



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

Document du Programme
d'Etudes et de Statistiques du PRSP
Décembre 2009



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

Elaboration du cahier des charges et suivi de l'ouvrage

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

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

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

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

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

Conception et réalisation graphique

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

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

Citation recommandée :

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

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

Avant-propos



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Remerciements



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

Il s'agit plus particulièrement* :

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

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

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

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

Que tous ces partenaires soient ici vivement remerciés.



Sommaire



Auteurs, relecteurs et autres collaborateurs

8



Présentation, méthode, guide de lecture

13



Indicateurs transversaux

19



Axe prioritaire 1

49

Lutter contre le cancer

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



Axe prioritaire 2

79

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

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

Axe prioritaire 3

127

Promouvoir les comportements favorables à la santé

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

Axe prioritaire 4

165

Promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale

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

Axe prioritaire 5

189

Réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux

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

Constats et perspectives

213

Annexes :

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

217

Auteurs



Présentation, méthode, guide de lecture

- > Florence de Maria (ORS)



Indicateurs transversaux

- > Philippe Pépin, Aurélie Cazenave (ORS)



Axe prioritaire 1

Lutter contre le cancer

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



Axe prioritaire 2

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

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



Axe prioritaire 3

Promouvoir les comportements favorables à la santé

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



Axe prioritaire 4

Promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale

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



Axe prioritaire 5

Réduire les risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux

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



Constats et perspectives

- > Florence de Maria (ORS)



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

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

Relecteurs



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

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

Cartographie, exploitations spécifiques et systèmes d'information



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

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

Compléments, mises à jour

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

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

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

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

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

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

Présentation



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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



Production du groupe PES en 2006 : un rapport technique

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Au final, l'ouvrage comporte deux parties :

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

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

Méthode



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

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

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

Chef de projet : Maxime Pouvelle (Misp-Drass)

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

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

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

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

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

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



L'organisation des modalités de recueil des données

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

1ère étape : le regroupement des données par fournisseur

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

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

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

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

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



Le processus de réalisation de l'ouvrage

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

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

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

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

Rédaction : un ouvrage collectif

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

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

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

Forme : des fiches synthétiques

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

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

Au final, une centaine de partenaires ont collaboré à la réalisation de l'ouvrage, qui se décompose entre un chapitre relatif aux indicateurs transversaux du PRSP et 40 fiches synthétiques se rapportant aux trente objectifs du PRSP.

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

Comment lire les fiches



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

Chaque objectif est envisagé selon un plan bien précis :

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

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

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

Indicateurs transversaux



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

Forte natalité en Ile-de-France

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

La première région économique de France

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

Un taux de chômage très variable au sein de la région

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

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

Baisse régulière de la mortalité prématurée...

... mais de fortes disparités départementales

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

... particulièrement en Seine-Saint-Denis

La mortalité augmente de façon exponentielle avec l'âge

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

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

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

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

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

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



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

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

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

La croissance francilienne est, depuis le milieu des années 1970, uniquement le fait d'un fort excédent des naissances sur les décès (qui s'explique par une forte proportion de jeunes adultes, une fécondité élevée et relativement peu de personnes âgées), tandis que la région est largement déficitaire dans ses échanges migratoires avec la province. Le déficit s'observe depuis 1975 et s'est accentué entre les recensements de 1990 et de 1999. Pour la première fois, même les départements de grande couronne ont été déficitaires dans leurs échanges avec la province. Le déficit migratoire de l'Ile-de-France s'est toutefois légèrement réduit entre 1999 et 2006.

Selon les projections de l'Insee, la croissance devrait

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

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

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

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

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

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

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

*Recensements de la population.

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

Source : Insee.

Forte natalité en Ile-de-France

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

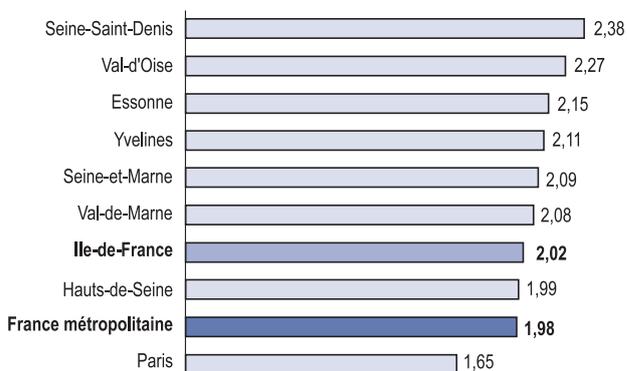
En 2006, l'indice conjoncturel de fécondité est de 2,02 enfants par femme en Ile-de-France (fig.1), soit sensiblement plus élevé que le taux national (1,98).

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

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

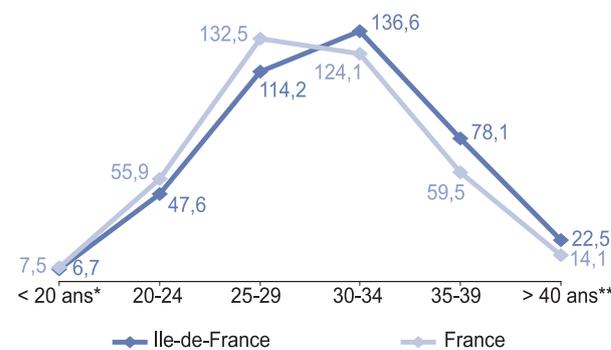
La fécondité des femmes varie avec l'âge. La tendance depuis plusieurs décennies est à une augmentation régulière de l'âge à la maternité. C'est particulièrement vrai en Ile-de-France, région où les taux de fécondité des femmes sont inférieurs à la moyenne nationale avant 30 ans mais supérieurs à la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

fig.1 Indicateur conjoncturel de fécondité en 2006



Source : Insee.

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



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

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

Source : Insee.

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

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

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

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

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

> Deux départements de proche couronne, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne, ont une proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus légèrement supérieure à 17%, soit environ quatre points de moins qu'au niveau national.

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

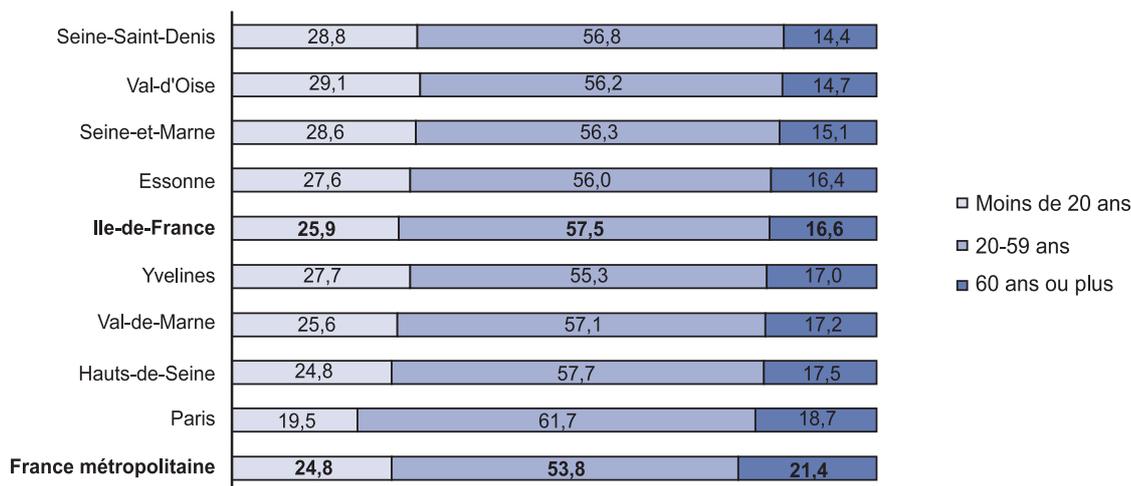
> Enfin, les départements de l'Essonne et des Yvelines ont une proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus proche de la moyenne régionale mais une part relativement élevée (près de 28%) de moins de 20 ans.

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

> A Paris et en proche couronne, les arrondissements et les communes les plus favorisés sont globalement plus âgés que la moyenne.

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

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



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

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

La première région économique de France

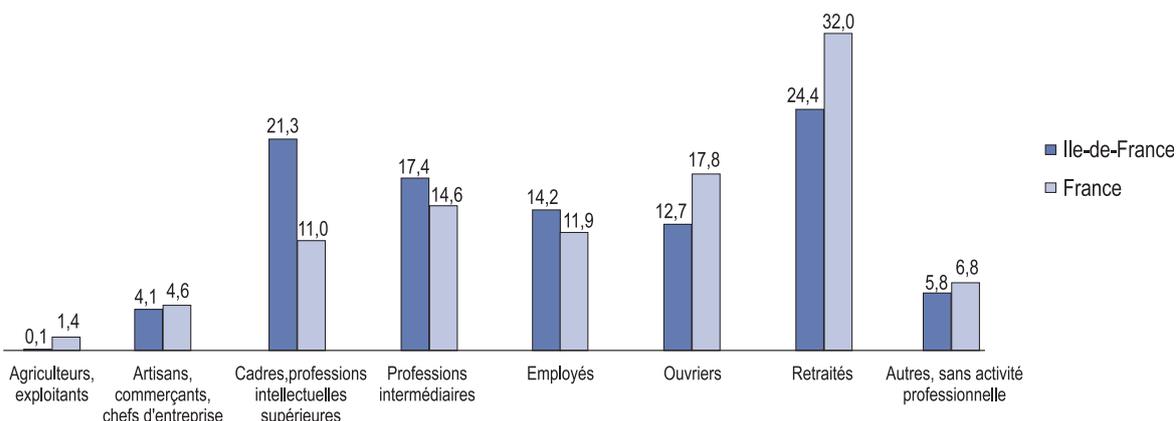
En 2006, l'Ile-de-France a produit près de 29% de la richesse nationale alors que sa population représente moins de 19% de la population française.

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

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

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

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



Source : Insee - Recensement de la population 2006.

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

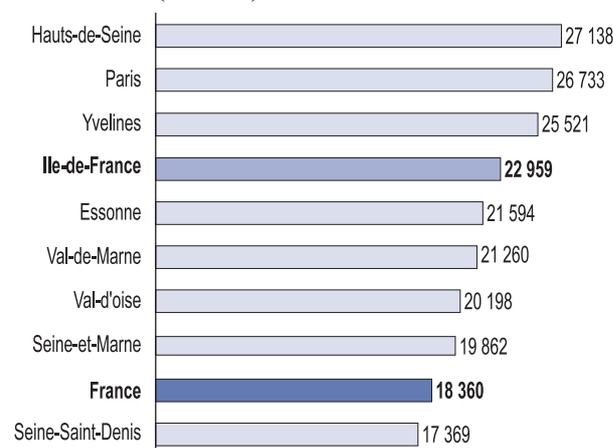
Les statistiques fiscales montrent des différences entre les régions françaises en termes de revenu salarial. L'Ile-de-France se distingue par un revenu moyen nettement supérieur au reste de la France. Au sein des départements franciliens, les disparités sont également fortes. Le revenu moyen est particulièrement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

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

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

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

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

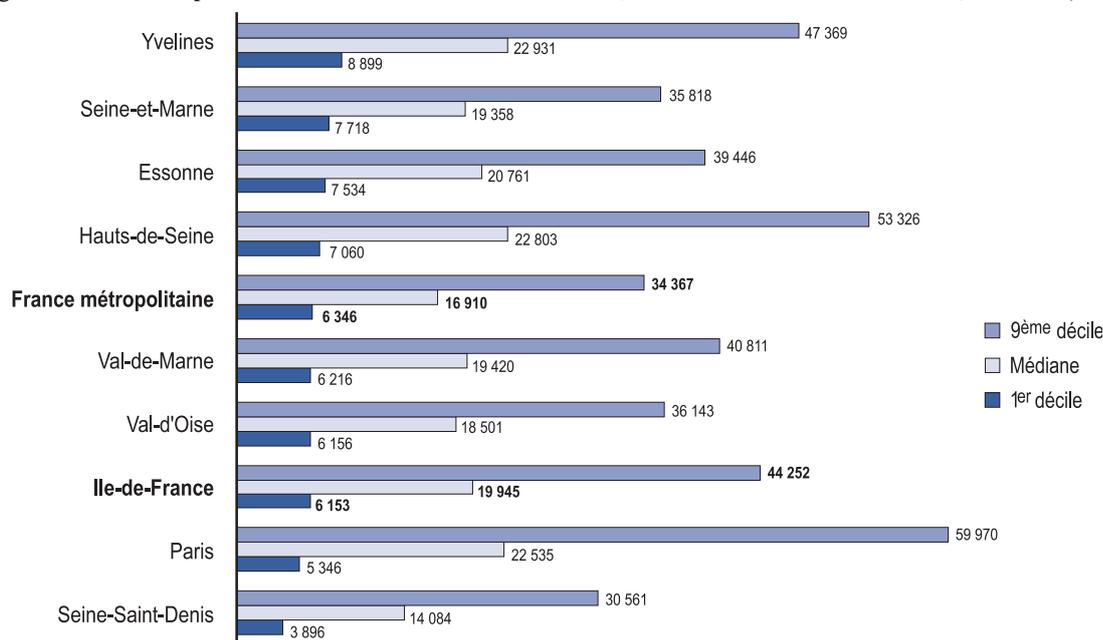


*Montant total des rémunérations nettes versées après déduction des cotisations sociales rapporté au nombre total de salariés.

Effectifs et revenus sont évalués au lieu de résidence.

Sources : Insee, DADS.

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



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

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

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

Source : Insee.

Unité de consommation (source : Insee)

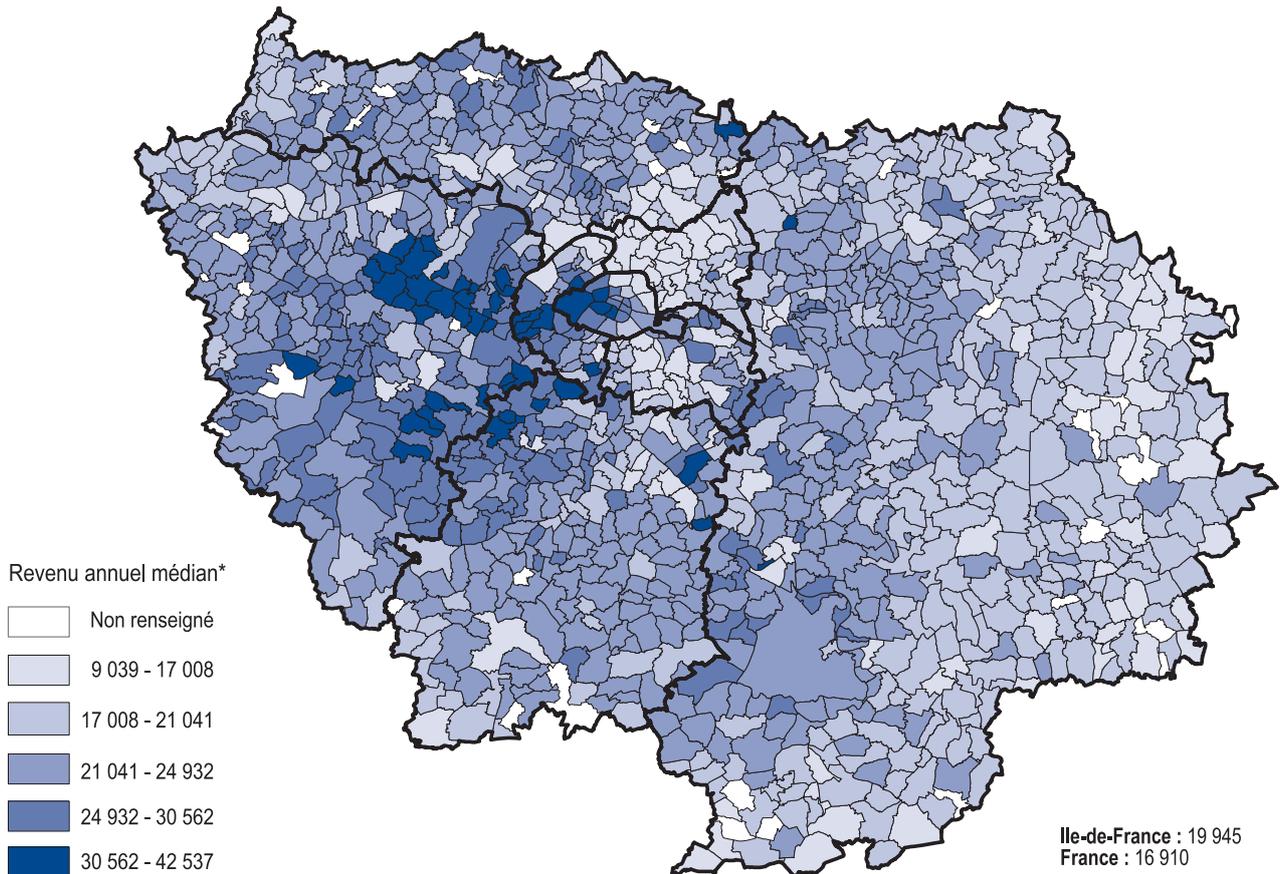
Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

