-de-France en 2009



Source : Drees - Exploitation ORS Ile-de-France

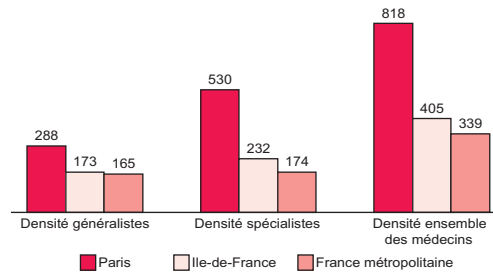
Repères bibliographiques et sources

1. Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1er janvier 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 138. 117 p.
2. Le Breton G, Legmann M, Kahn-Bensaude I, Romestaing P. (2009). Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2009. Conseil national de l'Ordre des médecins. 143 p.
3. Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://cipp.eurostat.ec.europa.eu>
4. Fauvet L. (2010). Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. Etudes et résultats. Drees. n° 720. 8 p.
5. Sicart D. (2005). Les médecins : estimations au 1er janvier 2005. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 88. 95 p.
6. Sicart D. (2000). Les médecins : estimations au 1er janvier 2000. Document de travail. Collection statistiques. Drees. n° 14. 87 p.
7. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. (2009). La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé. Drees. n° 12. 66 p.
8. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
9. Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes)

Les fortes densités médicales observées à Paris s'expliquent par le cumul de caractéristiques socio-démographiques traditionnellement corrélées à celles-ci : densité de population élevée, forte proportion de cadres, forte proportion de personnes âgées, etc. C'est particulièrement vrai pour certaines spécialités rares.

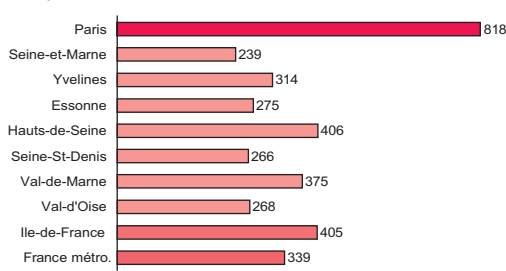
Au 1^{er} janvier 2009, 54 % des généralistes et 52 % des spécialistes parisiens exercent en libéral. Ces proportions sont légèrement supérieures en Ile-de-France et en France métropolitaine.

Graph 1 - Densités* des médecins exerçant à titre libéral ou salarié en 2009



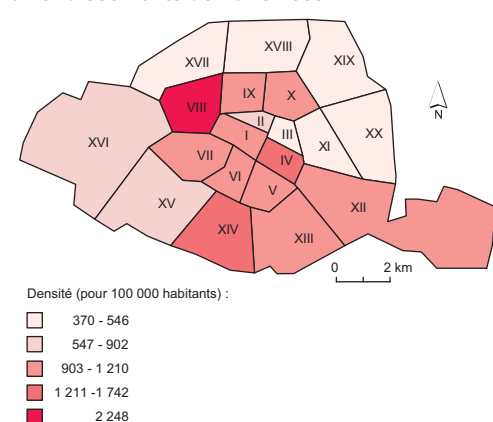
Source : Drees - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de médecins pour 100 000 habitants

Graph 2 - Densités* médicales en 2009



Source : Drees - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de médecins pour 100 000 habitants

Carte 2 - Densités médicales dans les arrondissements de Paris 2009



Source : Drees - Exploitation ORS Ile-de-France

5.2 Omnipraticiens libéraux

Forte densité d'omnipraticiens à Paris. Mais celle-ci s'accompagne d'une importante proportion de MEP (Médecins à exercice particulier) et/ou exerçant en secteur 2, plus onéreux pour le patient. En 2009, la densité d'omnipraticiens libéraux hors MEP est plus faible à Paris qu'en France. L'activité des généralistes parisiens est inférieure à celles observées en Ile-de-France et en France métropolitaine.

Contexte national

Selon les données de l'assurance maladie, la France compte 55 400 médecins généralistes libéraux au 31 décembre 2008. Par ailleurs, 7 500 praticiens libéraux, qualifiés en médecine générale, ont un exercice particulier (homéopathie, acupuncture...), et une partie d'entre eux se considèrent comme "généralistes". Ces dénombrements ne prennent toutefois pas en compte les médecins exerçant comme remplaçants, qui ne sont pas identifiés par l'assurance maladie, ainsi que ceux pratiquant la médecine générale comme salariés dans un centre de santé, présents dans quelques régions (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur...). Les médecins généralistes libéraux représentent un peu plus d'un quart de l'effectif total des médecins [1, 2].

Le nombre de médecins généralistes libéraux a augmenté d'environ 35% depuis 1980. Mais au cours des dix dernières années, leur effectif est resté pratiquement stable alors que le nombre de généralistes salariés a augmenté de 15% depuis 2000 [1-4]. La croissance des effectifs au cours des dernières décennies s'est accompagnée de transformations structurelles. La proportion de femmes généralistes est près de deux fois plus importante en 2008 (27%) qu'en 1980. Avec le ralentissement de la croissance démographique, l'âge moyen augmente et atteint 53 ans en 2009 pour les hommes et 47 ans pour les femmes [1, 3].

La médecine générale est reconnue comme une spécialité à part entière depuis l'instauration en 2004 des Epreuves classantes nationales (ECN) à la fin du deuxième cycle des études médicales pour l'accès aux différentes spécialités. Le troisième cycle (internat) en médecine générale comprend trois années de formation, contre quatre ou cinq pour les autres spécialités. En médecine générale, les postes en internat ouverts aux étudiants ne sont pas tous pourvus (82% en 2009 contre 89% pour l'ensemble des spécialités), avec toutefois des disparités géographiques importantes [3].

Les médecins généralistes libéraux sont inégalement répartis sur le territoire. De manière générale, les zones les plus fortement médicalisées se situent dans le sud du pays. Mais, à l'intérieur des régions, on observe parfois des contrastes importants. Les départements d'Outre mer (à l'exception de la Réunion) et la Seine-Saint-Denis sont les départements qui ont les plus faibles densités médicales en 2008 (de 38 à 63 généralistes pour 100 000 habitants). A l'opposé, dans les Pyrénées-Orientales, on dénombre 120 généralistes pour 100 000 habitants [1].

Les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé sont définies par des conventions qui déterminent les tarifs des honoraires et les conditions de leur exercice (mise en œuvre des "bonnes pratiques"...). Depuis janvier 2005, chaque

assuré âgé de plus de 16 ans doit choisir un médecin « traitant » (généraliste ou spécialiste), chargé de coordonner le parcours du patient dans le système de soins. Les patients sans médecin traitant bénéficient de conditions de remboursement moins avantageuses par l'assurance maladie, et le tarif de l'acte peut être majoré par le médecin. Fin 2008, 85% des assurés ont déclaré un médecin traitant et choisi à 99,5% un médecin généraliste libéral [5].

La loi du 21 juillet 2009 a réaffirmé le rôle des médecins généralistes comme acteur pivot des soins de premier recours [6].

En 2008, les consultations et visites représentent 98% du total des actes des généralistes libéraux. En moyenne, chaque généraliste effectue près de 5 100 actes par an. En Provence-Alpes-Côte-d'Azur, région qui a la plus forte densité médicale, ce nombre est inférieur de 13% à la moyenne nationale (4 400 actes) [1, 7].

Alors que l'effectif de la population a augmenté de 6% depuis 2000 et dans un contexte général de vieillissement, le nombre total d'actes effectués par les généralistes (265 millions en 2008) a diminué de 4%. Cette baisse est essentiellement liée à la chute du nombre de visites, qui a été divisé par deux (32 millions en 2008) [1, 8].

La proportion de généralistes conventionnés pratiquant des honoraires libres (7%) est beaucoup plus faible que celle des spécialistes (39%). C'est en Ile-de-France qu'elle est la plus élevée (22%) [1].

Selon les résultats du panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale mené auprès de 2 000 médecins de cinq régions françaises, la proportion de généralistes libéraux exerçant en cabinet de groupe varie de 40 à 65% selon les régions. En 2007, leur temps de travail hebdomadaire (gardes et astreintes comprises) atteint en moyenne entre 55 et 59 heures par semaine, la proportion de ceux participant à des gardes varie de 45 % à 78 %. Par ailleurs, une part importante de ces praticiens déclarent des activités en dehors du cabinet médical (établissements de santé, médecin régulateur au centre 15, médecin coordonnateur de maison de retraite...) [9].

La situation à Paris

Le nombre total d'omnipraticiens (libéraux et salariés) exerçant à Paris en 2009 est de 6 311 (source Drees). Parmi eux, 2 587 exercent en libéral (source Snir). Paris a une densité d'omnipraticiens libéraux de 119 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité est supérieure à celles constatées en Ile-de-France et en France métropolitaine (respectivement de 87 et 100 spécialistes pour 100 000 habitants).

Les effectifs de médecins peuvent provenir de plusieurs sources (Ordre des médecins, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère de l'emploi et de la solidarité), dont les modalités d'enregistrement varient. D'où certaines différences dans les effectifs.

Cette densité a diminué depuis 2003, elle atteignait alors 123 omnipraticiens pour 100 000 habitants.

Le nombre d'omnipraticiens est resté relativement stable sur l'ensemble de l'Ile-de-France dans la période 2003-2009, passant de 10 158 à 10 031, soit une baisse de 0,19% par an. On constate une baisse plus marquée, de 0,43% par an, à Paris, où le nombre d'omnipraticiens est passé de 2 655 à 2 587. Au niveau national, le nombre d'omnipraticiens a légèrement progressé, passant de 60 761 à 61 315 (+0,15% par an).

La forte densité parisienne doit être nuancée par le fait que de nombreux médecins déclarent un "exercice particulier". Ainsi, la densité en généralistes (hors MEP), à Paris, est de 86 pour 100 000 habitants, soit légèrement supérieure à celle constatée au niveau régional mais comparable à celle observée au niveau national.

Paris se distingue par le fait qu'un très grand nombre d'omnipraticiens libéraux sont rattachés au secteur 2, leur permettant des dépassements d'honoraires ou ne sont pas conventionnés. C'est le cas de 44,7% des omnipraticiens parisiens contre une moyenne régionale de 29,4% et nationale de 12,3%. Rappelons qu'une forte proportion d'omnipraticiens exerçant avec des dépassements d'honoraires peut constituer un obstacle au recours à la médecine libérale pour certaines populations.

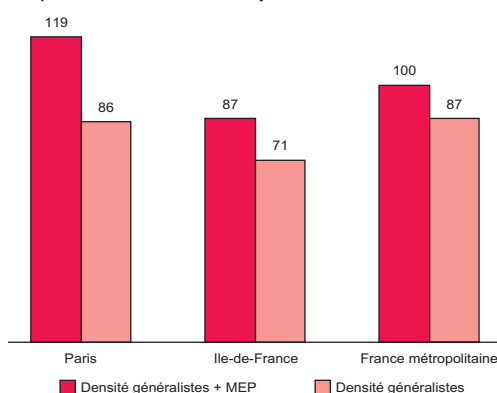
En 2009, l'âge moyen des omnipraticiens libéraux de Paris est de 54,6 ans : 55,9 ans pour les hommes et 52,0 ans pour les femmes. Ces âges moyens sont supérieurs à ceux des omnipraticiens d'Ile-de-France et de France métropolitaine. Par ailleurs, les femmes représentent 33,3% des omnipraticiens libéraux de Paris. Cette proportion est supérieure à celles observées au niveau régional (31,9%) et national (28,7%). Les hommes, largement majoritaires dans les tranches d'âge les plus élevées, sont à peine plus nombreux que les femmes parmi les médecins de moins de 45 ans.

Tab 1 - Evolution des effectifs des omnipraticiens libéraux entre 2003 et 2009

	Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
Effectifs 2003	2 655	10 148	60 761
Effectifs 2009	2 587	10 031	61 315
TCAM* 2003-2009	-0,43	-0,19	0,15

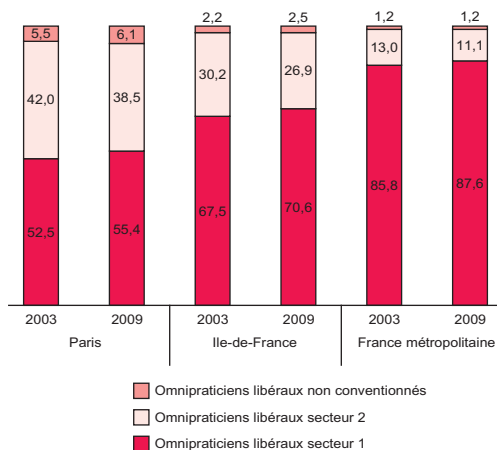
Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France
* taux de croissance annuel moyen

Graph 1 - Densités des omnipraticiens libéraux en 2009



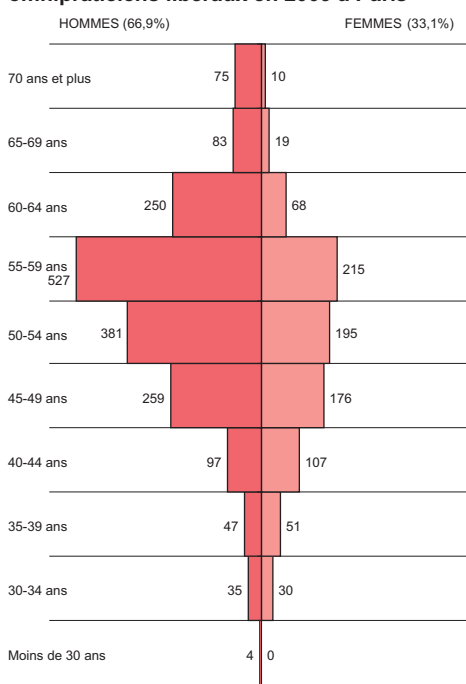
Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 2 - Proportion d'omnipraticiens libéraux selon le mode conventionnel en 2003 et 2009



Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 3 - Répartition par âge et par sexe des omnipraticiens libéraux en 2009 à Paris

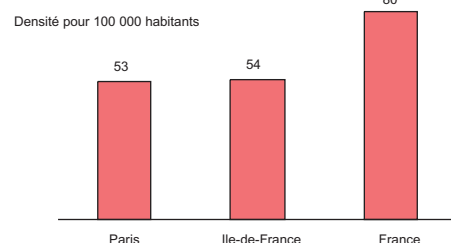


Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France

En 2009, l'activité des omnipraticiens libéraux est moins importante à Paris (3 074 actes annuels par praticien) qu'en Ile-de-France (4 300) et en France (4 758). Toutefois, sur la période 2003-2009, le nombre d'actes cliniques à Paris est passé de 2 445 à 3 074, soit une hausse de l'activité de 3,9% par an. Cette croissance est nettement supérieure à celles observées en Ile-de-France et en France métropolitaine (respectivement 0,28% et 0,52%). En 2009, le département de Paris a la plus forte densité d'omnipraticiens libéraux du secteur 1 de tous les départements d'Ile-de-France, ce qui traduit globalement un bon accès aux soins. Mais il existe de fortes disparités de densité : les 13^{ème} et 8^{ème} arrondissements ont les plus fortes densités tandis que les plus faibles se situent dans les 2^{ème} et 7^{ème} arrondissements.

La densité de médecins omnipraticiens libéraux hors exercice particulier de la médecine (MEP) et conventionnés secteur 1 est un **bon indicateur de l'offre de soins de premier recours pour la population**. Selon cet indicateur, l'offre parisienne est de 53 professionnels pour 100 000 habitants, au niveau de l'offre régionale mais très en dessous de celle de la France (80 pour 100 000). Des résultats qui tendent à relativiser "l'importante offre médicale parisienne".

Graph 4 - Densité des omnipraticiens libéraux hors MEP exerçant en secteur 1 en 2009



Source : Snir, Exploitation ORS Ile-de-France
MEP = mode d'exercice particulier

Repères bibliographiques et sources

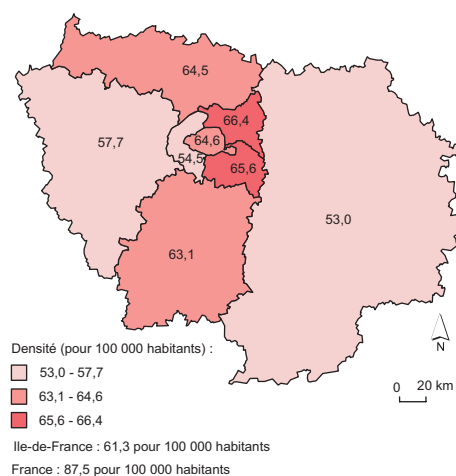
1. Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes)
2. Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1er janvier 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 138. 117 p.
3. Cnamts. (2006). Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux. Carnets statistiques. n° 112. 157 p.
4. Sicart D. (2000). Les médecins : estimations au 1er janvier 2000. Document de travail. Collection statistiques. Drees. n° 14. 87 p.
5. Cnamts. (2009). Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. Point d'information. 10 p.
6. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
7. Observatoire national de la démographie des professions de santé. (2008). La médecine générale. Le rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 1. 176 p.
8. Cnamts. Snir 2000 (système national inter-régimes)
9. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A et al. (2007). L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Etudes et résultats. Drees. n° 610. 8 p.

Tab 2 - Activité des omnipraticiens libéraux en 2009 et évolution 2003-2009

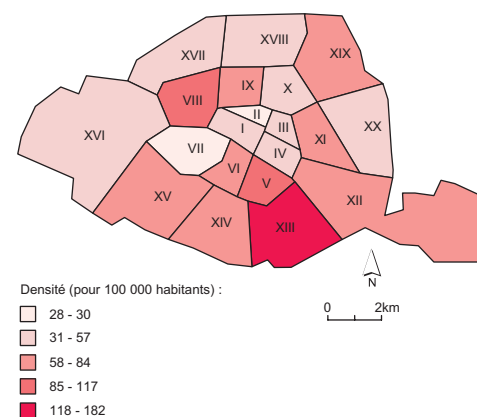
	Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
Nombre d'APE	2 209	9 102	57 350
Consultations	5 972 577	35 376 714	240 007 593
Visites	817 590	3 766 094	32 874 607
Total actes	6 790 167	39 142 808	272 882 200
Nb d'actes par praticien	3 074	4 300	4 758
TCAM* 2003-2009	3,89	0,28	0,52

Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France
* taux de croissance annuel moyen

Carte 1 - Les omnipraticiens libéraux du secteur 1 dans les départements d'Ile-de-France en 2009



Carte 1b - Les omnipraticiens libéraux du secteur 1 dans les arrondissements de Paris en 2009



Source : Snir, Exploitation ORS Ile-de-France

5.3 Médecins spécialistes

Forte densité de spécialistes libéraux à Paris : 251 professionnels pour 100 000 habitants contre 116 en Ile-de-France et 89 en France métropolitaine. Cette forte densité se vérifie pour les principales spécialités mais pas dans tous les arrondissements.

Contexte national

Au 1^{er} janvier 2009, la France compte plus de 109 000 médecins spécialistes, hors médecine générale (+ 9 % par rapport à 2000), qui représentent un peu plus de la moitié des effectifs médicaux. Au cours de la dernière décennie, la croissance des effectifs s'est ralentie, avec un taux de progression annuel moyen de 1 % entre 2000 et 2009, contre plus de 4 % au milieu des années 1980 [1, 2].

Ce ralentissement démographique s'accompagne d'un vieillissement du corps médical : 59 % des spécialistes sont âgés de 50 ans ou plus (37 % en 2000). La profession s'est par ailleurs féminisée : la proportion de femmes chez les spécialistes est passée d'environ 25 % en 1985 à 36 % aujourd'hui [1-3].

Depuis 2004, l'accès aux spécialités s'effectue à partir du troisième cycle des études médicales (internat) à l'issue des Epreuves classantes nationales (ECN) communes à l'ensemble des spécialités, dont la médecine générale, qui est reconnue ainsi comme une spécialité à part entière. Plus d'un spécialiste sur deux exerce une spécialité dite médicale (55 %), et un peu moins d'un quart une spécialité chirurgicale (23 %). Les autres spécialités se répartissent entre la psychiatrie (13 %), la santé publique et la médecine du travail (6 %), et la biologie médicale (3 %). La spécialité qui a l'effectif le plus important est celle des psychiatres (13 900 praticiens en 2009), devant les chirurgiens (11 500, toutes spécialités confondues) et les anesthésistes (10 700). Viennent ensuite les radiologues (8 000), les pédiatres (7 100), les cardiologues (6 300), les ophtalmologistes (5 700), et les gynécologues-obstétriciens (5 600) [2].

Selon les projections effectuées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques (Drees), le nombre de spécialistes devrait diminuer de 12 % entre 2006 et 2019. Cette baisse devrait être plus marquée que celle des généralistes (- 7 %). Les évolutions des effectifs seraient très contrastées selon les spécialités. Les disciplines qui devraient connaître les baisses les plus importantes sont la médecine du travail (- 51 %), la rééducation et la réadaptation fonctionnelle (- 36 %), l'ophtalmologie (- 29 %) et la dermatologie-vénéréologie (- 24 %) [4, 5].

La répartition géographique des spécialistes est nettement plus contrastée que celle des généralistes. Les zones les plus fortement médicalisées se situent à Paris et dans le sud de la France métropolitaine. En Ile-de-France, le nombre de spécialistes par habitant est 2 à 3 fois plus élevé qu'en Guyane, Guadeloupe ou Picardie.

La moitié des spécialistes ont une activité libérale

(exclusive ou non), et environ 40 % exercent en milieu hospitalier comme salariés. La proportion de spécialistes libéraux est restée relativement stable au cours des vingt-cinq dernières années. L'exercice libéral varie fortement selon les spécialités : 85 % en ophtalmologie, 59 % en gynécologie-obstétrique, 41 % en pédiatrie, contre seulement 34 % en anesthésie-réanimation [1, 2].

L'effectif des spécialistes libéraux, selon les données de l'assurance maladie, est resté pratiquement stable au cours de la dernière décennie (55 400 fin 2008). Plusieurs spécialités connaissent un recul démographique depuis 2000 : - 13 % pour la stomatologie, - 7 % pour la pédiatrie... En revanche, en urologie, néphrologie, chirurgie orthopédique, cardiologie et radiologie, l'augmentation des effectifs se poursuit [6-8].

Sur le plan conventionnel, 60 % des spécialistes dépendent du secteur I et 39 % du secteur à honoraires libres (secteur II). Par ailleurs, 150 médecins sont non conventionnés. La part du secteur II est très variable selon la spécialité et selon les territoires : 60 % des spécialistes libéraux sont à honoraires libres en Ile-de-France contre 15 % seulement en Bretagne. L'urologie est la spécialité dans laquelle on observe la plus forte proportion de médecins en secteur II (84 %) contre 17 % pour la pneumologie et 19 % pour la cardiologie [6].

La Nomenclature des actes professionnels (NGAP), qui est la base de la rémunération des médecins libéraux, a été remplacée en 2005, pour les actes techniques, par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Depuis 2005, les patients qui accèdent directement à un spécialiste sans passer par leur médecin traitant sont moins bien remboursés par l'assurance maladie et le tarif de l'acte peut être majoré par le spécialiste.

La situation à Paris

Le nombre total de spécialistes (libéraux et salariés) exerçant à Paris en 2009 est de 11 604 (source Drees). Parmi eux, 5 461 exercent en libéral (source Snir). Paris a une densité de médecins spécialistes libéraux, toutes disciplines confondues, de 251 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité est nettement supérieure à celles constatées en Ile-de-France et en France métropolitaine (respectivement de 116 et 89 spécialistes pour 100 000 habitants).

La densité élevée se vérifie pour l'ensemble des principales spécialités.

Les effectifs de médecins peuvent provenir de plusieurs sources (Ordre des médecins, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère de l'emploi et de la solidarité), dont les modalités d'enregistrement varient. D'où certaines différences dans les effectifs.

Tab 1 - Effectifs et densités de médecins libéraux pour les principales spécialités en 2009

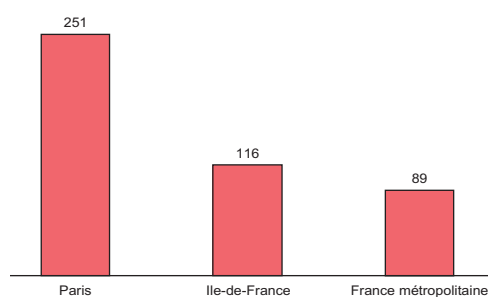
	Paris		Ile-de-France		France métropolitaine	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Anesthésie-réanimation chirurgicale	185	8,5	550	4,8	2 990	4,9
Chirurgie générale	121	5,5	274	2,4	1 178	1,9
Chirurgie orthopédique et traumatologie	138	6,3	321	2,8	1 522	2,5
Dermato-vénérologie	290	13,3	787	6,8	2 989	4,9
Gastro-entérologie et hépatologie	134	6,1	399	3,5	1 803	2,9
Gynécologie (médicale et obstétrique)*	450	38,1	1 168	19,8	4 246	14,7
Ophthalmologie	334	15,3	1 016	8,8	4 194	6,8
ORL	151	6,9	491	4,3	1 918	3,1
Pathologie cardio-vasculaire	223	10,2	830	7,2	3 507	5,7
Pédiatrie**	186	55,8	673	28,1	2 305	19,2
Psychiatrie	1 329	60,6	2 044	17,6	6 064	9,8
Radiodiagnostic et imagerie médicale	263	12,1	905	7,8	4 534	7,4
Rhumatologie	110	5,0	360	3,1	1 643	2,7
Ensemble des spécialistes	5 461	251	13 306	116	54 315	89

Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France

*Nombre de pédiatres pour 100 000 personnes âgées de moins de 16 ans

**Nombre de gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

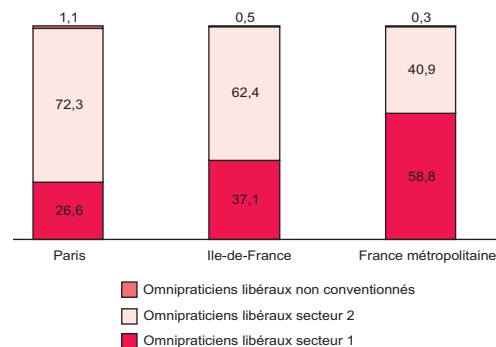
Graph 1 - Densités* des spécialistes libéraux en 2009



Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France

*pour 100 000 habitants

Graph 2 - Proportion de médecins spécialistes libéraux selon le mode conventionnel en 2009



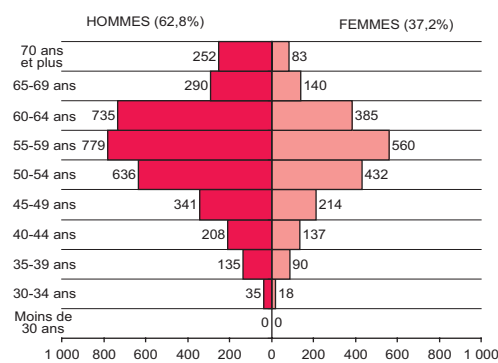
Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France

Plus encore que pour les omnipraticiens, on constate une forte proportion de spécialistes exerçant hors secteur 1 à Paris : c'est le cas de 73% des spécialistes parisiens contre une moyenne régionale de 63% et nationale de 41%.

En 2009, l'âge moyen des spécialistes libéraux exerçant à Paris est de 55,9 ans : 56,3 ans pour les hommes et 55,1 ans pour les femmes. Ces âges moyens sont supérieurs à ceux des spécialistes de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine (respectivement 54,9 ans et 53,2 ans). Par ailleurs, les femmes représentent 37,6% des spécialistes libéraux de Paris. Cette proportion est supérieure à celles observées au niveau régional et national (respectivement 36,7% et 31,0%).

Les hommes sont majoritaires dans toutes les tranches d'âge.

Graph 3 - Répartition par âge des médecins spécialistes libéraux en 2009



Source : SNIR (CNAMTS) - Exploitation ORS Ile-de-France

En 2009, l'activité des spécialistes libéraux parisiens (volume de consultations et de visites) est inférieure à celles observées en Ile-de-France et en France métropolitaine. Le nombre de consultations par APE dans le département est de 1 443, il est de 1 848 en Ile-de-France et de 2 019 en France métropolitaine. Dans la période 2003-2009, le nombre d'actes cliniques à Paris est passé de 1 597 à 1 443, soit une diminution de l'activité de 1,67% par an. Cette baisse est cependant moins marquée qu'au niveau national (- 1,91%).

Malgré une faible proportion de spécialistes libéraux parisiens exerçant en secteur 1, le département a une densité de spécialistes libéraux du secteur 1 (toutes spécialités confondues) relativement élevée : elle est de 68,3 spécialistes pour 100 000 habitants contre une moyenne régionale de 43,3 et une moyenne nationale de 52,5.

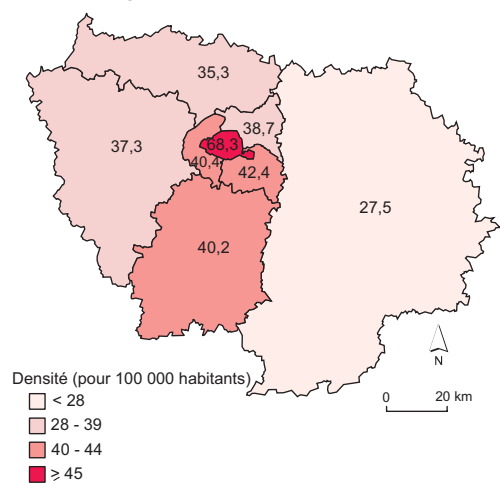
Cette densité varie fortement entre les arrondissements parisiens, ceux du nord et de l'est (10^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements) étant les plus mal pourvus.

Tab 2 - **Activité des médecins spécialistes libéraux en 2009**

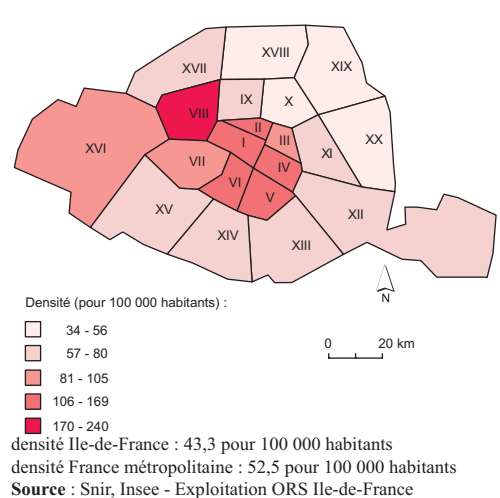
	Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
Nombre d'APE	4 370	11 128	45 649
Consultations	6 293 049	20 532 447	92 115 741
Visites	14 322	29 952	70 247
Total actes	6 307 371	20 562 399	92 185 988
Nb d'actes par praticien	1 443	1 848	2 019
TCAM* 2003-2009	-1,67	-1,56	-1,91

Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France
* Taux de croissance annuel moyen

Carte 1 - **Les spécialistes libéraux du secteur 1 dans les départements d'Ile-de-France en 2009**



Carte 1b - **Les spécialistes libéraux du secteur 1 dans les arrondissements de Paris en 2009**



Repères bibliographiques et sources

1. Sicart D. (2001) Les médecins : estimations de 1984 à 2000. Séries longues. Document de travail. Série statistiques Drees. n° 22. 62 p
2. Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1er janvier 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 138. 117 p.
3. Sicart D. (2000). Les médecins : estimations au 1er janvier 2000. Document de travail. Collection statistiques. Drees. n° 14. 87 p.
4. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. (2009). La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé. Drees. n° 12. 66 p.
5. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. (2009). La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et résultats. Drees. n° 679. 8 p.
6. Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes)
7. Cnamts. Snir 2000 (système national inter-régimes)
8. Cnamts. (2006). Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux. Carnets statistiques. n° 112. 157 p.

5.4 Chirurgiens-dentistes

3 374 chirurgiens-dentistes (libéraux et salariés) exercent à Paris en 2010, soit une densité de 155 praticiens pour 100 000 habitants, nettement supérieure aux moyennes régionale et nationale. Le nombre de dentistes libéraux est cependant en légère baisse à Paris depuis dix ans.

Contexte national

Près de 42 000 chirurgiens-dentistes exercent leur activité en France au 1^{er} janvier 2009, cet effectif étant relativement stable depuis une dizaine d'années. La structure par âge de ce groupe de professionnels s'est profondément transformée : 49 % des professionnels en activité sont âgés de 50 ans ou plus en 2009 contre 34 % en 2000 [1, 2]. Avec 37 % de femmes, les chirurgiens-dentistes demeurent la profession de santé à exercice réglementé la moins féminisée. Toutefois, chez les praticiens de moins de 35 ans, les femmes sont majoritaires [1].

Avec une densité moyenne de 66 praticiens pour 100 000 habitants, la France se situe dans une position intermédiaire par rapport aux autres pays européens. Cette densité est inférieure à celles observées dans les pays scandinaves mais supérieure à celles des pays de l'Europe de l'Est et du Sud [3, 4].

Les chirurgiens-dentistes sont formés en six années d'études, la première année étant commune avec les médecins, les sages-femmes, et depuis 2010, avec les pharmaciens. Pour faire face à la baisse des effectifs attendue au cours des prochaines années, le nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études dentaires (numerus clausus) a été progressivement réévalué et il atteint 1 154 pour l'année universitaire 2009-2010 (800 en 2001-2002). Selon des projections établies en 2007 sous l'hypothèse de comportements et trajectoires professionnelles inchangés et d'un numerus clausus fixé à 1 100 à partir de l'année universitaire 2007-2008, la densité de chirurgiens-dentistes en 2030 serait environ inférieure de 35% à celle de 2006. Cette évolution attendue est à mettre en regard de l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire, notamment chez les enfants [3, 5].

La très grande majorité des chirurgiens-dentistes ont un exercice libéral (91%), les autres praticiens étant salariés des centres de santé, des établissements de santé ou des caisses d'assurance maladie [1]. Les libéraux se répartissent de manière à peu près égale entre exercice individuel et exercice de groupe. Les femmes sont majoritaires parmi les praticiens salariés (58% fin 2006) [6].

L'effectif de chirurgiens-dentistes libéraux recensés par l'assurance maladie (37 100 au 31 décembre 2008) est pratiquement stable depuis 1996. 95% sont des omnipraticiens, les autres exerçant l'Orthopédie dento-faciale (ODF) ; l'effectif des

spécialistes en ODF est passé de 1 817 en 2004 à 1 955 en 2008. Les régions du sud de la France, l'Alsace et l'Ile-de-France ont les plus fortes densités de praticiens libéraux. Les départements d'outre-mer, la Normandie et les régions du nord sont les moins pourvus. On dénombre seulement 17 praticiens libéraux pour 100 000 habitants en Guyane contre 82 en Provence-Alpes-Côte-D'azur. Les actes des dentistes libéraux se répartissent principalement entre soins conservateurs (1 400 actes par professionnel et par an), prothèses et chirurgie dentaire (extractions principalement). Les soins conservateurs et chirurgicaux sont, comme les autres actes de soins, remboursés à 70% par l'assurance maladie. En revanche, les prothèses (63 % des honoraires en 2004 [7]) et les soins d'ODF sont faiblement remboursés par l'assurance maladie, les chirurgiens-dentistes ayant la liberté de pratiquer des dépassements par rapport au tarif de référence, sur la base d'un devis remis au patient (entente directe). Les soins dentaires sont d'ailleurs le principal motif de renoncement aux soins pour des raisons financières (50 % des cas de renoncements) [8]. En revanche, les personnes qui relèvent de la Couverture maladie universelle (CMU) bénéficient d'une prise en charge intégrale, dans la limite d'un panier de soins [9].

La situation à Paris

Plus de 3 300 chirurgiens-dentistes (libéraux et salariés) exercent à Paris en 2010, soit une densité de 155 praticiens pour 100 000 habitants. La densité parisienne est nettement supérieure aux moyennes régionale (79 pour 100 000 habitants) et nationale (67 pour 100 000). A Paris et en Ile-de-France (c'est moins le cas en France), on observe une baisse de la densité de dentistes depuis dix ans. La baisse concerne l'exercice libéral tandis que le nombre de salariés progresse.

En 2010, 83% des dentistes parisiens exercent en libéral (87% en Ile-de-France et 91% en France).

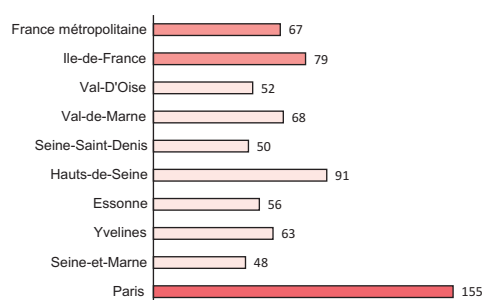
Le taux de féminisation de cette profession est de 41% dans le département, de 43% dans la région et de 38% au niveau national.

Tab 1 - Effectifs et densités* des chirurgiens-dentistes en 2001 et 2010

2001	Paris		Ile-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
Salariés	383	18	7	5
Libéraux	3 210	151	79	64
Total	3 593	169	86	69
2010	Effectifs	Densité	Densité	Densité
Salariés	566	26	11	6
Libéraux	2 808	129	69	60
Total	3 374	155	79	67

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

Graph 1 - Densités* des chirurgiens-dentistes en 2010



Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

Repères bibliographiques et sources

- Sicart D. (2009). Les professions de santé au 1er janvier 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 131. 77 p.
- Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1er janvier 2000. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 9. 63 p.
- Collet M, Sicart D. (2007). Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006. Etudes et résultats. Drees. n° 594. 8 p.
- Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Collet M, Sicart D. (2007). La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national. Etudes et résultats. Drees. n° 595. 8 p.
- Observatoire national de la démographie des professions de santé. (2008). La profession de chirurgien-dentiste. In Analyse des professions : chirurgien-dentiste, périnatalité, bloc-opératoire. Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 3. Ed. La Documentation française. pp. 11-37
- Cnamts. (2006). Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux. Carnets statistiques. n° 112. 157 p.
- Drees. (2009). Renoncement aux soins. In La santé des femmes en France. Ed. La Documentation française pp. 274-275
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

5.5 Infirmiers

Plus de 30 000 infirmiers (libéraux et salariés) exercent à Paris en 2010. La densité (1 395 infirmiers pour 100 000 habitants) est très élevée à Paris. C'est beaucoup moins vrai si l'on considère les seuls libéraux. La densité parisienne (104 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants) est alors plus élevée que la très faible densité francilienne (64 pour 100 000) mais inférieure à la moyenne nationale de 126 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants).

Contexte national

Avec plus de 507 000 professionnels en 2009, les infirmiers représentent la profession de santé la plus importante en France. Leur effectif a augmenté de façon marquée au cours de la dernière décennie : + 3% par an en moyenne. La profession reste fortement féminisée (87% de femmes en 2009). L'âge moyen des infirmiers est passé de 34 ans en 1983 à 42 ans en 2009, mais semble actuellement se stabiliser [1-3].

Les infirmiers sont formés au sein des 330 Instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), dont 80% sont rattachés à des établissements publics de santé [2, 4]. Leurs budgets de fonctionnement sont alloués par les Conseils régionaux, mais les effectifs d'étudiants admis dans ces instituts sont déterminés, pour chaque région, par le Ministère chargé de la santé. L'Agence régionale de santé répartit ensuite ce quota entre les Ifsi. Le nombre total d'étudiants admis est passé de 18 270 en 1999 à 30 500 en 2009. La formation des infirmiers, d'une durée de trois ans après le baccalauréat, a été réformée en 2009 et s'effectue dorénavant en lien avec l'université. Elle débouche sur un diplôme d'Etat, qui sera reconnu au grade de licence à partir de 2012 [5, 6].

Trois spécialisations de la profession d'infirmier, accessibles par concours mais non soumises à quota, conduisent à un diplôme d'Etat. 14 800 puéricultrices, 7 900 infirmiers anesthésistes (IADE), et 6 100 infirmiers de bloc opératoire (IBODE) sont ainsi recensés en 2009 [1].

Le nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants est deux fois moins important en Guyane (458) que dans le Limousin (1 052).

Les infirmiers travaillent essentiellement dans les établissements de santé : 54 % d'entre eux exercent dans un établissement public et 17 % dans un établissement privé. Par ailleurs, 15 % ont une activité libérale et environ 4 % sont employés dans un établissement pour personnes âgées [1].

Les soins à domicile constituent un débouché important de cette profession, avec trois modes d'exercice différents, en libéral, ou comme salarié au sein des Centres de soins infirmiers (CSI) ou des Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad).

Plus de 60 000 infirmiers ont une activité libérale fin 2008, avec une forte progression des effectifs depuis 2004 (+ 4 % par an). Les disparités géographiques d'implantation des infirmiers libéraux sont particulièrement marquées avec une densité de professionnels six fois plus élevée en Corse (260 pour 100 000 habitants) qu'en Ile-de-France (41). Depuis fin 2008, les conditions d'installation des infirmiers libéraux sont restreintes

dans les zones de forte densité [7]. L'activité annuelle moyenne par professionnel (8 200 actes), a progressé de 1,6% par an depuis 2004, les actes techniques représentant une part croissante de leur activité.

Les soins à domicile sont également délivrés dans des conditions comparables par les 5 000 infirmiers qui exercent dans les 600 CSI recensés au niveau national en 2005, avec de très fortes disparités d'implantation selon les régions [8]. Enfin, 4 400 infirmiers travaillent dans les 2 100 Ssiad qui assurent des soins à domicile aux personnes âgées dépendantes, ainsi qu'aux personnes handicapées ou atteintes d'une pathologie chronique [9].

Les contraintes d'horaires et de rythme de travail liées sont souvent importantes pour cette profession aussi bien pour celles qui travaillent en milieu hospitalier qu'en milieu libéral [10, 11]. Selon une enquête menée en 2006 auprès du personnel des établissements de santé, 61 % des infirmiers déclarent travailler fréquemment le samedi, 59 % le dimanche, 36 % la nuit et 45 % au-delà de leur "durée habituelle". Plus de 40 % déclarent faire face à des pics d'activité quotidiennement [10].

Depuis 2006, cette profession est dotée d'un ordre professionnel [12].

(voir les fiches : " Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées " et " Aide à l'autonomie des personnes âgées ")

La situation à Paris

Les 30 422 infirmiers (libéraux et salariés) exerçant à Paris au 1^{er} janvier 2010 représentent une densité de 1 395 professionnels pour 100 000 habitants, densité nettement supérieure aux moyennes régionale et nationale (respectivement de 738 et 840 pour 100 000 habitants). Une très forte proportion de ces infirmiers sont salariés, majoritairement du secteur hospitalier (public et privé). L'offre est beaucoup moins développée si l'on considère les infirmiers libéraux. En effet, la densité en infirmiers libéraux est de 104 professionnels pour 100 000 habitants à Paris contre 126 en France métropolitaine. Tous les départements franciliens (Paris moins que les autres) présentent une faible densité en infirmiers libéraux.

A noter la forte densité d'infirmiers salariés non hospitaliers à Paris (professionnels exerçant notamment dans les centres de santé).

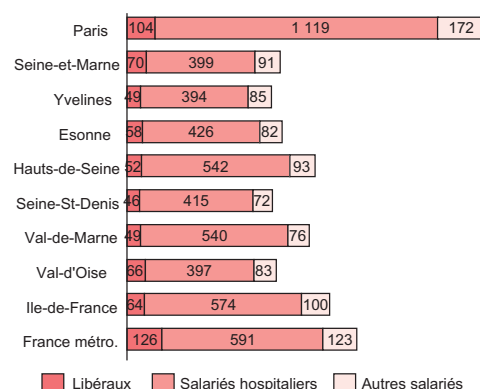
Entre 2001 et 2010, le nombre total d'infirmiers a

augmenté à Paris et la densité totale est passée de 1 115 à 1 395 professionnels pour 100 000 habitants. Cette augmentation (+280 points) est supérieure à celles observées au niveau régional (+109 points) et national (+161 points). L'augmentation est due à l'évolution du nombre d'infirmiers salariés (qui s'explique pour partie par des changements de statut et d'organisation du travail dans les établissements). La densité en infirmiers libéraux exclusifs a en revanche très peu évolué à Paris et plus généralement en Ile-de-France alors qu'elle a sensiblement progressé au niveau national sur la même période.

Dans le département, en 2010, seuls 7,5% des infirmiers sont des libéraux exclusifs. C'est moins qu'en Ile-de-France (8,7%) et en France métropolitaine (15%).

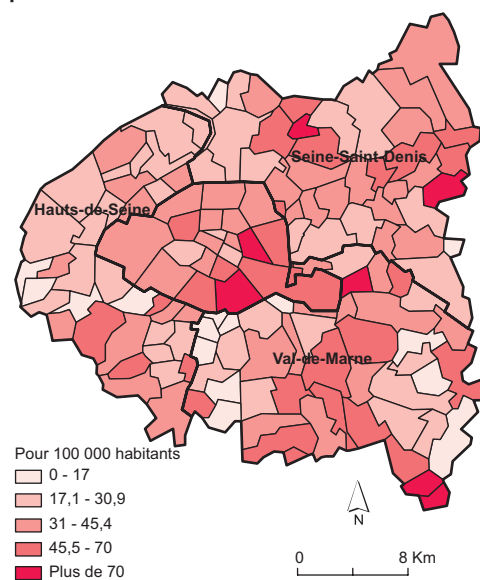
Le taux de féminisation de la profession est élevé. Avec 87% d'infirmières, Paris ne se démarque pas de la moyenne nationale.

Graph 1 - Densités* d'infirmiers libéraux et salariés en 2010



Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants

Carte 1 - Densité d'infirmiers libéraux dans les arrondissements de Paris et les communes de proche couronne en 2008



densité Paris : 104 pour 100 000 habitants (2010)
densité Ile-de-France : 64 pour 100 000 habitants (2010)
densité France métropolitaine : 126 pour 100 000 habitants (2010)
Source : Snir, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 1 - Effectifs et densités* d'infirmiers en 2001 et en 2010

	Paris		Ile-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
Salariés	21 508	1 012	567	581
Libéraux	2 187	103	62	98
Total	23 695	1 115	629	679
	2010	Effectifs	Densité	Densité
Salariés	28 149	1 290	674	714
Libéraux	2 273	104	64	126
Total	30 422	1 395	738	840

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants

Repères bibliographiques et sources

- Sicart D. (2009). Les professions de santé au 1er janvier 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 131. 77 p.
- Observatoire national de la démographie des professions de santé (2004). Démographie actuelle de la profession d'infirmier et évolution passée. In Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé. Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3 Ed. La Documentation française. pp 54-62
- Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1er janvier 2000. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 9. 63 p.
- Jakoubovitch S. (2009) La formation aux professions de la santé en 2008. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 139. 108 p
- Circulaire interministérielle n°DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat.
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier
- Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux
- Léger AM, Mauss H. (2006). Situation financière des centres de soins infirmiers. Igas. 58 p.
- Bertrand D. (2010). Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. Etudes et résultats. Drees. n° 739. 8 p.
- Cordier M. (2009). L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes. Etudes et résultats. Drees. n° 709. 8 p.
- Douguet F, Vilbrod A. (2007). Le métier d'infirmière libérale : portrait sociologique d'une profession en pleine mutation. Ed. Seli Arslan. 287 p.
- Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers
- ORS Pays de la Loire, ORS Aquitaine, ORS Guadeloupe, ORS Midi-Pyrénées. (2008). Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France : principales évolutions sociodémographiques, état de santé et pathologies, aides et soins aux personnes âgées. Fnors. 86 p.

5.6 Professionnels de la rééducation et de la réadaptation

Pour l'ensemble des professionnels de la rééducation et de la réadaptation considérés dans cette fiche, Paris apparaît bien doté avec des densités de professionnels supérieures à celles constatées en Ile-de-France et en France métropolitaine.

Contexte national

L'activité de rééducation-réadaptation repose sur des savoir-faire très diversifiés et mobilise aussi bien les professionnels du soin, que de l'accompagnement social. A côté des 1 900 médecins de médecine physique et de rééducation, de nombreux auxiliaires médicaux sont concernés par cette activité [1]. La France compte ainsi, début 2009, 68 800 masseurs-kinésithérapeutes, 19 000 orthophonistes, et 3 200 orthoptistes, trois professions paramédicales exerçant leur activité sur prescription médicale. Leurs effectifs ont augmenté de façon importante au cours de la dernière décennie : près de 3 % en moyenne par an depuis 2000 pour les masseurs-kinésithérapeutes et environ 4% pour les orthophonistes et les orthoptistes [2, 3]. Orthophonistes et orthoptistes sont des professions essentiellement féminines, respectivement 96 % et 92 % des effectifs en 2009. En revanche, la majorité des masseurs-kinésithérapeutes sont des hommes, même si les femmes sont de plus en plus nombreuses à exercer cette profession (47%) [3]. Elles sont majoritaires (55%) parmi les nouveaux inscrits en formation en 2008 [4].

La formation de masseur-kinésithérapeute se déroule sur trois ans. Elle est délivrée au sein d'instituts de formation, agréés par les Conseils régionaux, de statut privé ou public, qui peuvent dans ce dernier cas être rattachés à l'université. Pour chaque institut, un nombre de places est fixé par le Ministère chargé de la santé sur proposition des Conseils régionaux compétents et après avis des Agences régionales de santé. Ces quotas ont sensiblement augmenté depuis 2000, atteignant 2 139 au plan national pour la rentrée 2009-2010. Le recrutement d'entrée s'effectue le plus souvent à partir d'un concours propre, ou bien par un concours commun de première année d'études médicales. Une part non négligeable des praticiens se sont formés dans d'autres pays de l'Union Européenne, notamment en Belgique où l'université accueillait sans restriction à l'entrée jusqu'en 2006 [5]. Depuis 2006, cette profession est dotée d'un ordre professionnel qui a élaboré un code de déontologie [6]. Les orthophonistes et orthoptistes sont formés quant à eux essentiellement à l'université, au sein des facultés de médecine.

Comme pour les autres professions de santé, des écarts très importants de densité des professionnels par habitant sont observés entre les régions. Paris et les régions du sud ont les plus fortes densités. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants est ainsi cinq fois plus élevé dans le Languedoc-Roussillon (153), où sont implantés de nombreux établissements de rééducation, qu'en Guyane (28) [3].

L'exercice libéral est nettement majoritaire pour ces trois métiers de la rééducation : 80% pour les orthophonistes, 79% pour les masseurs-kinésithérapeutes et 72% pour les orthoptistes. De nombreux professionnels ont une activité diversifiée, exerçant à la fois en cabinet libéral et en établissements de santé ou au sein de structures pour personnes âgées ou pour personnes handicapées. Selon les données de l'assurance maladie, les effectifs libéraux de masseurs-kinésithérapeutes (49 000), orthophonistes (14 000) et orthoptistes (1 800) ont progressé depuis 2004 à un rythme relativement élevé, respectivement + 2,9%, + 4,3%, et + 2,8%.

Le champ d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes s'est fortement diversifié depuis le début des années 1980. Outre la prise en charge rééducative et réadaptative des problèmes de traumatologie et de rhumatologie, cette profession a investi des domaines nouveaux, comme la neurologie ou le cardiovasculaire. Plus récemment, la kinésithérapie respiratoire, notamment auprès des nourrissons, a connu un fort développement. Enfin, la place de la kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices des personnes âgées, et par la même du maintien de leur autonomie, est également essentielle [5, 7].

Les orthoptistes ont pour mission le dépistage, la rééducation et la réadaptation des troubles de la vision. Depuis fin 2007, ces professionnels sont autorisés à effectuer la détermination subjective et objective de l'acuité visuelle, c'est-à-dire l'examen de réfraction oculaire qui permet au médecin de prescrire des lunettes [8]. Une nouvelle répartition des tâches entre ophtalmologistes et orthoptistes se met ainsi progressivement en place dans certains cabinets et services d'établissements de santé. Les orthoptistes sont également fortement impliqués, en libéral ou en centre de rééducation, dans la prise en charge des situations de malvoyance, particulièrement fréquentes chez les personnes âgées.

Les orthophonistes préviennent et prennent en charge les troubles de la communication écrite et orale. Au cours des années récentes, le recours aux orthophonistes libéraux s'est fortement développé (18,7 millions d'actes en AMO en 2004 ; 21,9 millions en 2008 soit + 18% [9]) principalement en direction des jeunes enfants. Cette évolution résulte vraisemblablement d'une meilleure identification des besoins, mais aussi pour partie d'une tendance à la médicalisation de certaines difficultés scolaires. Les orthophonistes sont aussi sollicités pour des soins très spécifiques, destinés par exemple aux personnes autistes ou malentendantes.

Les masseurs-kinésithérapeutes à Paris

En 2010, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes (libéraux et salariés) rapporté à la population est de 197 pour 100 000 habitants à Paris, contre 113 en Ile-de-France et 112 en France métropolitaine. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes a augmenté entre 2001 et 2010, passant de 3 684 à 4 310. L'augmentation des masseurs-kinésithérapeutes salariés a été plus importante que celle des libéraux. Le département avec une progression de 13% pour l'ensemble de la profession a connu une progression supérieure à celles observées aux niveaux régional et national (4%).

A Paris, en 2010, 83% des masseurs-kinésithérapeutes exercent en libéral. Cette proportion est supérieure à celles constatées aux niveaux régional et national (respectivement 76% et 79%).

Un peu plus de la moitié des professionnels sont des femmes à Paris (55%) contre 48% en France métropolitaine.

Les orthophonistes à Paris

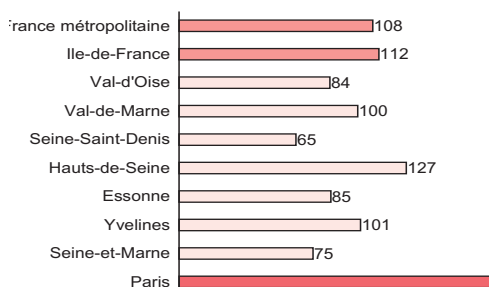
En 2010, le nombre d'orthophonistes (libéraux et salariés) rapporté à la population est de 53 pour 100 000 habitants dans Paris. Cette densité est supérieure à celles observées aux niveaux régional et national (respectivement 35 pour 100 000 et 31 pour 100 000). Le nombre total de professionnels a progressé entre 2001 et 2010, passant de 942 à 1 150. Les orthophonistes libéraux représentent 79% des effectifs, proportion équivalente à celles constatées aux niveaux régional et national (80%). Le taux de féminisation est très important pour cette profession, mais Paris ne se distingue pas de la moyenne avec près de 97% de femmes.

Tab 1 - Effectifs et densités* des masseurs-kinésithérapeutes en 2001 et 2010

2001	Paris		Ile-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
Salariés	637	30	22	20
Libéraux	3 047	143	84	72
Total	3 684	173	107	92
2010	Paris		Ile-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
Salariés	935	43	27	24
Libéraux	3 375	155	86	88
Total	4 310	197	113	112

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants

Graph 1 - Densités* des kinésithérapeutes en 2010



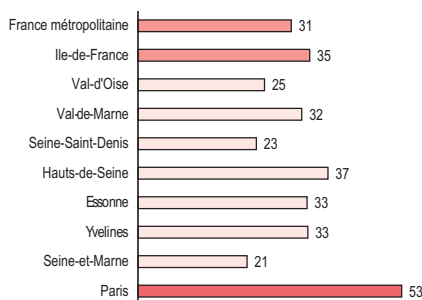
Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de kinésithérapeutes pour 100 000 habitants

Tab 2 - Effectifs et densités* des orthophonistes en 2001 et 2010

2001	Paris		Ile-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
Salariés	208	10	5	5
Libéraux	734	35	26	19
Total	942	44	31	24
2010	Paris		Ile-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
Salariés	245	11	7	6
Libéraux	905	41	28	25
Total	1 150	53	35	31

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre d'orthophonistes pour 100 000 habitants

Graph 2 - Densités* des orthophonistes en 2010

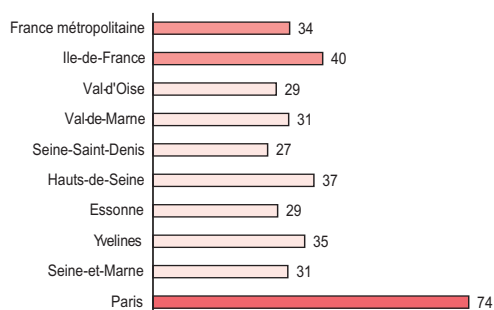


Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre d'orthophonistes pour 100 000 habitants

Les “autres professionnels de santé” à Paris

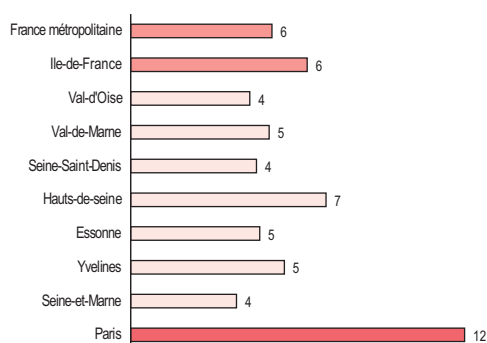
Pour les “ autres professions de santé ” encadrées par le code de la santé publique, le département de Paris apparaît plutôt bien doté, avec une densité de praticiens supérieure aux moyennes régionale et nationale.

Graph 3 - Densités* des opticiens en 2010



Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre d'opticiens pour 100 000 habitants

Graph 4 - Densités* des orthoptistes en 2010



Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre d'orthoptistes pour 100 000 habitants

Tab 3 - Effectifs et densités* des autres professionnels de santé en 2010

	Paris		Ile-de-France		France métropolitaine			
	Effectifs	Densités	Effectifs	Densités	Effectifs	Densités		
	Libéraux	Salariés	Libéraux	Salariés	Libéraux	Salariés		
Orthoptistes	181	93	8	4	5	1	4	2
Psychomotriciens	60	329	3	15	3	14	2	11
Pédicures-podologues	780	31	36	1	22	1	18	0,3
Ergothérapeutes	11	300	1	14	1	12	1	11
Audio-prothésistes	27	107	1	5	1	2	1	2
Opticiens-lunetiers	399	1 222	18	56	10	30	11	23
Manipulateurs ERM	-	2 072	-	95	-	49	-	46
Diététiciens	52	381	2	17	2	10	2	8

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de professionnels pour 100 000 habitants

Repères bibliographiques et sources

- Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1er janvier 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 138. 117 p.
- Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1er janvier 2000. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 9. 63 p.
- Sicart D. (2009). Les professions de santé au 1er janvier 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 131. 77 p.
- Jakoubovitch S. (2009). La formation aux professions de la santé en 2008. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 139. 108 p.
- Matharan J, Micheau J, Rigal E. (2009). Le métier de masseur-kinésithérapeute. Observatoire national de la démographie des professions de santé. 139 p.
- Article L. 4321-14 du Code de la santé publique
- HAS. (2005). Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. Recommandations. 13 p.
- Décret n° 2007-1671 du 27 novembre 2007 fixant la liste des actes pouvant être accomplis par des orthoptistes et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes)

5.7 Sages-femmes

La densité de sages-femmes à Paris est supérieure à celles observées aux niveaux régional et national. Cependant l'écart entre Paris et la France métropolitaine se réduit depuis 10 ans.

Contexte national

Les sages-femmes possèdent un statut de personnel médical, dont les compétences sont définies réglementairement. Selon le code de la santé publique, elles ont en charge la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse normale et à la préparation psychoprophylactique à la naissance, ainsi qu'à la pratique des accouchements eutociques (qui s'effectuent dans des conditions normales) et des soins postnataux pour la mère et l'enfant [1]. Elles assurent le suivi de la grossesse et l'accouchement normal, mais sont également impliquées dans la surveillance des grossesses pathologiques, leurs attributions ayant été progressivement élargies. Suite à la loi du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve qu'elles adressent la femme à un médecin en cas de situation pathologique [2].

Ces différents champs d'intervention sont toutefois partagés avec de nombreux autres professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, puéricultrices, masseurs-kinésithérapeutes).

Après une période de relative stabilité durant les années 1970, l'effectif des sages-femmes a progressé rapidement depuis le début des années 1990 [3]. Entre 2000 et 2009, leur effectif est passé de 14 900 à 19 600 en France, soit une augmentation de plus de 30 % [4, 5]. Pendant la même période, le nombre de naissances enregistrées a augmenté de 1,7 % (807 000 en 2000, 821 000 en 2009) [6]. 28 % des sages-femmes sont âgées de 50 ans ou plus en 2009 (19 % en 2000) [4, 5].

La formation des sages-femmes se déroule sur cinq années. Depuis 2002, la première année d'étude est commune à l'ensemble des professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme). A la rentrée 2010, les premières années de médecine et pharmacie ont également fusionné. Le numerus clausus des sages-femmes a été réévalué, de 732 en 1999 à environ 1 000 depuis 2004. Les budgets de fonctionnement des instituts de formation sont à la charge des Conseils régionaux depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés locales. Le nombre d'hommes dans la profession (appelés maïeuticiens) reste marginal (1,7 % des effectifs), mais ils représentent 10 % des étudiants entrés en formation en 2008. Cette évolution récente semble liée à la mise en place en 2002 d'une première année de formation commune aux études médicales [7].

L'effectif des sages-femmes libérales a fortement augmenté entre 2004 et 2008 (+ 7,1 % par an), la densité par habitant étant nettement plus élevée dans

la région qu'au plan national (+ 33 %).

Les actes de rééducation périnéale, surveillance de grossesse pathologique, suivi postnatal, cotés sages-femmes, sont en augmentation.

Comme pour les autres professions de santé, on observe des écarts très importants de densité de sages-femmes entre régions. Ainsi, en Picardie, on dénombre 93 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit près de la moitié de la densité de la Martinique (191 pour 100 000).

Environ 60 % des sages-femmes exercent dans un établissement public de santé, et 20 % dans un établissement privé (clinique privée ou établissement de santé privé d'intérêt collectif) [4]. Dans les établissements de santé, les sages-femmes pratiquent des consultations de grossesse, des échographies, la préparation à la naissance et les soins postnataux pour la mère et l'enfant. Dans de nombreuses cliniques privées, les sages-femmes assurent la préparation de l'accouchement et la surveillance du travail mais ne pratiquent pas elles-mêmes l'accouchement, qui est pris en charge par un gynécologue-obstétricien [3].

L'effectif des sages-femmes libérales (2 800 professionnels au 31 décembre 2008) est en très forte progression : + 7,5 % chaque année depuis 2004. Leur implantation sur le territoire est très inégalement répartie. Le département de la Creuse ne dispose d'aucune sage-femme en activité alors que des départements, comme l'Hérault ou le Gard, ont une densité de professionnels par habitant deux fois supérieure à la moyenne nationale. Selon l'assurance maladie, chaque sage-femme libérale réalise en moyenne 1 950 actes dans l'année : plus de 50 % sont des actes cotés SF (rééducation périnéale, surveillance de grossesse pathologique...) et 30 % des consultations (préparation à l'accouchement principalement) [3]. Ces professionnelles ont peu accès au plateau technique des cliniques privées et pratiquent exceptionnellement des accouchements (1 700 forfaits en 2008).