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

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

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

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



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

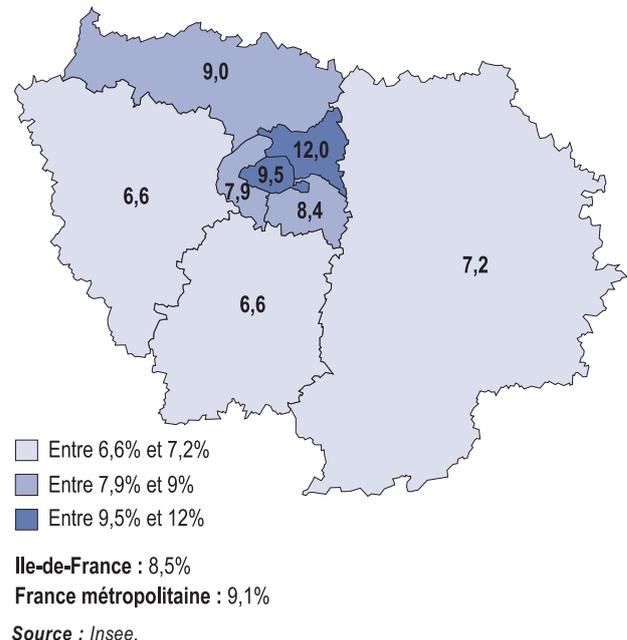
Un taux de chômage très variable au sein de la région

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

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

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

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



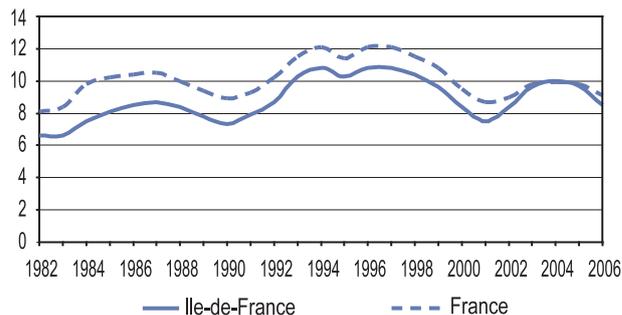
Le chômage selon le Bureau international du travail (BIT)

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

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

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

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



Source : Insee. Exploitation Eco-Santé 2007.

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

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

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

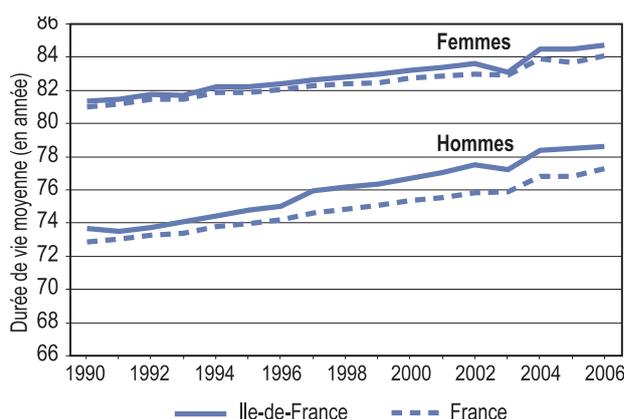
La France se caractérise par d'importantes inégalités de mortalité entre les hommes et les femmes : l'espérance de vie des femmes est de près de sept ans supérieure à celle des hommes en 2006, ce qui situe l'espérance de vie actuelle des hommes au niveau de celle des femmes au début des années 1970.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

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

La France se caractérise enfin par d'importantes dis-

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

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



Source : Insee.

L'effet canicule de 2003

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

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

Les Franciliens vivent en moyenne un peu plus longtemps que les Français, mais cette situation sanitaire globalement favorable est très inégalement partagée dans la région. La sous-mortalité francilienne recouvre, en effet, de fortes disparités départementales qui partagent la région entre une partie sud-ouest incluant Paris, largement favorisée, et une partie nord-est qui l'est beaucoup moins en termes de mortalité.

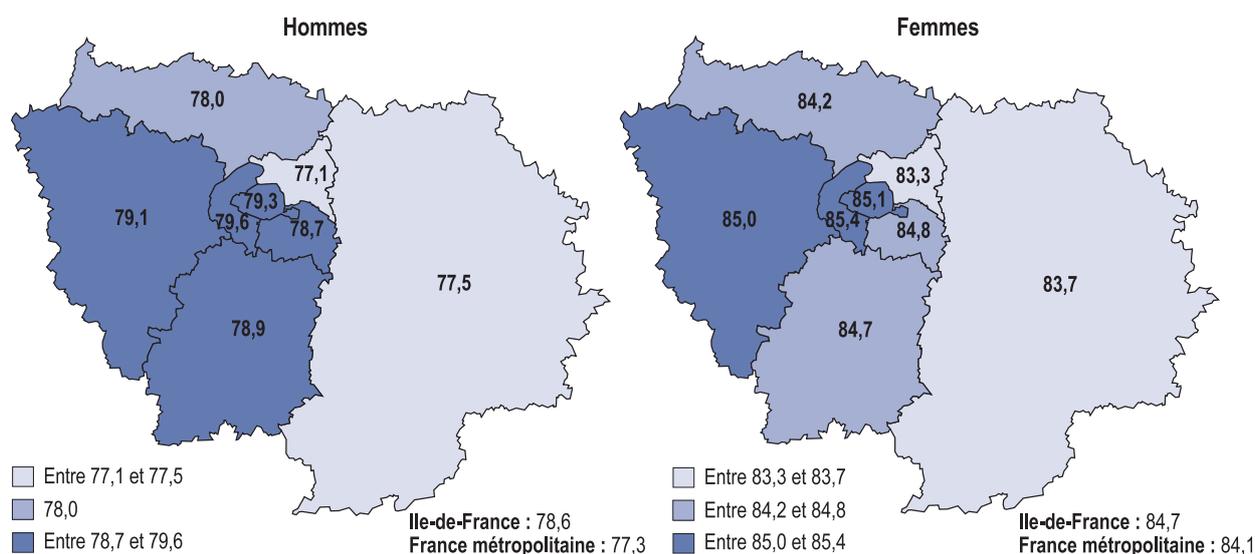
Pour les hommes comme pour les femmes, les espérances de vie les plus élevées sont observées dans les Hauts-de-Seine, à Paris et dans les Yvelines, tandis que les moins élevées sont observées dans le Val-d'Oise, en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis.

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

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

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

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



Source : Insee.

Baisse régulière de la mortalité prématurée...

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. Aujourd'hui, plus d'un tiers des personnes qui décèdent en France métropolitaine sont âgées de 85 ans ou plus. Conséquence de cette évolution, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. C'est pourquoi les responsables de la santé publique s'intéressent, en France comme dans la plupart des pays de développement comparable, à la mortalité prématurée définie généralement comme la mortalité survenant avant 65 ans. En France, où l'espérance de vie à la naissance dépasse

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

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

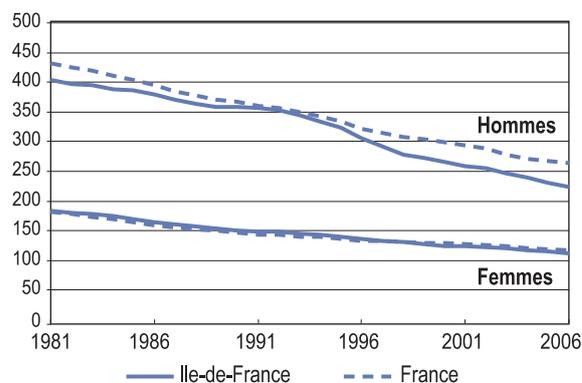
tives supérieures, des infarctus et des accidents de la circulation. Chez les femmes, les principales causes de décès avant 65 ans sont le cancer du sein, devançant nettement les suicides, l'alcoolisme, le cancer du poumon et les accidents de la circulation. Néanmoins, si l'on prend en compte l'âge de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

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

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

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

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



*Taux lissés sur trois ans exprimés en nombre annuel de décès pour 100 000 personnes (le taux 2006 correspond aux années 2005-2007). La population de référence est la population de France métropolitaine (2 sexes) au recensement de la population de 1990.

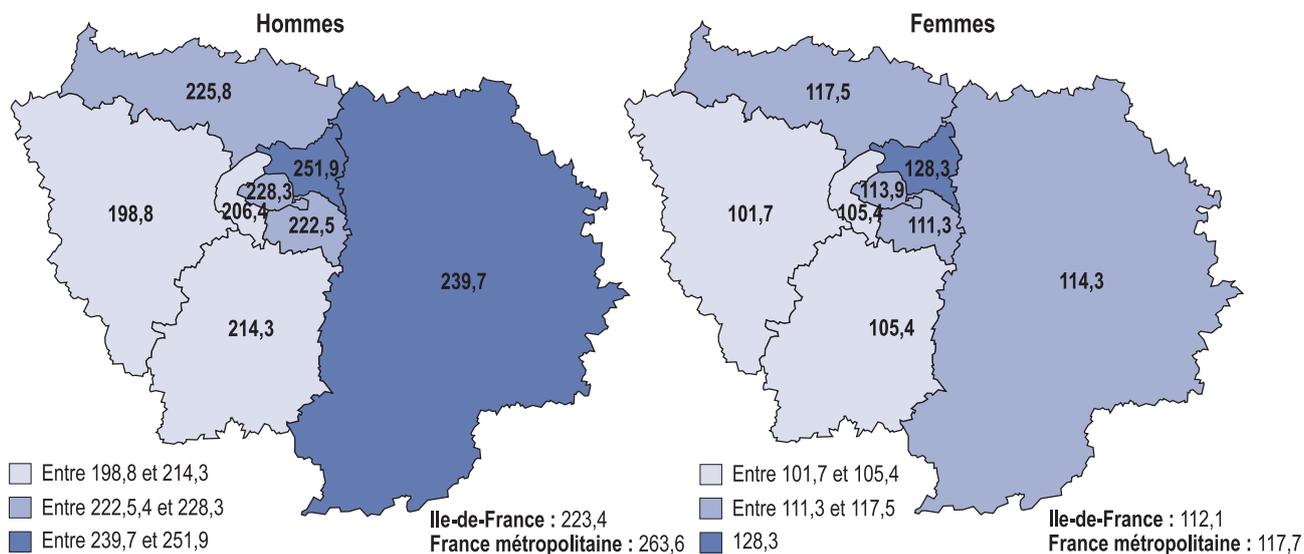
Sources : Insee, Inserm CépiDC. Exploitations Fnors et ORS Ile-de-France.

... mais de fortes disparités départementales

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

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

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



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

Une partie de la mortalité prématurée s'avère « évitable » : en effet, la moitié des décès survenant avant 65 ans sont dus à des causes dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau. Le poids de la mortalité évitable dans la mortalité prématurée est comparable pour les hommes et les femmes. Parmi les décès prématurés évitables, il est possible de distinguer deux catégories selon le type d'action qui serait le plus efficace pour les prévenir : la première porte sur la modification de certains comportements individuels, en particulier l'alcoolisme, le tabagisme et la conduite routière ; la seconde concerne l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, en particulier la prévention de certaines pathologies par le biais du dépistage. Selon le sexe, la lutte contre la mortalité évitable passe davantage par l'une de ces modalités d'action que par l'autre : chez les hommes, les trois quarts des décès évitables le sont par modification des comportements individuels. Chez les femmes, la moitié des décès évitables le sont par une amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins.

Le niveau de la mortalité prématurée est très variable dans les cantons franciliens. Chez les hommes comme chez les femmes, le niveau de la mortalité prématurée varie en effet dans une fourchette comprise entre -40% et +40% autour de la moyenne régionale. Les caractères urbain/rural ou central/périphérique ne semblent pas déterminants puisque, dans Paris comme en proche couronne et en grande couronne, se côtoient des zones présentant un faible niveau de mortalité et d'autres présentant au contraire une surmortalité. Les disparités observées en matière de mortalité prématurée trouvent plus vraisemblablement leur origine dans les importantes disparités socio-économiques qui caractérisent la région.

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

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

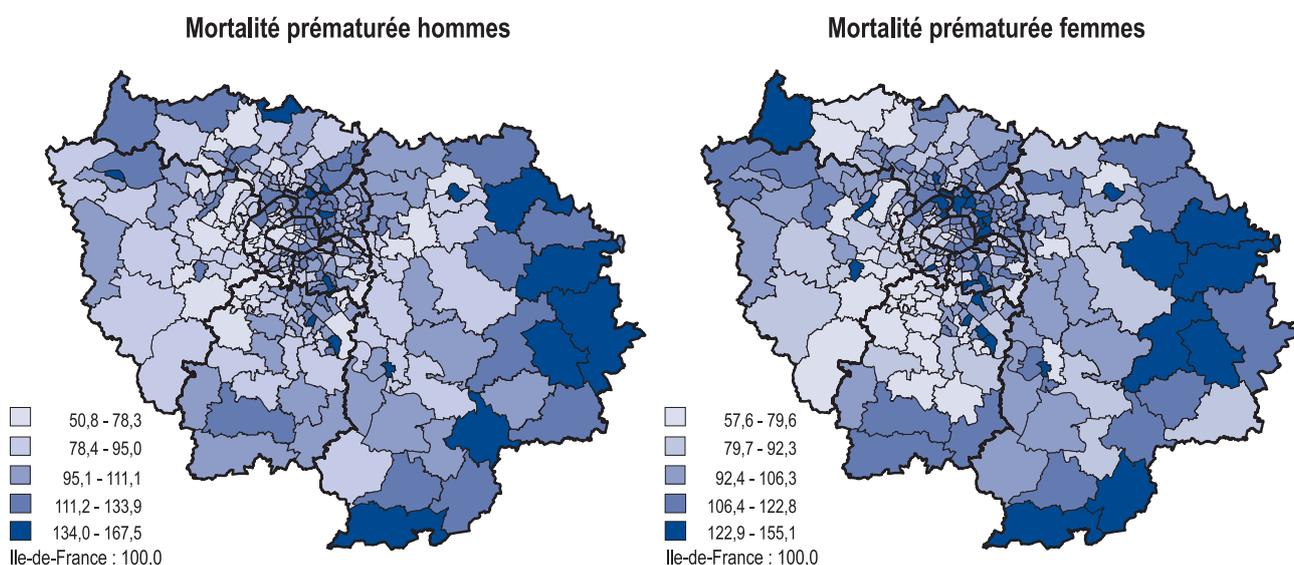
Seine-Saint-Denis, du nord des Hauts-de-Seine, des arrondissements du nord-est de Paris et d'une partie centrale du Val-de-Marne.

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

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

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

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



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

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

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

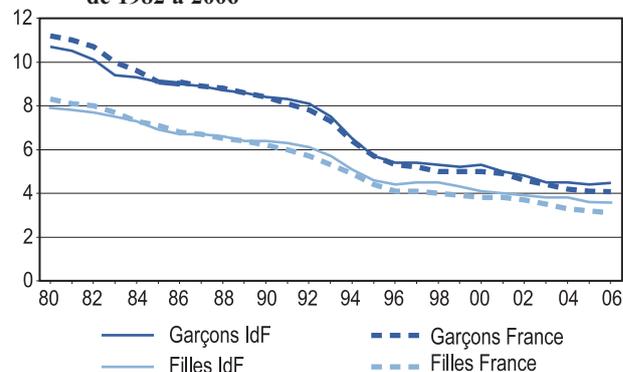
En 2006, en France métropolitaine, 2 906 enfants âgés de moins d'un an sont décédés. Le taux de mortalité infantile, obtenu en rapportant ces décès aux 797 000 naissances de l'année, s'élève à 3,6 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infantile a beaucoup baissé en France : il était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

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

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

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

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



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

... particulièrement en Seine-Saint-Denis

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

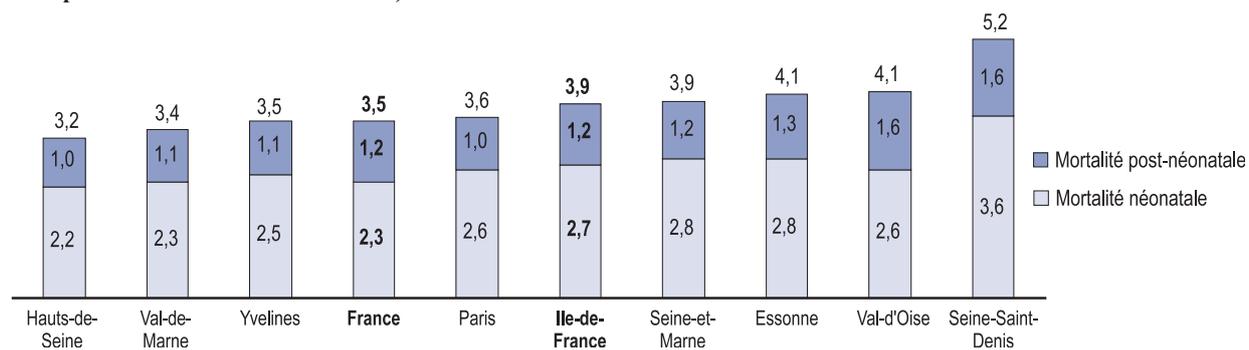
Le taux francilien est supérieur à la moyenne nationale et recouvre des situations très variables dans les départements de la région (fig.11).

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

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

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

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



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

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

La mortalité augmente de façon exponentielle avec l'âge.

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

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

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

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

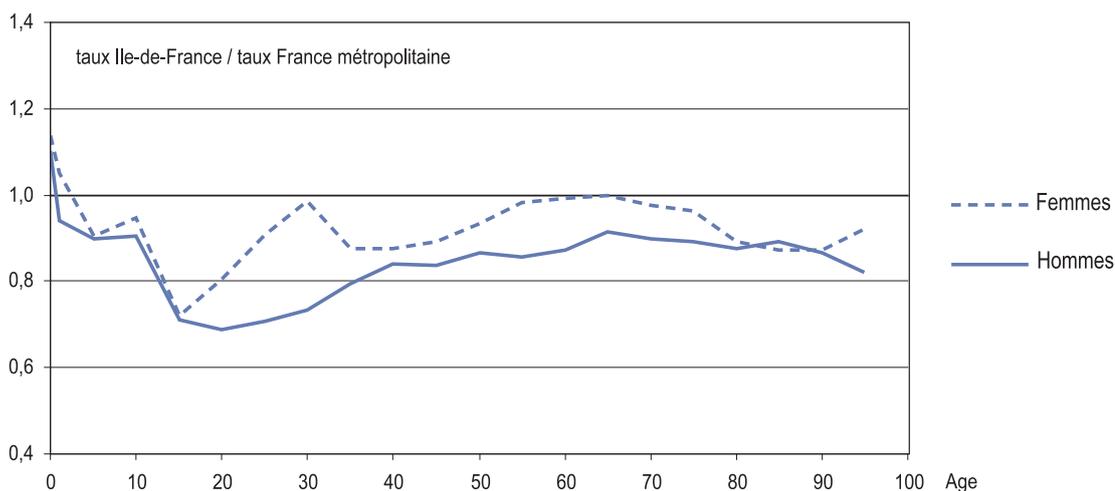
tab.2 Mortalité générale par sexe et par groupe d'âges en 2005-2007

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

*Nombre annuel de décès pour 1 000 personnes.

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

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



Lecture du graphique :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

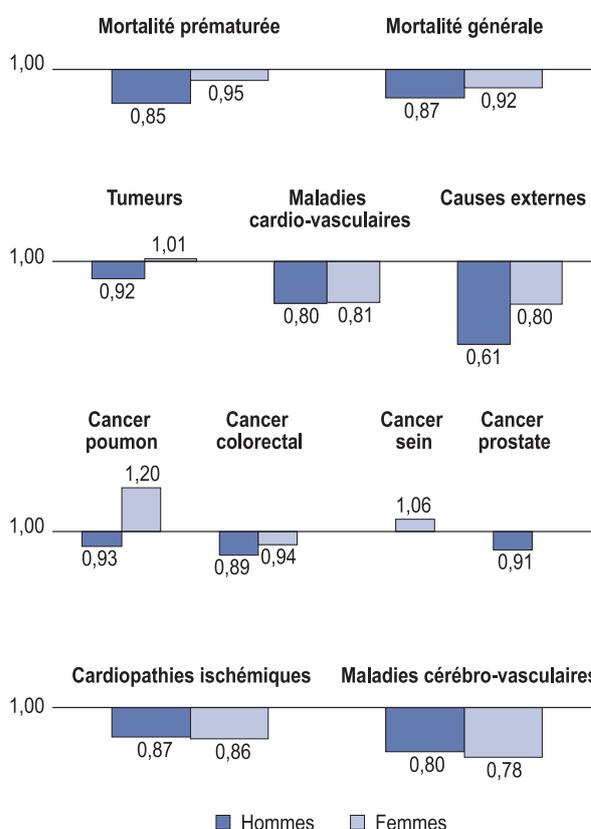
La situation est un peu moins favorable pour les Franciliennes dont les indices comparatifs de mortalité prématurée et générale (respectivement de 0,95 et de 0,92) traduisent une sous-mortalité d'un peu plus de 5% «seulement» par rapport aux femmes françaises.

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

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

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

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



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

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

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

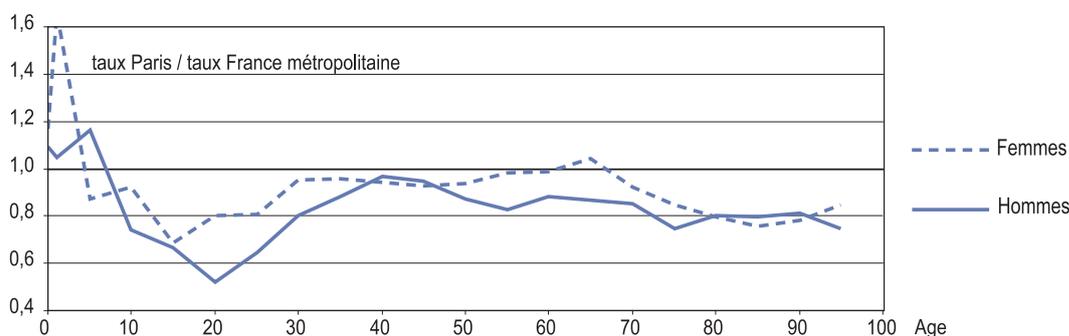
Mais attention : les ICM hommes et femmes (ou les ICM calculés pour des causes de décès différentes) ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

Exemple de lecture :

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

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

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



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

Faible mortalité à Paris

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

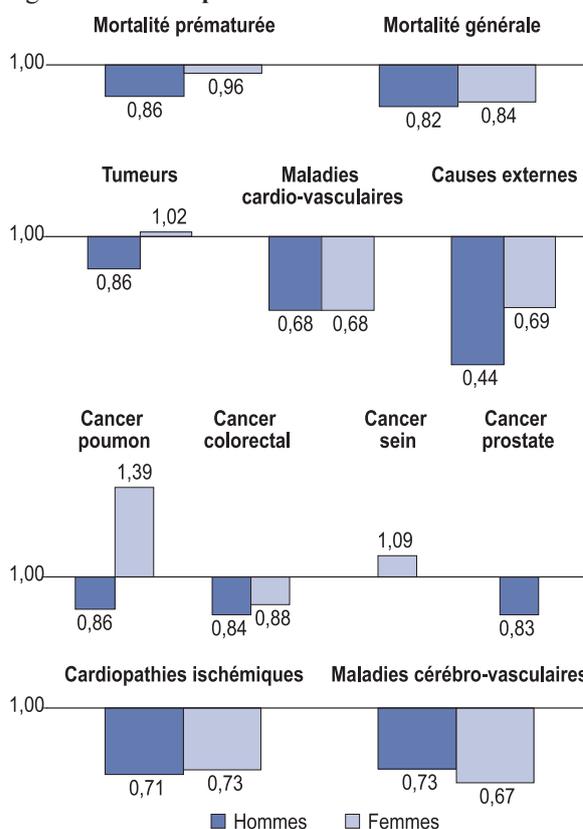
De fait, les indices comparatifs de mortalité (0,82 pour les hommes et 0,84 pour les femmes) traduisent une sous-mortalité sensible à Paris. Cependant, la sous-mortalité est moindre chez les femmes de moins de 65 ans (ICM de 0,96 traduisant une mortalité proche de celle des femmes françaises de même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

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

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

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

fig.15 Indices comparatifs de mortalité*



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

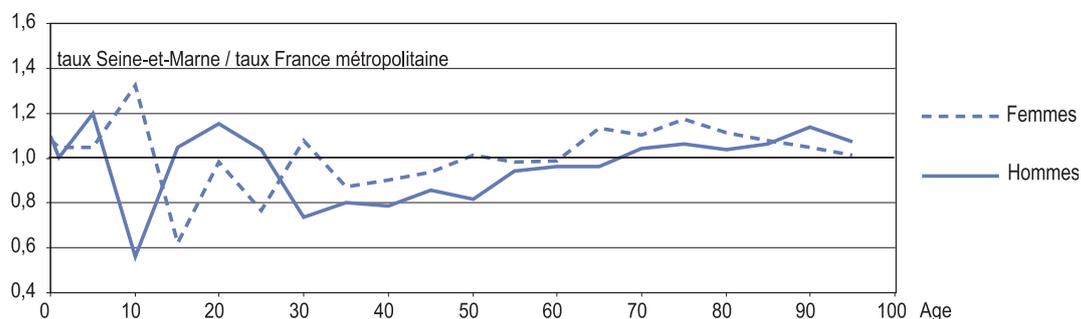
tab.4 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 à Paris

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

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

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

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



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

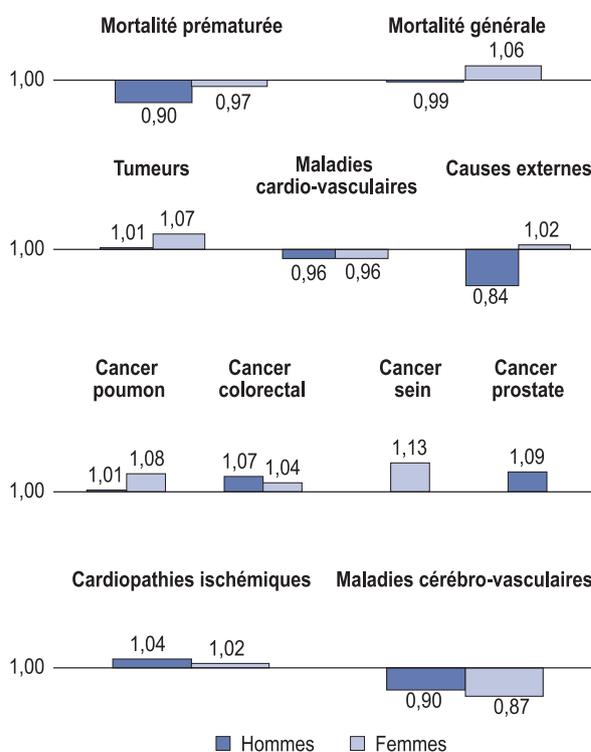
Mortalité proche de la moyenne nationale en Seine-et-Marne

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

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

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

fig.17 Indices comparatifs de mortalité*



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

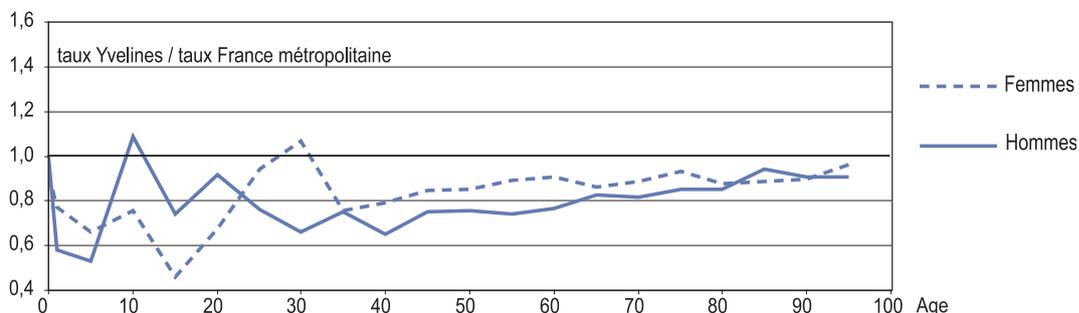
tab.5 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 en Seine-et-Marne

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

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

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

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

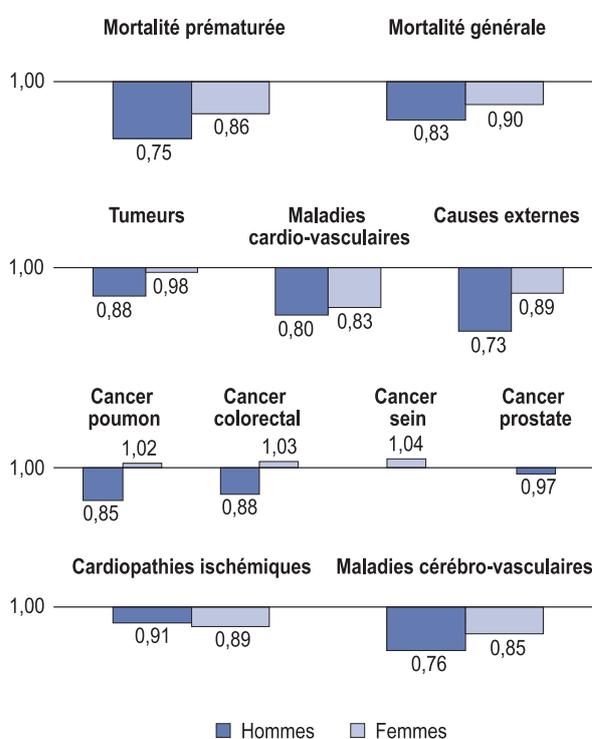


Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Sous-mortalité dans les Yvelines

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

fig.19 Indices comparatifs de mortalité*



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

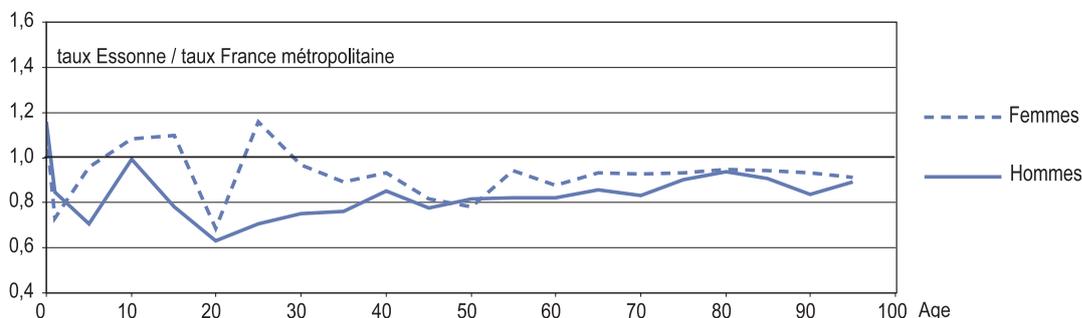
tab.6 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 dans les Yvelines