La situation à Paris

En 2010, le nombre de sages-femmes (libérales et salariées) exerçant à Paris est de 1 023, soit une densité de 168 sages-femmes pour 100 000 Parisiennes âgées de 15 à 49 ans. Cette densité est supérieure à celles observées aux niveaux régional (105 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) et national (130 pour 100 000).

La pratique libérale est très minoritaire, avec 17% de professionnels relevant de ce secteur. Cette proportion est comparable à celles observées en moyenne régionale (19%) et nationale (18%).

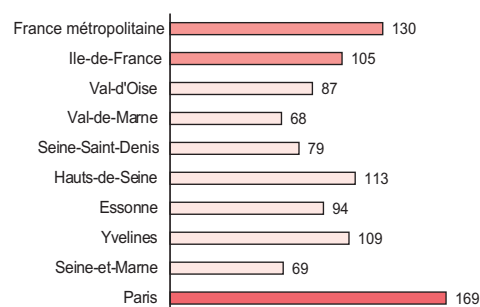
Entre 2001 et 2010, le nombre de sages-femmes exerçant à Paris a progressé (passant de 922 à 1 023) mais moins qu'au niveau national, de sorte que la densité parisienne, si elle reste élevée, réduit son écart avec la densité nationale (l'écart passant de 52 points en 2001 à 39 points en 2010).

Tab 1 - Effectifs et densités* des sages-femmes en 2001 et 2010

	Paris		Ile-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
2001				
Salariés	776	130	79	88
Libéraux	146	24	14	14
Total	922	154	93	102
2010				
Salariés	848	140	85	109
Libéraux	175	29	20	24
Total	1 023	169	105	130

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Graph 1 - Densités* de sages-femmes en 2010



Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Repères bibliographiques et sources

- Article L. 4151* du Code de la santé publique
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Sicart D. (2009). Les professions de santé au 1er janvier 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 131. 77 p.
- Observatoire national de la démographie des professions de santé. (2004). La profession de sage-femme. In Analyse de 3 professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3. Ed. La Documentation française. pp 9-50
- Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1er janvier 2000. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 9. 63 p.
- Pla A, Beaumel C. (2010). Bilan démographique 2009 : Deux pacs pour trois mariages. Insee première. Insee. n° 1276. 4 p.
- Jakubovitch S. (2009) La formation aux professions de la santé en 2008 Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 139 108 p.

5.8 Pharmaciens

3 726 pharmaciens exercent à Paris. 64% d'entre eux sont salariés (assistants, biologistes, hospitaliers, etc.), les autres ont un exercice libéral. Depuis dix ans, le nombre de pharmaciens salariés a considérablement augmenté. On dénombre un peu plus de 1 000 officines à Paris.

Contexte national

L'ordre des pharmaciens recense 72 700 pharmaciens actifs au 1er janvier 2009 (+ 90% depuis 1980). Avec l'instauration en 1980 d'un numerus clausus (nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études), la croissance démographique s'est progressivement ralentie : + 3% par an en moyenne entre 1980 et 1995, puis + 2 % entre 1995 et 2007, et + 0,2 % entre 2007 et 2009.

En lien avec l'augmentation des effectifs, la densité de pharmaciens pour 100 000 habitants est passée de 68 en 1980 à 114 en 2009 [1, 2].

La structure par âge de ce groupe de professionnels s'est également profondément modifiée au cours de la dernière décennie ; 44% des professionnels en activité sont âgés de 50 ans ou plus en 2009 contre 29% en 2000 [3, 4]. Par ailleurs, la féminisation de cette profession (65%) est plus accentuée que pour les médecins (40%) [4].

Le cursus universitaire menant au diplôme d'Etat de docteur en pharmacie dure au minimum six ans et comprend trois cycles, la durée du troisième cycle variant selon la spécialisation choisie (officine, industrie, internat ou recherche). Depuis la rentrée 2010, la première année des études en pharmacie est commune aux études médicales. Le nombre d'étudiants admis en deuxième année est fixé à 3 090 pour l'année universitaire 2009-2010, soit 37 % de plus qu'en 2001-2002 (2 250). Selon les projections établies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en 2005, la densité de pharmaciens en France métropolitaine ne devrait pas diminuer au cours des prochaines années [5].

La région du Limousin a la plus forte densité de pharmaciens, supérieure de 29 % à la moyenne nationale [4].

La grande majorité des professionnels (76 %) exercent leur activité principale en officine de ville, comme titulaires (28 800) ou adjoints (26 600) [1]. Le rôle des pharmaciens d'officine a été précisé par la loi du 21 juillet 2009, notamment en matière de participation aux soins de premier recours [6].

Le dispositif conventionnel, qui organise les rapports entre les pharmaciens titulaires et l'assurance maladie, détermine les engagements des pharmaciens en matière de dispensation pharmaceutique, de formation et de coordination des soins, de permanence pharmaceutique, de traitement des feuilles de soins et de dispense d'avance de frais... [7].

La décision de création ou de transfert d'une officine relève de l'Agence régionale de santé. Le quota de population nécessaire pour la création d'une officine

a été relevé en 2008. L'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue ne peut être autorisée que si le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 2 500. Pour les communes pourvues d'au moins une officine, une nouvelle licence ne peut être accordée que par tranche de 3 500 habitants [8].

23 100 officines pharmaceutiques sont installées en France en 2009, soit une densité moyenne d'une officine pour 2 770 habitants. Au total, les officines françaises emploient plus de 120 000 personnes [9]. La France disposait fin 2006 d'un réseau particulièrement dense de pharmacies, aux premiers rangs européens, avec la Grèce, la Belgique et l'Espagne. On dénombre, en effet, seulement une officine pour 4 000 habitants en Allemagne et une pour environ 10 000 habitants aux Pays-Bas et dans les pays nordiques [10]. La consommation moyenne de médicaments par habitant est nettement plus élevée en France que chez ses voisins européens [11].

Face à la forte croissance des dépenses de médicaments, les pouvoirs publics, qui déterminent les taux de marge commerciale des pharmaciens pour les spécialités remboursables (80 % du chiffre d'affaires des officines en 2006), ont introduit au début des années 1990 un système de marge dégressive lissée en fonction du prix du médicament [10]. Par ailleurs, depuis 1999, les pharmaciens sont encouragés à substituer aux médicaments princeps des génériques moins coûteux, les marges pour les deux types de médicaments étant identiques.

Dans ce contexte, le nombre d'officines implantées en France tend à diminuer (23 400 en 2004, 23 100 en 2009 ; - 1,3 %) [12]. En lien avec cette évolution, le nombre de pharmaciens titulaires a peu augmenté au cours des vingt dernières années, en revanche le nombre d'adjoints a fortement progressé, avec en moyenne plus d'un pharmacien-adjoint par officine contre 0,65 au début des années 1990 [1, 2].

D'autres secteurs d'activité emploient également des pharmaciens. 1 350 pharmaciens travaillent dans 221 entreprises de distribution en gros de produits pharmaceutiques. Plus de 5 000 pharmaciens exercent leur activité dans des établissements de santé et médico- sociaux, très majoritairement (94%) au sein des pharmacies à usage intérieur. Les 8 200 pharmaciens biologistes sont le plus souvent directeurs ou directeurs adjoints d'un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale (5 000) ou exercent leur activité dans les établissements de santé (plus de 2 500). Enfin, 3 400 pharmaciens travaillent dans l'industrie pharmaceutique [1].

Un dossier pharmaceutique, créé pour chaque

¹L'activité de distribution des médicaments est très encadrée. La création ou le transfert d'une officine sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le représentant de l'Etat dans le département. Dans les communes de plus de 30 000 habitants, une création ne peut être autorisée que si le nombre d'habitants par officine est supérieur à 3 000. Dans les communes de moins de 30 000 habitants, ce seuil est ramené à 2 500.

bénéficiaire de l'assurance maladie avec son consentement, recense tous les médicaments (prescrits ou non) qui lui ont été délivrés dans une officine au cours des quatre derniers mois. Ce dispositif se généralise progressivement à l'ensemble des officines et doit également être étendu aux pharmacies hospitalières [13].

La situation à Paris

En 2010, 3 726 pharmaciens exercent à Paris. 36% ont un exercice libéral, les autres sont salariés (assistants, biologistes, hospitaliers, etc.). Avec 171 pharmaciens pour 100 000 habitants, la densité de pharmaciens à Paris est supérieure à la moyenne régionale (122) et à la moyenne nationale (121).

On constate une forte progression du nombre de pharmaciens entre 2001 et 2010 mais cette progression concerne uniquement les salariés, le nombre de libéraux étant au contraire en légère baisse.

L'activité de distribution des médicaments et donc le nombre d'officines est réglementé en France¹.

Début 2008, on recensait 1 034 officines à Paris. Ce nombre est très stable (1 094 en 2001).

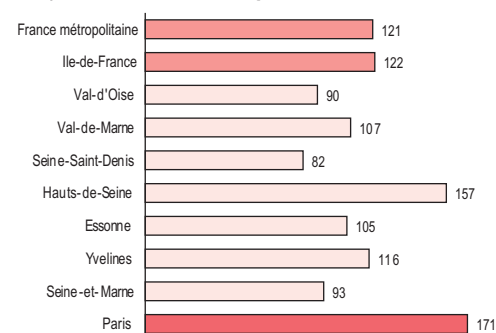
Le taux de féminisation de la profession à Paris est identique à celui de la région (respectivement 68% et 67%) et légèrement supérieur à celui de la France métropolitaine (66%).

Tab 1 - Effectifs et densités* des pharmaciens en 2001 et 2010

	Paris		Ile-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
2001				
Salariés	890	42	47	47
Libéraux	1 442	68	56	56
Total	2 332	110	103	103
2010				
Salariés	2 391	110	72	65
Libéraux	1 335	61	50	56
Total	3 726	171	122	121

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants

Graph 1 - Densités* des pharmaciens en 2010



Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants

Repères bibliographiques et sources

1. Ordre national des pharmaciens. (2009). Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2009. 28 p.
2. Collet M. (2005). Les pharmaciens en France : situation démographique et trajectoires professionnelles. Etudes et résultats. Drees. n° 437. 11 p.
3. Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1er janvier 2000. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 9. 63 p.
4. Sicart D. (2009). Les professions de santé au 1er janvier 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 131. 77 p.
5. Collet M. (2005). La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national. Etudes et résultats. Drees. n° 438. 11 p.
6. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
7. Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie
8. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008
9. Ordre national des pharmaciens. Site du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. www.ordre.pharmacien.fr
10. Collet M, De Kermadec C. (2009). L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires : situation en 2006 et évolutions depuis 2001. Document de travail. Série études et recherches. Drees. n° 92. 31 p.
11. Fenina A, Le Garrec MA, Duée M. (2009). Comptes nationaux de la santé 2008. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 137. 167 p.
12. Drass, Drees. (2005). Statiss 2005 (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) : les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités. 68 p.
13. Décret n° 2008-1326 du 15 décembre 2008 relatif au dossier pharmaceutique

5.9 Etablissements de santé

L'offre hospitalière est importante et diversifiée à Paris : 111 établissements proposent plus de 21 000 places. Les taux d'équipement (nombre de lits et places rapporté à la population) sont élevés en court séjour. Le taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation est en revanche moindre qu'en Ile-de-France ou en France métropolitaine.

Contexte national

La France compte, au 31 décembre 2008, un peu plus de 3 000 établissements de santé disposant de capacités d'hospitalisation (SAE) ; 980 établissements publics (dont 29 centres hospitaliers régionaux), 1 150 cliniques privées (aussi appelées établissements de santé à but lucratif) et environ 900 établissements privés à but non lucratif, devenus établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) depuis la loi du 21 juillet 2009 [1]. Il faut y rajouter près de 800 structures autonomes de dialyse, principalement de statut associatif.

Les établissements de santé disposent globalement de 444 300 lits d'hospitalisation complète et de 46 900 places d'hospitalisation partielle (hôpital de jour, chirurgie ambulatoire...). Les CHR représentent à eux seuls près de 18 % des lits et places, les autres établissements publics, 47%, les cliniques privées 20% et les ESPIC 15%.

Certains établissements de santé, essentiellement publics, disposent de structures d'accueil de personnes âgées dépendantes, en unités de soins de longue durée et en établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) - pour 168 000 places.

Les établissements privés sont en général de plus petite taille que les établissements publics ; en moyenne 87 lits et places pour les cliniques privées et 80 pour les ESPIC, contre 326 pour les établissements publics. Les CHR ont une taille moyenne de 2 900 lits et places : l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris est le principal établissement de santé français, avec 24 000 lits et places installés.

Historiquement, les différentes activités de court séjour (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique), de soins de suite et de réadaptation (SSR), et de psychiatrie ne sont pas réparties de façon homogène entre établissements publics, cliniques privées, et ESPIC. Ainsi, la grande majorité des lits de médecine dépendent des établissements publics de santé alors que les cliniques privées ont une part prépondérante de l'activité de chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, aux âges élevés, les patients sont plus fréquemment hospitalisés dans les hôpitaux publics [2].

En hospitalisation complète, les équipements de médecine représentent le quart de l'offre de soins, les lits de SSR 22%, la chirurgie 20%, et la psychiatrie 13%. 13,3 millions d'entrées totales ont été dénombrées en hospitalisation complète en 2008, dont 11,8 millions en service de court séjour. Le nombre d'entrées en médecine a progressé entre 2004 et 2008 (+ 3% par an) alors qu'il a reculé en chirurgie (- 2,2%).

Mais les modes de prise en charge se diversifient, avec le développement important de l'hospitalisation de jour (45 300 places en 2008, dont 26 300 en psychiatrie), de la chirurgie ambulatoire (11 600 places), et de l'hospitalisation à domicile-HAD (10 900 places). Les capacités d'accueil pour ces trois modes de prise en charge ont augmenté respectivement de + 13%, 26% et 85% entre 2004 et 2008.

De nombreux patients sont également pris en charge sous forme de séances, notamment pour le traitement des cancers (3,5 millions de venues en radiothérapie et 1,8 millions de séances de chimiothérapie en 2008) et de l'insuffisance rénale chronique (4,4 millions de séances de dialyse).

Les activités de soins sont soumises à un régime d'autorisation selon les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), arrêté par l'agence régionale de santé (ARS), instance unique de pilotage du système de santé en région, créée en avril 2010 suite à la loi du 21 juillet 2009 [1]. Des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) sont définis par activité de soins et par territoire de santé, afin de réguler l'activité des établissements.

Pour le traitement des cancers, les établissements de santé sont soumis à un régime d'autorisation. Parmi les 1 152 établissements de santé ayant pratiqué une activité en chirurgie du cancer, chimiothérapie, et radiothérapie en 2008, seulement 76% ont bénéficié d'une autorisation pour au moins l'une de ces trois thérapeutiques, cette autorisation étant en outre délivrée pour certaines localisations cancéreuses [3].

En matière d'allocation des ressources, les établissements qui disposent de capacités d'hospitalisation de court séjour sont soumis à la tarification à l'activité (T2A), qui s'appuie sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Chaque séjour est remboursé par l'assurance maladie en fonction du tarif forfaitaire du groupe homogène de séjours (GHS) dans lequel le séjour est classé. Ce budget ne constitue toutefois qu'une partie des recettes de l'établissement. L'enveloppe de la Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), dont la répartition est effectuée régionalement par l'ARS, finance les travaux de recherche, la formation des personnels, l'aide médicale urgente, les aides dans le cadre de restructurations... Les activités non encore soumises à la T2A (psychiatrie, SSR...) sont financées par dotation globale ou tarification à la journée, l'enveloppe allouée à chaque établissement étant déterminée par l'ARS.

La situation à Paris

On recense 111 établissements sanitaires tous statuts confondus à Paris. Parmi ceux-ci, 21 établissements de l'Assistance publique Hôpitaux de Paris (AP-HP), un centre de lutte contre le cancer (CLCC) et un hôpital militaire. Précisons que certains établissements de l'AP-HP (non compris dans cette liste) sont implantés hors de Paris.

L'ensemble des établissements situés à Paris propose 21 075 lits et places (non comprises les places d'hospitalisation à domicile).

L'offre de soins de courte durée (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) rapportée à la population est plus élevée à Paris qu'en Ile-de-France ou en France. C'est également le cas pour la psychiatrie infanto-juvénile. L'offre en soins de suite et de réadaptation est en revanche peu importante dans la capitale.

Le nombre de lits dans les services de soins de longue durée rapporté à la population âgée de 75 ans ou plus est comparable à Paris, en Ile-de-France ou en France métropolitaine. Au cours des dernières années, une partie des places d'USLD ont été requalifiées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Paris est bien dotée en équipement et matériel lourd (scanners, appareils d'imagerie par résonance magnétique, etc.).

Tab 1 - Nombre d'établissements sanitaires à Paris en 2009, par statut

Public	
Assistance publique hôpitaux de Paris*	21
Etablissements publics nationaux	2
Psychiatrie	2
Hôpital militaire	1
Total public	26
Privé non lucratif	
Associations Loi 1901	40
Fondations**	14
Organismes mutualistes	2
Total privé non lucratif	56
Privé à caractère commercial	
SARL	5
SA	10
Autres	14
Total privé à caractère commercial	29
Total tous statuts	111

Source : SAE - Exploitation ORS Ile-de-France

A ces 21 établissements situés dans Paris s'ajoutent des établissements implantés hors de Paris (essentiellement en Ile-de-France). A ces 21 établissements s'ajoute également un service d'hospitalisation à domicile (intervenant sur Paris et certains départements franciliens).

** dont 1 centre de lutte contre le cancer

Tab 2 - Nombre de lits et places dans les établissements sanitaires de Paris au 31 décembre 2009 et taux d'équipements par discipline

	Nombre de lits hospitalisation complète		Nombre de places		Total lits et places	Taux pour 1 000**		
	public	privé	public	privé		Paris	Ile-de-France	France métro
Médecine*	4 982	1 015	639	160	6 796	3,2	2,0	2,2
Chirurgie	2 865	2 590	137	541	6 133	2,8	1,5	1,5
Gynéco-obstétrique**	789	361	19	3	1 172	1,2	0,9	0,8
Soins de suite et réadaptation	1 171	1 028	85	243	2 527	1,2	1,6	1,7
Soins de longue durée***					1 459	8,9	9,4	8,2
Psychiatrie générale	1 071	171	246	844	2 332	1,3	1,2	1,5
Psychiatrie infanto-juvénile	110	130	114	402	656	2,1	1,0	0,9
TOTAL					21 075			

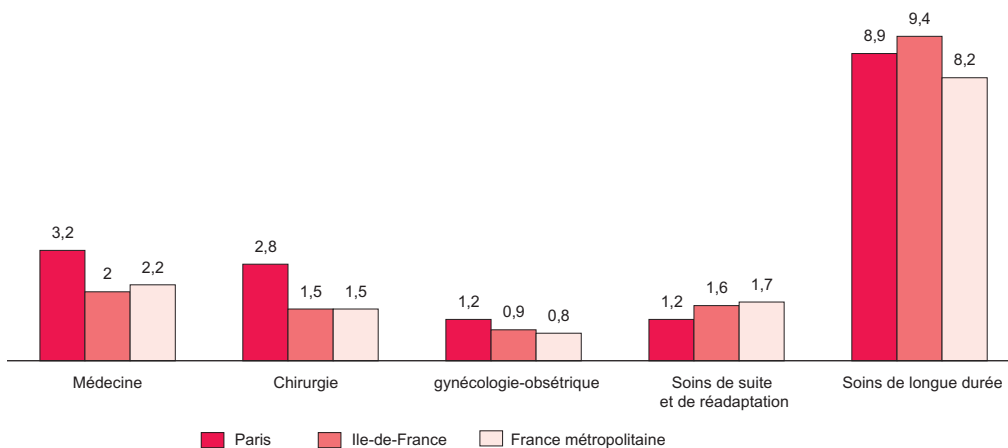
Source : Drees - ARS - SAE, base statistique - Exploitation ORS Ile-de-France

* Le taux est calculé sur l'ensemble des lits et places, Hospitalisation à domicile (HAD) comprise

** Les taux sont calculés sur l'ensemble de la population pour médecine, chirurgie et soins de suite et de réadaptation, sur la population des femmes de 15 ans ou plus pour la gynécologie-obstétrique, sur la population des 0-16 ans pour la psychiatrie infanto-juvénile, sur la population des 15 ans ou plus pour la psychiatrie générale et sur la population des 75 ans ou plus pour les soins de longue durée.

*** De nombreuses places d'USLD ont été requalifiées en établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad)

Graph 1 - Taux d'équipements par discipline au 31 décembre 2009
Nombre de lits et places pour 1 000 personnes*



Source : Drees - ARS - SAE, base statistique - Exploitation ORS Ile-de-France

*Les taux sont calculés sur l'ensemble de la population pour médecine, chirurgie et soins de suite et de réadaptation, sur la population des femmes de 15 ans ou plus pour la gynécologie-obstétrique et sur la population des 75 ans ou plus pour les soins de longue durée.

Tab 3 - Equipement en matériel lourd à Paris en 2008

	Nombre d'appareils installés à Paris	Nombre d'appareils pour 1 000 000 d'habitants		
		Paris	Ile-de-France	France métrop.
Scanner	37	17,4	12,1	11,1
Imagerie par résonance magnétique (IRM)	26	12,8	7,9	6,1
Caméras à scintillation	26	13,3	6,3	5,3
Tomographes à émissions de positons et caméras à positons	9	4,6	1,5	1,1
Lithotripteur	5	2,8	2,1	1,9
Echographie Doppler	148	69,2	35,0	28,9
Radiologie non numérisée	56	25,7	17,5	16,8
Radiologie numérisée	128	61,0	37,0	36,6
Radiologie vasculaire (sans coronarographie)	20	9,2	4,7	4,0
Emodynamique ou d'électrophysiologie avec amplificateur de luminance	7	3,2	2,3	2,7
Salles de coronarographie	11	6,9	4,4	3,8

Source : SAE - Exploitation ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Lombardo P. (2008). La spécialisation des établissements de santé en 2006. Etudes et résultats. n° 664. 8 p.
- INCa. (2010). Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010, 10 p.

5.10 Soins en médecine

Paris dispose d'un taux d'équipement hospitalier en médecine supérieur à ceux d'Ile-de-France et de France métropolitaine. Forte augmentation du nombre d'entrées en hospitalisation complète entre 2003 et 2009 dans un contexte de diminution des durées de séjour.

Contexte national

Les établissements de santé disposent au 31 décembre 2008 (SAE), de 117 000 lits d'hospitalisation complète en médecine, 10 800 places en hôpital de jour, et 9 300 places d'hospitalisation à domicile. 81% des lits et places sont installés dans les établissements publics de santé, 10 % dans les cliniques privées, et 9 % dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). La tendance à la baisse du nombre de lits installés en hospitalisation complète s'est interrompue et les capacités d'accueil sont stables depuis 2004. Le taux d'équipement moyen en France est de 2,14 lits de médecine pour 1 000 habitants (hospitalisation complète et de jour) au 31 décembre 2008, les disparités entre régions étant fortement marquées. Le Limousin connaît le taux le plus élevé (2,84 lits pour 1 000 habitants), supérieur de 73% à celui de la Réunion (1,64). Ces disparités territoriales trouvent en partie leur origine dans les différences de structure par âge de la population, les hospitalisations en médecine étant beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées. Le nombre d'entrées en hospitalisation complète en service de médecine (5,9 millions en 2008) a progressé de manière importante au plan national depuis 2004, +3% par an. Le nombre de journées d'hospitalisation (34,9 millions) progresse également mais de façon moins marquée. La baisse des durées moyennes de séjour se poursuit. De nombreux patients sont également pris en charge en hôpital de jour (2 millions), notamment sous forme de séances itératives, en particulier pour le traitement des cancers, avec 3,2 millions de séances de chimiothérapie et 3,7 de radiothérapie [1]. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui est à la base de la facturation des établissements de santé ayant une activité dite de court séjour, considère comme "médicaux" les séjours qui ne sont ni chirurgicaux ni de gynécologie-obstétrique. Cette définition conduit à une évaluation de l'activité d'hospitalisation différente de celle de la SAE. Parmi les 9,2 millions de séjours médicaux au sens du PMSI, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil digestif, et les tumeurs sont les pathologies (regroupées par chapitres de la Cim) les plus fréquemment répertoriées comme diagnostic principal (respectivement, 12%, 12% et 7,5% des séjours). Pour une hospitalisation sur dix, le diagnostic en fin de séjour relève de symptômes et états morbides dont l'origine n'a pu être définie. Par ailleurs, un séjour sur cinq est un bilan ou un examen de surveillance. Globalement, près de 40 % des hospitalisations en médecine durent moins de

deux jours, la durée moyenne de séjour (pour l'ensemble des hospitalisations) étant de quatre jours. Les taux d'hospitalisation augmentent fortement avec l'âge. Près du quart des hospitalisations en médecine concernent les personnes âgées de 75 ans et plus, qui ne représentent que 9 % de la population. En termes d'occupation des lits, le poids des 75 ans et plus est encore plus déterminant, 39% des journées d'hospitalisation en médecine concernant ce groupe d'âge. Pour certains problèmes de santé, la majorité des lits de médecine sont occupés par des personnes âgées de 75 ans ou plus : 57% des journées d'hospitalisation lorsque le diagnostic principal est une maladie de l'appareil circulatoire, et 50 % lorsqu'il s'agit d'une maladie de l'appareil respiratoire, d'une maladie du sang, ou d'un trouble mental et du comportement. Les établissements publics de santé prennent en charge la majorité des séjours considérés comme médicaux. Leur part dépasse même 80% pour les pathologies relevant de la pneumologie, de l'endocrinologie, des maladies du système nerveux, des maladies infectieuses, des maladies en lien avec le VIH, des brûlures et des pathologies psychiatriques ou addictives prises en charge dans des lits de médecine [2].

La situation à Paris

En 2009, Paris dispose de 3,2 lits et places de médecine pour 1 000 habitants, soit un taux d'équipement supérieur à ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine (respectivement 2,0‰ et 2,2‰).

Parmi les 6 996 lits et places de médecine installés à Paris, 80% sont dans un établissement public (établissements de l'AP-HP essentiellement) et près de 17% en établissement de santé privé à but non lucratif. Les cliniques privées ne représentent que 3% des lits et places en médecine à Paris.

Dans un contexte de réduction des durées de séjour, le nombre d'entrées en hospitalisation complète a progressé entre 2003 et 2009 au rythme de 3,8% par an en moyenne (la progression est de +4,6% en Ile-de-France et de +2,9% en France). Le nombre de venues en hôpital de jour a diminué de 1,2% par an entre 2003 et 2009. La baisse est plus marquée au niveau national (-5,3% par an). Si l'hospitalisation à domicile a progressé dans le département (+0,4% par an), la progression a été moins soutenue qu'aux niveaux régional (+1,0%) et national (+16,5%).

Tab 1 - Nombre de lits installés et places en médecine en 2009

	Nombre de lits en hospitalisation complète ou de semaine	Nombre de places en hospitalisation de jour ou de nuit	Nombre de places en HAD	Nombre total de lits et de places	Taux d'équipement		
					Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
Secteur public	4 982	639	0	5 621	-	-	-
Secteur privé	1 015	160	200	1 375	-	-	-
Total	5 997	799	200	6 996	3,18	1,98	2,17

Source : SAE (Drees) - Exploitation ORS Ile-de-France

* Nombre de lits ou places pour 1 000 habitants

Tab 2 - Activité en médecine à Paris

	2003	2009	TCAM* 2003-2009 (en %)		
			Paris	Ile-de-France	France métro.
Nb d'entrées en hospitalisation complète	227 967	284 830	3,8	4,6	2,9
Nb de venues en hôpital de jour	239 210	222 973	- 1,2	-3,9	-5,3

Source : SAE (Drees) - Statiss

* Taux de croissance annuel moyen

Tab 3 - Activité en médecine à Paris

	2004	2008	TCAM* 2004-2008 (en %)		
			Paris	Ile-de-France	France métro.
Nb de venues en séances	nd	406 229	nd	nd	nd
dont chimiothérapie	nd	114 624	nd	nd	nd
dont radiothérapie	nd	92 725	nd	nd	nd
dont hémodialyse	nd	166 025	nd	nd	nd
dont autres	nd	32 855	nd	nd	nd
Nb de journées en HAD	59 775	60 771	0,4	1,0	16,5

Source : SAE (Drees) - Exploitation ORS Ile-de-France

* Taux de croissance annuel moyen

Répères bibliographiques et sources

1. Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010, INCa, 2010, 10 p.
2. Lombardo P., La spécialisation des établissements de santé en 2006, Etudes et résultats, Drees, n° 664, 2008, 8 p.

5.11 Soins en chirurgie

Paris dispose d'un taux d'équipement hospitalier en chirurgie supérieur à ceux d'Ile-de-France et de France métropolitaine. Le nombre d'entrées en hospitalisation complète de chirurgie diminue tandis que le nombre de venues en ambulatoire progresse à Paris comme en France.

Contexte national

Les établissements de santé disposent d'un peu moins de 100 000 lits ou places de chirurgie en France au 31 décembre 2008, dont 11 600 places de chirurgie ambulatoire (SAE). Cet équipement se répartit à peu près de manière équivalente entre les cliniques privées (46 %) et les établissements publics (45 %), 9 % des lits et places étant installés dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). 20 % de ces équipements sont installés dans les CHR. Parmi les 3 000 établissements de santé dotés de capacité d'hospitalisation, 38 % ont assuré une activité chirurgicale en 2008. Depuis 2004, le nombre de lits d'hospitalisation complète en chirurgie a baissé de 2 % par an. Le taux moyen d'équipement en hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire est de 1,55 lit pour 1 000 habitants. Les disparités entre régions sont fortement marquées ; le Limousin est la région dans laquelle le nombre de lits de chirurgie par habitant est le plus élevé (0,82 lit pour 1 000 habitants), alors que l'Ile de la Réunion a le plus faible. 4,5 millions d'entrées en hospitalisation complète ont été dénombrées en 2008 dans les unités de soins de chirurgie, 46 % dans les établissements publics, 45 % dans les cliniques privées et 9 % dans les ESPIC. Le nombre d'entrées a reculé de 2 % par an depuis 2004, et la baisse du nombre de journées d'hospitalisation est encore plus importante (- 3 % par an - 20,9 millions en 2008 contre 23,6 millions en 2004) traduisant les effets de la baisse des durées de séjour. Parallèlement, la chirurgie ambulatoire poursuit son développement avec une croissance du nombre de venues de 5 % par an depuis 2004. Parmi les 3,3 millions d'entrées enregistrées en 2008, 77 % ont eu lieu dans les cliniques privées, mais leur part d'activité est en recul. Les établissements publics de santé et les ESPIC ont en effet fortement développé ces activités au cours de la période 2004-2008 [1]. Une autre approche de l'activité chirurgicale (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire) peut être effectuée à partir des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui est à la base de la facturation des établissements de santé qui ont une activité dite de court séjour. Dans le PMSI, sont considérés comme chirurgicaux les séjours qui comportent un acte classant, indépendamment de la discipline du service dans lequel la personne a été hospitalisée (médecine, chirurgie ou obstétrique) ce qui aboutit

à des évaluations plus restrictives de l'activité chirurgicale. On dénombre ainsi 5,4 millions de séjours chirurgicaux selon le PMSI au plan national en 2006. La majorité des séjours a lieu dans les cliniques privées (59 %), alors que les établissements publics prennent en charge un séjour sur trois, et les ESPIC 8 % des séjours. Les hôpitaux publics assurent la grande majorité des séjours chirurgicaux dont le diagnostic principal est un traumatisme multiple grave (97 % des séjours) ou une brûlure (92 %). En revanche, les cliniques privées sont nettement dominantes en chirurgie ambulatoire, et en particulier dans certaines spécialités ; séjours ayant pour diagnostic principal le traitement de la cataracte (76 % des séjours), des varices (72 %) la réalisation d'une arthroscopie (74 %), l'ablation des amygdales ou des végétations et la pose de drains transtympaniques, ou la chirurgie de la main et du poignet (66 %) [2].

La situation à Paris

En 2009, Paris dispose de 2,79 lits et places de chirurgie pour 1 000 habitants, soit un taux d'équipement supérieur à ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine (1,5%).

Le département compte 6 133 lits et places en médecine dont 49% en centre hospitalier régional public, 51% en établissement de santé privé.

Le nombre d'entrées en hospitalisation complète en chirurgie a diminué entre 2004 et 2008 (-1,1% par an) mais à un rythme moindre qu'aux niveaux régional (-1,9%) et national (-2,2%). En ce qui concerne les "venues" en ambulatoire, elles ont progressé en moyenne de 0,9% par an entre 2004 et 2008 à Paris, soit à un rythme moins soutenu qu'en Ile-de-France et en France. On constate surtout une différence entre le secteur public, où le nombre de venues en ambulatoire progresse fortement et le secteur privé où il diminue. Or le secteur privé assure l'essentiel de l'activité de chirurgie ambulatoire à Paris.

Tab 1 - Nombre de lits installés et places en chirurgie en 2009

	Nombre de lits en hospitalisation complète ou de semaine	Nombre de places en ambulatoire	Nombre total de lits et de places	Taux d'équipement*		
				Paris	Ile-de-France	France métro politaine
Secteur public	2 865	137	3 002	-	-	-
Secteur privé	2 590	541	3 131	-	-	-
Total	5 455	678	6 133	2,79	1,5	1,54

Source : SAE (Drees) - Exploitation ORS Ile-de-France

* Nombre de lits ou places pour 1 000 habitants

Tab 2 - Activité en chirurgie à Paris

	2004	2008	TCAM* 2004-2008 (en %)		
			Paris	Ile-de-France	France métro.
CHR*					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	111 080	113 003	0,4	1,0	-0,1
Nb de venues en ambulatoire	21 049	30 884	10,1	7,6	12,0
Autres établissements publics					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	11 246	9 544	-0,4	-0,9	-1,1
Nb de venues en ambulatoire	2 410	5 948	25,3	18,0	16,2
ESPIC**					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	54 642	48 537	-2,9	0,9	-0,5
Nb de venues en ambulatoire	34 415	22 847	-9,7	-8,4	1,8
Cliniques privées					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	92 004	86 384	-1,6	-4,3	-4,0
Nb de venues en ambulatoire	120 679	125 374	1,0	1,0	2,5
Total					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	268 972	257 468	-1,1	-1,9	-2,2
Nb de venues en ambulatoire	178 553	185 053	0,9	1,5	3,9

Source : SAE (Drees) - Exploitation ORS Ile-de-France

* Taux de croissance annuel moyen

*CHR : Centre hospitalier régional

**ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Repères bibliographiques et sources

1. Amault S., Evain F, Kranklader E et al., L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle, Etudes et résultats, Drees, 2010, n° 716, 8 p.
2. Lombardo P., La spécialisation des établissements de santé en 2006, Etudes et résultats, Drees, 2008, n° 664, 8 p.

5.12 Soins en gynécologie-obstétrique

Paris dispose d'un taux d'équipement hospitalier en gynécologie-obstétrique supérieur à ceux d'Ile-de-France et de France métropolitaine. Le nombre d'entrées en hospitalisation complète, le nombre d'accouchements et surtout le nombre de venues en ambulatoire sont en baisse.

Contexte national

Les établissements de santé de France métropolitaine disposent en décembre 2009 de 22 300 lits et places de gynécologie-obstétrique (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire), capacités d'accueil pratiquement stables depuis 2004. Les deux tiers des équipements sont installés dans les établissements publics, 25 % dans les cliniques privées, et 7,5 % dans les Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Le taux d'équipement moyen français est de 0,8 lit pour 1 000 femmes âgées de 15 ans ou plus, les disparités entre régions étant fortement marquées.

1,3 million d'entrées ont été dénombrées en hospitalisation complète dans les services de gynécologie-obstétrique en 2008, chiffre pratiquement stable depuis quatre ans. Les accouchements (802 600 en 2008) représentent 59% des entrées dans les services de gynécologie-obstétrique. 120 700 enfants ont été admis en unité de néonatalogie et 20 300 en réanimation néonatale [1].

Suite à un important mouvement de concentration, le nombre d'établissements d'accouchements a été divisé par deux en trente ans, de 1 300 maternités en 1975 à près de 600 en 2008. 65 % des maternités sont des établissements publics, 27 % sont installées dans des cliniques privées, et 8 % sont rattachées à des Espic (2008). 65 % des accouchements ont eu lieu dans les établissements publics de santé et 8 % dans les Espic, alors que la part des cliniques privées est en net recul (27 % des accouchements en 2008 contre 35 % en 2000) [1].

Les maternités sont réparties en différents groupes en fonction des équipements (unités de néonatalogie et de réanimation notamment) et de l'encadrement médical dont elles disposent (présence permanente d'un pédiatre, d'un anesthésiste...) [2]. Cette organisation doit permettre d'orienter les femmes pour lesquelles on soupçonne un accouchement difficile vers l'établissement le mieux adapté à leur besoin, ces femmes conservant toutefois la liberté de choisir leur lieu d'accouchement. Cette modification s'est accompagnée de la création de réseaux de périnatalité visant notamment à améliorer la coordination des soins entre ces établissements [3]. Les maternités de type I (284 établissements en 2008) proposent uniquement une activité d'obstétrique. Les établissements de type II (219 en 2008) sont équipés également d'une unité de néonatalogie. Enfin, les maternités de type III (92

en 2008) assurent des soins spécialisés à des enfants présentant des détresses graves ou des risques vitaux, et sont pourvues en plus d'une unité de réanimation néonatale. Les maternités de type III sont essentiellement publiques (89 %) de même que la majorité des maternités de type II (trois sur quatre) [1]. Voir le descriptif des trois types de maternité au verso.

La situation à Paris

En 2009, les établissements de santé parisiens disposent de 1 172 lits et places en gynécologie-obstétrique dont 69% en établissement public et 31% en établissement de santé privé. Paris dispose ainsi de 1,16 lits et places de gynécologie-obstétrique pour 1 000 femmes âgées de 15 ans ou plus, soit un taux d'équipement supérieur à ceux de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine (respectivement de 0,91‰ et 0,84‰).

Cette offre importante doit être mise en regard de l'attractivité des établissements parisiens. Celle-ci se mesure par la comparaison entre les nombres de naissances domiciliées et enregistrées. En 2008, le nombre de naissances enregistrées à Paris est de 42 755, alors que le nombre de naissances domiciliées est de 30 623, soit une différence de 12 132 naissances. Sur les 30 dernières années, cette différence est d'environ 10 000 naissances par an. Cela signifie qu'un nombre important de femmes vivant hors de Paris viennent accoucher dans les établissements parisiens.

Entre 2004 et 2008, le nombre d'entrées en hospitalisation complète a légèrement diminué à Paris (-0,4% par an en moyenne), tandis qu'il a progressé aux niveaux régional (+1,2%) et national (+0,4%). Le nombre de venues en ambulatoire a fortement diminué à Paris (-5,7% par an) et en Ile-de-France (-5,1%), beaucoup moins en France (-1,7%). Le nombre d'accouchements a diminué de 1,1% par an alors qu'il est resté stable en Ile-de-France et a légèrement progressé au niveau national (+0,5% par an).

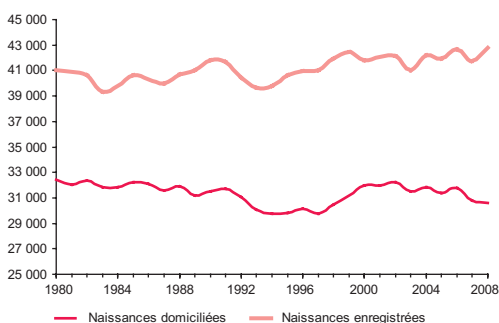
Tab 1 - Nombre de lits installés et places en gynécologie-obstétrique en 2009

	Nombre de lits en hospitalisation complète ou de semaine	Nombre de places en hospitalisation de jour ou de nuit	Nombre total de lits et de places	Taux d'équipement*		
				Paris	Ile-de-France	France métro. politaine
Secteur public	789	19	808	-	-	-
Secteur privé	361	3	364	-	-	-
Total	1 150	22	1 172	1,16	0,91	0,84

Source : SAE (Drees) - Exploitation ORS Ile-de-France

* Nombre de lits ou places pour 1 000 femmes de 15 ans ou plus

Graph 1 - Nombres de naissances domiciliées et enregistrées à Paris entre 1980 et 2008



Source : Etat civil (Insee) - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 2 - Activité en gynécologie-obstétrique à Paris

	2004	2008	TCAM* 2004-2008 (en %)		
			Paris	Ile-de-France	France métro.
CHR*					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	41 965	42 839	0,5	1,3	1,5
Nb de venues en ambulatoire	11 202	8 539	-6,6	-5,2	-2,8
Nb d'accouchements	22 543	21 687	-1,0	-2,0	0,4
Autres établissements publics					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	0	0	-	3,3	2,0
Nb de venues en ambulatoire	0	0	-	0,7	0,3
Nb d'accouchements	0	0	-	3,0	2,3
ESPIC**					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	15 515	14 617	-1,5	1,1	1,0
Nb de venues en ambulatoire	2 917	3 141	1,9	-4,2	-7,7
Nb d'accouchements	11 468	12 555	2,3	2,3	2,3
Cliniques privées					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	11 005	9 941	-2,5	-1,8	-3,4
Nb de venues en ambulatoire	4 457	3 019	-9,3	-10,4	-3,4
Nb d'accouchements	8 011	5 901	-7,4	-3,2	-2,8
Total					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	68 485	67 397	-0,4	1,2	0,4
Nb de venues en ambulatoire	18 576	14 699	-5,7	-5,1	-1,8
Nb d'accouchements	42 022	40 143	-1,1	0,0	0,5

Source : SAE (Drees) - Exploitation ORS Ile-de-France

* Taux de croissance annuel moyen

*CHR : Centre hospitalier régional

**ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Repères bibliographiques et sources

1. Drees Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

www.sae-diffusion.sante.gouv.fr

2. Articles R. 6123-39* du Code de la santé publique

3. Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

Maternité de type I :

Maternité au sein de laquelle sont pratiqués des soins néonataux de l'enfant ne présentant pas de problème particulier, sans unité de néonatalogie individualisée. Toutefois, pour privilégier la relation mère-enfant, les soins de courte durée aux enfants nés dans l'unité obstétrique, qui sont atteints d'affection sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie peuvent être réalisés sur place. Ceci laisse la possibilité aux centres de type I d'effectuer des soins pédiatriques de niveau 2 à condition que le centre dispose de la présence au minimum d'une sage-femme ou d'un infirmier spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie et qu'un pédiatre assure une visite quotidienne et sois joignable 24 heures sur 24

Maternité de type II :

Maternité qui possède une unité de néonatalogie permettant d'assurer 24 heures sur 24 la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque ou ceux qui dont l'état s'est déstabilisé après la naissance. La zone de préparation médicale avant transfert permet, si l'état de l'enfant l'exige, de la préparer pour un transport vers une unité spécialisée appropriée. Le matériel spécifique de cette zone comprend au moins un respirateur néonatal.

On distingue deux types de centres de type II :

- **IIa** : qui comportent au moins 6 lits de néonatalogie dans lesquels peuvent être pratiqués des soins pédiatriques de niveau 3. Pour ces centres les décrets prévoient la présence d'un infirmier pour 6 nouveau-nés, la présence d'au moins un pédiatre sur le site le jour (ce pédiatre doit justifier d'une expérience attestée en néonatalogie) et sur le site ou en astreinte opérationnelle la nuit.

- **IIb** : qui disposent à la fois de lits de néonatalogie et de soins intensifs (au moins 6) où peuvent être pratiqués des soins de niveau 4. Les textes prévoient un infirmier pour 3 nouveau-nés et la présence permanente d'un pédiatre attestant d'une expérience en néonatalogie.

Maternité de type III :

Maternité disposant d'une unité de néonatalogie (au moins 6 lits de néonatalogie et 3 de soins intensifs) mais aussi d'une unité de réanimation néonatale (au moins 6 lits) permettant la surveillance et les soins spécialisés d'enfants nés ou non dans l'unité obstétricale de l'établissement qui présentent des détresses respiratoires graves ou des risques vitaux nécessitant des soins de réanimation. Toute unité de réanimation doit disposer d'au moins un infirmier pour deux nouveau-nés et d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale.

5.13 Soins de suite et de réadaptation

En 2009, Paris dispose de 1,2 lit et place de soins de suite et de réadaptation pour 1 000 habitants, soit moins qu'en Ile-de-France et en France métropolitaine (respectivement 1,6‰ et 1,7‰). Le nombre d'entrées en hospitalisation complète est en progression.

Contexte national

Les unités hospitalières de soins de suite et de réadaptation (SSR) visent à prévenir ou réduire les conséquences des déficiences physiques, sensorielles, viscérales, cognitives, psychologiques et des limitations fonctionnelles ou d'activité des personnes et à promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion sociale, pour leur participation la plus complète possible. Les unités de SSR assurent les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique, la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle, pratiquées au sein d'établissements uniquement dédiés à ce type de prise en charge ou bien dans des services spécialisés au sein d'établissements de santé.

La majorité des patients sont pris en charge dans ces services après un passage dans une unité de court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique). A ce titre, le raccourcissement tendanciel des durées d'hospitalisation dans ces unités, mouvement qui s'est accéléré depuis la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A), a renforcé les besoins d'encadrement médical et de personnels soignants en SSR.

Les activités de SSR sont classées depuis 2008 en fonction du type de rééducation qu'elles proposent : affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardio-vasculaire, respiratoires, des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, onco-hématologiques, des brûlés, affections liées aux conduites addictives, affections de la personne âgée polyathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Les structures de SSR peuvent aussi être polyvalentes ou spécialisées dans la prise en charge des enfants et/ou adolescents. Les activités de SSR concernent les soins post-médicaux ou chirurgicaux mais aussi l'alcoologie et la santé mentale. Les unités de soins pour des patients présentant un état végétatif persistant ou un état pauci-relationnel, mais également les cures thermales (présentes seulement dans certaines régions), sont rattachées à ce groupe d'équipements. Certaines unités sont reconnues au sein d'une région comme centre de référence (blessés médullaires, traumatisés crâniens, centre d'appareillage).

Par nature, les soins délivrés dans ce type d'unités nécessitent une approche pluridisciplinaire, avec des spécialistes des affections concernées, des médecins de médecine physique et de réadaptation (MPR), différents professionnels de la rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, orthoptistes, ergothérapeutes...) mais aussi des psychologues. Les soins de suite et de

réadaptation s'appuient également sur les assistants sociaux, les ergonome et les différentes personnes qui contribuent à la réinsertion dans leur environnement de vie.

Cette activité est exercée soit dans le cadre d'une hospitalisation complète, soit en hospitalisation de semaine ou de jour, les périodes de soins pouvant parfois être très longues. Certains soins de rééducation et de réadaptation peuvent aussi être délivrés au domicile des personnes ou en cabinet par des professionnels de santé libéraux.

Le nombre total de lits d'hospitalisation complète de soins de suite et de réadaptation est de 96 900 lits en 2008, soit 22% des capacités d'hospitalisation en France métropolitaine. 41% de ces équipements dépendent des établissements publics, 31% des établissements privés d'intérêt collectif, et 27 % des cliniques privées [1]. Les capacités d'accueil en hospitalisation complète sont en augmentation depuis 2004 (+ 7%) [1]. L'implantation de ces équipements s'est faite souvent par transformation des équipements existants (anciens sanatoriums par exemple), ce qui explique la grande disparité des taux d'équipement sur le territoire. Les équipements sont fortement concentrés dans les régions du sud de la France, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

Jusqu'en 2008, les activités de SSR étaient classées en deux groupes distincts, les soins de suite d'une part, et la rééducation-réadaptation d'autre part.

En hospitalisation complète, 69 % des équipements correspondent aux soins de suite (66 900 lits), pour 640 300 admissions en 2008. Plus de la moitié de ces équipements dépendent des établissements publics [1]. Le taux d'équipement est deux fois plus important en Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'en Champagne-Ardenne.

Les 30 000 lits (hospitalisation complète) de rééducation-réadaptation fonctionnelle dépendent pour 41 % des établissements privés d'intérêt collectif et pour 31 % des hôpitaux publics et 273 100 admissions ont été dénombrées en 2008 [1]. Le taux d'équipement est trois fois plus élevé en Languedoc-Roussillon qu'en Champagne-Ardenne. Les prises en charge en hôpital de jour et en ambulatoire se sont fortement développées au cours des dernières années, avec 2 millions de venues en hôpital de jour (pour 6 800 places), et 141 400 séances en ambulatoire [1].

Médecine physique et de réadaptation

La médecine physique et de réadaptation (MPR) est une spécialité médicale transversale qui cherche à prévenir ou réduire le plus possible les conséquences des déficiences physiques, sensorielles, viscérales, cognitives, psychologiques, des limitations fonctionnelles ou d'activité et des restrictions de participation en particulier sociales, professionnelles et économiques. Elle s'appuie sur une évaluation préalable du patient et de son environnement, pour établir un pronostic évolutif permettant une action cohérente dans la durée.

La situation à Paris

En 2009, Paris compte 2 527 lits et places en soins de suite et de réadaptation qui se répartissent à égalité entre les secteurs public et privé.

Paris dispose ainsi de 1,2 lit et place de soins de suite et de réadaptation pour 1 000 habitants, soit un taux d'équipement inférieur à ceux d'Ile-de-France et de France métropolitaine (respectivement 1,6‰ et 1,7‰).

Le nombre d'entrées en hospitalisation complète a fortement progressé à Paris entre 2004 et 2008, au rythme de 9,6% par an (+3,4% en Ile-de-France et +2% au niveau national). Le nombre de venues en hospitalisation de jour a progressé de 3,6% par an, soit une progression moins importante que celles constatées en Ile-de-France (8,3%) et en France métropolitaine (7,9%).

Tab 1 - Nombre de lits installés et places en soins de suite et de réadaptation en 2009

	Réadaptation fonctionnelle		Soins de suite		Total SSR	Taux d'équipement*		
	Nombre de lits en hospitalisation complète ou de semaine	Nombre de places en hospitalisation de jour	Nombre de lits en hospitalisation complète ou de semaine	Nombre de places en hospitalisation de jour		Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
Etablissements publics	282	46	889	39	1 256	-	-	-
Etablissements privés	315	228	713	15	1 271	-	-	-
Total	597	274	1 602	54	2 527	1,2	1,6	1,7

Source : SAE (Drees) - Exploitation ORS Ile-de-France

* Nombre de lits ou places pour 1 000 habitants

Tab 2 - Activité en soins de suite et de réadaptation à Paris

	2004	2008	TCAM* 2004-2008 (en %)		
			Paris	Ile-de-France	France métro.
Réadaptation fonctionnelle					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	3 899	5 893	10,9	1,2	1,6
Nb de venues en hospitalisation de jour	68 491	77 790	3,2	8,3	8,2
Soins de suite					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	8 218	11 588	9,0	4,5	2,2
Nb de venues en hospitalisation de jour	2 562	4 107	12,5	7,9	4,2
Total					
Nb d'entrées en hospitalisation complète	12 117	17 481	9,6	3,4	2,0
Nb de venues en hospitalisation de jour	71 053	81 897	3,6	8,3	7,9

Source : SAE (Drees) - Exploitation ORS Ile-de-France

* Taux de croissance annuel moyen

Repères bibliographiques et sources

1. Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). www.sae-diffusion.sante.gouv.fr

5.14 Soins en psychiatrie

Paris est découpée en 25 secteurs de psychiatrie adultes et 12 secteurs de psychiatrie pour enfants et adolescents. Les taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle sont relativement élevés à Paris, notamment pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Contexte national

D'après le Baromètre santé 2005, environ une personne sur vingt dans la population âgée de 12 à 75 ans déclare avoir eu recours à un professionnel de santé mentale (psychiatre ou psychologue) au cours des douze derniers mois [1]. Selon les travaux de l'Irdes et de la Drees, la prise en charge des troubles mentaux représente à elle seule un peu plus de 10 % des dépenses de santé hors prévention. C'est le deuxième poste de dépense le plus important, après les maladies de l'appareil circulatoire : plus de 70 % de ces dépenses concernent le secteur hospitalier [2]. Pour le seul régime général de l'Assurance maladie, près d'un million de personnes sont inscrites en ALD et bénéficient de l'exonération du ticket modérateur pour une « affection psychiatrique de longue durée » en 2009 [3].

De nombreux acteurs du soin participent à la prise en charge des troubles mentaux : les médecins généralistes, qui sont les premiers prescripteurs de médicaments psychotropes, les psychiatres libéraux, les établissements psychiatriques et les services de psychiatrie des établissements de santé, mais aussi le secteur médico-social, qui contribue à l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques (maison d'accueil spécialisée, foyers d'accueil médicalisé en particulier).

La psychiatrie publique est organisée en France en secteurs, au sein desquels des équipes pluridisciplinaires prennent en charge les patients selon des formes de prise en charge très diverses. Le territoire français comprend ainsi en 2009 868 secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes), qui desservent en moyenne chacun 55 000 habitants de plus de 20 ans, et 383 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (pour une population moyenne de 41 000 enfants et adolescents). Les files actives (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année) moyennes sont de 1 700 pour les secteurs adultes et de 1 300 pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, ce qui correspond à une file active totale d'1,5 millions de patients adultes, 503 000 enfants et 74 000 patients en milieu pénitentiaire [4].

Les secteurs employaient 6 900 psychiatres (ETP) en 2009, mais également 1 100 médecins non psychiatres, 6 000 psychologues, près de 3 000 autres rééducateurs, et 55 500 infirmiers.

De nombreux travaux ont souligné l'importance des disparités existantes sur le plan des moyens humains entre secteurs de psychiatrie. Afin de rendre compte de ces disparités, une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée par l'Irdes, qui a abouti à une classification des 815 secteurs étudiés (2003) en neuf classes. Ces travaux témoignent de la diversité des services offerts à la population par chacun de ces secteurs, qui se mesure notamment en termes de capacités d'accueil en hospitalisation complète. La capacité d'accueil est de 50 lits par secteur pour la classe des secteurs les moins dotés,

mais varie jusqu'à 300 lits ou plus pour les plus dotés. Les secteurs se distinguent également par l'importance plus ou moins grande accordée au développement des activités ambulatoires et aux prises en charge à temps partiel (hôpital de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel...) ou au domicile du patient [5].

Les soins ambulatoires sont le mode de prise en charge prédominant, ceux-ci étant délivrés sous forme de consultations dans les centres médico-psychologiques (11 800 unités de consultation recensées dans la SAE) mais aussi dans les établissements de santé, les structures médico-sociales (maisons de retraite, foyers pour personnes handicapées), les établissements pénitentiaires, ainsi qu'au domicile des patients. 13,8 millions d'actes ont été délivrés dans les centres de consultation (consultations effectuées par des psychiatres, psychologues, infirmiers), 2,2 millions à domicile, 900 000 en unités somatiques, et 440 000 dans les structures médico-sociales. 70 % des patients qui fréquentent les secteurs de psychiatrie générale sont vus exclusivement en ambulatoire, plus de 90 % en psychiatrie infanto-juvénile [4].

Le secteur libéral occupe également une part très importante de l'offre de soins ambulatoire avec près de 15 millions de consultations assurées par 5 400 psychiatres libéraux en activité sur le territoire métropolitain (6 000 en 2004) [6]. Les écarts de répartition des effectifs de psychiatres libéraux sur le territoire sont toutefois considérables, avec en moyenne 19 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants en Ile-de-France en 2008 contre 3 pour 100 000 en Picardie ou dans le Nord-Pas de Calais [7].

Les soins psychiatriques sont également délivrés sous forme de prises en charge à temps partiel, principalement en hôpital de jour (4,9 millions de venues en 2009, et en centre d'accueil thérapeutique 2,2 millions de venues) [4].

Malgré le développement très important des activités ambulatoires ou de celles à temps partiel, l'hospitalisation complète représente un recours relativement fréquent.

Selon les données du RIMP-PMSI, renseignées par 87% des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, le nombre de journées d'hospitalisation "plein temps" est voisin de 20 millions en 2009, pour 383 500 patients hospitalisés. Près d'un patient sur quatre est hospitalisé "au long cours" (plus de 292 jours dans l'année). La durée moyenne d'hospitalisation par patient (calculée en cumulant le nombre total de journées d'hospitalisation du patient pour les différents séjours effectués dans l'année) témoigne des conséquences importantes des affections psychiatriques, avec une moyenne de 52 jours d'hospitalisation complète par patient hospitalisé en 2009 [8].

Après une forte baisse depuis vingt ans, le nombre de

jours d'hospitalisation complète semble actuellement se stabiliser. On recense 55 000 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie en 2009 contre 60 000 cinq ans plus tôt. Les deux tiers sont installés dans des établissements publics. Un peu plus de 2 000 lits sont dédiés à la psychiatrie infanto-juvénile et 137 sont installés en milieu pénitentiaire. Près d'une hospitalisation complète sur cinq s'effectue sans le consentement du patient, que ce soit à la demande d'un tiers (15 % des admissions) ou en hospitalisation d'office (4 %) [4].

Les secteurs de psychiatrie proposent également des prises en charge "plein temps" en accueil familial thérapeutique (près d'un million de journées en 2009) ou en appartements thérapeutiques (320 000).

La situation à Paris

Paris est découpé en 25 secteurs de psychiatrie pour adultes. Chacun est rattaché à l'un des cinq établissements de santé suivant :

- Etablissement public de santé Esquirol ;
- Etablissement public de santé Maison-Blanche ;
- Groupe public de santé Perray-Vaucluse ;
- Centre hospitalier Sainte-Anne ;
- Association de santé mentale du 13^{ème} arrondissement.

Certains de ces établissements sont situés hors de Paris, ce qui peut entraîner des déplacements pour les patients.

En ce qui concerne la psychiatrie pour enfants et adolescents, Paris est divisé en 12 secteurs, chacun étant rattaché à l'un de ces 5 établissements de santé, à un hôpital de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou l'Institut mutualiste Montsouris. Par ailleurs, il existe des lieux de soins psychiatriques non sectorisés.

Pour les urgences psychiatriques, Paris est divisé en trois territoires de santé : Paris nord, Paris est et Paris ouest.

En 2009, la capacité parisienne d'hospitalisation est de 3 079 lits et places en psychiatrie générale et 709 lits et places en psychiatrie infanto-juvénile.

Le taux d'équipement global en psychiatrie générale est de 1,4 lit et place pour 1 000 habitants, légèrement supérieur aux moyennes régionale et nationale. Le taux d'équipement global en psychiatrie infanto-juvénile est de 2,1 lits et places pour 1 000 enfants ou adolescents âgés de 0 à 16 ans à Paris, nettement supérieur aux taux régional et national (respectivement 0,9 et 1,0 pour 1 000).

Pour l'offre libérale et en centres de santé, voir les fiches correspondantes.

Répères bibliographiques et sources

1. Baromètre santé 2005, INPES, exploitation ORS
2. Les dépenses de prévention et de soins par pathologie en France. A. Fenina, Y. Geffroy, C. Minc et al. Etudes et Résultats, Drees, n° 504, juillet 2006, 7 p.
3. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2009, site de la Cnam : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/index.php>
4. Statistiques annuelles des établissements de santé, SAE 2009, données administratives, ministère chargé de la santé et des sports, DREES
5. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation, Magali Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Questions d'économie de la santé, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) N°145, août 2009, 8p.
6. Cnamts. Snir 2009 (système national inter-régimes)
7. Cnamts, Insee, exploitation Fnors - <http://www.score-sante.org/score2008/index.html>
8. PMSI psychiatrie. ATIH
9. Le secteur libéral des professions de santé en 2004. Cnamts. Carnets Statistiques, n° 112, 2006, 157 p.

Pour en savoir plus

<http://www.psycom75.org>

Tab 1 - Capacité et taux d'équipement en psychiatrie générale en 2009

	Lits *	Places **	autres ***	Total	%****	Taux *****
Paris	1 587	1 180	312	3 079	38,3	1,4
Ile-de-France	7 777	3 275	1 241	12 293	26,6	1,1
France métro.	54 529	18 301	6 604	79 434	23,0	1,3

Source : SAE 2009 - Exploitation ORS Ile-de-France
 *Lits d'hospitalisation complète
 **Places d'hospitalisation partielle
 ***Autres (placement familial, centre de post-cure...)
 ****% de places en hospitalisation partielle (jour et nuit)
 ***** Nombre de lits et places pour 1 000 personnes

Tab 2 - Capacité et taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile en 2009

	Lits *	Places **	autres ***	Total	%****	Taux *****
Paris	140	516	53	709	72,8	2,1
Ile-de-France	499	1 677	184	2 360	71,1	0,9
France métro.	2 075	8 983	1 145	12 203	73,6	1,0

Source : SAE 2009 - Exploitation ORS Ile-de-France
 *Lits d'hospitalisation complète
 **Places d'hospitalisation partielle
 ***Autres (placement familial, centre de crise, hospitalisation à domicile)
 ****% de places en hospitalisation partielle (jour et nuit)
 ***** Nombre de lits et places pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans

Tab 3 - File active* en psychiatrie générale et infanto-juvénile à Paris en 2008

	Effectifs	Taux de recours**
Psychiatrie générale		
FA totale	63 158	29,0
FA ambulatoire	49 755	22,8
Psychiatrie infanto-juvénile		
FA totale	15 418	44,7
FA ambulatoire	10 895	31,6

Source : SAE - Exploitation ORS Ile-de-France
 *FA : File active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année)
 **FA rapportée à 1 000 habitants en psychiatrie générale et à 1 000 enfants de 0 à 16 ans en psychiatrie infanto-juvénile

Tab 4 - Type d'hospitalisation en psychiatrie en 2008

	Paris	Ile-de-France	France métro.
Hospitalisation libre			
Nombre	6 339	79 136	333 034
Taux*	361,2	926,3	721,3
Hospitalisation sur demande d'un tiers			
Nombre	1 065	8 026	53 662
Taux*	60,7	93,9	116,2
Hospitalisation d'office			
Nombre	204	2 249	12 940
Taux*	11,6	26,3	28,0

Source : SAE - Exploitation ORS Ile-de-France
 *Taux pour 100 000 habitants de 20 ans et plus

Hospitalisation à la demande d'un tiers : admission après demande motivée d'une personne de l'entourage et après deux certificats médicaux circonstanciés.
Hospitalisation d'office : hospitalisation prononcée par arrêté motivé du préfet avec certificat médical circonstancié, ou par le maire, en cas de troubles occasionnels connus de "notoriété publique".
Secteurs de psychiatrie : la psychiatrie publique est organisée en "secteurs" territoires géographiques au sein desquels plusieurs types de prises en charge sont proposés aux patients : consultations dans les centres médicosychologiques (CMP), hôpital de jour ou de nuit, centre d'accueil thérapeutique, hospitalisation "plein temps"

5.15 Services de PMI et autres structures de soins et de prévention non hospitalières

On recense à Paris 64 centres de PMI, 93 centres de santé, 21 centres de planification familiale et 13 structures chargées d'assurer des consultations gratuites pour les infections sexuellement transmissibles (IST), le dépistage de la tuberculose et les vaccinations obligatoires. L'offre, répartie sur l'ensemble du département, constitue une alternative à l'offre de soins libérale et hospitalière.