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

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

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

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



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

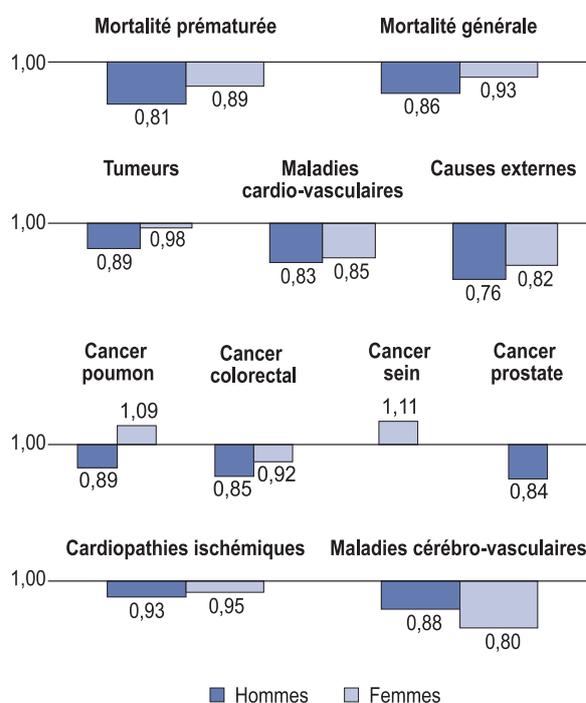
Sous-mortalité en Essonne

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

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

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

fig.21 Indices comparatifs de mortalité*



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

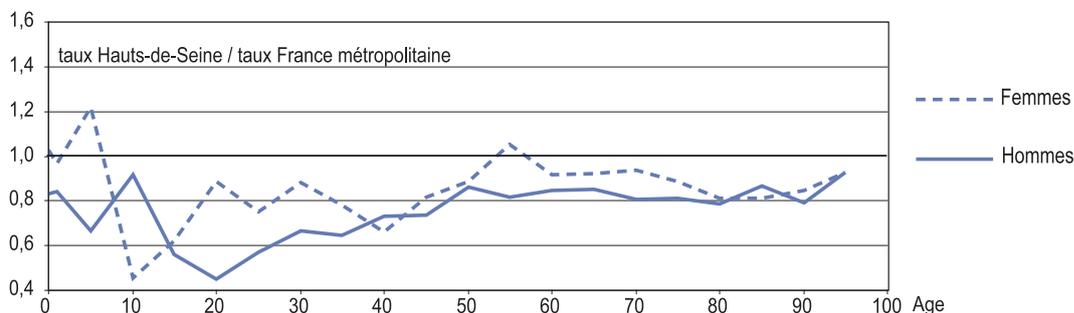
tab.7 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 en Essonne

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

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

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

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



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

Sous-mortalité dans les Hauts-de-Seine

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

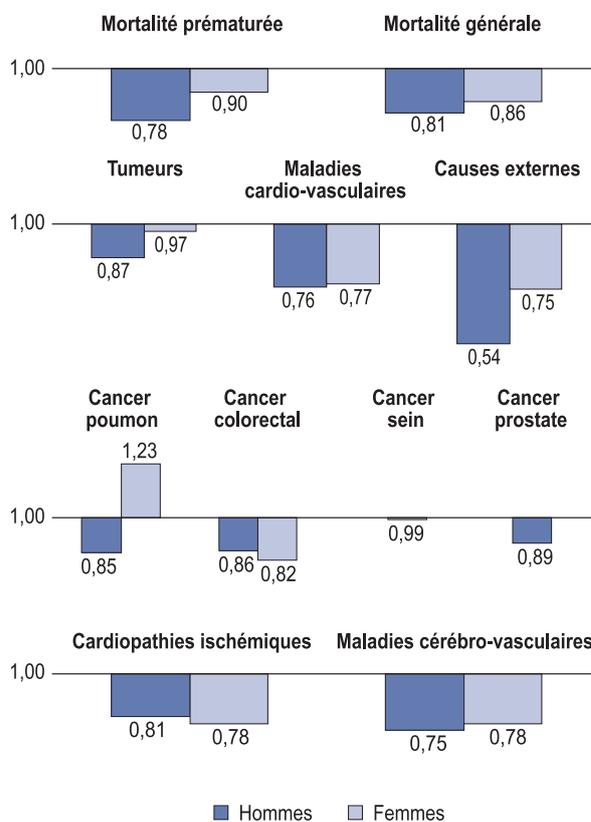
De même, les taux de mortalité des Alto-Séquanaises sont inférieurs à ceux des Françaises à tous les âges, sauf chez les 5-9 ans (non significatif car ce taux porte sur de très faibles effectifs) et chez les 55-59 ans (+5%).

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

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

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

fig.23 Indices comparatifs de mortalité*



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

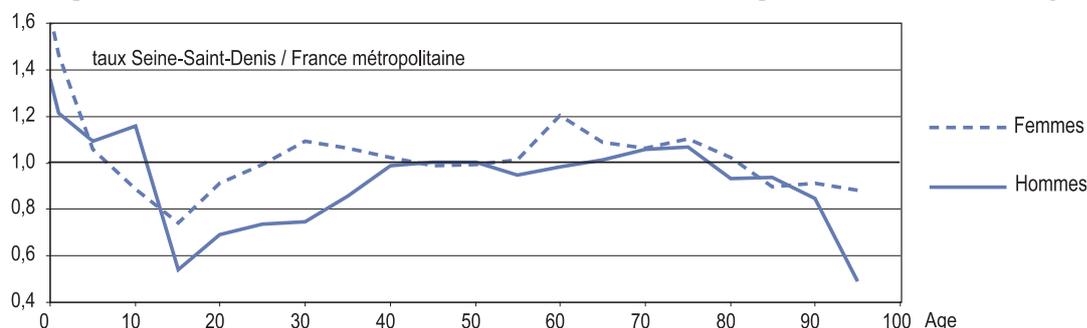
tab.7 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 dans les Hauts-de-Seine

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

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

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

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



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

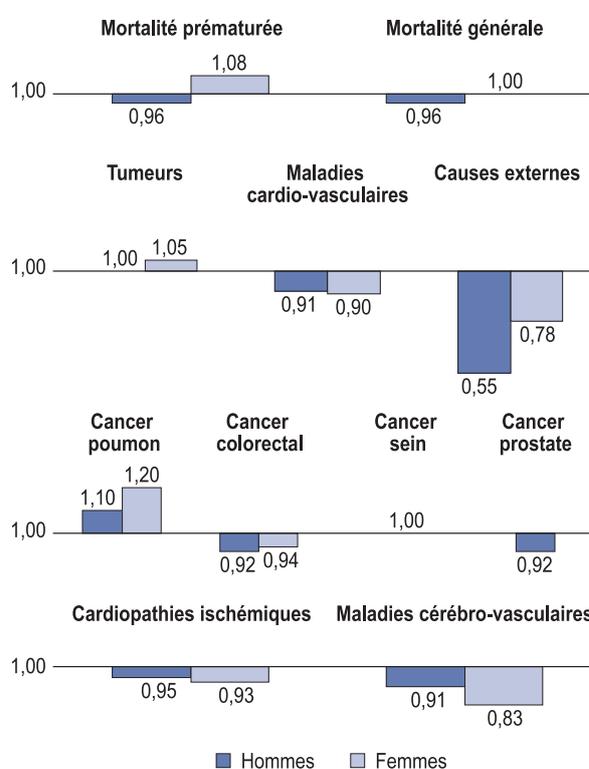
Mortalité proche de la moyenne nationale en Seine-Saint-Denis

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

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

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

fig.25 Indices comparatifs de mortalité*



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

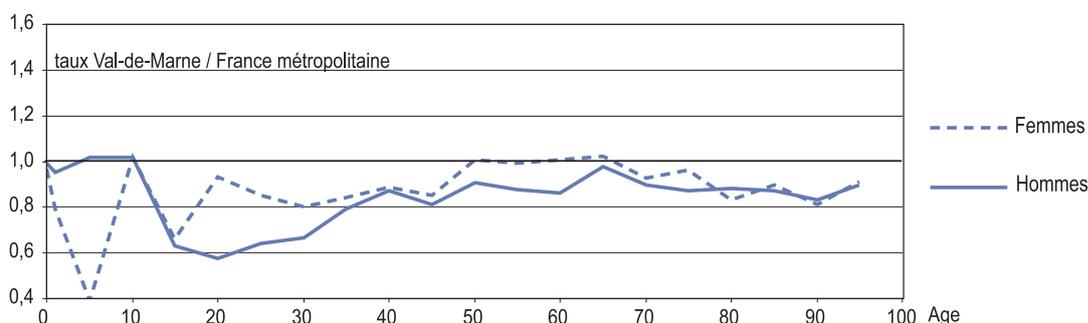
tab.8 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 en Seine-Saint-Denis

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

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

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

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



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

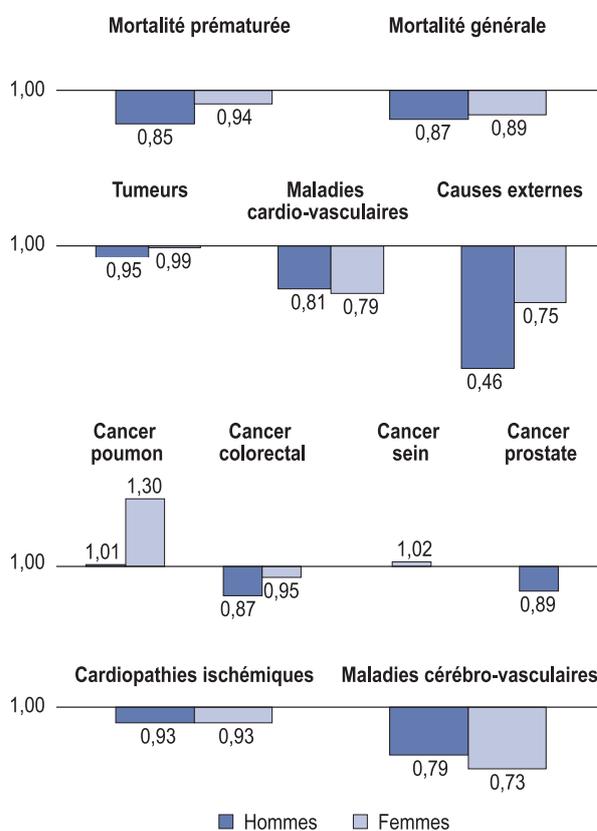
Sous-mortalité dans le Val-de-Marne

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

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

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

fig.27 Indices comparatifs de mortalité*



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

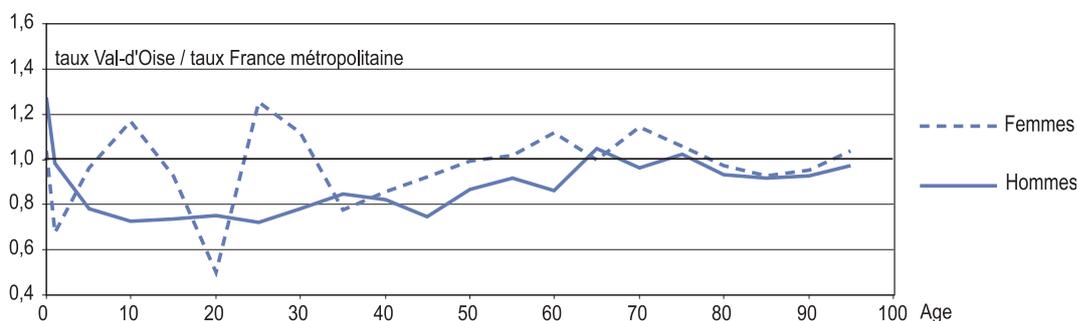
tab.9 Les principales causes de décès par sexe et âge en 2005-2007 dans le Val-de-Marne

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

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

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

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



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

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

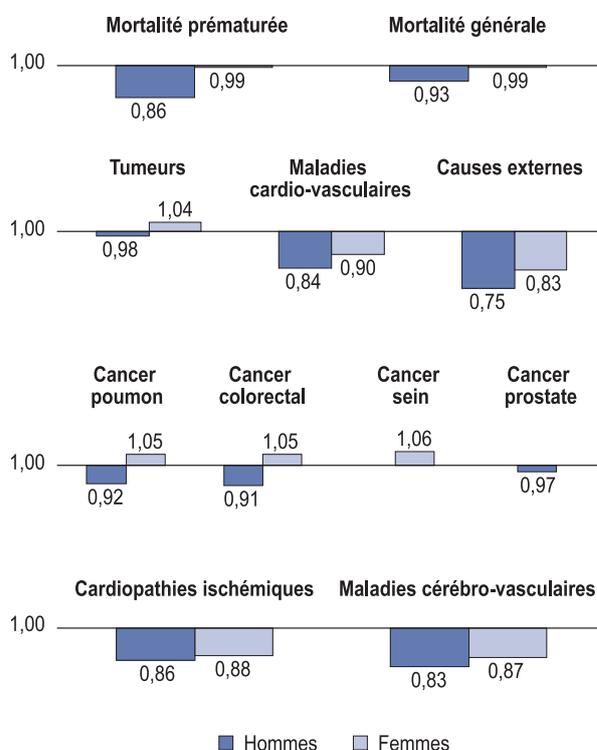
La comparaison des taux de mortalité dans le Val-d'Oise et en France fait apparaître une situation globalement favorable pour les hommes sauf pour la mortalité infantile (+27%) et pour les 65-74 ans dont le taux de mortalité est très proche du taux national. La situation est moins favorable pour les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

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

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

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

fig.29 Indices comparatifs de mortalité*



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

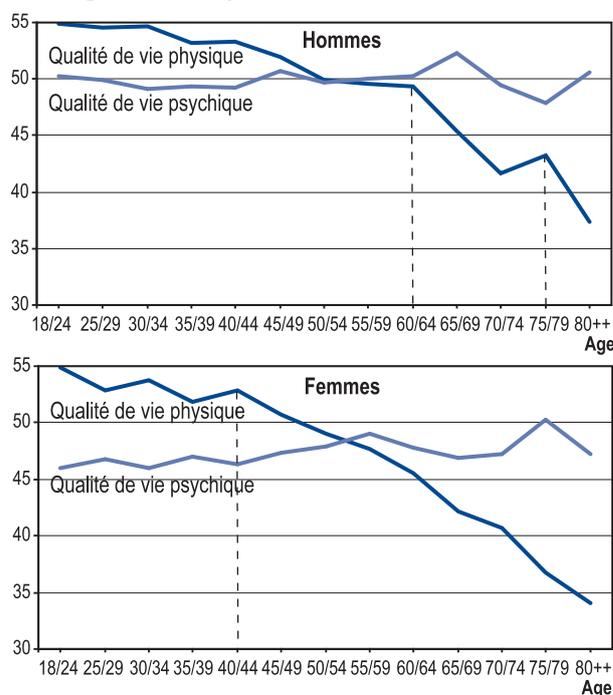
Les habitants de province partagent ces perceptions, mais de façon amplifiée. Outre des limitations physiques, les femmes âgées de 40 à 44 ans rapportent aussi d'importantes douleurs physiques, avec de lourdes conséquences dans la vie quotidienne et une mauvaise perception de leur état de santé en général.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

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

européen sur la santé (MMES) :