Contexte national

Les services de Protection maternelle et infantile (PMI) ont été officiellement créés par l'ordonnance du 2 novembre 1945. Dans le contexte général d'amélioration de la situation périnatale et infantile (entre 1950 et 2008, le taux de mortalité infantile a été divisé par quinze), les missions de ces services se sont progressivement élargies à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant [1]. Malgré les progrès effectués, la période périnatale et la première année de vie restent une période "à risque" qui nécessite une surveillance particulière. Depuis la loi de décentralisation de 1983, les services de PMI sont placés sous la responsabilité des Conseils généraux.

Progressivement, l'organisation de la PMI s'est transformée de manière à tenir compte prioritairement des spécificités sociodémographiques des départements et en particulier des besoins de santé des populations vulnérables, dans le cadre d'une coopération accrue avec les autres professionnels de santé. L'accès aux services de la PMI est gratuit, sans avance de frais, facilitant ainsi l'accès aux soins des personnes à faible revenu.

La PMI mène des actions en direction des femmes enceintes et des jeunes mères (consultations pré et post-natales, actions préventives à domicile), des enfants de moins de 6 ans (consultations infantiles, visites à domicile, bilans de santé), mais également des mineurs en danger qui relèvent plus particulièrement du service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). La PMI a aussi pour mission l'organisation d'activités de planification et d'éducation familiale, et l'information sur le métier d'assistant maternel ainsi que leur formation [2].

Le service de PMI organise dans chaque département la diffusion du carnet de santé de l'enfant qui contient les trois certificats de santé obligatoires des 8e jour, 9e mois et 24e mois, qui doivent être renseignés par le médecin ayant examiné l'enfant et retournés à la PMI [3]. Il est également destinataire des déclarations de grossesse et avis de naissance. Ces différents documents lui permettent de repérer d'éventuelles situations délicates (grossesses multiples, mères mineures, difficultés sociales) pouvant nécessiter une attention particulière. Les données issues des certificats contribuent au suivi épidémiologique de la santé des enfants, le traitement de ces informations et la restitution à l'ensemble des acteurs de la promotion de la santé de la mère et de l'enfant faisant partie des attributions de la PMI [4].

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) estime qu'environ 18 % des femmes enceintes et

près de 20 % des enfants de moins de 6 ans (50 à 60 % des moins d'un an) ont fait l'objet d'un suivi par la PMI en 2008 [5]. Environ 100 000 femmes (pour les 84 départements ayant renseigné ces données) ont bénéficié d'une visite à domicile par une sage-femme, pour près de 200 000 visites pré et postnatales (pour 74 départements répondants). 341 000 enfants (pour 81 départements répondants) ont été vus à domicile par les puéricultrices et infirmières de PMI, pour un total de 520 000 visites environ (pour 66 départements répondants) [6].

En matière de garde d'enfant, la PMI instruit l'agrément des assistants maternels et familiaux, participe à leur formation et assure leur suivi. Le nombre d'assistantes maternelles employées par des particuliers est estimé à 277 000 au deuxième trimestre 2007 (IRCEM) [7]. La PMI assure, par ailleurs, le contrôle des 10 000 établissements d'accueil collectif et familial (crèches collectives, haltes garderies, jardins d'enfants, multi-accueil, services d'accueil familial) qui offrent environ 343 000 places d'accueil en France métropolitaine en 2008 [7]. Fin 2008, les services de PMI rassemblaient en métropole plus de 2 200 médecins (ETP), 820 sages-femmes, 3 900 puéricultrices et 1 210 infirmières [7]. De manière générale, les écarts de moyens entre départements sont importants, malgré la norme fixée par voie réglementaire pour les sages-femmes et les puéricultrices (respectivement une sage-femme pour 1 500 naissances et une puéricultrice pour 250 naissances) [5].

De nombreux autres types de structures de soins et de prévention non hospitalières existent. Les centres de santé, les centres de planification et les centres de prévention constituent une alternative au recours au système de soins classique. Ces centres sont ouverts à tous les publics, ils permettent aux consultants de ne pas faire l'avance des frais et proposent une façon différente d'accéder à la prévention et à un suivi médical. Certains centres accueillent les personnes non couvertes par l'assurance-maladie.

Les centres de santé sont soumis à une autorisation de création et, depuis 1999, ils ont officiellement vocation à participer à des actions de santé publique, ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et de lutte contre l'exclusion. La vocation des centres de santé est fonction du gestionnaire qui peut, par exemple, orienter l'activité de prévention et/ou de soins par thématique de santé : alcool, toxicomanie, santé mentale, public en grande difficulté sociale, etc. Celle des centres d'accueil et de soins des

Organisations non gouvernementales (Croix-Rouge, Médecins du monde...) est de recevoir les publics en grande difficulté. Les centres d'examen de santé de l'assurance-maladie ont pour vocation première de permettre à tous les assurés de bénéficier d'un bilan de santé gratuit tous les cinq ans. Cette mission n'est cependant pas exclusive. Les centres de prévention sont chargés d'assurer des consultations gratuites pour les infections sexuellement transmissibles (IST), le dépistage de la tuberculose et les vaccinations obligatoires. Ils existent dans tous les départements, avec un statut juridique et un mode de gestion variables selon leur statut (Conseil général, hôpital, association, etc.). Ces dispositifs sont placés sous la responsabilité de l'Etat depuis la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique.

Les services de PMI à Paris

On recense 64 centres de PMI à Paris en 2008, dont 41 sont gérés directement par le département, 8 par l'AP-HP et 15 par des associations. La PMI regroupe un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer par des actions préventives continues, la protection des femmes enceintes, des mères et des enfants âgés de 0 à 6 ans. 71 602 enfants âgés de 0 à 6 ans ont été suivis dans les services de PMI de Paris en 2008. Ce nombre représente 45% des enfants de 0 à 6 ans de Paris.

Le personnel médical et paramédical (médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières) exerçant dans les services de PMI de Paris est relativement peu nombreux (en équivalent temps plein) rapporté aux populations susceptibles d'être prises en charge (femmes enceintes et enfants de moins de 6 ans).

Tab 1 - Prise en charge des mères par les sages-femmes des PMI

Nb de femmes enceintes par sage-femme (ETP*)	Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
En 2000	1 407	1 260	1 251
En 2007	1 401	1 063	1 002
Evolution (en %)	-0,4	-15,6	-19,9

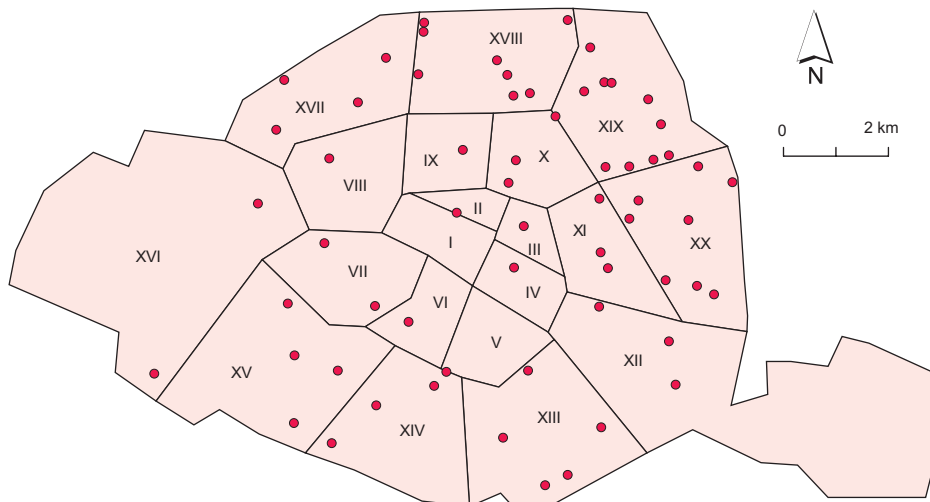
Sources : Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Equivalent temps plein

Tab 2 - Prise en charge des enfants par la PMI en 2007

	Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
Nb de naissances par puéricultrice (ETP*)	311	197	196
Nb d'enfants de moins de 6 ans par infirmière (ETP*)	22 799	4 186	4 266
Nb d'enfants de moins de 6 ans par médecin (ETP*)	1 716	1 772	2 494

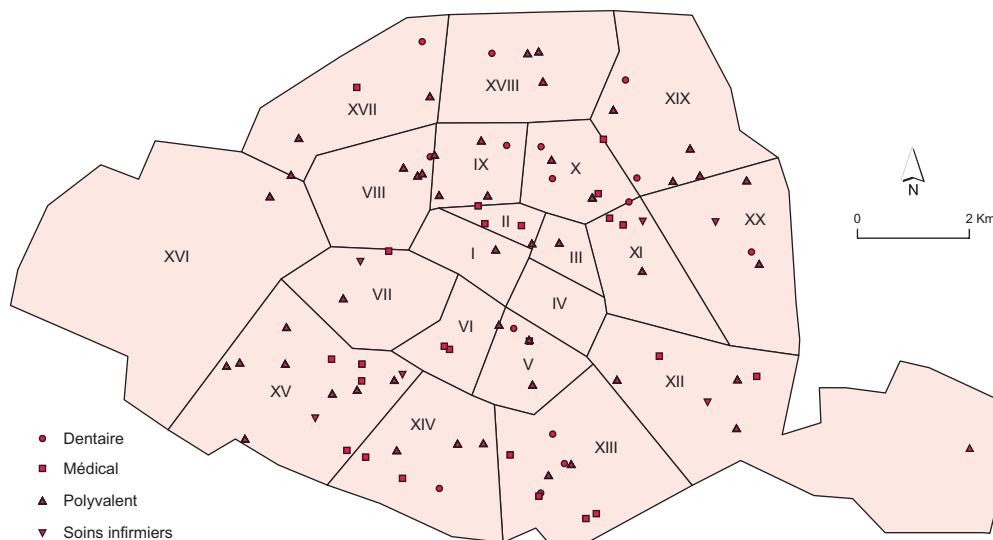
Sources : Drees, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Equivalent temps plein

Carte 1 - Implantation des centres de PMI à Paris en 2009



Source : PMI - Exploitation ORS Ile-de-France

Carte 2- Implantation des centres de santé à Paris en 2009



Source : Drass Ile-de-France - Exploitation ORS Ile-de-France

Les centres de santé à Paris

Avec 93 centres de santé, Paris apparaît comme le département francilien le mieux pourvu de la région. Près de 60% de ces structures sont gérées par le secteur associatif. L'offre, répartie sur l'ensemble du département, constitue une véritable alternative à l'offre de soins libérale et hospitalière. Les centres de santé, nombreux à Paris, attirent des patients provenant des départements voisins. Ainsi, en 2007, 36% des patients ayant consulté un généraliste dans un centre de santé parisien provenaient de la proche ou grande couronne et 42% des patients ayant consulté un spécialiste étaient originaires de la proche ou grande couronne.

Les centres de santé peuvent être spécialisés et offrir des soins médicaux et/ou infirmiers et/ou dentaires. La plupart des centres ont signé une convention incluant ces trois activités mais ne les proposent pas toutes, notamment du fait du coût de plus en plus élevé des équipements et d'éventuelles difficultés de recrutement de certains personnels médicaux et para-médicaux. Ainsi, le faible nombre de centres infirmiers illustre la pénurie actuelle de cette profession dans la région. A Paris, un peu plus de la moitié des centres (48) sont polyvalents et 24 sont spécialisés en soins médicaux.

Les centres de santé sont les "structures relais" les plus proches de la population pour ce qui concerne les soins et la prévention sanitaire et sociale. La contribution en 2008 à l'offre de soins parisienne aux tarifs opposables est non négligeable. Les centres de santé représentent 13% des consultations chez les omnipraticiens (27% pour les actes techniques) et 15% de l'ensemble des consultations et actes techniques pour les spécialistes. De plus, ces proportions prennent en compte l'ensemble de la population parisienne, or, les centres de santé délivrent majoritairement des soins aux populations les plus modestes ou précaires.

Tab 3 - Les centres de santé dans les départements d'Ile-de-France en 2009

	Médical	Dentaire	Infirmier	Polyvalent	Total
75	24	15	6	48	93
77	2	3	0	1	6
78	4	2	2	6	14
91	2	5	4	6	17
92	9	6	1	26	42
93	14	14	1	42	71
94	9	4	5	17	35
95	5	3	4	8	20
Ile-de-France	69	52	23	154	298

Source : Drass Ile-de-France - Exploitation ORS Ile-de-France

Une étude portant sur 18 centres de santé (référence au verso) a permis d'obtenir un profil des usagers. 34% des individus ayant consulté étaient ouvriers ou employés, 20% retraités et 22% sans profession. 22% des usagers étaient bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et 19% de l'aide médicale d'état (AME). 26% n'avaient pas de couverture maladie complémentaire (contre 8% en population générale). Le profil des patients peut fortement varier d'un centre à l'autre et reste relativement défavorisé. Il semble cependant que les centres de santé deviennent de plus en plus un lieu de recours de soins pour tous et non plus seulement pour les populations précaires.

Les centres de planification familiale à Paris

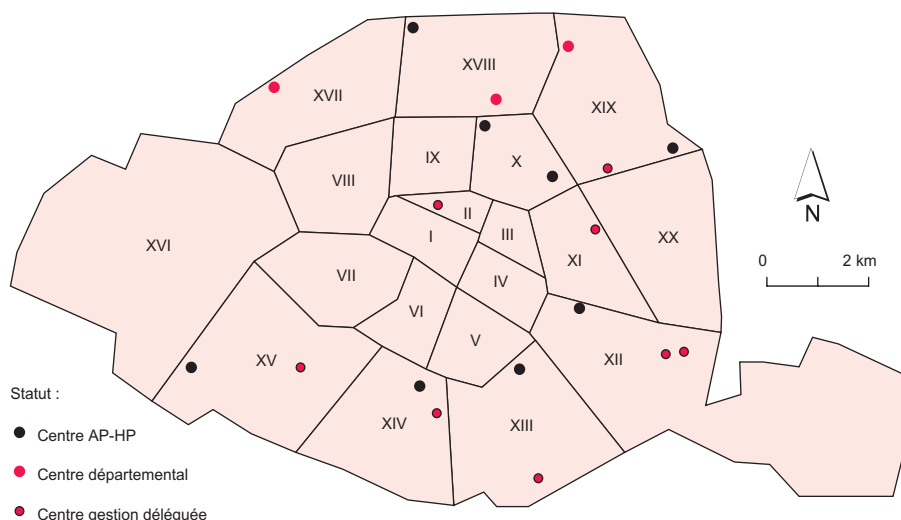
Le département de Paris compte 21 centres de planification familiale en 2008, dont 10 sont gérés par l'AP-HP, 6 par des associations, 3 par le département et 2 par la municipalité. Les centres de planification et d'éducation familiale sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'information et d'orientation sur la sexualité, les infections sexuellement transmissibles, la contraception, les interruptions volontaires de grossesses et la prévention des violences faites aux femmes.

En 2008, les centres de planification familiale parisiens ont assuré plus de 25 000 consultations.

Les centres de prévention et de dépistage à Paris

Paris dispose de 13 structures chargées d'assurer des consultations gratuites pour les infections sexuellement transmissibles (IST), le dépistage de la tuberculose et les vaccinations obligatoires. Il s'agit de centres médico-sociaux (CMS), au nombre de quatre, de centres d'informations de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), au nombre de sept, de centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG), au nombre de huit et d'un centre de lutte antituberculeuse (CLAT). Le total dépasse 13 car certains lieux accueillent plusieurs structures. Les centres médico-sociaux accueillent des individus en difficulté, sans couverture sociale, sans domicile fixe, pour un bilan santé et social afin de les accompagner et de les soutenir dans leurs démarches d'accès aux droits et aux dispositifs santé. Les CIDDIST et les CIDAG s'adressent à toute personne désirant un test de dépistage ou un entretien confidentiel avec un médecin.

Carte 3 - Implantation des centres de planification familiale à Paris en 2009



Source : Drass Ile-de-France - Dases - Exploitation ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

1. Hassani A, Letoret A, Morellec J. (2009). Protection maternelle et infantile. De la promotion de la santé à la protection de l'enfance. Ed. Berger-Levrault. 502 p.
2. Article L. 2112-2 du Code de la santé publique
3. Article R. 2132-3 du Code de la santé publique
4. Article R. 2112-8 du Code de la santé publique
5. Jourdain-Menninger D, Roussille B, Vienne P, Lannelongue C. (2006). Etude sur la protection maternelle et infantile. Igas. 489 p.
6. Drees. (2010). La protection maternelle et infantile (PMI). [page internet]. www.sante-sports.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi.html
7. Bailleau G. (2010). L'offre d'accueil collectif des enfants de moins de 6 ans en 2008. Etudes et résultats. Drees. N° 715. 8 p.

Pour en savoir plus

Richard Bouton, Alain Coulomb, La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne, étude portant sur 18 centres de santé, février 2010

5.16 Recours aux soins urgents et non programmés

Le Samu de Paris répond à plus de 700 000 appels chaque année. Un appel sur quatre donne lieu à l'ouverture d'un dossier médical. En 2008, les établissements hospitaliers parisiens ont assuré 730 000 passages aux urgences. L'activité des Services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) et des services d'urgence hospitalière est en progression à Paris.

Contexte national

L'urgence en matière de santé peut être définie comme "un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage" (Pr. Delbarre). Alors que la notion d'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne le fait que l'urgence en matière de santé correspond en réalité à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème.

Les Centres de réception et de régulation des appels (CRRRA), encore appelés "Centres 15", assurent une écoute médicale permanente. Ces centres sont installés au sein des Services d'aide médicale urgente (Samu), la régulation des appels étant mise en œuvre par des praticiens hospitaliers, avec la participation d'associations de médecins libéraux qui peuvent conserver une régulation autonome mais interconnectée avec le centre 15. Le Samu régule également l'intervention des transports sanitaires, et en particulier celle des Structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur). Près de 11 millions d'affaires ont été traitées par les Samu en 2008.

Les Smur ont effectué 563 300 sorties primaires (dont 17 100 sorties aériennes) et 153 400 sorties secondaires en 2008. 30 % des sorties primaires ne sont pas suivies d'un transport médicalisé, soit parce que le patient est traité sur place, soit parce qu'il est pris en charge par un autre moyen de transport, soit parce qu'il a refusé son évacuation ou enfin parce qu'il est décédé. Entre 2004 et 2008, le nombre total de sorties a augmenté en moyenne de 2,5 % par an. Près de 17 millions de passages ont été enregistrés dans les 600 structures hospitalières d'urgences en 2008. Cela représente un taux moyen de recours de 263 passages pour 1 000 habitants : les taux les plus élevés sont observés en Guyane et Basse-Normandie, et les plus faibles à la Réunion et en Pays de la Loire. 83 % des passages aux urgences ont lieu dans les établissements publics. Dans 22 % des cas, le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation, mais ce taux augmente avec l'âge et atteint plus de 50 % chez les 80 ans et plus [1]. Entre 2004 et 2008, le nombre de passages a augmenté en moyenne de 3,4 % par an. Les moyens en personnel des Samu, Smur et structures d'urgences hospitalières ont connu un développement important au cours des dernières années : 6 600 médecins (ETP), 19 600 infirmiers et cadres de santé, 130 assistants de service social et 10 700 autres personnels interviennent dans ces services en 2008 [2].

Outre leur participation à la régulation des appels dans le cadre des CRRRA, les médecins libéraux contribuent également à la prise en charge des soins urgents ou non programmés, qui sont estimés à

environ 35 millions consultations et visites en 2008 pour les médecins généralistes [3, 4], 4 millions de consultations pour les ophtalmologistes et ORL, 3,4 millions pour les pédiatres, 1,3 million pour les cardiologues... [5].

Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins, et des transports sanitaires (CODAMUPS), co-présidé par le préfet et le directeur de l'Agence régionale de santé (ARS), s'assure de la coopération entre les différents acteurs concernés [6].

A la suite de la canicule de l'été 2003, l'Institut de veille sanitaire (Invs) a développé différents systèmes de surveillance afin de disposer d'informations en continu sur l'état de santé de la population, notamment pour détecter des événements sanitaires inattendus. Le système de Surveillance sanitaire des urgences et de décès (SurSaud) intègre ainsi les données de 250 services d'urgences hospitalières, recueillies dans le cadre du réseau Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), et celles d'associations d'urgentistes libéraux de SOS Médecins [7].

En outre, des observatoires des urgences ont été créés dans plusieurs régions afin de coordonner l'action des structures d'urgences, de développer les systèmes d'information nécessaires notamment en matière d'alerte sanitaire et d'organiser le partage d'information entre les professionnels.

La situation à Paris

Plus de 700 000 appels ont été traités par le Samu de Paris en 2008, soit 324 appels pour 1 000 Parisiens. Ce taux d'appels est supérieur à celui de l'Ile-de-France (291‰) mais inférieur à celui de France métropolitaine (403‰). Seulement un appel sur quatre (un sur deux en France) donne lieu à l'ouverture d'un dossier médical.

Plus de 730 000 passages aux urgences ont été dénombrés dans les établissements parisiens en 2008, soit un taux de recours aux urgences de 336 pour 1 000 habitants. Ce taux est supérieur à ceux observés en Ile-de-France et en France métropolitaine (respectivement 293‰ et 264‰). Rappelons qu'il s'agit de données d'activité des établissements de Paris et non du recours aux soins des Parisiens.

Une grande partie de l'activité d'urgences est assurée par le secteur public : c'est le cas de 90% des passages à Paris (82% en Ile-de-France et 83% en France métropolitaine).

Il existe à Paris plusieurs établissements spécialisés dans l'accueil des urgences pédiatriques, notamment trois établissements de l'AP-HP : Necker, Trousseau

et Robert Debré. Ceci explique la faible proportion de patients de moins de 18 ans dans les urgences "générales" parisiennes (1,8% du total contre 15,5% en France) et inversement une forte proportion d'urgences pédiatriques dans la capitale (25,3% contre 11,8% en France).

Entre 2004 et 2008, le nombre de passages dans les urgences hospitalières de Paris a progressé de 4,7% par an, soit une progression supérieure à celles observées aux niveaux régional (3,0%) et national (3,4%).

Les Smur ont effectué 12 257 sorties primaires et 5 173 sorties secondaires en 2008 à Paris. Parmi les sorties primaires, 39,5% n'ont pas été suivies d'un transport médicalisé (42,4% en Ile-de-France et 29,7% en France métropolitaine). Entre 2004 et 2008, le nombre total de sorties a augmenté en moyenne de 4,6% par an, soit davantage qu'en Ile-de-France et en France.

Tab 2 - Nombre de passages aux urgences hospitalières en 2008

	Paris	Ile-de-France	France métro.
Générales	547 463	2 739 349	14 302 970
dont patients de moins de 18 ans	9 682	381 416	2 218 214
% de moins de 18 ans	1,8	13,9	15,5
dont patients de plus de 75 ans	46 497	226 989	1 638 884
% de plus de 75 ans	8,5	8,3	11,5
Pédiatriques	185 199	641 630	1 906 474
% de pédiatriques	25,3	19,0	11,8
Nb total de passages aux urgences	732 662	3 380 979	16 209 444
% public	90,1	81,6	82,9
Taux de recours (‰)	336	293	264

Source : SAE - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 3 - Evolution du nombre de passages dans les structures d'urgences hospitalières et du nombre de sorties des Smur

	Nb de passages dans les structures d'urgences hospitalières		Nb de sorties des Smur		Evolution 2004-2008*	
	2004	2008	2004	2008	Passages	Sorties
Paris	609 501	732 662	14 586	17 430	4,7	4,6
Ile-de-France	3 004 333	3 380 979	90 779	105 600	3,0	3,9
France métro.	14 182 735	16 209 444	626 594	695 418	3,4	2,6

Source : SAE - Exploitation ORS Ile-de-France

* Taux annuel moyen d'évolution

Tab 4 - Activité des services mobiles d'urgences (Smur) en 2008

	Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
Nombre de sorties primaires	12 257	84 823	546 273
dont non suivies d'un transport médicalisé (%)	39,5	42,4	29,7
Nombre de sorties secondaires	5 173	20 777	149 145
Total	17 430	105 600	695 418

Source : SAE - Exploitation ORS Ile-de-France

Références bibliographiques et sources

- Carrasco V, Baubeau D. (2003). Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats. Drees. n° 212. 8 p.
- Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). www.sae-diffusion.sante.gouv.fr
- Gouyon M, Labarthe G. (2006). Les recours urgents ou non programmés en médecine générale : premiers résultats. Etudes et résultats. Drees. n° 471. 8 p.
- Cnamts. (2008). Snir (système national inter-régimes)
- Gouyon M. (2009). Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats. Drees. n° 704. 8 p.
- Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins
- Fournet N, Illef D, Jossier L. (2010). Surveillance de la médecine ambulatoire. Réseau SOS Médecins/InVS : résultats nationaux 2006/2010. InVS. 8 p.

Tab 1 - Nombre d'appels et d'affaires traités par les Samu en 2008

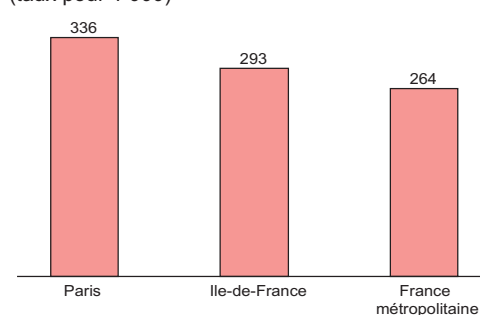
	Paris	Ile-de-France	France métro.
Nombre appels	707 199	3 356 651	24 758 249
Taux d'appels*	324	291	403
Affaires**	162 944	1 450 886	10 389 311
Ratio appels/affaires	4,3	2,3	2,4

Source : SAE - Exploitation ORS Ile-de-France

*Taux pour 1 000 habitants

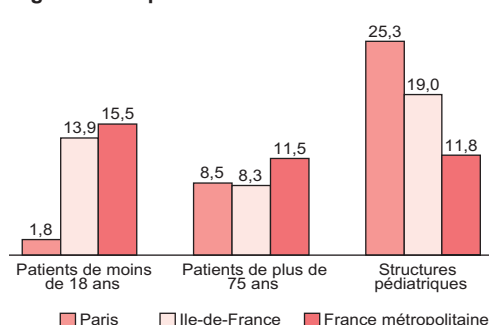
**Appels ayant donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical

Graph 1 - Taux de recours aux urgences en 2008 (taux pour 1 000)



Source : SAE - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 2 - Caractéristiques des passages aux urgences hospitalières en 2008



Source : SAE - Exploitation ORS Ile-de-France

Les patients ayant recours à une consultation en urgence arrivent par leurs propres moyens ou sont amenés par l'ambulance, les pompiers ou le Samu (Service d'aide médicale d'urgence). La gestion des flux est donc peu prévisible et soumise à tout événement extérieur : grand froid, canicule, manifestations, événements (jour de l'an, carnaval, fête de la musique, techno parade)...

Smur : Services mobiles d'urgence et de réanimation

5.18 Couverture sociale et CMU

A Paris comme en Ile-de-France, 93% de la population est couverte par le régime général de l'Assurance maladie. La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) accordée sous condition de ressource bénéficie à 173 000 Parisiens fin 2009, soit près de 8% de la population. Les proportions de bénéficiaires de la CMUC sont plus élevées dans les arrondissements du nord-est.

Contexte national

L'affiliation à un régime d'assurance maladie qui conditionne le versement des prestations en nature et en espèce (indemnités journalières) liées à cette assurance dépend essentiellement de l'appartenance socioprofessionnelle de l'assuré.

La plus grande partie de la population française est couverte par le régime général de la sécurité sociale (86,7% de la population au 31 décembre 2006). Celui-ci regroupe les salariés du secteur privé et des collectivités territoriales, ainsi que différents groupes professionnels rattachés au régime général pour les prestations en nature de l'assurance maladie : les étudiants, les fonctionnaires d'Etat, les salariés d'EDF-GDF, etc. Les deux autres régimes les plus importants sur le plan démographique sont le régime agricole (exploitants et salariés), qui couvre 5,6% de la population, et le Régime social des indépendants (RSI), qui couvre 4,5% de la population. Les régimes spéciaux (mines, militaires, marins, SNCF...) couvrent 3,2% des assurés sociaux [1].

Depuis l'instauration de la Couverture Maladie Universelle (CMU) le 1^{er} janvier 2000, l'ensemble de la population peut bénéficier de l'assurance maladie sur critère de domiciliation. Au 31 décembre 2009, 2,1 millions de personnes, n'ayant aucun rattachement à un régime existant comme assuré ou ayant droit, sont couvertes par la CMU de base et ainsi affiliées au régime général, soit 3,3% de la population française [2]. Entre décembre 2008 et décembre 2009, l'augmentation des effectifs est importante (de 1,5 à 2,1 millions soit +41% en France) et s'explique par le "basculement" de bénéficiaires de l'assurance maladie au titre d'autres régimes vers la CMU de base. Cette évolution est liée à l'application des textes sur la durée d'attribution des droits (passage de 4 ans à 1 an).

Les différents régimes offrent aujourd'hui pratiquement les mêmes conditions de remboursements en ce qui concerne les soins. Les personnes couvertes par les régimes spéciaux bénéficient toutefois d'une exonération du ticket modérateur lorsqu'elles consultent les médecins de caisses. En revanche, pour ce qui concerne les prestations en espèces (indemnités journalières), elles sont très différentes selon le type de régime. Par ailleurs, il existe des situations particulières d'exonération du ticket modérateur et de prise en charge des soins à 100%, dans le cas d'une maternité, d'un accident du travail ou d'une invalidité. Les 8,6 millions de personnes en Affection de Longue Durée (ALD), qui représentent 15% des ressortissants du régime général au 31 décembre 2009, sont également dans ce cas [3].

Pour couvrir la part du coût des soins non supportée par les régimes d'assurance maladie obligatoire, neuf français sur dix (92,3%), déclarent disposer en 2006 d'une couverture complémentaire privée ou de la Couverture Maladie Universelle

Complémentaire (CMUC). Ainsi, seulement 7,7% de la population ne disposeraient d'aucune couverture complémentaire, sachant toutefois que certaines de ces personnes bénéficient d'une exonération du ticket modérateur¹ au titre d'une ALD. C'est parmi les jeunes (20-29 ans) et les personnes âgées (80 ans ou plus) que les proportions de personnes sans couverture complémentaire sont les plus élevées [4].

Parmi les assurés qui ont recours à une complémentaire, en 2009, 56% ont souscrit un contrat auprès d'une mutuelle, 27% auprès d'une société d'assurance et 17% auprès d'une institution de prévoyance [5]. On peut noter la situation particulière des habitants des départements d'Alsace et de la Moselle, qui bénéficient d'une couverture complémentaire obligatoire, gérée par les caisses d'assurance maladie (CPAM, MSA...).

La CMUC, financée principalement par l'Etat, s'adresse aux personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé annuellement par décret. 4 157 000 personnes sont bénéficiaires de ce dispositif au 31 décembre 2009, soit 6,5% de la population française. Les bénéficiaires sont légèrement moins nombreux en 2009 qu'en 2008. La crise économique amorcée fin 2008 ne produit pas encore ses effets, mais les amortisseurs sociaux liés au risque de perte d'emploi devraient arriver à leur terme courant 2010 pour nombre de personnes [2]. En métropole, la part de la population couverte par la CMUC varie de 3,4% en Bretagne à 9,6% en Nord Pas de Calais. Le taux de couverture est nettement plus élevé dans les Dom (31,9%) [6]. La CMUC peut être gérée, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire de base, ou par un organisme de complémentaire maladie agréé (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance), inscrit sur la liste préfectorale. Tous régimes confondus, sur l'ensemble du territoire, 85,5% des bénéficiaires avaient choisi leur régime obligatoire au 31 décembre 2009. En métropole, le choix d'un organisme complémentaire (OC) varie de 1,8% à 65,7% selon les départements. Les départements ayant la plus forte proportion de bénéficiaires affichent les plus faibles taux de recours aux OC. La démarche pour aller vers un OC demande un niveau d'intégration sociale et culturelle qui ne correspond pas à la situation des personnes les plus en difficulté dans les grandes agglomérations. Les départements de l'ouest, qui ont le moins de bénéficiaires, sont également ceux où le recours aux OC est le plus important. Pour éviter les "effets de seuil", depuis le 1^{er} janvier 2005, a été instituée une aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) destinée aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond fixé pour bénéficier de la CMUC et ce même plafond majoré de 20%. En 2009, tous régimes confondus, 607 500 personnes ont bénéficié d'une attestation d'ACS [6].

L'Aide médicale de l'Etat (AME), destinée à prendre

1Ticket modérateur :

Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'assurance maladie.

Il existe différentes conditions d'exonération du ticket modérateur (maternité, accident de travail, ALD, hospitalisation pour des soins coûteux...)

en charge les personnes ne présentant pas les conditions d'affiliation nécessaires à la CMU, permet un accès gratuit aux soins pour les personnes sans papiers résidant en France depuis au moins trois mois. Elle est accordée sous conditions de ressources (plafond identique à celui de la CMUC). Les bénéficiaires de l'AME sont environ 190 000 fin 2006 (Dom compris). La région Ile-de-France concentre les trois quarts des bénéficiaires de métropole. Pour pallier l'instauration d'un délai de trois mois de présence sur le territoire pour prétendre à l'AME, un fonds a été créé pour les "soins urgents et vitaux" sur lequel les soins hospitaliers répondant à ces critères d'urgence et de mise en cause du pronostic vital, peuvent être imputés [7].

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a réaffirmé les obligations de l'hôpital public pour toutes les personnes qui ne bénéficient pas de couverture sociale et qui ont des difficultés à accéder au système de soins. Des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (Praps), des permanences d'accès aux soins de santé (Pass), adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits [8].

Les examens de santé gratuits, pratiqués dans les centres d'examen de santé de la sécurité sociale, sont offerts à tout assuré et ses ayants droit et doivent cibler en priorité des populations en précarité financière. Ces dispositifs protecteurs de droit, ne sont pas toujours appliqués. Leur défaillance oblige les associations à assurer des consultations médicales pour des patients toujours exclus des systèmes de droit commun.

La situation à Paris

À Paris, la proportion de personnes protégées par le régime général (92,8%) est comparable à celle observée au niveau régional mais supérieure à celle de la France métropolitaine (86,6%). La différence s'explique par la faible proportion de la population rattachée au régime agricole en Ile-de-France et notamment à Paris.

Au 31 décembre 2008, 89 189 personnes sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) de base à Paris. Ce chiffre a progressé entre 2000 (année de création de la CMU) et 2006, puis a fortement baissé. Il devrait augmenter en 2009 compte tenu des modifications réglementaires (cf contexte national).

Un peu plus de 173 000 Parisiens sont bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 2009. La part des bénéficiaires dans la population totale est de 7,9% contre 5,8% en Ile-de-France et 6,5% en France (dom compris). On observe de fortes disparités au sein des départements franciliens, la part des bénéficiaires de la CMUC allant de 3,3% dans les Yvelines à 10,5% en Seine-Saint-Denis.

Les proportions de bénéficiaires de la CMUC sont très variables au sein des arrondissements parisiens et des communes de proche couronne. Elles sont élevées (13% et plus) dans les arrondissements du nord-est et notamment les 18^{ème} et 19^{ème} ainsi que dans les communes de l'ouest de la Seine-Saint-Denis. Très faibles (moins de 3%) dans les arrondissements du centre de Paris, ainsi que dans les communes de l'ouest des Hauts-de-Seine et du sud-est du Val-de-Marne.

Tab 1 - Répartition de la population protégée* par régime au 31/12/2006

	Paris	%	IDF	%	France métr.	%
Régime général	2 589 837	92,8	11 217 241	93,1	53 298 986	86,6
RSI	125 599	4,5	414 316	3,4	2 762 155	4,5
MSA	25 417	0,9	129 076	1,1	3 455 679	5,6
dont AMEXA	969	0,0	22 022	0,2	1 714 798	2,8
ASA	24 448	0,9	107 054	0,9	1 740 881	2,8
Militaires	21 104	0,8	93 936	0,8	856 691	1,4
SNCF	10 515	0,4	81 407	0,7	528 746	0,9
RATP	6 457	0,2	65 569	0,5	83 398	0,1
Notaires	3 984	0,1	19 975	0,2	108 732	0,2
Banque de France	3 362	0,1	13 029	0,1	37 577	0,1
Cultes	1 436	0,1	7 613	0,1	40 522	0,1
Autres	1 612	0,1	7 958	0,1	356 696	0,6
Ensemble	2 789 323	100,0	12 050 120	100,0	61 529 182	100,0

Sources : RNIAM (Cnamts, Cnav) - Exploitation ORS Ile-de-France

*La population protégée peut être supérieure à la population générale

Tab 2 - Bénéficiaires de la CMU de base au 31/12/2008 et CMUC au 31/12/2009

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	France métr.
CMU de base	89 198	15 543	22 610	32 087	32 208	73 653	23 709	32 845	321 853	1 506 699
CMUC	173 233	49 544	45 881	53 204	62 114	157 439	68 605	64 801	674 821	4 157 249
bénéficiaires de la CMUC (%)	7,9	3,8	3,3	4,4	4,0	10,5	5,3	5,6	5,8	6,5

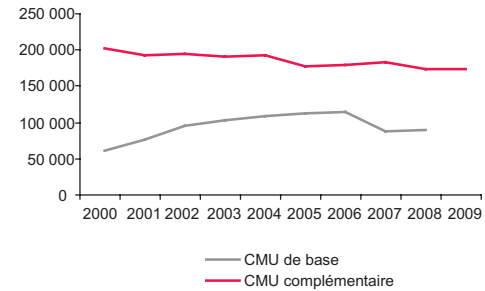
Sources : Cnamts, RSI, CCMSA, Fonds CMU, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Au 31 décembre 2008, 61 650 personnes bénéficient de l'Aide médicale de l'Etat dans le département. La domiciliation à Paris d'associations aidant les personnes en difficulté contribue à ce chiffre élevé.

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (Pass) mises en place en 1998 dans le cadre de la lutte contre la précarité ont pour mission de faciliter l'accès aux soins et la prise en charge médico-sociale des personnes les plus démunies, qui ne peuvent prétendre au bénéfice d'une protection sociale à un autre titre. Dans le cadre des Pass, les patients bénéficient de la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des traitements qui leur sont délivrés gratuitement. L'accès aux soins par les Pass n'est que transitoire, dans l'attente du recours à la CMUC ou à l'AME.

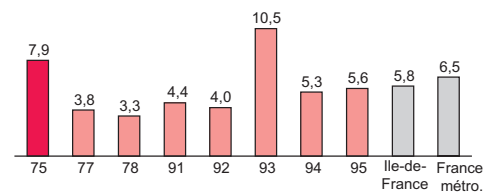
Des Permanences d'Accès aux Soins de Santé ont été constituées dans la plupart des hôpitaux de l'AP-HP de Paris et de proche couronne. Une autre Pass parisienne est située dans le centre de soins de l'association " Médecins du Monde " dans le 11^{ème} arrondissement.

Graph 1 - Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMU entre 2000 et 2009 à Paris



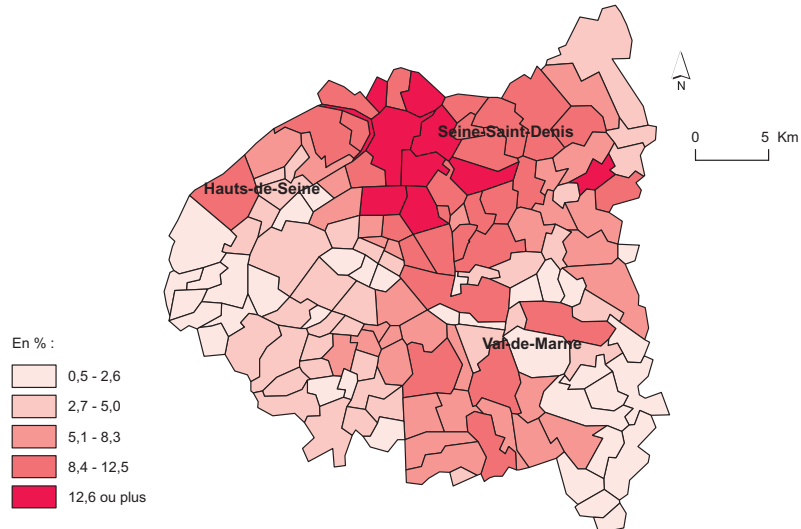
Sources : Cnamts, CANAM, CCMSA - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 2 - Proportion de bénéficiaires de la CMUC au 31/12/2009



Sources : Cnamts, RSI, CCMSA, Fonds CMU, Insee

Carte - 1 Proportion de bénéficiaires de la CMUC au 31/12/2008 dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne



Sources : Cnamts, Canam, CCMSA, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

1. Dénombrement de la population protégée par le régime d'assurance maladie au 31 décembre 2006, Cnamts, 2006
2. Rapport d'activité 2009, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, juin 2010, 82 p.
3. Fréquence des ALD pour le régime général au 31 décembre 2009, Cnamts
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2009.php>
4. Site internet de l'Enquête santé protection sociale 2006
<http://www.irdes.fr/Esp>
5. La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle, "Références" N° 39 Avril 2010, 4 p.
6. La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle, "Références" N° 40 Juillet 2010, 6 p.
7. Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, B. Boisguérin et B. Haury, Etudes et Résultats N°645, Drees, juillet 2008
8. Organiser une permanence d'accès aux soins de santé PASS, Recommandations et indicateurs, DHOS, 2008

5.17 Consommation de soins ambulatoires

A Paris, la consommation d'actes d'omnipraticiens par habitant est plus faible qu'en France. Celle d'actes de spécialistes est plus élevée. Mais attention, ces indicateurs ne tiennent pas compte de la structure par âge de la population, ni de l'effet de mobilité de la clientèle entre régions et départements. Paris se distingue par ailleurs par une très faible consommation d'actes infirmiers.

Contexte national

Selon les comptes de la santé, les dépenses de soins ambulatoires de médecins, dentistes et auxiliaires médicaux ont atteint, en France, 43,5 milliards d'euros en 2009 (680 euros par habitant), ce qui représente 25 % de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux. La moitié de cette enveloppe concerne les médecins (51 %), 27 % les auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes et orthoptistes), 22 % les chirurgiens-dentistes. Les dépenses de soins ambulatoires ont connu un taux de croissance élevé entre 2001 et 2003 (+ 7,1 % par an), qui s'est ensuite ralenti (+ 4,1 % par an sur la période 2004-2009) [1]. 64 % des dépenses de soins ambulatoires sont financées par la sécurité sociale, 21 % par les mutuelles, assurances complémentaires, institutions de prévoyance et 13 % par les ménages eux-mêmes [1]. Le montant à la charge directe des ménages correspond au ticket modérateur ainsi qu'aux dépassements d'honoraires (consultation en dehors du parcours de soins, médecins de secteur II, soins prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale...). Selon l'enquête Handicap santé ménages de 2008, 84 % des hommes et 91 % des femmes âgés de plus de 18 ans ont consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois, et respectivement, 47 % et 71 % un autre spécialiste. Globalement, le recours au médecin devient plus fréquent avec l'âge et s'accompagne d'une augmentation du nombre d'actes [2]. En 2008, 470 millions d'actes ont été réalisés par les médecins libéraux, dont près des deux tiers par les médecins généralistes. Rapporté à l'effectif de la population, le nombre moyen d'actes par habitant s'élève à 4,7 pour les médecins généralistes et 2,7 pour les autres spécialistes libéraux (y compris les actes effectués à l'occasion d'une hospitalisation en clinique privée). En dehors des généralistes, les médecins les plus consultés sont les ophtalmologistes (0,5 acte par habitant), les cardiologues (0,3), les psychiatres (0,3), mais aussi les gynécologues (0,7 acte par femme de plus de 15 ans) et les pédiatres (0,9 acte par habitant de moins de 15 ans). Le recours aux sages-femmes libérales (5 millions d'actes en 2008) représente 0,4 acte par femme de 15-49 ans. Selon le Baromètre santé 2005, plus de 60 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont consulté un chirurgien-dentiste ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois [3]. En 2008, ces derniers ont effectué près de 83 millions d'actes (hors radiologie), soit 1,3 acte par habitant. Les recours aux soins infirmiers et de kinésithérapie concernent majoritairement des personnes âgées de plus de 70 ans [4]. Ils représentent respectivement,

en 2008, 482 millions et 206 millions d'actes en secteur libéral, soit 7,5 actes de soins infirmiers (hors centres de soins infirmiers et services de soins infirmiers à domicile) et 3,2 actes de kinésithérapie par habitant. Enfin, 22 millions d'actes ont été effectués par les orthophonistes libéraux. Le recours à ces différentes professions a connu des évolutions très différentes ces dernières années. Ainsi, entre 2004 et 2008, le nombre moyen d'actes par habitant a augmenté pour les ophtalmologistes (+ 2,2 % par an), les sages-femmes (+ 3,9 % par an), les infirmiers (+ 4,8 % par an) et les masseurs-kinésithérapeutes (+ 2,8 % par an). En revanche, ce nombre est en baisse pour les médecins généralistes (-1,2 % par an), les dermatologues (- 3,4 % par an), les gynécologues (- 2,1 % par an), les psychiatres (-1,9 % par an), les pédiatres (- 1,1 % par an) et les chirurgiens-dentistes (-1,1 % par an). L'augmentation des recours en ophtalmologie, soins infirmiers et kinésithérapie, peut être rapprochée du vieillissement de la population, entraînant une augmentation de la fréquence de certaines pathologies oculaires et maladies ostéo-articulaires. La baisse des recours aux médecins généralistes est liée principalement au recul du nombre de visites (- 6,1 % depuis 2004 par habitant). Par ailleurs, la mise en place du parcours des soins coordonné en 2006 peut en partie expliquer la baisse des recours pour certains spécialistes. Enfin, la diminution du nombre d'actes de chirurgiens-dentistes par habitant peut être liée à l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire, notamment chez les enfants [5].

La situation à Paris

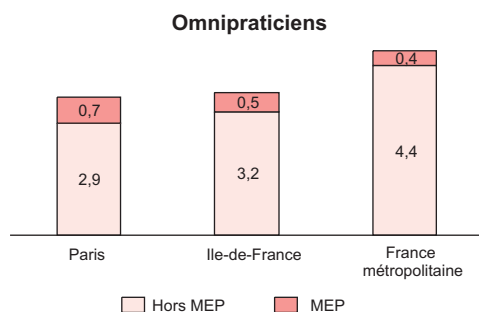
En 2009, le nombre d'actes des omnipraticiens libéraux exerçant à Paris rapporté au nombre de Parisiens est de 3,6. La consommation d'actes d'omnipraticiens par habitant ainsi calculée est comparable en Ile-de-France (3,7) mais nettement supérieur en France (4,8). Outre une faible consommation d'actes d'omnipraticiens, Paris se distingue par une importante proportion d'actes effectués par des Médecins à exercice particulier (MEP).

Le nombre d'actes des médecins spécialistes (hors radiologues) exerçant à Paris rapporté à la population de la capitale est de 4,7. Ce chiffre est plus élevé qu'en Ile-de-France (2,8) et qu'en France (2,7). Paris se caractérise donc par une faible

Les effectifs de médecins proviennent de sources diverses (Ordre des médecins, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère de l'emploi et de la solidarité), dont les modalités d'enregistrement varient. Des différences peuvent donc être constatées.

consommation d'actes d'omnipraticiens et par une forte consommation d'actes de spécialistes. Précisons toutefois que ces chiffres de consommation d'actes, notamment de spécialistes, sont affectés par l'offre parisienne et son attractivité. Parmi les actes d'auxiliaires médicaux, Paris et l'ensemble de la région se distinguent par une faible consommation d'actes infirmiers libéraux : à Paris, celle-ci est moins de deux fois celle de la France. Entre 2003 et 2009, la consommation d'actes d'omnipraticiens a peu varié mais la part des visites est en forte baisse. La consommation d'actes d'auxiliaires médicaux, en revanche, est en hausse.

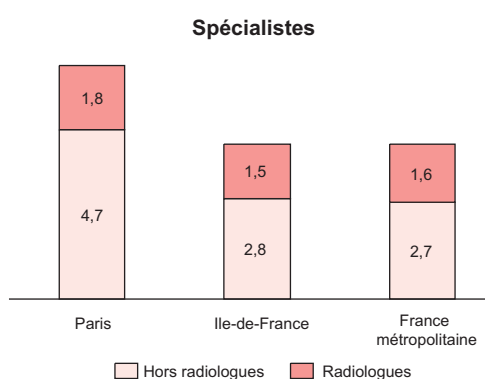
Graph 1 - Nombre moyen par habitant d'actes effectués en 2009



Tab 1 - Nombre d'actes de certains spécialistes APE par habitant en 2009

	Paris	Ile-de-France	France métropolitaine
Gynéco-obstétriciens*	1,8	1,3	1,1
Radiologues	1,8	1,5	1,6
Pédiatres**	1,7	1,0	0,8
Psychiatres	0,9	0,3	0,2
Ophtalmologues	0,6	0,5	0,5
Cardiologues	0,3	0,3	0,3
Dermatologues	0,3	0,2	0,2
Total spécialistes	6,5	4,3	4,3

Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France
 *Nombre d'actes par femme âgée de 15 à 49 ans
 **Nombre d'actes par enfant âgé de moins de 16 ans



Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France
 MEP : médecin à exercice particulier

Tab 2 - Evolution du nombre d'actes des omnipraticiens par habitant entre 2003 et 2009 à Paris (en %)

	Consultations	Visites	Autres actes	Total
Paris				
2003	3,0	0,5	0,2	3,7
2009	3,0	0,4	0,2	3,6
Evol. (%)	0,5	-20,8	-5,9	-2,8
Ile-de-France				
2003	3,2	0,5	0,2	3,8
2009	3,2	0,3	0,2	3,7
Evol. (%)	2,7	-28,5	-2,2	-1,5
France métropolitaine				
2003	4,0	0,7	0,2	5,0
2009	4,1	0,6	0,2	4,8
Evol. (%)	0,7	-24,8	-0,7	-3,2

Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France
 Les taux de croissance sont calculés sur les données non arrondies

Tab 3 - Evolution de l'activité¹ des auxiliaires médicaux libéraux par habitant entre 2003 et 2009

	Orthophonistes	Masseurs-kinésithérapeutes	Infirmiers
Paris			
2003	0,3	3,1	2,5
2009	0,4	3,4	2,9
Evol. (%)	23,9	10,3	17,6
Ile-de-France			
2003	0,3	2,6	2,9
2009	0,4	2,8	3,3
Evol. (%)	8,2	7,0	14,3
France métropolitaine			
2003	0,3	2,8	5,8
2009	0,4	3,0	7,5
Evol. (%)	23,1	18,3	29,1

Source : Snir - Exploitation ORS Ile-de-France
 Les taux de croissance sont calculés sur les données non arrondies

¹ Nombre d'actes effectués par les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes libéraux (AMI et AIS pour les infirmiers, AMK, AMC et AMS pour les masseurs-kinésithérapeutes, AMO pour les orthophonistes). Les actes infirmiers ne comprennent pas les actes effectués dans les centres de soins.

Repères bibliographiques et sources

1. Fenina A, Le Garrec MA, Koubi M. (2010). Comptes nationaux de la santé 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 149. 248 p.
2. Montaut A. (2010). Santé et recours aux soins des femmes et des hommes : premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Etudes et résultats. Drees. n° 717. 8 p.
3. Enquête Baromètre santé 2005, Inpes, exploitation ORS
4. Raynaud D. (2006). La consommation de soins des personnes âgées. Actualité et dossier en santé publique. HCSP. n° 56. pp 34-37
5. Drees. (2010). Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans. In L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Ed. La Documentation française. pp 296-297.
6. Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1er janvier 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 138. 117 p.

Recours à la médecine de ville des participants parisiens de l'Etude RECORD

Après autorisation de la Cnil et avec le soutien de la Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques de la Cnamts, l'ensemble des données de remboursement de soins du Sniir-am depuis 2006 ont été associées au niveau individuel à la base d'analyse de l'Etude RECORD.

Ces données ont permis de décrire les habitudes d'utilisation de la médecine de ville des participants parisiens de l'étude.

Déclaration du médecin traitant

Au total, 87% des participants parisiens avaient un médecin traitant (tel qu'évalué à partir des consultations de médecins remboursées et du fait de rapporter un médecin traitant lors du bilan de santé). Une analyse statistique tenant simultanément compte des différentes caractéristiques des personnes suggère que les hommes ainsi que les personnes qui vivaient seules avaient plus fréquemment omis de déclarer un médecin traitant. Divisant les participants en 4 groupes en fonction du revenu du ménage, le pourcentage de personnes qui n'avaient pas déclaré de médecin traitant était 1,3 fois plus élevé, 1,7 fois plus élevé et 2,1 fois plus élevé dans les 3 groupes qui avaient un revenu de plus en plus élevé, par rapport au groupe à faible revenu (après avoir tenu compte des autres facteurs).

Consultations d'omnipraticiens et de spécialistes

Les analyses se sont ensuite intéressées au nombre de consultations de médecins remboursées sur l'année passée. Les consultations d'omnipraticiens et de spécialistes ont été étudiées séparément, donnant lieu à des relations diamétralement opposées avec les variables socio-économiques.

Ainsi que l'indique le tableau 1, après avoir tenu compte des autres facteurs, le nombre de consultations d'omnipraticiens tendait à augmenter à mesure que le niveau d'instruction des participants diminuait, étant 1,24 fois plus élevé chez les personnes sans diplôme que chez les participants qui avaient un diplôme supérieur à BAC+2. De plus, s'ajoutant à cet effet, les personnes de ménages à faible revenu avaient un nombre de consultations d'omnipraticiens 1,23 fois supérieur aux participants de ménages à revenu élevé. Par ailleurs, par rapport aux enquêtés qui bénéficiaient d'une mutuelle complémentaire, les participants qui ne bénéficiaient ni d'une mutuelle ni de la CMU avaient consulté nettement moins souvent un omnipraticien au cours de l'année passée (1,56 fois moins souvent), alors que les bénéficiaires de la CMU avaient consulté un omnipraticien un nombre plus important de fois. A l'inverse de la relation observée avec le revenu du ménage, les résidents de quartiers à faible revenu avaient bénéficié d'un nombre légèrement moindre de consultations d'omnipraticiens (toutes choses égales par ailleurs).

Tab 1. Caractéristiques démographiques et socio-économiques associées " toutes choses égales par ailleurs " au nombre de consultations d'omnipraticiens remboursées au cours des 12 derniers mois

	Multiplicateur du nombre de consultations d'omnipraticiens
Age (comparé à 30-44 ans)	
45 - 59 ans	1,03
60 - 79 ans	1,34
Homme (plutôt que femme)	0,69
Célibataire (plutôt qu'en couple)	1,08
Niveau d'instruction (comparé à diplôme supérieur à Bac + 2)	
Bac ou Bac + 2	1,07
Diplôme inférieur au Bac	1,14
Sans diplôme	1,24
Revenu du ménage (comparé à élevé)	
Moyen-élevé	1,17
Moyen-faible	1,24
Faible	1,23
Difficultés financières rapportées	1,28
Assurance santé (comparé à ayant une mutuelle)	
Sans mutuelle (non CMU)	0,64
CMU	1,49
Revenu du quartier (comparé à élevé)	
Moyen-élevé	0,92
Moyen-faible	0,75
Faible	0,78

Guide de lecture : toutes choses équivalentes par ailleurs, les participants qui n'avaient pas de diplôme avaient bénéficié d'un nombre de consultations d'omnipraticiens 1,24 fois plus élevé que les personnes qui avaient un diplôme supérieur à BAC+2, alors que les participants qui n'avaient pas de mutuelle avaient été remboursés d'un nombre de consultations d'omnipraticiens 1,56 fois moins important que les participants qui disposaient d'une mutuelle (soit d'un nombre de consultations multiplié par 0,64).

Source : Etude RECORD

Alors qu'un faible statut socio-économique était globalement associé à un nombre plus important de consultations d'omnipraticiens, un faible niveau socio-économique était associé à un nombre moindre de consultations de spécialistes au cours des 12 derniers mois. Une analyse qui tenait compte des différentes caractéristiques individuelles simultanément (tableau n°2) a montré que les participants qui avaient un niveau d'instruction supérieur à BAC+2 avaient bénéficié d'un nombre de consultations de médecins spécialistes sur un an 1,23 fois supérieur au reste de l'échantillon. De plus, toutes choses égales par ailleurs, le nombre de consultations de spécialistes sur 1 an était 1,82 fois supérieur, 1,61 fois supérieur, et 1,86 fois supérieur, respectivement, chez les employés, les professions intermédiaires et les cadres que chez les ouvriers. Enfin, par rapport aux personnes qui bénéficiaient d'une mutuelle, les participants qui n'avaient pas de mutuelle avaient été remboursés d'un nombre de consultations de spécialistes moins important, surtout s'ils ne disposaient pas de la CMU. A côté des effets associés aux caractéristiques individuelles, le nombre de consultations de spécialistes tendait à augmenter légèrement avec le niveau d'instruction moyen des résidents du quartier, signe qu'un léger effet contextuel se surajoutait à l'effet des caractéristiques socio-économiques individuelles.

De façon globale, résultant des disparités sociales de consultation d'omnipraticiens et de spécialistes, les pourcentages bruts de consultations de médecins réalisées auprès de spécialistes étaient par exemple de 35,0%, 44,7%, 48,3% et 50,7% dans les 4 groupes de niveau d'instruction individuel croissant (pas de diplôme, diplôme inférieur au BAC, BAC ou BAC+2, et diplôme supérieur à BAC+2).

Tab 2. **Caractéristiques démographiques et socio-économiques associées " toutes choses égales par ailleurs " au nombre de consultations de spécialistes remboursées au cours des 12 derniers mois**

	Multiplicateur du nombre de consultations de spécialistes
Age (comparé à 30-44 ans)	
45 - 59 ans	1,26
60 - 79 ans	1,53
Homme (plutôt que femme)	0,50
Célibataire (plutôt qu'en couple)	1,22
Diplôme supérieur à BAC+2 (plutôt que sans diplôme)	1,23
Profession (plutôt qu'ouvrier)	
Employé	1,82
Profession intermédiaire	1,61
Cadre	1,86
Difficultés financières rapportées	1,24
Assurance santé (comparé à ayant une mutuelle)	
Sans mutuelle (non CMU)	0,72
CMU	0,87
Niveau d'instruction moyen des résidents du quartier (comparé à faible)	
Moyen-faible	1,04
Moyen-élevé	1,08
Elevé	1,10

Guide de lecture : toutes choses égales par ailleurs, les cadres avaient bénéficié d'un nombre de consultations de spécialistes 1,86 fois plus élevé que les ouvriers, alors que les hommes avaient été remboursés d'un nombre de consultations de spécialistes 2 fois moins important que les femmes (soit d'un nombre de consultations multiplié par 0,50).

Source : Etude RECORD

5.19 Scolarisation et accompagnement des enfants handicapés

Près de 5 000 familles parisiennes sont bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH). Ce nombre est en progression régulière depuis dix ans. Les deux tiers des enfants parisiens handicapés sont scolarisés " en milieu ordinaire ".

Contexte national

La loi du 11 février 2005 [1] a établi le droit à la scolarisation des enfants et jeunes handicapés, considérant que l'Etat devait mettre en place les moyens financiers et humains nécessaires à leur scolarisation en milieu ordinaire.

Pour atteindre cet objectif, chaque enfant handicapé peut bénéficier d'un plan personnalisé de scolarisation (PPS), qui définit les modalités du déroulement de sa scolarité et notamment les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant à ses besoins particuliers. Le PPS détermine également les aides techniques nécessaires au bon suivi de la scolarité et l'attribution de matériels pédagogiques destinés à compenser le handicap. Validé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) constituée dans chaque département, ce plan est élaboré en lien avec la famille, par les équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), instance administrée par les conseils généraux, créée par la loi du 11 février 2005 en remplacement des Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES).

Une équipe de suivi de scolarisation, réunie et animée par l'enseignant référent dont dispose chaque enfant handicapé, est chargée de favoriser la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du PPS tout au long de la scolarité [2].

Parmi les différentes modalités d'accompagnement prévues par le PPS, l'auxiliaire de vie scolaire individuel a pour mission d'aider l'élève handicapé dans sa vie quotidienne à l'école (aide aux déplacements et à l'installation dans la classe, aide à la manipulation de matériel pédagogique, aide à la prise des repas et aux gestes d'hygiène, ...) et de faciliter sa communication et sa socialisation. D'autres mesures d'accompagnement sont prévues pour faciliter la scolarisation des enfants handicapés : temps de soutien scolaire, prise en charge des frais de transport, accessibilité des locaux, aménagement des conditions d'examens et de concours... [2].

Près de 190 000 élèves en situation de handicap sont accueillis dans les écoles et les établissements scolaires au plan national en 2009-2010 [3]. Ils représentent 1,8 % des effectifs dans le premier degré et 1,3 % dans le second degré. 68 % d'entre eux fréquentent une "classe ordinaire", alors que les autres sont scolarisés en "intégration collective" dans les classes d'inclusion scolaire du premier degré (CLIS) ou dans les unités pédagogiques d'intégration (UPI) du second degré devenues "Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS)" [4]. Toutes modalités de scolarité

confondues, les élèves souffrant d'un trouble intellectuel ou mental constituent 66 % des effectifs dans le premier degré, et 51 % dans le second degré [3].

L'Allocation d'éducation spéciale (AES), devenue le 1er janvier 2006 l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), est versée par les caisses d'allocation familiales (CAF et MSA) afin de compenser les frais et aides nécessaires à un enfant, en lien avec son handicap. Cette allocation, accordée sans conditions de ressources, a concerné, en 2008, 160 000 familles pour 168 500 enfants bénéficiaires soit 10,6 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans. Le nombre d'allocataires, qui progresse de manière continue, est en forte augmentation depuis 2002 (+ 26%) (fig. 5). On observe des variations géographiques importantes en termes de taux de bénéficiaires avec les situations extrêmes de l'Ardèche (5 pour 1 000) et de la Corse du Sud (14 pour 1 000).

Les familles peuvent également bénéficier en complément de cette allocation d'éléments de la prestation de compensation (PCH), instaurée par la loi du 11 février 2005. L'instruction des demandes d'AEEH et de PCH dépend des MDPH, qui exercent une mission générale d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des jeunes handicapés et de leur famille, l'instance décisionnaire étant la CDAPH [2].