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

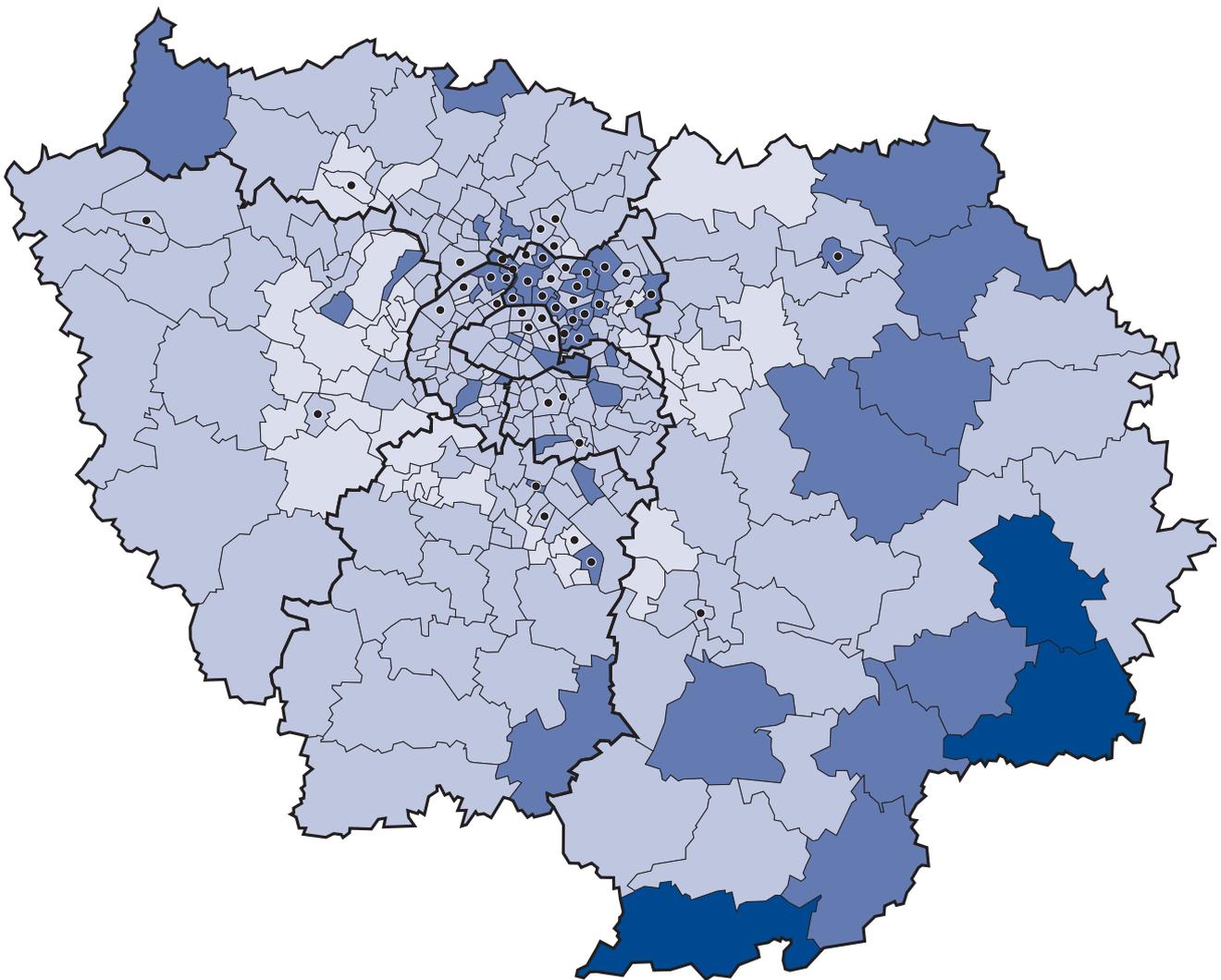
Besoins de soins	Ile-de-France		France	
	Nb cantons	% population	Nb cantons	% population
Très forts	0	0,0%	70	0,4%
Forts	11	2,0%	889	14,7%
Moyens	107	38,1%	1 935	52,1%
Modérés	158	57,5%	712	28,5%
Très modérés	10	2,4%	99	4,3%
Total	286	100,0%	3 705	100,0%

Source : Urcam Ile-de-France, 2005.

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

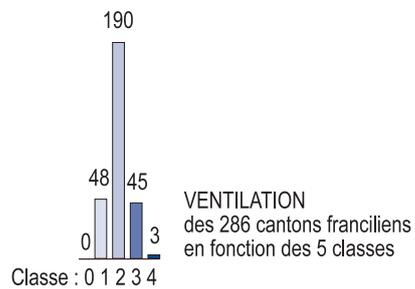
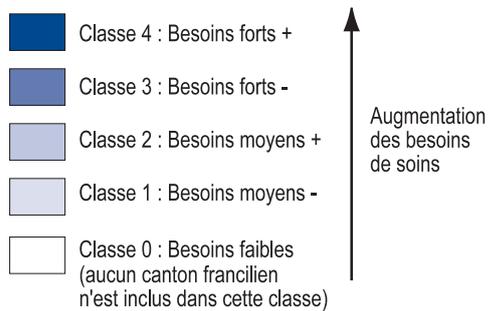
> une part importante des cantons de la Seine-Saint-Denis enregistre des besoins de soins directement en relation avec l'état sanitaire de la population. Par ailleurs, la situation locale est aggravée par des situations de forte précarité. Dans les autres départements de la région, certains cantons connaissent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

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



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

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



Urcam Ile-de-France, 2005.

Données :

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

Comment se définit un besoin de soins ?

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

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

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

Méthode

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

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

Les indicateurs retenus :

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

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

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

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

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

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

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

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

Sources :

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

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

Axe prioritaire

Lutter contre le cancer



Objectif

1

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

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

Objectif

2

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

Objectif

3

Renforcer la lutte contre les cancers professionnels

Objectif

4

Développer la prévention du mélanome

Objectif

5

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

> *Un essai randomisé en cours au niveau national*

Objectif

6

Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer

> *Absence d'indicateurs de routine*

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

1.1 Promouvoir le dépistage du cancer du sein

Contexte

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

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

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

Faits marquants en Ile-de-France

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

Participation des femmes au programme de dépistage organisé

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

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

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

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

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

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

La part du dépistage individuel est relativement

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



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

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

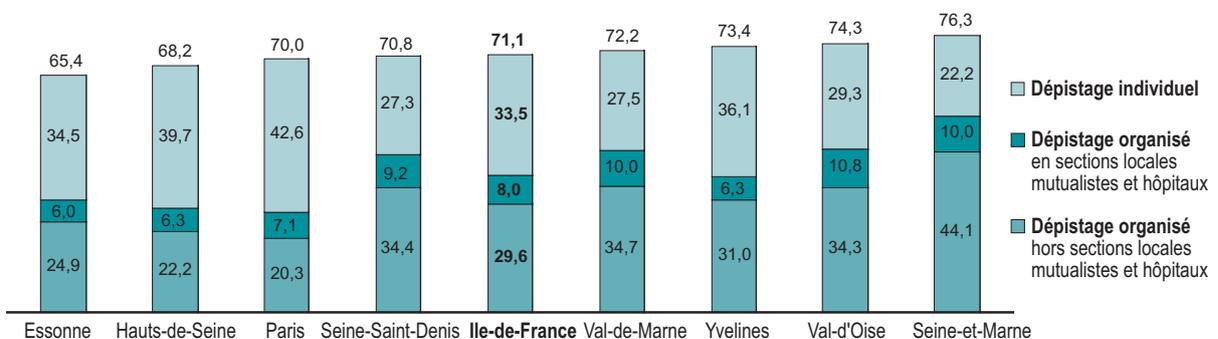
Le taux global de couverture mammographique permet d'apprécier la part des femmes totalement à l'écart du dépistage et qui nécessitent une approche spécifique. Celle-ci est proche de 30% chez les Franciliennes âgées de 50 à 74 ans.

- Taux de cancers détectés dans le cadre du dépistage organisé

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

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

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



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

Pratique de la mammographie en Ile-de-France

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

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

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

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

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

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

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

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

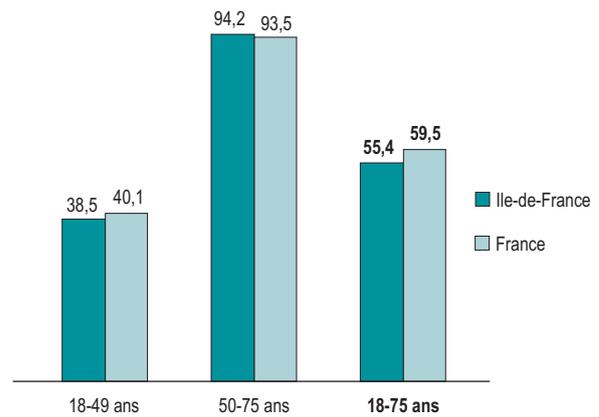
La pratique de la mammographie varie selon le niveau de diplôme.

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

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

Ce constat - très surprenant - nécessiterait des investigations complémentaires.

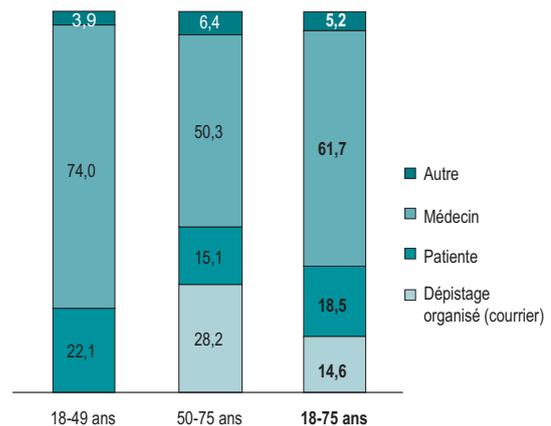
fig.3 Pratique déclarée de la mammographie au cours de la vie, selon l'âge, en 2005 (en %)



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

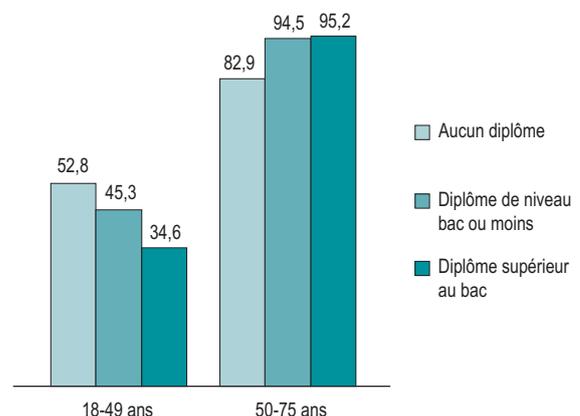
Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

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



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

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



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

Incidence du cancer du sein en Ile-de-France

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

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

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

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

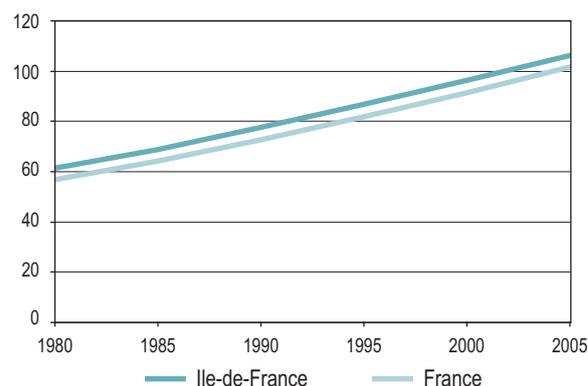
Age des femmes	Nombre de cas	%
Moins de 50 ans	2 129	24,3
50-74 ans	5 114	58,4
75 ans ou plus	1 516	17,3
Tous âges	8 759	100,0

Source : Francim.

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

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

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



Source : Francim (standardisation sur la population mondiale).

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

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

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

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

Source : Francim.

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

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

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

Comparaison des sources de données d'incidence

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

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

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

Mortalité par cancer du sein en Ile-de-France

Surmortalité par cancer du sein chez les Franciliennes

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

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

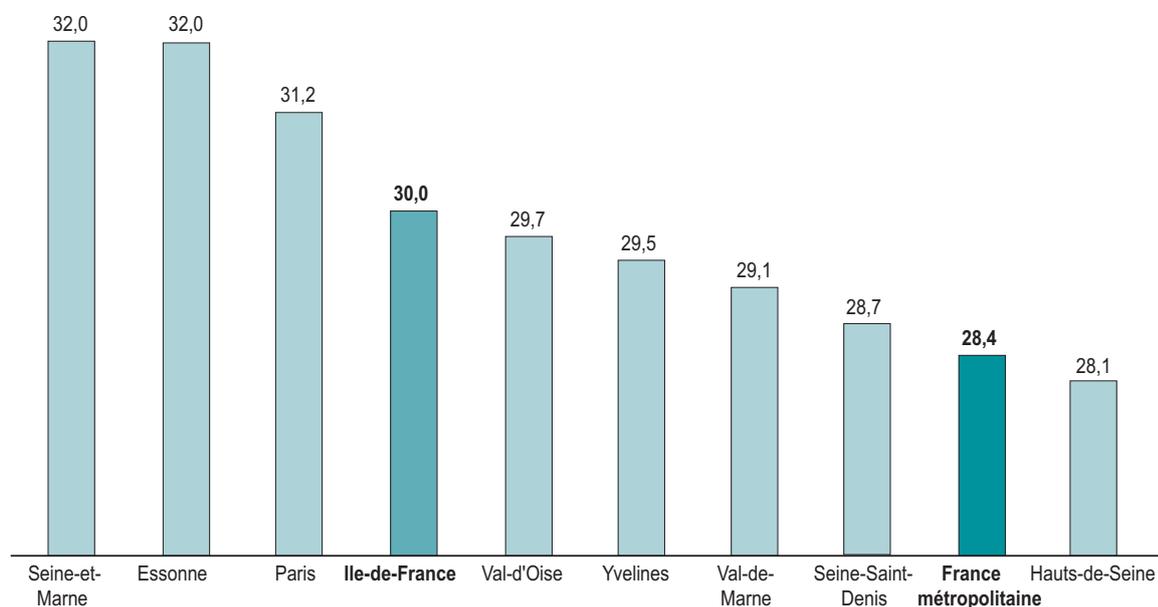
Mais la baisse observée au niveau national depuis le milieu des années 1990 est encore plus prononcée dans la région, si bien que l'écart de mortalité tend à se réduire (fig.7). En 2005-2007, le taux standardisé de mortalité par cancer du sein est de 30 décès pour 100 000 femmes en Ile-de-France contre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

De fortes disparités départementales au sein de la région

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

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

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



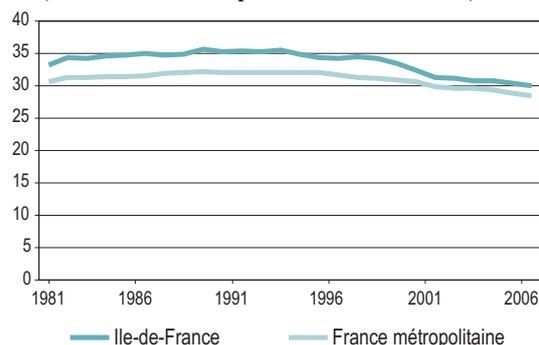
Sources : Inserm CépiDC, Insee. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

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

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

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

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



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

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

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

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

Références citées

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

Repères bibliographiques

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

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

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

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

Contexte

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

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

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

Faits marquants en Ile-de-France

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

Pratique du frottis vaginal

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

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

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

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

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

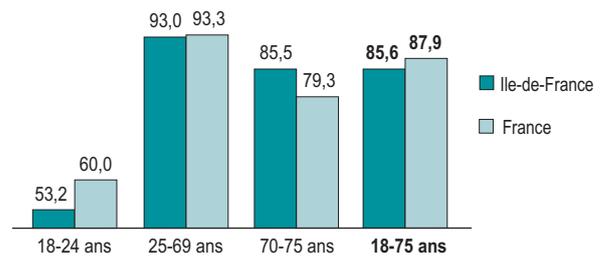
Un médecin est à l'origine de l'examen dans la majorité des cas.

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

La pratique du frottis varie selon le niveau de diplôme.

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

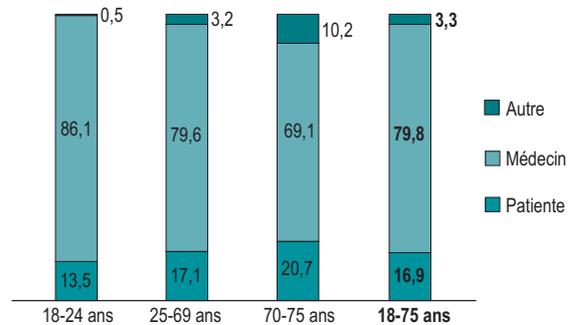
fig.1 Pratique déclarée d'un frottis au cours de la vie selon l'âge, en 2005 (en %)



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

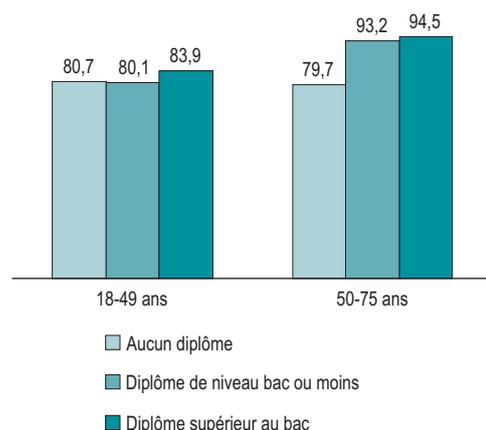
Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

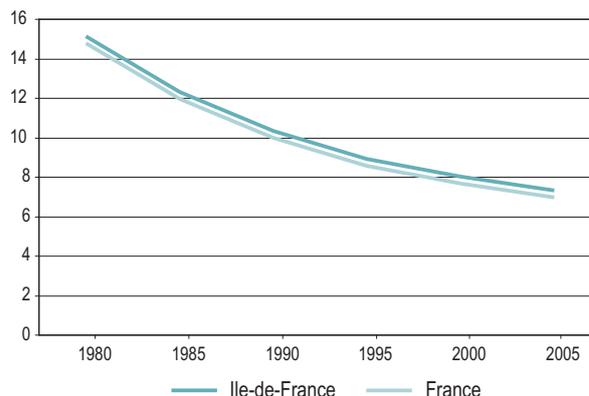
Source : Francim.