Les services de soins et d'éducation spéciale à domicile (Sessad), dont les capacités d'accueil (34 000 places fin 2006) ont doublé depuis 2001, ont été créés pour faire face aux besoins d'accompagnement et de soins des enfants et jeunes handicapés dans leurs différents lieux de vie (école, domicile...) [5]. Le Sessad est cependant rarement le seul acteur à intervenir dans le parcours de soins d'un enfant handicapé qui peut mobiliser également des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers, un centre d'action médico-social précoce [6], un centre médico-psychologique rattaché à un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, un centre médico-psycho-pédagogique...

Malgré la forte progression du nombre de jeunes scolarisés en milieu ordinaire, un nombre important de jeunes handicapés sont suivis dans les établissements médico-sociaux : 107 000 en 2006. La majorité d'entre eux (80 %) bénéficient d'un temps de scolarisation, qui est dispensé en général par des enseignants de l'Education nationale mis à disposition. La scolarisation est parfois aussi organisée de manière alternée entre l'école et l'établissement [7].

L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) est une prestation familiale destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant de moins de 20 ans atteint d'une incapacité permanente égale ou supérieure à 80 %, ou comprise entre 50 et 80% s'il fréquente un établissement d'enseignement adapté ou s'il a recours à un dispositif d'accompagnement ou à des soins dans le cadre de mesures préconisées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Elle remplace l'Allocation d'Education Spéciale (AES) depuis le 1er janvier 2006. L'évolution majeure de cette allocation est la mise en place de la majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé.

La situation à Paris

En 2008, 4 772 familles parisiennes ont bénéficié de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH). Rapporté à la population de moins de 20 ans ce chiffre correspond à un taux de 11,2 bénéficiaires pour 1 000 jeunes, soit le deuxième taux le plus élevé d'Ile-de-France, le premier étant celui de la Seine-Saint-Denis (11,5%). Le taux parisien est ainsi supérieur aux valeurs francilienne et française (respectivement 10,1‰ et 9,6‰).

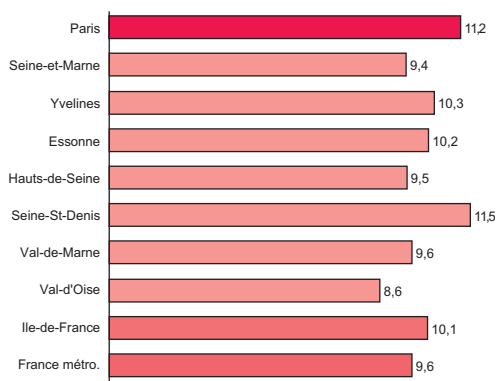
Entre 1998 et 2008, le nombre de familles bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé est en augmentation dans l'ensemble des départements d'Ile-de-France, comme en France métropolitaine. A Paris, ce nombre est passé de 2 589 à 4 772 familles, soit une progression de 84%, supérieure à celles observées au niveau régional (70%) et au niveau national (57%). L'augmentation est particulièrement marquée à partir de 2004.

En 2009, on compte 54 classes d'Intégration Scolaire (CLIS) et 34 Unités Pédagogiques d'Intégration dans le département de Paris. Parmi les CLIS, une grande majorité (76%) accueille des élèves ayant un handicap mental. Lors de la rentrée

2008, les deux tiers des enfants handicapés (2 904) étaient scolarisés en milieu ordinaire : 1 992 dans le premier degré (dont 780 dans une CLIS d'Intégration Scolaire) et à 912 dans le second degré (dont 379 dans une Unités Pédagogiques d'Intégration).

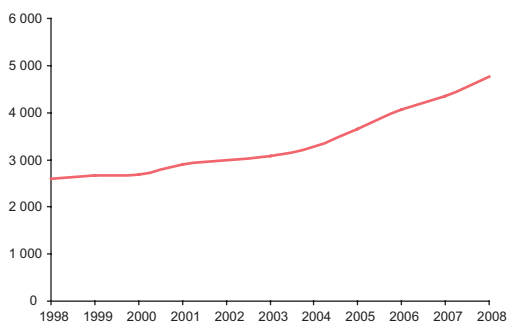
Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) peuvent accueillir des enfants porteurs de déficiences de tous types ou être spécialisés dans un type de déficience (auditive par exemple). En accord avec les parents de l'enfant, des actions concertées peuvent être réalisées dans les milieux fréquentés par l'enfant (crèche, école, centre de loisir,...). Dans le département, on dénombre quatre CAMSP et seize Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) favorisant le maintien de l'enfant ou de l'adolescent dans un milieu familial, scolaire et social.

Graph 1 - Bénéficiaires* de l'AEEH en 2008



Source : Cnaf, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France
*Taux pour 1 000 enfants et adolescents âgés de moins de 20 ans

Graph 2 - Evolution du nombre de familles bénéficiaires de l'AEEH à Paris entre 1998 et 2008



Source : Cnaf - Exploitation ORS Ile-de-France

Tab 1 - Classe d'intégration scolaire (CLIS) par handicap à la rentrée 2009 à Paris

Type de handicap	Nombre de CLIS
Handicap auditif	2
Handicap mental	41
<i>dont pour enfants autistes</i>	3
Handicap moteur	9
Handicap visuel	2
Total	54

Source : Académie de Paris

Tab 2 - Unité pédagogique d'intégration (UPI) par handicap à la rentrée 2009 à Paris

Type de handicap	Nombre d'UPI
Autisme	3
Déficience auditive	1
Déficience intellectuelle	10
Déficience visuelle	1
Handicap moteur	4
Trouble des apprentissages	7
Troubles psychiques	8
Total	34

Source : Académie de Paris

Tab 3 - Nombre de centres médico-psycho-pédagogique et de centres d'action médico-sociale précoce en 2009

	Paris	Ile-de-France
CAMSP*	4	19
CMPP**	16	89

Source : ORS Ile-de-France
*Centres d'Action Médico-Social-Précoce
**Centres médico-Psycho-Pédagogiques

En 2009, on dénombre vingt-cinq Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) à Paris, pour un total de 828 places. Le taux d'équipement s'élève à 1,94 place pour 1 000 enfants ou adolescents âgés de moins de 20 ans. Il est inférieur au taux francilien de 2,14%. Les Sessad prenant en charge majoritairement les enfants atteints de déficience auditive disposent de 18% des places. Viennent ensuite les troubles du caractère et du comportement ainsi que les déficiences motrices

et psychiques (qui représentent respectivement 14% et 12% des places).

En 2009, on dénombre 66 établissements ou centres d'accueil familial pouvant accueillir des enfants handicapés à Paris. L'ensemble de ces établissements disposent de 2 814 places (capacité installée), soit un taux d'équipement global de 6,6 places pour 1 000 enfants ou adolescents âgés de moins de 20 ans. Ce taux est légèrement inférieur au taux francilien (7,0 pour 1 000).

Tab 4 - Nombre de Sessad et nombre de places dans Paris en 2009

	Nombre d'étab.	Capacité autorisée	Taux d'équip.*
Autisme	2	65	0,15
Déficience auditive	7	142	0,33
Déficience de la communication	2	35	0,08
Déficience intellectuelle	2	86	0,20
Déficience intellectuelle et autisme	1	65	0,15
Déficience motrice	2	65	0,15
Déficience motrice et psychique	1	100	0,23
Déficience visuelle	3	78	0,18
Epilepsie	1	30	0,07
Polyhandicap	1	50	0,12
Troubles du caractère et du comportement	3	112	0,26
Total	25	828	1,94

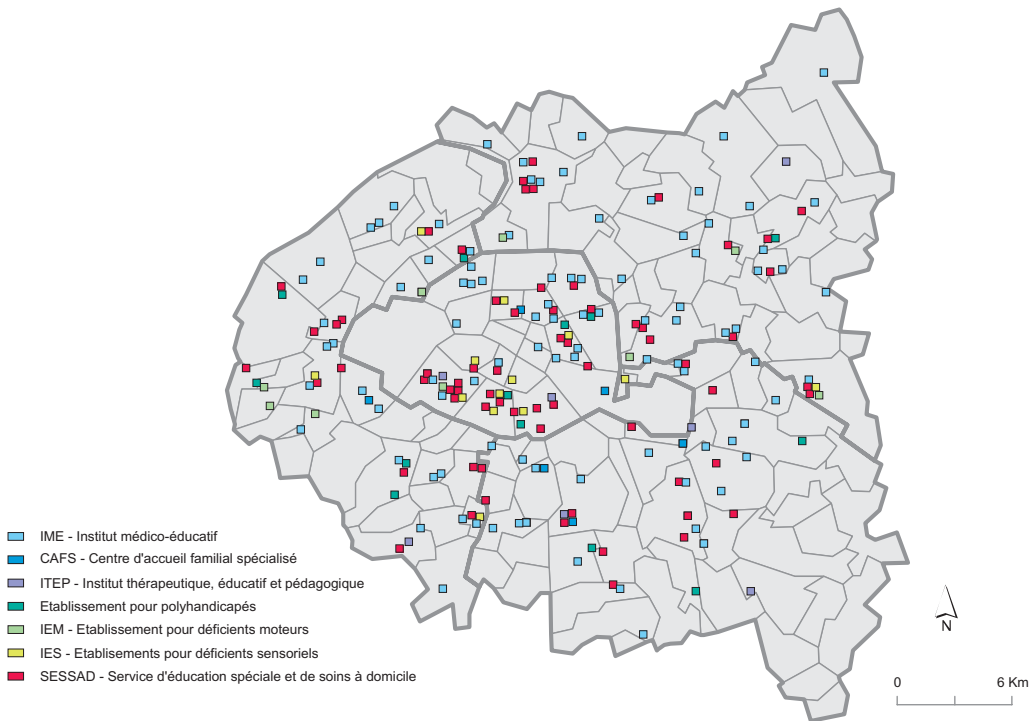
Source : ORS Ile-de-France
*Taux pour 1 000 enfants et adolescents âgés de moins de 20 ans

Tab 5 - Les établissements pour enfants handicapés en 2009

	Paris			Ile-de-France
	Nombre étabts.	Capacité autorisée	Taux équip.*	Taux équip.*
IME	22	873	2,04	3,14
Etab. polyhandicaps	6	150	0,35	0,06
Jardin d'enfants	-	-	-	0,01
ITEP	2	56	0,13	0,35
IEM	1	175	0,41	0,46
IES	8	694	1,63	0,50
CAFS	2	85	0,20	0,15
SESSAD	25	828	1,94	2,14
Total	66	2 814	6,60	7,04

Source : ORS Ile-de-France
*Taux pour 1 000 enfants et adolescents âgés de moins de 20 ans

Carte 1 - Etablissements pour enfants handicapés à Paris et en proche couronne en 2008



Source : ORS Ile-de-France

Les **Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** accueillent les enfants de zéro à six ans et leur famille. Ils interviennent pour le dépistage précoce du handicap, la cure ambulatoire et la rééducation de l'enfant, ainsi que l'accompagnement des proches. Ils proposent des consultations, des rééducations ou des activités individuelles ou collectives favorisant le développement de l'enfant et son intégration sociale.

Les **Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)** ont une activité de diagnostic et de traitement en cure ambulatoire des enfants de 3 à 18 ans (ou 20 ans selon les cas) dont les difficultés sont liées à des troubles psychologiques, des troubles des apprentissages ou des troubles du développement. Ils proposent une prise en charge médico-psychologique, des rééducations psychothérapeutiques ou psychopédagogiques sous autorité médicale.

La **Classe d'intégration scolaire (CLIS)** est une classe de l'école et son projet intégratif est inscrit dans le projet d'école. Elle a pour mission d'accueillir de façon différenciée dans certaines écoles élémentaires, voire maternelles, des élèves en situation de handicaps afin de leur permettre de suivre un cursus scolaire ordinaire. L'admission en CLIS d'un élève est subordonnée à la décision d'une commission d'éducation spéciale.

L'**Unité pédagogique d'intégration (UPI)** est un dispositif permettant le regroupement pédagogique, au sein des collèges ordinaires, d'enfants âgés de 11 à 16 ans présentant un handicap mental. L'effectif des UPI est limité à dix élèves.

Les **Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad)** : ces services d'accompagnement des enfants handicapés en milieu ordinaire et/ou spécialisé peuvent être rattachés ou non à un établissement. Ils sont constitués par une équipe pluridisciplinaire qui a pour objectif la prise en charge précoce de l'enfant et l'accompagnement de sa famille, le soutien à la scolarisation et à l'acquisition de l'autonomie. Ils peuvent intervenir dans différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, établissement scolaire, milieu familial...).

Le **Centre d'accueil familial spécialisé (CAFS)** : les CAFS sont exclusivement rattachés à un établissement médico-social. L'accueil en famille est un dispositif d'accueil complémentaire mis à la disposition des enfants ou adolescents, leur proposant un environnement psychologique, éducatif et affectif autre que celui de leur propre entourage.

Les **établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés** accueillent des enfants qui souffrent d'un polyhandicap (association d'une déficience mentale grave à une déficience motrice importante) entraînant une réduction notable de leur autonomie.

Institut d'éducation sensorielle (IES) ; Institut pour déficients visuels (IDV) ; Institut pour déficients auditifs (IDA) : Il s'agit d'établissements d'éducation spécialisés accueillant des enfants déficients auditifs, ou déficients visuels, ou les deux.

Les **Instituts d'éducation motrice (IEM)** assurent la prise en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice nécessitant des moyens particuliers pour assurer un suivi médical, une éducation adaptée et une formation générale et professionnelle.

Les **Instituts médico-éducatifs (IME)** proposent une prise en charge éducative, thérapeutique et pédagogique qui favorise le développement de l'enfant ou de l'adolescent, l'acquisition de l'autonomie, les apprentissages scolaires ou pré-professionnels. Autant que possible l'intégration scolaire en milieu ordinaire est recherchée en complément de l'accueil en IME.

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) : appelés encore récemment Institut de rééducation (IR), ils mettent en oeuvre le projet pédagogique éducatif et thérapeutique de jeunes souffrant de difficultés psychologiques qui perturbent la socialisation et l'accès aux apprentissages. Un enseignement est dispensé soit dans l'établissement par des enseignants spécialisés, soit en intégration dans des classes (ordinaires ou spécialisées) d'établissements scolaires proches. Un accompagnement adapté favorise le maintien du lien avec le milieu familial et social, et privilégie à ce titre l'intégration en milieu scolaire ordinaire ou adapté.

Repères bibliographiques et sources

1. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
2. CNSA. (2010). Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Edition 2009. 290 p.
3. Ministère de l'éducation nationale, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance. (2010). Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. Edition 2010. Ed. DEPP. 424 p.
4. Circulaire n° 2010-088 du 18-6-2010 : Scolarisation des élèves handicapés : Dispositif collectif au sein d'un établissement du second degré
5. Le Duff R, Raynaud P. (2007). Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention. Etudes et résultats. Drees. n° 574. 8 p.
6. CNSA. (2008). Les CAMSP : Centres d'action médico-sociale précoce. Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008. 35 p.
7. Mainguéné A. (2008). Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile. Résultats de l'enquête ES 2006. Etudes et résultats. Drees. n° 669. 8 p.

5.20 Accompagnement des adultes handicapés

A Paris, le nombre de bénéficiaires de l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) est en progression régulière depuis 1995, mais le taux de bénéficiaires est inférieur à la moyenne nationale. Le département reste très mal pourvu en structures d'accueil pour adultes handicapés.

Contexte national

Les personnes affectées par un handicap bénéficient de prestations sociales spécifiques dont le montant et la nature diffèrent profondément selon que le handicap soit survenu en période d'activité ou non.

En cas de survenue du handicap en période d'activité, les assurés sociaux reçoivent un revenu de remplacement de leur régime de sécurité sociale. Le mode de reconnaissance du handicap, comme l'importance de l'indemnisation varient selon le régime d'appartenance de l'assuré, l'importance des séquelles, et selon que le handicap soit considéré comme la conséquence d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, ou non.

S'il est établi que le handicap est la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP), l'assuré reçoit une rente de la sécurité sociale au titre de ce risque. Dans les autres cas, les prestations sont servies au titre de l'assurance invalidité. En 2009, près de 600 000 personnes ont perçu au plan national une pension d'invalidité pour le seul régime général de sécurité sociale.

L'autre voie d'attribution d'aides légales en matière de handicap dépend des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Administrées par les conseils généraux et soutenues par la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), les MDPH ont été instituées par la loi du 11 février 2005 [1] qui a introduit de nouvelles dispositions destinées à faciliter la vie quotidienne et l'insertion sociale des personnes en situation de handicap (formation, accessibilité des logements et des locaux publics, emploi...). Les MDPH exercent une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille. Elles instruisent les demandes d'aides légales (AAH, ACTP, PCH...), évaluent les besoins de compensation et proposent aux personnes handicapées les solutions d'accompagnement adaptées à leurs besoins (établissements et services sociaux et médico-sociaux notamment). L'attribution des aides comme les décisions d'orientation relèvent de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées constituée dans chaque département [2].

L'AAH, aide financière destinée aux personnes handicapées âgées de 20 à 59 ans ayant de faibles ressources, concerne 883 000 bénéficiaires de l'AAH fin 2008 pour la France entière (23 bénéficiaires pour mille). Le taux de bénéficiaires varie fortement selon les départements : les deux tiers de ces écarts peuvent s'expliquer par des facteurs sociodémographiques alors qu'un tiers des décisions semblent lié à des pratiques d'évaluation

différentes selon les MDPH [3].

Créée par la loi du 11 février 2005 [1], la PCH vise à répondre aux besoins de compensation des personnes handicapées présentant une difficulté absolue ou deux difficultés graves à réaliser des activités de la vie quotidienne : 77 100 personnes ont perçu la PCH (tous âges confondus) en juin 2009 au plan national, pour près de 100 000 personnes ayant des droits ouverts. La PCH remplace progressivement l'ACTP, qui continuait à être servie à 100 000 personnes à la même période [4].

Les MDPH sont chargées également de la reconnaissance de "travailleur handicapé". Le code du travail reconnaît comme travailleur handicapé " toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques "[5]. Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans en emploi, 1,8 million déclarent avoir une reconnaissance administrative de leur handicap, leur permettant de bénéficier de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé [6].

Même si l'obligation d'emploi instituée par la loi du 10 juillet 1987 [7] a fait progresser l'emploi des personnes handicapées, les personnes reconnues travailleurs handicapés restent peu présentes sur le marché du travail. Leur taux d'activité (rapport entre le nombre d'actifs occupés et chômeurs et l'ensemble de la population correspondante) est de 44% contre 71% pour l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans [6]. Leur taux de chômage (fin 2007) est plus du double de celui de l'ensemble des personnes actives de 15 à 64 ans (19% versus 8%) [8].

Les personnes les plus lourdement handicapées sont accueillies en fonction de la gravité de leur handicap dans les foyers de vie (39 000 places), les foyers d'accueil médicalisés (10 550 places), et les maisons d'accueil spécialisées (16 500 places) [9]. La répartition de ces équipements sur l'ensemble des départements reste peu homogène [10]. Pour répondre aux besoins d'accompagnement des personnes handicapées et de restauration des liens sociaux sur leur lieu de vie, de nombreux Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et des Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (Samsah) ont vu le jour depuis une dizaine d'années [2].

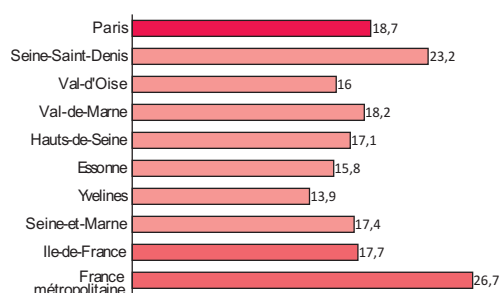
¹ Depuis le 1^{er} janvier 2006 la **Prestation de Compensation de Handicap (PCH)** remplace l'**Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)**. Cependant, les personnes bénéficiant déjà de l'**ACTP** peuvent choisir d'en conserver le bénéfice à chaque demande de renouvellement. L'**ACTP** et la **PCH** ne peuvent se cumuler, et lorsque le demandeur a opté pour la **PCH**, son choix devient définitif.

La situation à Paris

En 2010, l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) a été versée à 25 047 Parisiens. Le taux de bénéficiaires est de 18,7 pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans (d'autres allocations ont été instaurées pour les personnes âgées de 60 ans ou plus en situation de handicap). Ce taux de bénéficiaires est légèrement supérieur au taux régional (17,8‰) mais inférieur à la moyenne nationale (26,7‰). D'une manière générale, la proportion de bénéficiaires de l'AAH est peu élevée dans les départements franciliens.

Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé a beaucoup progressé depuis quinze ans à Paris comme en Ile-de-France et en France métropolitaine. Ainsi, à Paris, on comptait 13 728 bénéficiaires de l'AAH en 1995 contre 25 047 en 2010, soit une augmentation de 82%, très supérieure à l'accroissement démographique (cette augmentation est de 76% en Ile-de-France et de 38% au niveau national).

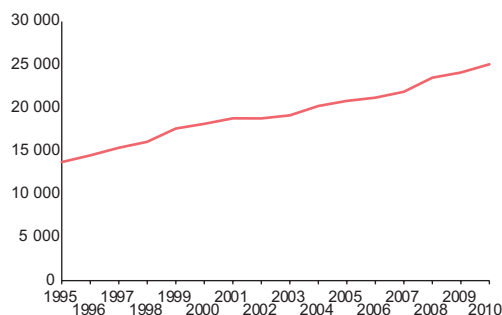
Graph 1 - Taux* de bénéficiaires de l'AAH en 2010



* Taux pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans

Source : Cnaf - Exploitation ORS Ile-de-France

Graph 2 - Evolution du nombre d'allocataires de l'AAH à Paris de 1995 à 2010



Source : Cnaf - Exploitation ORS Ile-de-France

En 2008, le nombre de Parisiens bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) s'élève à 3 331, soit 2,4 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans. Ce sont des taux relativement proches de ceux de l'Ile-de-France (2,7‰) et de la France métropolitaine (2,6‰). Cette prestation vise à compenser les dépenses supplémentaires liées à l'emploi d'une personne à domicile ou le manque à gagner d'un proche qui se rend disponible pour aider la personne handicapée. Elle peut être versée à domicile ou en établissement.

En 2008, on dénombre 44 structures pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées à Paris, dont 34 établissements et services d'aide au travail (ESAT), 6 Entreprises adaptées et 4 CRP. Ces 44 structures représentent un total de 3 362 places. Le taux d'équipement s'élève à 2,4 places pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans (taux d'équipement respectifs de 1,9‰, 0,1‰ et 0,4‰). Les taux d'équipement en ESAT et en entreprises adaptées à Paris sont relativement faibles en comparaison des moyennes régionales et nationales. Paris est en effet le deuxième département le plus mal équipé de l'Ile-de-France derrière la Seine-et-Marne.

En 2009, on dénombre 57 établissements d'hébergement pour adultes handicapés à Paris,

Tab 1 - Taux* de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH en 2008

	A domicile		En établissement	
	ACTP	PCH	ACTP	PCH
Paris	1,85	1,25	0,63	0,04
Ile-de-France	2,08	1,31	0,59	0,04
France métro.	2,02	1,93	0,56	0,08

*Pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

Source : Statiss

Tab 2 - Les structures d'insertion professionnelle des personnes handicapées en 2008

	ESAT		Entreprise adaptée	
	Nombre de places	Taux* équip.	Nombre de places	Taux* équip.
Paris	2 575	1,9	188	0,1
Seine-et-Marne	1 139	1,6	88	0,1
Yvelines	1 866	2,4	223	0,3
Essonne	1 616	2,4	143	0,2
Hauts-de-Seine	1 793	2,0	433	0,5
Seine-Saint-Denis	1 900	2,2	163	0,2
Val-de-Marne	2 107	2,8	117	0,2
Val-d'Oise	1 643	2,5	208	0,3
Ile-de-France	14 639	2,2	1 563	0,2
France métro.	108 225	3,3	18 635	0,6

Source : Statiss

* Taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

offrant un total de 1 845 places. Le taux d'équipement global s'élève à 1,4 place pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans, nettement inférieur au taux national (3,65 places pour 1 000 adultes). Le taux parisien est le plus bas parmi les huit départements franciliens mais les départements de proche couronne et notamment la Seine-Saint-Denis

sont également mal pourvus. Seuls les départements de la Seine-et-Marne (2,9 places pour 1 000) et surtout des Yvelines (3,5) se rapprochent de la moyenne nationale. Ce manque de places peut-être à l'origine de déplacements de Parisiens vers des établissements de province voire de l'étranger (Belgique notamment).

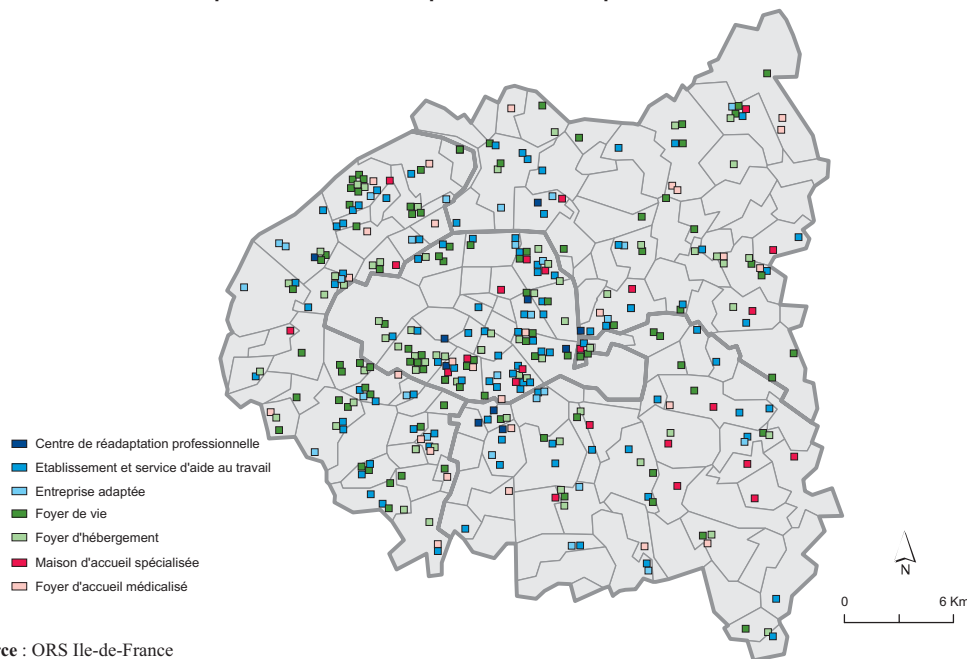
Tab 3 - Les établissements d'hébergement pour adultes handicapés en 2009

	Foyer d'hébergement		Foyer de vie		FAM		MAS		Total	
	Nombre de places	Taux* équip.	Nombre de places	Taux* équip.	Nombre de places	Taux* équip.	Nombre de places	Taux* équip.	Nombre de places	Taux* équip.
Paris	759	0,6	637	0,5	171	0,1	278	0,2	1 845	1,4
Seine-et-Marne	594	0,8	647	0,9	380	0,5	493	0,7	2 114	2,9
Yvelines	738	1	821	1,1	766	1	405	0,5	2 730	3,5
Essonne	390	0,6	814	1,2	176	0,3	466	0,7	1 846	2,8
Hauts-de-Seine	507	0,6	906	1	289	0,3	101	0,1	1 803	2
Seine-Saint-Denis	322	0,4	582	0,7	268	0,3	177	0,2	1 349	1,6
Val-de-Marne	516	0,7	366	0,5	109	0,1	462	0,6	1 453	2
Val-d'Oise	374	0,6	754	1,2	128	0,2	326	0,5	1 582	2,4
Ile-de-France	4 200	0,6	5 527	0,8	2 287	0,3	2 708	0,4	14 722	2,2
France métro.	39 764	1,2	43 557	1,3	16 791	0,5	21 221	0,6	121 333	3,6

* Taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

Source : ORS Ile-de-France

Carte 1 - Etablissements pour adultes handicapés à Paris et en proche couronne en 2008



Source : ORS Ile-de-France

Repères bibliographiques et sources

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- CNSA. (2010). Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Edition 2009. 290 p.
- CNSA. (2010). Rapport d'activité 2009. 106 p.
- Debout C, Lo SH. (2009). L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. Etudes et résultats. Drees. n° 710. 6 p.
- Article L. 5213-1 du Code du travail
- Nguyen KN, Ulrich V. (2008). L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007. Premières synthèses. Dares. n° 47.1. 10 p.
- Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés
- Dares. (2009). Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées. Edition 2009. 87 p.
- Mainguéné A. (2008). Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse. Résultats provisoires de l'enquête ES 2006. Etudes et résultats. Drees. n° 641. 8 p.
- Vanoveimer S. (2005). L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés. Etudes et résultats. Drees. n° 419. 8 p.

Les Etablissements et Service d'Aide au Travail (Esat) sont les anciens Centres d'Aide par le Travail (CAT). Etablissements médico-sociaux, ils permettent à des adultes handicapés ayant des capacités de travail limitées d'exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leur handicap. Ils proposent des conditions de travail aménagées et la possibilité d'insertion en entreprise adaptée ou en milieu ordinaire. L'accueil peut être à temps plein ou partiel.

Les Entreprises adaptées sont des unités de production intégrées à l'économie de marché. Elles permettent à des travailleurs handicapés, ayant une capacité de travail au moins égale au tiers de la capacité normale, d'exercer une activité professionnelle salariée. Ces entreprises peuvent favoriser l'accès des personnes handicapées à des emplois en milieu ordinaire de production.

Les établissements de réadaptation fonctionnelle regroupent les centres de pré-orientation qui proposent, à partir d'un diagnostic préalable, l'orientation des personnes handicapées et les centres de réadaptation professionnelle (CRP).

Les foyers d'hébergement pour personnes handicapées aptes au travail offrent aux travailleurs handicapés un hébergement adapté. Les personnes hébergées travaillent, soit en établissement de travail protégé, soit en milieu ordinaire ou encore en centre de réadaptation professionnelle. Les résidents bénéficient d'un suivi médico-social visant à maintenir, voire à développer, leurs acquis et leurs capacités. Ces foyers peuvent prendre la forme d'hébergement éclaté en appartements.

Les foyers de vie ou occupationnel pour personnes handicapées regroupent les foyers occupationnels, les foyers de vie et les centres d'initiative de travail et de loisirs (CITL). Ces foyers accueillent des adultes handicapés qui ne peuvent pas travailler en milieu protégé (de façon permanente ou momentanée) mais qui disposent d'une autonomie (physique et intellectuelle).

Les Foyers d'Accueil Médicalisés, anciennement dénommés foyers à double tarification, ont vocation à accueillir des personnes lourdement handicapées. Les résidents ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence ainsi que d'une surveillance et de soins constants.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées reçoivent des personnes lourdement handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

5.21 Aide à l'autonomie des personnes âgées

Près de 28 000 Parisiens perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Une majorité d'entre eux vivent à domicile. Paris se caractérise par un recours relativement important des personnes âgées aux services d'aides ménagères. Suite à une forte progression de l'offre au début des années 2000 et à une faible augmentation démographique des 75 ans ou plus, Paris a aujourd'hui un taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) parmi les plus élevés de France.

Contexte national

Pour faire face aux besoins d'aide et de soins des personnes âgées dépendantes en forte croissance, différents systèmes d'intervention publics ont vu le jour, reposant sur des sources de financement et des lieux de décision distincts. Les politiques en faveur du maintien à domicile des personnes âgées, qui se sont développées dès le début des années 1960, ont connu un nouvel essor depuis une quinzaine d'années. Diverses mesures ont ainsi été adoptées pour favoriser le développement des emplois familiaux : simplification des modalités d'embauche, réduction du coût du travail par l'exonération de certaines cotisations sociales d'employeurs, déductions fiscales pour les particuliers employeurs, solvabilisation des ménages par l'instauration de nouvelles prestations (allocation personnalisée d'autonomie...). Selon la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (Dares), les emplois à domicile représenteraient 1,6 millions d'emplois salariés en 2008, la majorité des heures travaillées correspondant aux interventions en faveur des personnes âgées dépendantes [1], et l'on estime à 518 000 le nombre de personnes intervenant dans ces services auprès des populations fragiles [2].