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

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

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

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



Source : Francim (standardisation sur la population mondiale).

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

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

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

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

Source : Francim.

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

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

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

Comparaison des sources de données d'incidence

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

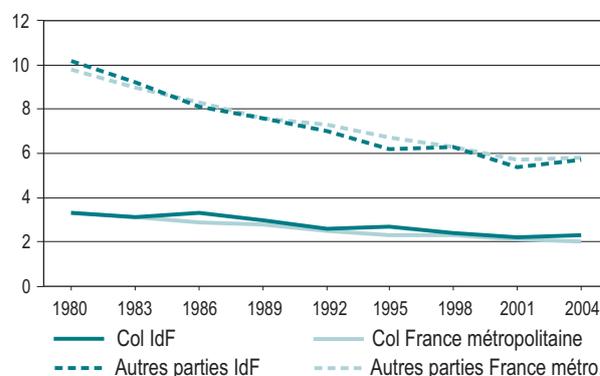
Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

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

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

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

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



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

Références citées

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

Repère bibliographique

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

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

Contexte

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

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

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

Faits marquants en Ile-de-France

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

Pratique du test de recherche de sang dans les selles

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

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

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

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

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

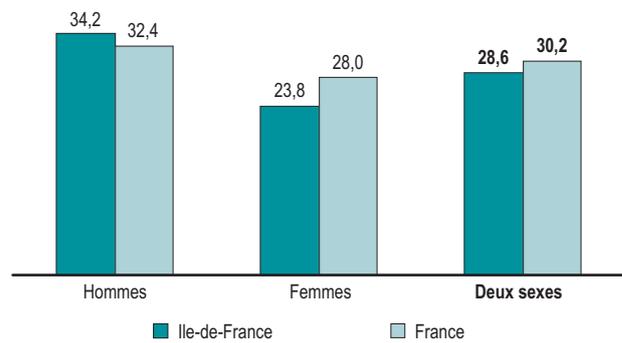
Dans un contexte de dépistage organisé mis en œuvre dans un seul département en Ile-de-France en 2005 et de répartition des réponses à la question sur les motifs de réalisation du dernier test similaire entre les départements franciliens, la proportion élevée du motif «campagne départementale» interpelle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

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

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

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

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

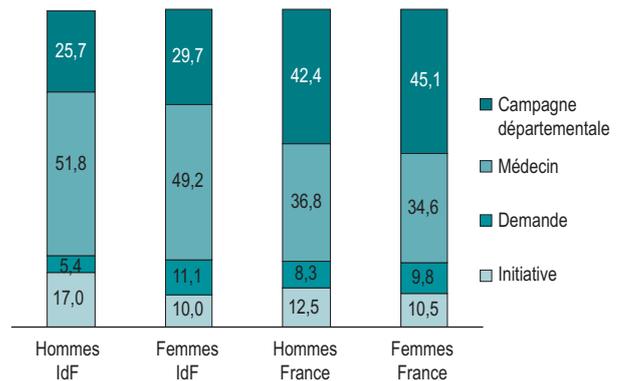


*Par recherche de sang dans les selles.

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

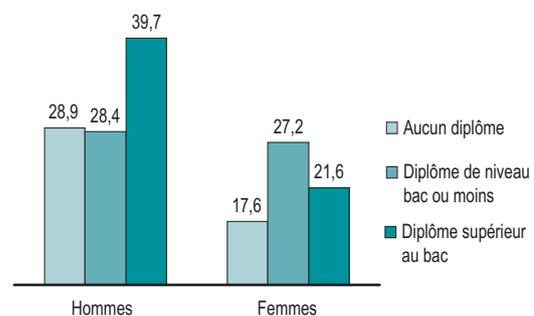
Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007.

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



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

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



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

Incidence du cancer colorectal en Ile-de-France

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

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

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

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

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

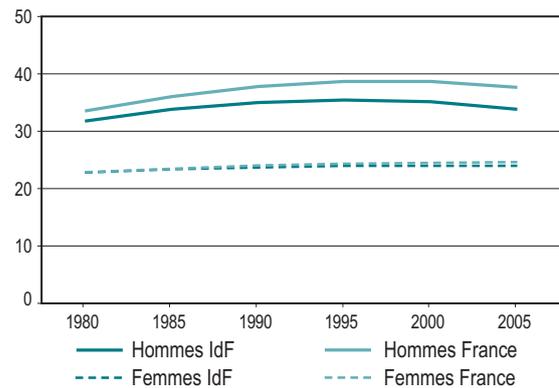
Age	Hommes	Femmes	2 sexes
Moins de 50 ans	161	186	347
50-74 ans	1 561	1 169	2 730
75 ans ou plus	994	1 296	2 290
Tous âges	2 716	2 651	5 367

Source : Francim.

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

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

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



Source : Francim (standardisation sur la population mondiale).

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

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

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

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

Source : Francim.

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

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

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

Comparaison des sources de données d'incidence

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

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

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

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

Mortalité par cancer colorectal en Ile-de-France

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

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

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

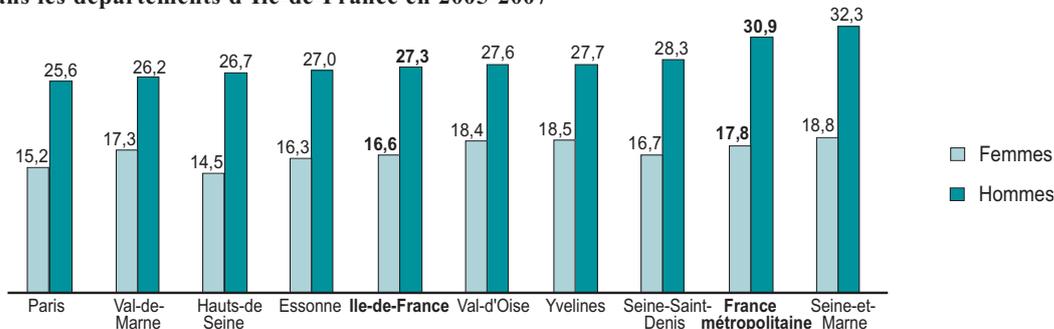
La baisse de la mortalité par cancer colorectal est plus marquée en Ile-de-France qu'en France métropolitaine.

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

Des disparités départementales au sein de la région

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

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



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

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

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

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

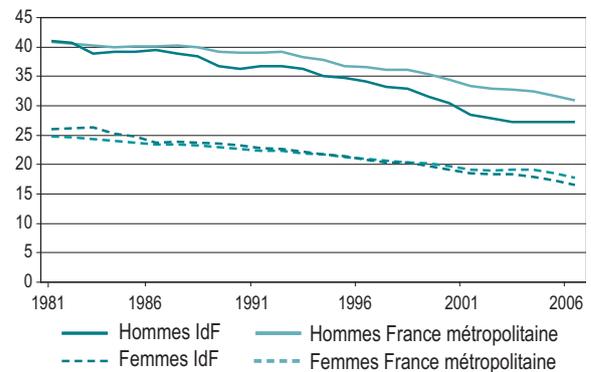
tab.5 Mortalité par cancer colorectal selon le sexe, en 1981, 1992 et 2006

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

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

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

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



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

Références citées

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

Contexte

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

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

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

A partir d'une synthèse de la littérature internationale, un récent rapport de l'InVS⁵ fait le point sur le nombre de cancers attribuables, dans la population masculine française, à des expositions professionnelles. Selon les hypothèses retenues dans ce rapport, entre 2 713 et 6 051 cancers bronchopulmonaires chez l'homme seraient attribuables chaque année à une exposition professionnelle (exposition à l'amiante essentiellement). De même, entre 625 et 1 110 cas de cancers de la vessie, entre 537 et 578 cas de mésothéliome de la plèvre, entre 112 et 413 leucémies et entre 60 et 102 cancers naso-sinusiens seraient attribuables à des expositions professionnelles. Or en 2006, le régime général a reconnu 811 cas de cancers bronchopulmonaires, 3 cancers de la vessie, 353 mésothéliomes, 25 leucémies et 74 cancers naso-sinusiens en tant que maladies professionnelles⁵. Ces chiffres illustrent la faible proportion des cancers reconnus, mais aussi la grande variabilité qui existe dans la reconnaissance : la sous-reconnaissance est particulièrement importante pour les cancers fréquents et à étiologie multiple (poumon, vessie), tandis qu'elle est moindre pour les cancers rares et très fortement associés à une nuisance spécifique (mésothéliome et amiante, cancers naso-sinusiens et poussières de bois par exemple).

Faits marquants en Ile-de-France

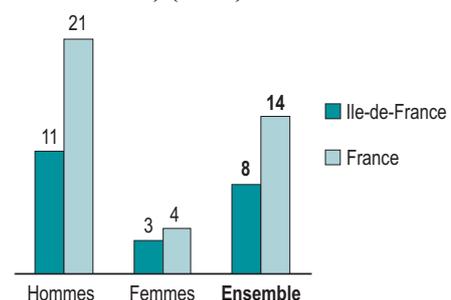
- > Selon l'enquête Sumer (2002-2003), 289 000 salariés franciliens du secteur privé auraient été exposés à au moins un produit cancérigène.
- > 234 cancers professionnels reconnus par l'assurance maladie en 2006 (régime général), dont 134 cancers du poumon.
- > Surmortalité par cancer de la plèvre en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

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

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

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

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

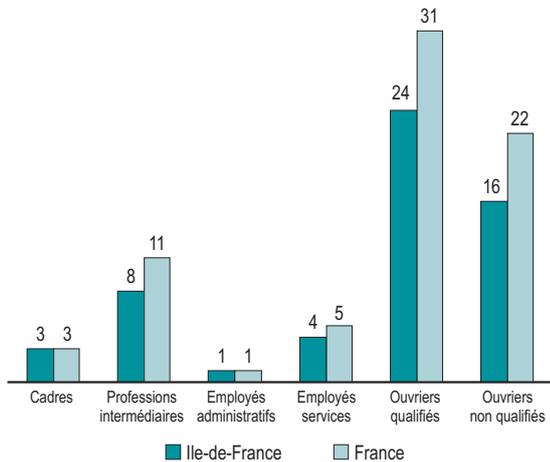


Source : DRT/Dares - Enquête Sumer 2002-2003. Exploitation DRTEFP, 2006.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

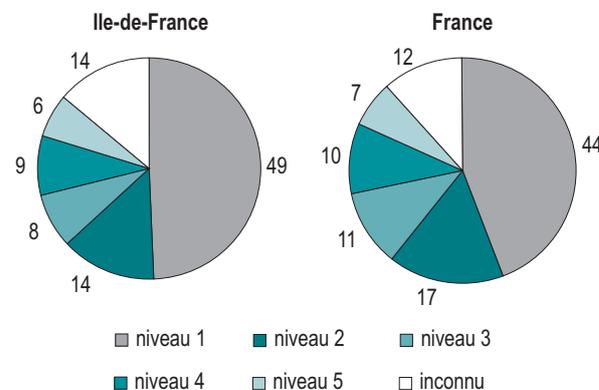
Les mesures de protection collective sont des mesures de prévention visant à protéger toute personne se trouvant à proximité d'un danger de manière régulière ou occasionnelle. Ces mesures sont généralement les suivantes : utilisation d'un système clos, mécanisation des méthodes de travail, encoffrement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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Maladies professionnelles reconnues par l'assurance maladie

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

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

Une majorité de cancers masculins

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

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

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

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

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

Le cancer du poumon est le principal cancer professionnel reconnu.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mortalité par cancer de la plèvre

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

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

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

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

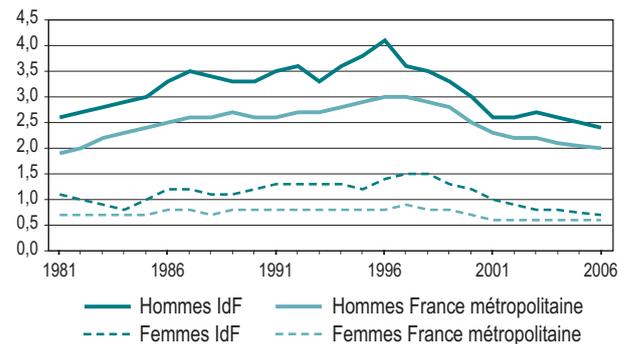
Mais les effectifs sont faibles au niveau départemental, en particulier chez les femmes, et les résultats doivent par conséquent être considérés avec prudence. Toutefois, une analyse de la mortalité par cancer de la plèvre dans les départements franciliens portant sur la période 1991-1999⁸ confirme la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

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

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

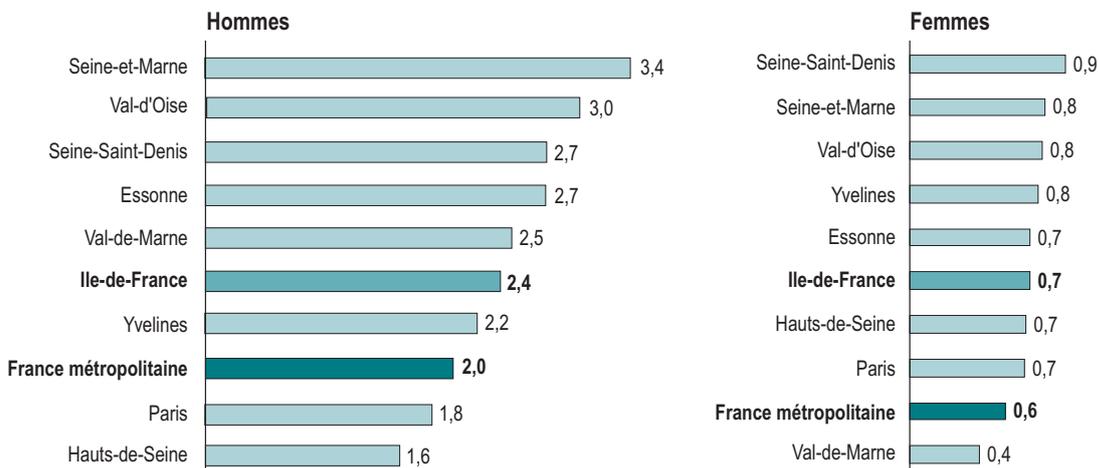
Source : Inserm CépiDC. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

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



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

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



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

Références citées

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

Repères bibliographiques

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

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

Définitions

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

Mésothéliome pleural et cancer de la plèvre

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

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

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

Contexte

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

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

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

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

Faits marquants en Ile-de-France

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

Incidence du mélanome en Ile-de-France

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

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

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

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

Source : Francim.

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

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

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

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

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

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

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

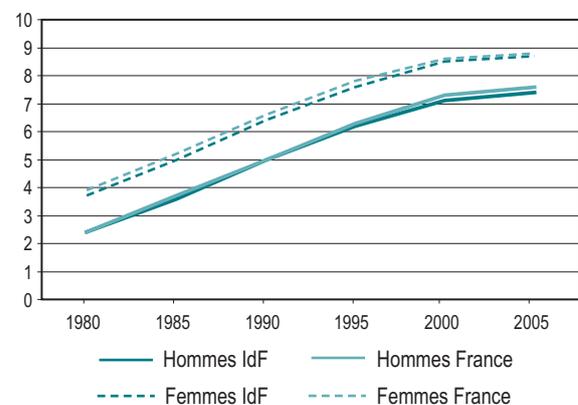
	Taux standardisé*				Taux annuel d'évolution**	
	1980	1990	2000	2005	1990-2000	2000-2005
Hommes						
Ile-de-France	2,4	5	7,1	7,4	3,6%	0,8%
France	2,4	5	7,3	7,6	3,9%	0,8%
Femmes						
Ile-de-France	3,7	6,4	8,5	8,7	2,9%	0,5%
France	3,9	6,6	8,6	8,8	2,7%	0,5%

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

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

Source : Francim.

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



Source : Francim (standardisation sur la population mondiale).

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

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

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

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

Comparaison des sources de données d'incidence

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

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

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

Mortalité par mélanome en Ile-de-France

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

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

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

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

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

Des disparités départementales au sein de la région peu significatives

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

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

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

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

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

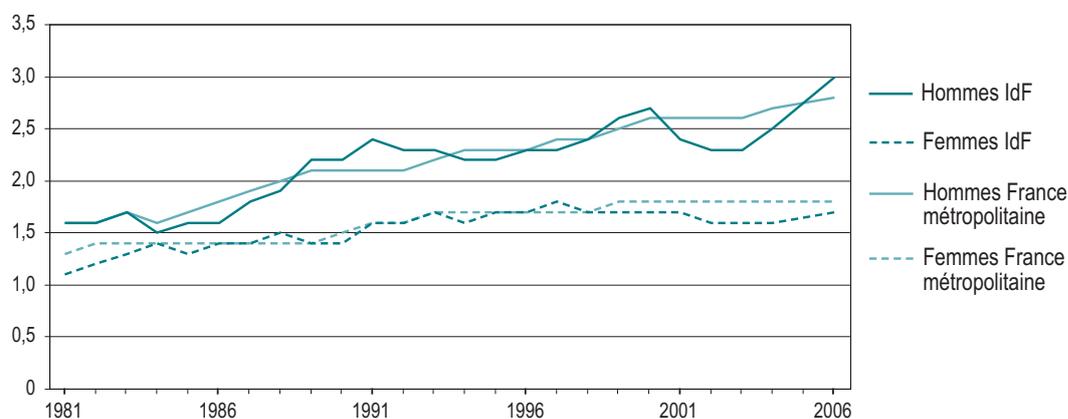
	Taux standardisé*			Taux annuel d'évolution	
	1981	1992	2006	1981-1992	1992-2006
Hommes					
Ile-de-France	1,6	2,3	3,0	3,4%	1,8%
France métropolitaine	1,6	2,1	2,8	2,5%	2,0%
Femmes					
Ile-de-France	1,1	1,6	1,7	3,5%	0,4%
France métropolitaine	1,3	1,6	1,8	1,9%	0,8%

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

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

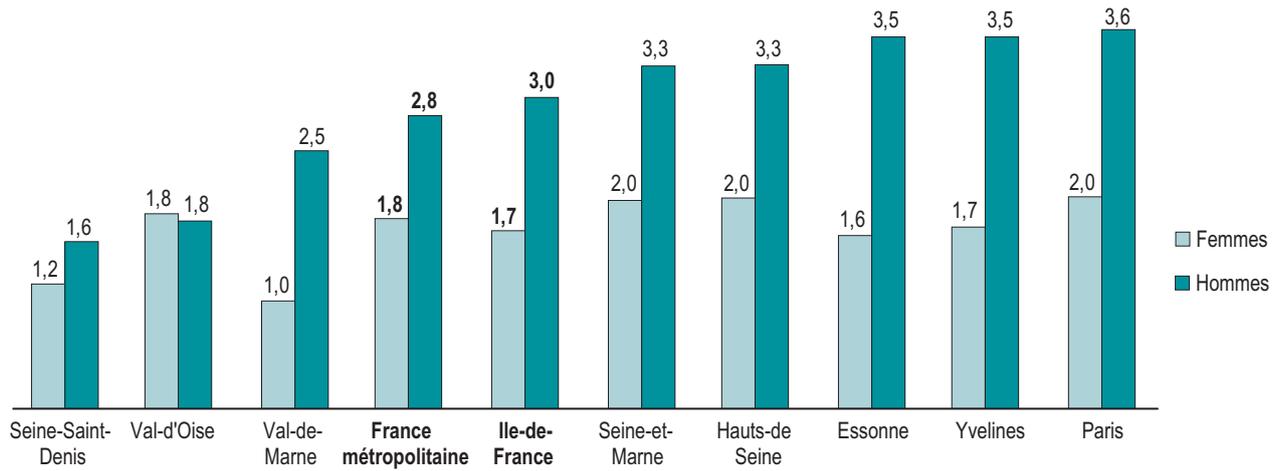
mortalité par mélanome chez les femmes dans le Val-de-Marne et chez les hommes de Seine-Saint-Denis et, au contraire, le niveau élevé de mortalité par mélanome chez les hommes à Paris (fig.3).

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



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

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



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

Références citées

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

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

Éléments de cadrage

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

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

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

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

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

En l'absence d'indicateurs produits en routine

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

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

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

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

Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cancer

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

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

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

En l'absence d'indicateurs produits en routine

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

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

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

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

Axe prioritaire

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



Objectif
7

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

Objectif
8

Renforcer le repérage précoce du handicap et l'aide aux parents concernés

Objectif
9

Renforcer le dépistage précoce des troubles de l'apprentissage du langage écrit et oral

Objectif
10

Garantir le maintien d'une couverture vaccinale chez les adolescents et les jeunes adultes, ainsi que dans les groupes à risques

Objectif
11

Renforcer les actions d'éducation à la sexualité, intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, contraception, chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté

Objectif
12

Mieux prendre en compte la souffrance psychique

Objectif
13

Promouvoir la santé mentale pour les publics jeunes
> Absence d'indicateurs de routine > Une étude est en cours.

Objectif
14

Développer l'évaluation globale du vieillissement (en y intégrant une dimension de prévention primaire et secondaire), et l'étendre aux populations vulnérables vieillissantes

Objectif
15

Développer les bilans médico-psycho-sociaux pour les personnes atteintes de polyopathologies chroniques avec un retentissement fonctionnel (en particulier les personnes atteintes de détérioration intellectuelle et les personnes du grand âge) et s'assurer de leur suivi

Objectif
16

Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, notamment celles atteintes de cancer, maladie d'Alzheimer, maladies rares et affections apparentées

Objectif
17

Améliorer et valoriser l'action des aidants naturels et développer des dispositifs de soutien qui leur soient spécifiques

Objectif

7

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

Contexte

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

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

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

Faits marquants en Ile-de-France

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

Données de cadrage

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

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

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

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

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

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

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

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

**pour 1 000 enfants nés vivants.

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

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

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

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

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

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

Des disparités pour ces deux indicateurs entre les départements franciliens

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

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

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

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

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

Indicateurs de suivi des grossesses en population générale

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

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

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

Des antécédents mal connus en routine

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

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

tab.7 Nombre de consultations prénatales < 7 en 2003

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

*Test binomial comparant la zone géographique à la métropole.

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

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

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

Le certificat de santé prévoit par ailleurs de renseigner l'existence d'une préparation à la naissance.

... des résultats qui confirment les disparités au sein de la région

Ces données montrent en 2007 que 94% des femmes enceintes franciliennes consultent dès le premier trimestre. La Seine-Saint-Denis se caractérise par un taux de première consultation tardive plus important, avec en outre 2,9% des femmes consultant pour la première fois lors du 3^{ème} trimestre (tab.6).

La préparation à la naissance, sur l'ensemble de la région est estimée à 40,3%. L'importance des données manquantes pour cette variable (jusqu'à 42%) rend difficile les comparaisons entre les départements.

tab.6 Moment de la première consultation en 2007 selon le premier certificat de santé (en %)

	Trimestre de la 1 ^{ère} consultation		
	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}
Paris	93,9	4,8	1,3
Seine-et-Marne	96,4	2,7	0,9
Yvelines	97,2	2,1	0,7
Essonne	94,0	4,8	1,2
Hauts-de-Seine	95,5	3,4	1,1
Seine-Saint-Denis	89,4	7,7	2,9
Val-de-Marne	94,0	4,4	1,6
Val-d'Oise	96,3	2,8	0,9
Ile-de-France	94,3	4,3	1,4

Source : CS8 2007. Exploitation : Inserm U953, octobre 2009.

Un suivi prénatal moins satisfaisant en Ile-de-France

Dans l'enquête nationale périnatale 2003⁴, un peu plus d'une femme sur dix en Ile-de-France a eu moins de sept consultations prénatales (10,5% contre 9,2% en métropole, cf. tab.7). Des disparités sont observées au sein de la région avec davantage de femmes moins bien suivies en proche couronne (12,1%).

Les données sur la préparation à la naissance montrent les disparités au sein de la région avec un taux de préparation à la naissance particulièrement faible chez les primipares demeurant en proche couronne (tab.8).

tab.8 Préparation à la naissance chez les primipares en 2003

	Part (en %)	Intervalle de confiance à 95%	p*
Paris	70,0	[65,0 - 74,6]	NS
Proche couronne	59,1	[54,6 - 63,4]	< 0,001
Grande couronne	63,6	[59,1 - 67,9]	NS
Ile-de-France	63,7	[61,1 - 66,3]	0,03
France métropolitaine	66,6	[65,3 - 67,8]	

*Test binomial comparant la zone géographique à la métropole.

Source : Inserm - Enquête périnatale 2003.

Développement des réseaux périnataux d'Ile-de-France...

La mise en place des réseaux périnataux en Ile-de-France est en plein essor. L'ARH d'Ile-de-France a réalisé une cartographie des réseaux mis en place en 2008 (<http://www.perinat-arhif.org/cartographie.php>). Ce sont treize réseaux qui sont ainsi identifiés sur la région. De plus, des réseaux spécifiques ciblant des femmes enceintes en difficulté sont mis en œuvre, tel à titre d'exemple le réseau Solipam sur Paris, ciblant les femmes isolées, disposant de peu ou d'aucune ressource et sans logement.

... parallèlement à la mise en place de l'entretien du 4^{ème} mois

Un état des lieux de la mise en place de l'entretien individuel du 4^{ème} mois en Ile-de-France a été présenté lors de la 5^{ème} journée des réseaux périnataux d'Ile-de-France en 2008⁵. Ce travail portait sur les entretiens réalisés en 2007 dans le cadre des réseaux périnataux,

en PMI ou dans les maternités.

Sur les onze des treize réseaux ayant répondu à l'enquête, quatre ont déclaré proposer systématiquement l'entretien. Cette étude a recensé 8 005 entretiens, soit 4,5% des naissances domiciliées. Les données de huit réseaux permettaient d'estimer un taux de couverture : 17% des femmes ayant accouché dans les maternités de ces réseaux avaient effectivement bénéficié d'un entretien.

Ce travail exploratoire doit être interprété avec prudence, en particulier compte tenu de son manque d'exhaustivité. Il met cependant en avant certaines difficultés dans la mise en place de l'entretien et insiste sur la nécessité d'améliorer l'information des femmes, de formaliser et de diffuser le réseau en aval (en particulier par la mise à disposition auprès des professionnels d'un «annuaire» de toutes les ressources et compétences de proximité affiliées au réseau).

Un groupe à risque particulier : les femmes séropositives au VIH

L'Enquête Périnatale Française (EPF), soutenue par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, étudie la transmission du VIH de la mère à l'enfant et sa prévention, ainsi que l'impact des médicaments anti-VIH sur la santé de la mère et de l'enfant. Cette enquête existe depuis 1986, et quarante sites en Ile-de-France y participent. Si l'exhaustivité n'est pas totale, elle permet de disposer d'informations précieuses sur les caractéristiques des femmes et sur leur suivi de grossesse (tab.9). En 2006, ce sont 722 femmes franciliennes qui ont été incluses, soit, rapporté aux nombre de naissances vivantes en Ile-de-France, un taux de 0,4%. Parmi les femmes enceintes incluses en 2006, 91,5% en Ile-de-France et 86% en France métropolitaine sont d'origine étrangère, pourcentages légèrement supérieurs à ce qui est observé parmi les découvertes de séropositivité chez les femmes : 80,5% en Ile-de-France et 69,3% en France métropolitaine⁶. De nombreuses femmes découvrent leur séropositivité pendant la grossesse, les femmes primipares étant encore plus fréquemment dans cette situation (36,1% en Ile-de-France). La grande majorité des femmes bénéficie d'un traitement au cours de la grossesse et le pourcentage d'enfants infectés est très faible (1,1%).

tab.9 Caractéristiques et suivi des femmes séropositives au VIH incluses dans l'Enquête Périnatale Française en 2006 (en %)

	Ile-de-France (n=722)	France métropolitaine (n=975)
Origine géographique		
France métropolitaine	8,5	14,0
Afrique subsaharienne	81,2	76,2
Autres	10,3	9,8
Parité		
Primipare	33,5	36,3
Découverte de la séropositivité		
Pendant la grossesse	22,3	20,7
Existence d'un traitement		
Au début de la grossesse	42,1	43,4
Pendant la grossesse	97,8	98,3
A l'accouchement	92,8	93,3
Traitement néonatal	99,4	99,6
Transmission à l'enfant		
Enfant infecté	1,1	0,8

Source : Enquête Périnatale Française 2006. Exploitation : Inserm U569, octobre 2009.

Références citées

- ¹ Plan «périnatalité» 2005-2007. *Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2004.
- ² Circulaire n° DHOS/DGS/02/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.
- ³ BEAUMEL C., VATAN M. La situation démographique en 2006. Mouvement de la population. *Insee Résultats*, Insee, 2008, n°84, 252p.
- ⁴ BLONDEL B., SUPERNANT K., MAZAUBRUN C. (du), BREART G. *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, Inserm, 2005.
- ⁵ MARIE J. *Entretien individuel du 4^{ème} mois. Etat des lieux de sa mise en place dans les réseaux périnataux d'Ile-de-France*. 5^{ème} journée de réseaux périnataux d'Ile-de-France, 23 octobre 2008.
- ⁶ HALFEN S., EMBERSIN C., GREMY I., LERT F. Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de France, 1978-2008 : trente ans d'épidémie en Ile-de-France. *Bulletin de santé*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2008, n°14.
- ⁷ SERFATY A. (sous la dir. de), PAPIERNIK E. (sous la dir. de). *L'action collective périnatalité en Ile-de-France (1996-2000)*. 2005, 409p.
- ⁸ COLLET M., VILAN A. Les certificats de santé au 8^{ème} jour (CS8). Validité 2004. *Document de travail*, Drees, 2009, n°5.

Repères bibliographiques

DANET S., MOISY M. (sous la dir. de). La santé des femmes en France. *Etudes et statistiques*, Drees, 2009, 285p.
 PAUCHET-TRAVERSAT A.-F. (sous la coord. de). Naître en France. In *ADSP*, HCSP, 2007-2008, n°61-62, pp.17-98.

Définitions

Femmes enceintes en situation de vulnérabilité psychosociale : Lors de la mise en place du Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros 1999-2004), les membres de la Commission technique consultative autour de la naissance (CTCN) ont élaboré un référentiel sur les «catégories mères / nouveau-nés»⁷. Celui-ci propose différentes catégories possibles selon les facteurs de risques présentés. Trois catégories de femmes sont ainsi définies.

> *Les femmes à risque psychologique dominant*, caractérisées par :

- l'existence d'antécédents de pathologie maternelle psychiatrique (dépression, anorexie mentale ou boulimie, antécédents de dépression du post-partum) ;
- d'autres situations à risque psychologique ou signes faisant craindre une inadaptation psychologique de la mère à son enfant (notion de difficultés dans le couple, de difficultés professionnelles...) ;
- d'autres antécédents à prendre en compte : fausse(s) couche(s) à répétition, mort fœtale in utero, interruption volontaire ou médicale de grossesse, mort périnatale, mort subite du nourrisson, mort récente d'un proche parent, accouchement prématuré, stérilité d'un ou des deux parents, voire nombreuses tentatives de procréation médicalement assistée.

> *Les femmes à risque social dominant :* femme qui n'a pas déclaré sa grossesse ; grossesse insuffisamment suivie ; absence de couverture sociale avec des signes de précarité, comme le chômage des deux parents, une mère immigrée en situation de clandestinité...

> *Les femmes à risque médico-psychosocial*, notamment les mères consommatrices de drogues, les mères ayant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Indice conjoncturel de fécondité : nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

SA : semaine d'aménorrhée.

Taux de morti-natalité : nombre d'enfants nés sans vie pour 1 000 naissances totales.

Taux de mortalité néonatale : décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants.

Taux de mortalité périnatale : décès d'enfants de moins de 7 jours et d'enfants sans vie pour 1 000 naissances totales (enfants nés vivants + enfants sans vie).