L'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), née en 2002, est une aide en nature dont l'attribution dépend des Conseils généraux. Elle est attribuée aux personnes de 60 ans ou plus, en fonction de leur niveau de perte d'autonomie, déterminé par l'appartenance à un Groupe iso-ressources (Gir, cf. page suivante). Son montant varie selon les ressources financières du demandeur. Cette aide abonde principalement des heures d'aide à domicile pour les personnes demeurant à domicile et tout ou partie du tarif "dépendance" pour les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Plus d'1,1 million de personnes percevaient l'Apa au 30 septembre 2009, ce qui correspond à une proportion de 208 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Depuis la création de cette allocation, le nombre de bénéficiaires est en constante augmentation. Parmi ces bénéficiaires, 61% vivent à domicile et 39% en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Près de la moitié d'entre eux (45%) dépendent du Gir 4, 19% du Gir 3, 28% du Gir 2 et 8% du Gir 1, cette répartition étant différente selon le lieu de vie (domicile ou institution) [3]. Une analyse comparative du nombre de bénéficiaires pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus fait apparaître des écarts très sensibles entre

départements : le taux de bénéficiaires varie de un à quatre en 2008, de 122 dans les Yvelines à 497 à la Réunion [4]. Selon les études menées par la Drees, ces écarts s'expliquent à plus de 60% par la structure sociodémographique des départements, le nombre de bénéficiaires de l'Apa étant plus élevé dans les départements où la part des agriculteurs et des ouvriers dans la population est grande et dans ceux ayant une forte proportion de retraités percevant le minimum vieillesse [5, 6].

Les soins infirmiers délivrés par des infirmiers libéraux, des infirmiers salariés des centres de soins ou des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) jouent un rôle primordial dans la prise en charge sanitaire quotidienne des personnes âgées dépendantes. Ce type de soins représente une part importante de l'activité des 60 000 infirmiers libéraux, avec 158 millions d'actes en 2008 [6]. Les 2 100 Ssiad ont quant à eux effectué 35 millions de journées d'intervention en 2008, qui peuvent être assimilées à 70 millions de toilettes. Ces services emploient 24 000 salariés (ETP), principalement des aides-soignants (18 600) pour les soins de type nursing (toilettes...), mais près de 20 000 infirmiers libéraux ont également collaboré avec ces services en 2008, pour des soins techniques. La densité d'infirmiers libéraux comme le taux d'équipement en Ssiad varie fortement selon les départements [7]. Mais ces interventions auprès des personnes âgées dépendantes ne sont pas du seul ressort des professionnels de santé, et il n'existe pas de frontière étanche entre l'activité de soins infirmiers et celle d'aides à domicile, qui effectuent parfois aussi des toilettes [8]. Pourtant, ces activités ne relèvent pas des mêmes sources de financement ni des mêmes lieux de décision. Les soins infirmiers, qui sont effectués sur prescription médicale, sont financés par l'Assurance maladie avec prise en charge à 100% pour les patients en affection de longue durée (ALD). Le coût des aides à domicile est quant à lui supporté par les particuliers, les Conseils généraux au titre de l'Apa ou de la prestation d'aide ménagère départementale, les caisses de retraite... Plus généralement, cette ligne de partage entre l'aide et le soin recouvre des clivages aussi bien professionnels (travailleurs sociaux et professionnels de santé n'ont pas les mêmes cultures professionnelles), qu'administratifs et institutionnels. Les politiques en faveur des personnes âgées dépendent au plan national de deux ministères différents (Ministère chargé de la santé, Ministère chargé de la cohésion sociale). La Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) joue également un rôle

primordial dans ce domaine, à travers notamment la détermination des budgets attribués aux Conseils généraux et aux Agences régionales de santé (ARS) pour le financement des aides (Apa) et des budgets soins (Ssiad, Ehpad). Ce partage institutionnel se retrouve également dans les régions, entre les ARS qui décident de la répartition des budgets de l'Assurance maladie et les Conseils généraux qui ont en charge les politiques en faveur des personnes âgées.

Enfin, même si le nombre de professionnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes est en constante augmentation, l'aide apportée par l'entourage reste prépondérante. Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, une sur deux reçoit une aide en raison d'un handicap ou d'un problème de santé, près de la moitié de ces personnes étant aidées uniquement par leur entourage [9].

La situation à Paris

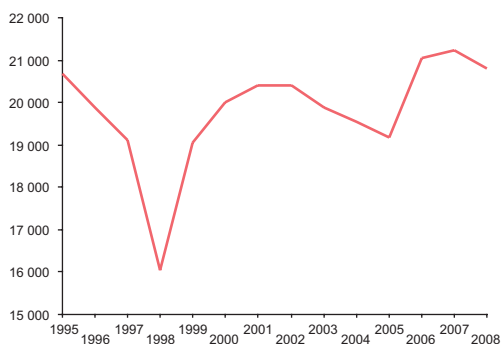
À la fin 2008, 20 757 Parisiens perçoivent l'Allocation supplémentaire du minimum vieillesse ou de l'Allocation de solidarité des personnes âgées (ASV ou ASPA), soit 4,9% des personnes âgées de 60 ans ou plus dans la capitale. Ce taux est supérieur aux taux régional (3,7%) et au taux national (3,6%). Le nombre de bénéficiaires de l'ASV est relativement stable depuis 1995, hormis une baisse ponctuelle en 1998.

Fin 2010, 27 808 Parisiens perçoivent l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), soit un taux de bénéficiaires de 174 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Cette proportion est moins élevée qu'au niveau national où l'on dénombre 208 bénéficiaires pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus (fin septembre 2009).

Un peu plus de 17 300 personnes demeurant à domicile perçoivent cette allocation. Ils sont 10 504 en établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Les bénéficiaires de l'Apa à domicile sont dans l'ensemble moins dépendants que ceux vivant en établissement : à Paris, un tiers des bénéficiaires de l'Apa vivant à domicile sont en Gir 1 ou 2, correspondant aux niveaux de dépendance les plus sévères, alors que cette proportion est de 63,5% en établissement. C'est davantage qu'au niveau national, où ces proportions sont respectivement de 20,8% et 59,7%.

Graph 1 - Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ASV et de l'APSA à Paris entre 1995 et 2008



Sources : Drees, FSV - exploitation ORS Ile-de-France

Tab 1 - Bénéficiaires de l'Apa en 2010

	Effectif à domicile	Effectif en établissement	Effectif total	Taux***
Paris*	17 304	10 504	27 808	174
France métro.**	694 000	434 000	1 128 000	208

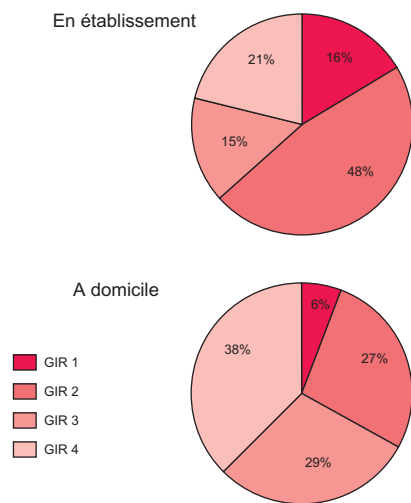
Source : Drees pour France métropolitaine et Dases pour Paris - Exploitation ORS Ile-de-France

*Au 31 décembre 2010

**Au 31 septembre 2009

*** Taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Graph 2 - Bénéficiaires de l'Apa selon le Gir, à Paris en 2009



Source : Dases - Exploitation ORS Ile-de-France

Depuis 2007, suite à l'application de la réforme visant à simplifier le **Minimum vieillesse**, les nouveaux bénéficiaires perçoivent l'**Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)**, les anciens continuant à percevoir l'**Allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV)**.

La grille **Aggir** (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) répartit les personnes selon leur niveau d'autonomie, à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne effectués. Le "classement" en Gir 1 à 4 ouvre le droit à l'Apa :

Gir 1 : personnes confinées au lit et au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Gir 2 : personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour les actes essentiels de la vie courante, et personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé des capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du logement est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

Gir 3 : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

Gir 4 : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend les personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Gir 5 : personnes autonomes dans leur déplacement chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Gir 6 : personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

L'aide ménagère départementale (AMD) et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) sont deux prestations attribuées par le Conseil général aux personnes de 65 ans ou plus, sous conditions de ressources et récupérables sur succession, ce que n'est pas l'APA.

L'aide ménagère départementale sert à acquitter des heures d'aide à domicile (entretien, courses, portage de repas, démarches simples et courantes...). L'ASH permet aux personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées d'acquitter tout ou partie du tarif hébergement de l'établissement (frais de séjour).

Depuis 2004 [11] existent des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) mis en place pour les gestionnaires dirigeant à la fois un Ssiad et un service d'aide à domicile. La circulaire n°DGAS/2C/2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile précise qu'au-delà de la reconnaissance cette disposition vise à favoriser la coordination des interventions autour de la personne. Les Spasad assurent un accompagnement polyvalent associant une aide non médicalisée et des soins coordonnés aux personnes. Ces services polyvalents sont amenés à mettre en place des structures d'accompagnement et de répit (accueil de jour, garde itinérante, accueil de nuit...) [12].

Fin 2008, un peu plus de 10 000 Parisiens âgés de 65 ans ou plus demeurant à domicile, bénéficient des services d'une aide ménagère (ou d'une auxiliaire de vie) financés par le régime général d'Assurance maladie ou, dans un moindre mesure, par les Conseils généraux via la prestation d'aide ménagère départementale (1 558 bénéficiaires). La proportion de bénéficiaires de ces aides parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus est relativement élevée à Paris (3,3% des Parisiens âgés de 65 ans ou plus en bénéficient contre 2,7% en Ile-de-France et 3,2% au niveau national).

Depuis 1995, le nombre de places dans les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) a beaucoup progressé à Paris, passant de 1 941 à 4 540. La moitié de ces places dépendent de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad). Sur les 13 Spasad franciliens, 12 sont situés à Paris. La très forte augmentation du taux d'équipement de Paris entre 2003 et 2010 (+13 points) reflète deux phénomènes : l'augmentation marquée du nombre de places et la faible augmentation des 75 ans ou plus sur la période.

L'offre en Ssiad est, en 2010, de 27,7 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus dans la capitale, soit beaucoup plus élevée qu'en Ile-de-France (19,5) ou en France (19,1). L'ensemble du territoire parisien est couvert par au moins un des 19 Ssiad ou un des 12 Spasad.

Les personnes âgées, lorsqu'elles ne peuvent rester à domicile, peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) versée par le Conseil général. A Paris, la proportion de bénéficiaires de cette aide parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus est relativement élevée (3,6% des Parisiens âgés de 75 ans ou plus en bénéficient contre 2,6% en Ile-de-France et 2,2% au niveau national).

Repères bibliographiques et sources

- Ould Younes S. (2010). Les services à la personne : une croissance vive en 2007, atténuée en 2008. Dares analyses. Dares. n° 20. 10 p
- Marquier R. (2010). Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008. Etudes et résultats. Drees. n° 728. 8 p.
- Debout C, Lo SH. (2009). L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. Etudes et résultats. Drees. n° 710. 6 p.
- Ministère de la santé et des sports. (2010). L'allocation personnalisée d'autonomie (APA). [page internet]. www.sante-sports.gouv.fr/1-allocation-personnalisee-autonomie-apa.html
- Jeger F. (2005). L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003. Etudes et résultats. Drees. n° 372. 8 p.
- Michèle Mansuy, sous-direction Observation de la solidarité, Drees, Stève Lacroix, division Statistiques régionales, locales et urbaines, Insee, Aides sociales à l'insertion et aux personnes âgées, Les situations contrastées des départements, Insee Première N° 1346, Avril 2011
- Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes)
- Bertrand D. (2010). Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. Etudes et résultats. Drees. n° 739. 8 p.
- Marquier R. (2010). Les activités des aides à domicile en 2008. Etudes et résultats. Drees. n° 741. 8 p
- Dutheil N. (2001). Les aides et les aidants des personnes âgées. Etudes et résultats. Drees. n° 142. 11 p.
- Borderies F, Trespeux F. (2011). Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2009. Série statistiques. Document de travail. Drees. n° 156. 119 p.
- Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- Les services de soins infirmiers à domicile en Ile-de-France - Bilan au 31 décembre 2007. Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France. 68 p.

Tab 2 - Bénéficiaires de l'aide ménagère (ou auxiliaire de vie) en 2008

	Nombre	Taux*
Paris	10 021	3,3
Ile-de-France	40 966	2,7
France métropolitaine	347 220	3,2

Sources : Cnav, CCMSA, Drees, Dases, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

*Taux pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus

Tab 3 - Evolution de l'offre en Service de soins infirmiers à domicile entre 1995 et 2010

	Nombre de services	Nombre de places	Taux* équip. Paris	Taux* équip. Ile-de-France	Taux* équip. France métro.
1995	24	1 941	11,5	10,3	12,1
2003	22	2 484	14,7	14,9	16,1
2010	31	4 540	27,7	19,5	19,1

Sources : Drees - ARS - Finess, situation au 1^{er} janvier 2010 pour Ile-de-France et France, et Assurance maladie, situation au 30 juin 2010 pour Paris

* Taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Tab 4 - Bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement versée par les Conseils généraux en 2009

	Nombre	Taux*
Paris	5 834	3,6
Ile-de-France	18 716	2,6
France métropolitaine	116 055	2,2

Source : Drees [10], Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

*Taux pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus

5.22 Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées

Le nombre de places en établissements pour personnes âgées a fortement progressé à Paris depuis 1980. Pourtant, le taux d'équipement (nombre de places rapporté à l'effectif de personnes âgées de 75 ans ou plus) est très en dessous de la moyenne nationale. Le constat est encore plus vrai si l'on considère les places " médicalisées " permettant l'accueil des personnes âgées dépendantes.

Contexte national

Au 31 décembre 2009, un peu plus de 10 000 structures assurent l'hébergement permanent de personnes âgées (EHPA), qui proposent 689 000 places sur l'ensemble du territoire national [1, 2]. Suite à la réforme de la tarification engagée depuis 1997, ces établissements sont maintenant répartis en deux grandes catégories, d'une part les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les unités de soins de longue durée (USLD) et d'autre part les structures qui accueillent essentiellement des personnes autonomes ou peu dépendantes.

Les Ehpad, qui sont des structures médico-sociales, et les USLD, qui sont des structures sanitaires, partagent le même mode de tarification avec trois composantes : un prix de journée hébergement (supporté par les familles ou l'aide sociale départementale pour les personnes qui ne peuvent financer leur séjour), un forfait soins (financé par l'assurance maladie) et un forfait dépendance financé partiellement par les Conseils généraux au titre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Progressivement, le contenu du forfait soins s'élargit aux dépenses habituellement remboursées individuellement à chaque résident [4]. Les Ehpad et USLD signent avec le Conseil général et l'Agence régionale de santé une convention tripartite qui fixe les " objectifs qualité " que l'établissement s'engage à atteindre, et détermine l'importance de la participation des différents financeurs. On dénombre fin 2009 près de 7 000 établissements ayant signé une convention tripartite, qui représentent 75% du total des capacités d'accueil. Le mouvement de transformation en Ehpad n'était pas achevé au moment où ces données ont été recueillies, et le nombre de places en Ehpad est en 2011 sans doute supérieur à ces chiffres. L'activité des Ehpad s'est adaptée pour répondre notamment aux besoins d'accueil de personnes âgées dépendantes, à travers la création d'unités spécialisées (type cantou) mais aussi d'accueils de jour (9 000 places installées fin 2009) ou d'hébergement temporaire. Les USLD s'adressent spécifiquement aux personnes qui cumulent une situation de grande dépendance et nécessitent également des soins médicaux et une surveillance médicale permanente. Leur capacité a considérablement diminué, de 76 300 lits en 2005 à 44 000 fin 2009, la majorité des équipements ayant été transformée en Ehpad.

Dans les USLD, installées dans les établissements de santé, le suivi médical des résidents est effectué par des praticiens hospitaliers, salariés de l'établissement. Dans les Ehpad en revanche, ce suivi est partagé entre le médecin traitant, dont l'activité est rémunérée à l'acte, et un médecin coordonnateur salarié de l'établissement.

Les EHPA qui accueillent essentiellement des personnes peu dépendantes (143 000 places en 2009) n'ont pas vocation quant à eux à être transformés en Ehpad ; il s'agit le plus souvent de logements-foyers.

Plus de la moitié (58%) de la capacité d'accueil globale des EHPA relève du secteur public, 26% du secteur non lucratif (association, mutuelle, fondation...), et 16% du secteur commercial. Les établissements de santé (USLD) restent un acteur important de l'accueil des personnes âgées avec près de 170 000 lits d'accueil, soit le quart de l'équipement total. Il s'agit essentiellement d'établissements publics [1, 2]. Même si l'âge d'entrée en EHPA recule (83 ans et 5 mois en 2007), ces établissements continuent d'accueillir une proportion non négligeable de personnes de moins de 75 ans (14% en 2007 contre 16% en 2003). La part des personnes dépendantes augmente : dans les Ehpad et les USLD, 84% des résidents sont dépendants, un peu plus de la moitié étant classés en Gir 1 et Gir 2. Un peu plus du quart des résidents accueillis dans les EHPA est placé sous régime de protection juridique (43% en USLD) [4]. Globalement, les EHPA emploient fin 2007 près de 340 000 personnes (ETP) pour un taux d'encadrement moyen de 57 agents pour 100 places en Ehpad (78 en USLD). Les services généraux, les agents de service et les aides-soignants représentent 75% des emplois. L'emploi est très fortement féminisé (88%). Les moyens en personnel soignant des établissements (aide-soignant, infirmier, médecin coordonnateur...) ont été renforcés, le taux d'encadrement global ayant progressé de six points entre 2003 et 2007 [1].

En 2009, le taux d'équipement moyen de France métropolitaine (tout type de structures confondu) est de 128 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, mais varie de un à trois selon les régions : 167 places en Pays de la Loire, contre 48 en Corse. Le taux d'équipement est en baisse par rapport à celui de 1996, la croissance du nombre de places en établissements pour personnes âgées n'ayant pas

compensé l'augmentation de l'effectif des 75 ans ou plus. Cette tendance doit cependant être relativisée dans la mesure où la croissance de la population âgée ne signifie pas forcément une augmentation équivalente du nombre de personnes dépendantes.

La situation à Paris

Au 31 décembre 2009, on recense un peu moins de 13 000 places dans les établissements pour personnes âgées (EHPA) de Paris. Rapportées à la population âgée de 75 ans ou plus, le taux d'équipement global en places d'hébergement pour personnes âgées est de 79 places pour 1 000 dans la capitale. Ce taux est beaucoup plus bas que celui observé en Ile-de-France (119) ou en France métropolitaine (128).

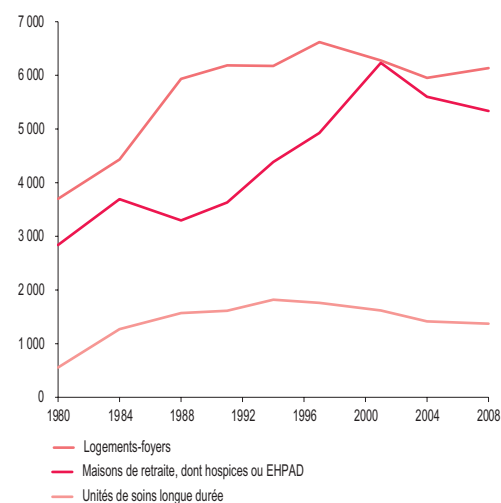
Si l'on considère l'offre médicalisée, soit la somme des places en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et en unités de soins de longue durée (USLD), le constat de faible équipement est encore plus vrai : le taux parisien est de 40 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus contre 79 en Ile-de-France et 101 en France métropolitaine. A peine la moitié de l'offre parisienne est médicalisée contre près de 80% au niveau national.

L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France met à jour régulièrement depuis le début des années 1980 la liste des établissements d'hébergement pour personnes âgées dans la région. La dernière mise à jour est datée du 30 juin 2009 [6]. Ce fichier permet

d'une part de caractériser les évolutions de capacités, d'autre part de réaliser des analyses fines (à la commune ou à l'arrondissement dans Paris). Les données ne sont en revanche pas directement comparables à celles issues des recensements nationaux présentées plus haut.

Depuis 1980, près de 6 000 places ont été créées dans Paris, soit une augmentation de la capacité d'accueil globale de 80%. Malgré cette augmentation et malgré une augmentation modérée du nombre de personnes âgées dans la capitale au cours des trente dernières années, le taux d'équipement parisien est resté très en dessous de la moyenne nationale. L'augmentation de l'offre médicalisée est particulièrement marquée : le nombre total de places "médicalisées" est passé d'un peu plus de 500 en 1980 à 6 400 en 2009. Mais cette forte augmentation n'est pas spécifique à Paris, qui se caractérise toujours par sa faible offre médicalisée.

Graph 1 - Evolution de l'offre d'hébergement à Paris entre 1980 et 2009



Source : ORS Ile-de-France

Tab 1 - Places d'hébergement permanent pour personnes âgées en 2009

	Total	dont logement-Foyer	dont USLD*	Taux d'équip.**
Paris	12 917	6 076	1 459	79
IDF	87 741	26 305	6 940	119
France métro.	689 049	142 909	44 167	128

Sources : Drees - ARS - Finess - SAE, Insee - estimation 2008

* USLD : Unités de Soins de Longue Durée

** Taux exprimé pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Tab 2 - Nombre de places médicalisées pour personnes âgées en 2009

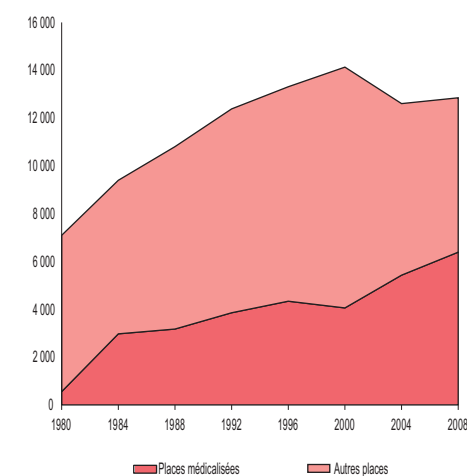
	Ehpad*	USLD	Total	Taux d'équip.**
Paris	5 068	1 459	6 257	40
IDF	51 160	6 940	58 100	79
France métro.	500 148	44 167	544 315	101

Sources : Drees - ARS - Finess - SAE, Insee - estimation 2008

* EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

** Taux exprimé pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Graph 2 - Evolution des places médicalisées dans l'offre totale d'hébergement entre 1980 et 2009 à Paris



Source : ORS Ile-de-France

Pour soulager les familles qui aident un parent âgé, des dispositifs spécifiques se développent progressivement. Il s'agit principalement de structures proposant des places d'hébergement temporaire ou d'accueil à la journée. Ces dernières sont souvent réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées). Ces dispositifs de répit peuvent être financés par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). En 2009, le département de Paris compte 146 places d'hébergement temporaire, en maison de retraite ou en logement-foyer, soit 0,9 place pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus (1,7 place pour 1 000 en France métropolitaine). 238 places sont dédiées à l'accueil de jour, soit 1,5 place pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus (1,7 au niveau national).

En 2009, selon le recensement effectué par l'ORS, 16% des places d'hébergement pour personnes âgées (hors USLD) sont gérées par le secteur privé. Par ailleurs, 3 193 places d'Ehpad (soit plus de la moitié) sont habilitées à l'aide sociale.

Le taux d'équipement parisien en Ehpad recouvre des disparités géographiques importantes entre arrondissements. L'offre apparaît globalement plus importante dans les arrondissements périphériques de l'est de la capitale (12^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements notamment).

Tab 3 - L'offre d'hébergement pour personnes âgées en 2009

	Nombre de lits et places à Paris	Taux d'équipement*		
		Paris	IdF	France métro
Hébergement permanent	12 917	79	119	128
Hébergement temporaire	146	0,9	1,3	1,7
Accueil de jour	238	1,5	1,8	1,7
Total	13 301	81	122	131

Source : Drees - ARS - Finess - SAE, Insee - estimation 2008

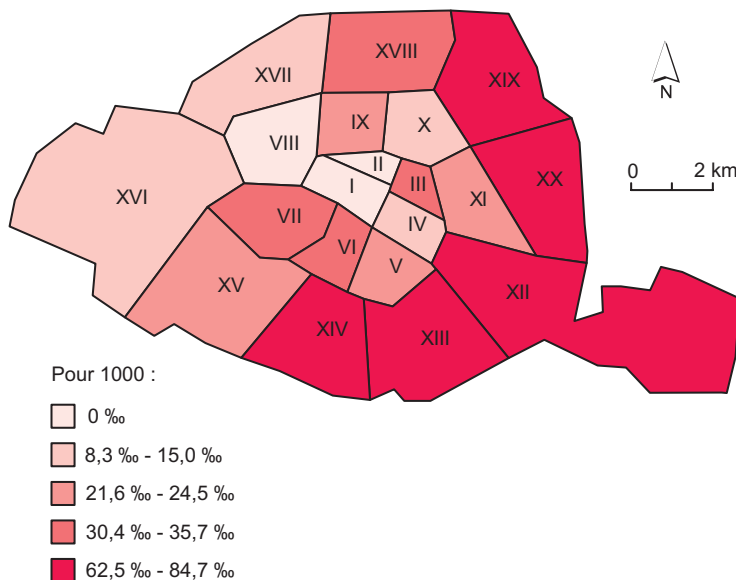
* Taux exprimé pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Les places en hébergement permanent sont consacrées à l'accueil en continu des personnes âgées. Parfois, l'établissement peut consacrer une partie de ses places, ou la totalité, à l'accueil d'une catégorie de patient.

Les places d'hébergement temporaire sont des places consacrées à l'hébergement de personnes âgées pour une durée limitée de quelques semaines à quelques mois. Certaines peuvent être dédiées spécifiquement à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cette formule d'hébergement est proposée soit par des établissements autonomes, soit par des établissements qui offrent aussi de l'hébergement permanent. Dans ce dernier cas, il est parfois difficile de différencier nettement les capacités spécifiquement dédiées à l'hébergement temporaire.

Les places d'accueil de jour permettent d'accueillir les personnes âgées demeurant à domicile pour une ou plusieurs journées par semaine, voire des demi-journées. La plus grande partie de ces places est dédiée à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'accueil de jour peut être organisé par un établissement autonome ou par un établissement qui propose aussi de l'hébergement permanent ou temporaire. Dans ce cas, l'accueil de jour est installé dans des locaux dédiés à cette activité.

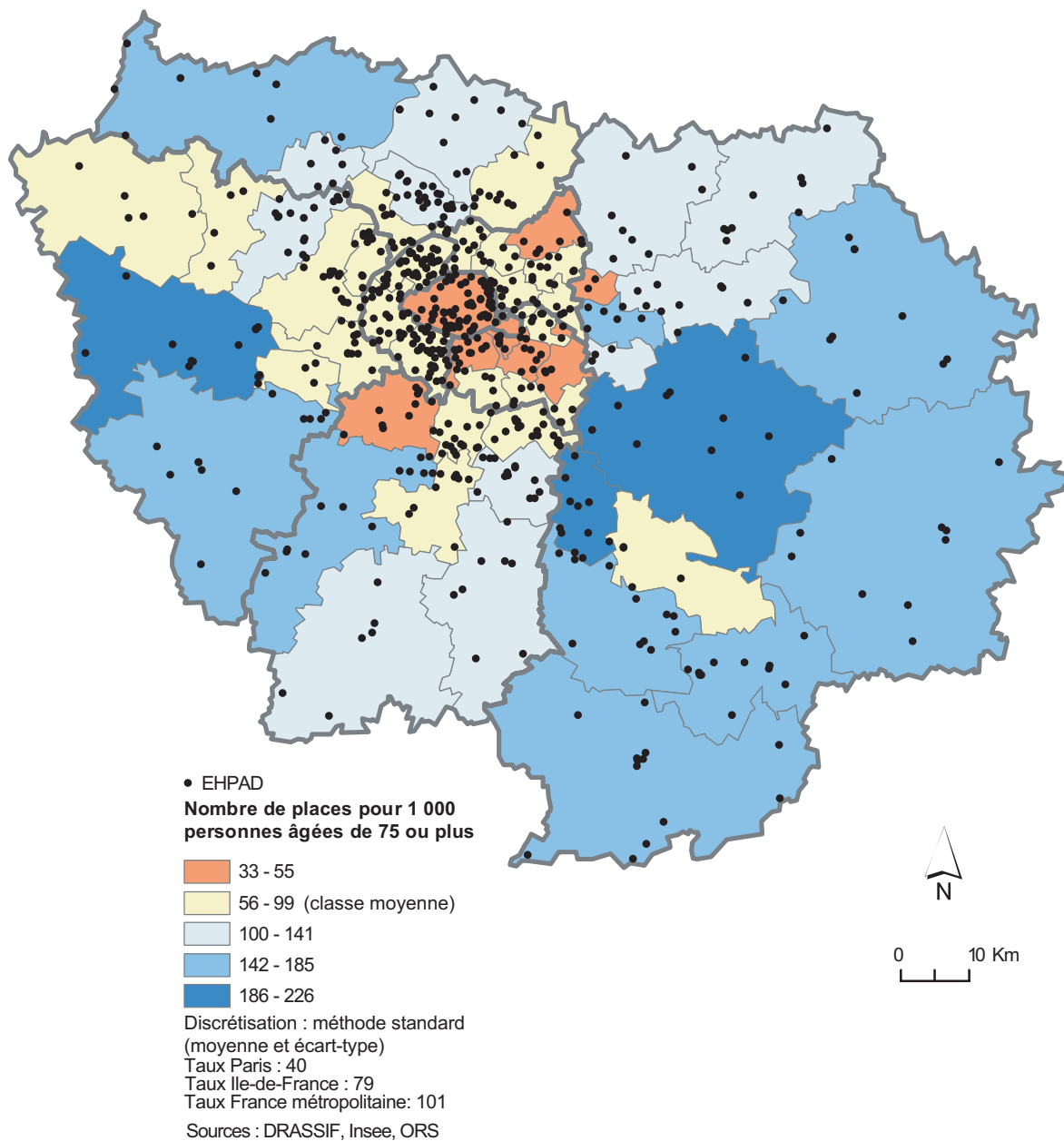
Carte 1 - Taux d'équipement* en Ehpad dans les arrondissements de Paris en 2009



Source : ORS Ile-de-France

* Taux exprimé pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Carte 2 - Taux d'équipement en Ehpad par secteur gérontologique en Ile-de-France en 2009
(lits d'hébergement permanent autorisés)



Repère bibliographiques et sources

1. Prévot J. (2009). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et résultats. Drees. n° 689. 8 p.
2. Drees, ARS, Base Statiss 2010
3. Perrin-Haynes J. (2010). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées, Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 142. 160 p.
4. Article L. 314-2 du Code de l'action sociale et des familles
5. Prévot J. (2009). Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et résultats Drees. n° 699. 8 p.
6. Dalbarade M., L'offre en EHPAD et en EHPA en Ile-de-France en 2009, données au 30 juin 2009, ORS Ile-de-France, 96 p.