Périnat-Arhif (<http://www.perinat-arhif.org/perinat-arhif.php>) : une exploitation des données du PMSI

Les objectifs de ce système d'information régional en périnatalité sont de :

- constituer une base de données régionales en périnatalité ;
- constituer un outil d'analyse qui permette aux différents partenaires, ARH et professionnels de santé, de disposer rapidement, après leur production, de données quantitatives et qualitatives en périnatalité.

La base de données est construite à partir des données du PMSI pour tous les établissements publics et privés. Les données analysées proviennent des Résumés de Sortie Anonymes. Elles concernent les séjours des femmes enceintes ou accouchées, et les séjours de nouveau-nés en maternité ou en service de néonatalogie. Les femmes domiciliées en Ile-de-France et ayant accouché en dehors de la région sont donc exclues de cette base de données. Ainsi en 2008, le taux de couverture pour les naissances vivantes domiciliées en Ile-de-France est de 96,7%.

L'analyse des données de prématurité doit tenir compte des limites liées au type de codage, prévu avant tout dans un objectif économique. La saisie des codes de prématurité est, pour les années présentées, réalisée avec des bornes définies selon un code de la classification internationale des maladies (CIM10) et ce uniquement en cas de prématurité (ce qui ne permet pas de comptabiliser les données manquantes). Il semblerait qu'un défaut de saisie des codes CIM ait pu conduire à une sous-estimation de la prématurité. Depuis avril 2008, une saisie de l'information en semaines d'aménorrhée (SA) est prévue pour tous les enfants. Ceci devrait permettre d'améliorer à l'avenir la qualité des estimations. De plus, à partir de 2009, des informations sont enregistrées pour les naissances d'enfants mort-nés.

Les certificats de santé de l'enfant : des données à interpréter avec prudence

Le premier certificat de santé (dit certificat du 8^{ème} jour - CS8) représente une source de données «obligatoire» en population générale infantile. Plusieurs limites doivent cependant être précisées :

- *Un manque d'exhaustivité des informations reçues* : Le taux de CS8 reçus se situe en 2007 à 93,3% des naissances vivantes, avec un écart allant de 90,0% à Paris à 96,9% en Seine-Saint-Denis. L'absence de réalisation systématique du certificat pour des enfants transférés en post-natal peut biaiser certains indicateurs (ainsi, une sous-estimation de la prématurité est probable). Plusieurs départements se sont engagés dans une démarche d'amélioration du taux de couverture.
- *Variabilité de la qualité de l'information renseignée* : Le taux de réponses est par ailleurs variable d'un item à l'autre. Ainsi, le moment de la première consultation est renseignée pour 81% à 93% des certificats reçus selon les départements. L'interprétation en est, de ce fait, limitée.
- *Une codification probablement hétérogène pour certaines variables* : Certains résultats questionnent sur l'hétérogénéité du codage. Ainsi, l'exploitation des données recueillies sur les antécédents obstétricaux des femmes multipares donne des résultats peu exploitables à un niveau départemental.
- *Une évolution du contenu des certificats à prendre en compte pour le suivi des indicateurs* : Au fil des ans, le contenu des certificats de santé est revu. Ainsi, le recueil des consultations en cours de grossesse a été modifié en 2007. Ce n'est plus le nombre de consultations mais le moment de la première consultation prénatale qui est enregistré (1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre).
- *Des difficultés dans la disponibilité à court terme des bases* : La Drees effectue l'analyse des données nationales des certificats de santé grâce à la fusion des fichiers départementaux. Les données disponibles en septembre 2009 portent sur l'année 2004⁸. Un travail de l'Inserm, réalisé avec la collaboration des différents services départementaux a permis de disposer d'informations à partir d'une base régionale des certificats de santé de 2007. Une mise en parallèle avec des résultats métropolitains n'a pas été possible.

De fait, il conviendrait d'améliorer l'exhaustivité et la qualité du remplissage des certificats de santé pour en faire un outil de surveillance plus performant. L'exploitation à des fins épidémiologiques au niveau régional pourrait être optimisée, afin de permettre leur analyse dans des délais plus rapides. Les collaborations régionales doivent se renforcer dans ce sens.

Objectif

8

Renforcer le repérage précoce du handicap et l'aide aux parents concernés

Contexte

Le nombre d'enfants prématurés (moins de 37 semaines d'aménorrhée - SA) s'est accru, notamment du fait de l'augmentation de l'âge des mères et de l'utilisation plus fréquente des techniques de procréation médicalement assistée. Les progrès médicaux ont permis de réduire la mortalité infantile et périnatale et ne cessent de repousser les limites de la viabilité. Cependant, les décisions de réanimation sont complexes face aux séquelles parfois lourdes pour l'enfant et les stratégies développées par les professionnels de la réanimation néonatale sont encore très diverses^{1,2}.

La loi du 11 février 2005³ définit le handicap comme «toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant». Plus d'un tiers des handicaps de l'enfant trouvent leur origine dans la période prénatale (malformations congénitales), 3% à 8% sont d'origine post-néonatale (après le 28^{ème} jour de vie) en lien avec un traumatisme, une infection du système nerveux central, une tumeur ou d'autres causes plus rares⁴. Une origine périnatale concernerait, par déduction, de 55% à 60% des déficiences⁴.

Le plan national Périnatalité 2005-2007⁵ préconise d'«améliorer la prise en charge à long terme des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap», parce qu'une action médico-sociale précoce peut permettre de limiter la survenue d'un handicap ou son aggravation.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Si 1% des enfants d'une classe d'âge sont atteints de déficiences sévères, on peut estimer, en Ile-de-France, à près de 1 800 le nombre annuel de nouveaux cas d'enfants atteints de déficiences sévères.
- > Ce chiffre ne diminuera probablement pas si l'augmentation des naissances en Ile-de-France et des facteurs de risque de handicap, notamment la prématurité, se poursuit.
- > Les réseaux de suivi des nouveau-nés à risque sont en plein développement, ce qui laisse prévoir une amélioration de leur prise en charge.
- > Les capacités d'accueil dans les Camsp sont insuffisantes par rapport à la demande.
- > Une nécessité de développer le système d'information dans le domaine du handicap et de la périnatalité.

La prévalence des déficiences sévères ne diminue pas et concerne près de 1% des enfants

D'après le Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (Rheop, cf. encadré en fin de fiche), la prévalence de l'ensemble des déficiences sévères chez les enfants de 7-8 ans est de 9,1 pour 1 000 enfants en Isère, Savoie et Haute-Savoie⁶. L'évolution observée dans le département de l'Isère (seul enquêté en 1980) montre que la prévalence ne diminue pas entre les générations : 6,9 pour 1 000 enfants des générations nées en 1980-82 et 8,6 pour la génération 1999. Une enquête plus ancienne⁷, réalisée dans les départements de la Haute-Garonne, de l'Isère et de la Saône-et-Loire, indique également une prévalence des déficiences sévères proche de 1% (8,4 pour 1 000 enfants) et, en prenant en compte les déficiences modérées, une prévalence proche de 2% (18,8 pour 1 000).

Dans les données du Rheop (tab.1), deux tiers des déficiences neurosensorielles sévères concernent des déficiences intellectuelles sévères et des troubles envahissants du développement.

tab.1 Prévalence à 7-8 ans des déficiences neurosensorielles sévères pour les enfants de la génération 1999, en Isère, Savoie et Haute-Savoie

	Nombre de cas pour 1 000 enfants	Intervalle de confiance à 95%	Effectif	Part (en %)
Déficiences motrices	2,4	[1,9 - 3,1]	71	26,9
dont paralysie cérébrale	1,7		49	
Déficiences intellectuelles sévères	3,0	[2,4 - 3,7]	86	32,6
Troubles envahissants du développement	2,9	[2,3 - 3,6]	85	32,2
dont autisme	1,3		37	
Déficiences sensorielles sévères	0,8	[0,5 - 1,1]	22	8,3
dont auditives	0,5		14	
dont visuelles	0,3		8	
Total déficiences	9,1		264	100

Source : Rheop.

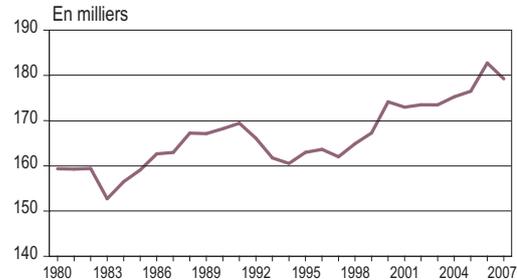
Près de 1 800 nouveaux cas chaque année d'enfants atteints de déficiences sévères en Ile-de-France ?

Il n'existe en Ile-de-France aucun registre ni système d'information sur les handicaps à l'exception du registre des malformations de Paris (cf. encadré en fin de fiche), que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte.

Les statistiques récentes de l'état civil indiquent en moyenne 179 500 naissances chaque année (années 2005 à 2007). En admettant l'hypothèse que les prévalences des déficiences en Ile-de-France sont comparables à celles indiquées par le Rheop, soit environ 1%, il y aurait chaque année près de 1 800 nouveaux cas d'enfants atteints de déficiences sévères dans la région francilienne. Par ailleurs l'évolution du nombre de naissances se traduit par une augmentation continue (fig.1), qui est de l'ordre de 10% sur les vingt dernières années. Si la prévalence des déficiences sévères se maintient à un niveau stable, et sous l'hypothèse que l'évolution des naissances suive la même ten-

dance, le nombre d'enfants handicapés augmentera. Le nombre peu élevé de naissances (30 000) auxquelles se rapporte le Rheop rend difficile l'estimation des prévalences par catégorie de déficience pour l'Ile-de-France.

fig.1 Evolution du nombre de naissances vivantes en Ile-de-France, entre 1980 et 2007



Source : Insee.

La moitié des déficiences sévères concerne des enfants prématurés ou grands prématurés

Les études montrent que parmi les enfants atteints de déficiences sévères, la moitié sont des enfants prématurés (< 37 SA), parmi lesquels la moitié sont des grands prématurés (< 33 SA)⁴ alors que les parts respectives de la prématurité et de la grande prématurité dans l'ensemble des naissances vivantes sont d'environ 6% et 1%.

Une prévalence des déficiences plus élevée chez les grands prématurés

S'il est maintenant reconnu que les grands prématurés ont un risque plus élevé de déficiences sévères que les enfants nés à terme, l'estimation des prévalences des déficiences est rendue difficile du fait de l'absence de registre et du faible nombre d'études. La cohorte Epipage mise en place par l'Inserm U149 étudie le devenir des grands prématurés (âge gestationnel entre

22 et 32 SA révolues ou poids de naissance entre 500 g et 1 500 g) nés dans neuf «régions» de France, dont Paris et la proche couronne. La cohorte étudiée représente un tiers des naissances en France en 1997. Le suivi à cinq ans montre que 14% des grands prématurés ont un handicap modéré ou sévère contre 3,3% des enfants nés à terme. Un handicap sévère (paralysie cérébrale sans marche possible ou score PMC inférieur à 55 ou déficience visuelle sévère ou déficience auditive sévère) concerne 5% des grands prématurés et 0,3% des enfants nés à terme. Par ailleurs, plus l'âge gestationnel est petit, plus la prévalence des déficiences est élevée : par exemple, dans la cohorte Epipage francilienne, la prévalence des déficiences motrices à l'âge de deux ans est de 21% pour les prématurés de 24-26 SA, de 10% pour ceux de 27-29 SA et de 5% pour ceux de 30-32 SA⁸.

Le nombre de nouveau-nés à haut risque de handicap ne diminue pas

La prématurité et la grande prématurité continuent d'augmenter

La proportion de naissances prématurées (< 37 SA) est passée, d'après les enquêtes nationales périnatales^{9,10}, de 5,6% de l'ensemble des naissances vivantes à 6,7% entre 1995 et 2003 en Ile-de-France. En 2006, les données du PMSI indiquent une prévalence de la prématurité de 5,8% en Ile-de-France, variant de 4,8% pour le département de l'Essonne à 6,6% pour celui de Seine-Saint-Denis.

D'après les données des certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8), la proportion de grands prématurés (< 32 SA) en Ile-de-France est de 0,8% en 2006 et 2007. Une comparaison de deux cohortes de grands prématurés mises en place en Ile-de-France montre que la proportion de prématurés de 24-31 SA a légèrement augmenté entre 1997 et 2003, passant de 0,95% à 1,07%¹¹.

Stabilisation de la proportion de naissances de petits poids depuis 1998

En Ile-de-France, la proportion de naissances de poids inférieur à 2 500 grammes est passée de 5,4% en 1995 à 6,8% en 1998 puis à 7,1% en 2003 d'après les enquêtes nationales périnatales^{9,10,12}. Les naissances de petits poids sont en partie corrélées aux naissances prématurées mais sont surtout des retards de croissance intra-utérins dont les causes sont multiples : maladies de la mère (chroniques, cardio-vasculaires, etc.), problèmes de santé pendant la grossesse (infections, hypertension, etc.), facteurs comportementaux (tabagisme, etc.), anomalies foetales ou placentaires.

La prévalence des malformations ne diminue pas

Les malformations congénitales, qu'il s'agisse de malformations d'origine chromosomique, génétique, infectieuse ou inconnue, sont à l'origine de 35% des déficiences sévères de l'enfant et représentent 3% à 4% des naissances dans les pays industrialisés¹³.

Des données récentes issues du registre des malformations de Paris (cf. encadré en fin de fiche) montrent que la prévalence de la trisomie 21 parmi les naissances vivantes reste stable entre 2001 et 2005 (fig.2). Pour l'ensemble des malformations, la surveillance sur vingt ans (entre 1981 et 2000) dans le cadre du registre¹⁴ montre que la prévalence des enfants nés vivants mal formés, après avoir augmenté jusqu'en 1994 (3,2% des naissances), a diminué pour se maintenir à un niveau stable. Elle représente 2,5% des naissances.

Augmentation de certains facteurs de risque maternels de la prématurité et des malformations

Des grossesses plus tardives

L'âge des mères a fortement augmenté, en Ile-de-France comme en France. Alors qu'en 1980, 6,4% des mères franciliennes étaient âgées de 35 ans ou plus, cette proportion atteint 15,7% en 1995 et 21,8% en 2006 (fig.3). Une des conséquences de l'accroissement de l'âge des mères est l'augmentation des anomalies chromosomiques et des naissances prématurées.

Des taux d'accouchements multiples en augmentation

Le taux d'accouchements multiples est passé, en France, de 10,1 pour 1 000 accouchements en 1979 à 16,4 en 2006, soit une augmentation de 62%.

Cette hausse est expliquée par l'augmentation de l'âge moyen à l'accouchement (un tiers de l'augmentation), l'amélioration de la surveillance de la grossesse (permettant de mener plus souvent à terme des grossesses multiples) et les traitements de la stérilité. En particulier pour ces derniers, les médicaments inducteurs de l'ovulation entraînent souvent des ovulations multi-

Un exemple de dépistage prénatal : la trisomie 21

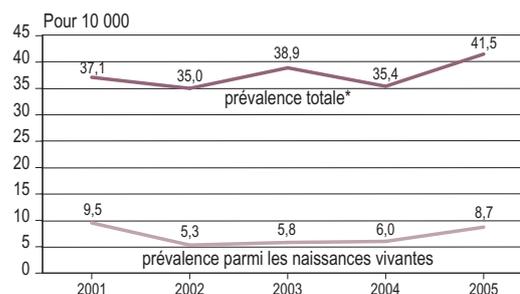
En France, les vingt dernières années ont été marquées par d'importants progrès dans les techniques de dépistage prénatal des anomalies congénitales, l'accès à ce dépistage et la prise en charge médico-sociale des enfants nés avec certaines malformations¹⁴. La trisomie 21 est la plus fréquente des malformations d'origine chromosomique. Dans l'enquête périnatale 2003¹⁰, 76% des femmes en Ile-de-France ont eu un dosage sanguin pour dépister le risque de trisomie 21. Les données du registre des malformations de Paris¹⁵ montrent que si la prévalence totale de la trisomie 21 augmente au cours du temps, du fait de l'augmentation de l'âge des mères, la prévalence parmi les naissances vivantes semble stable, la légère augmentation observée à partir de 2003 étant non significative (fig.2).

Les dépistages systématiques néonataux

Un dépistage systématique de cinq maladies rares

Il existe actuellement cinq dépistages systématiques néonataux de maladies rares : la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie congénitale (dépistées depuis plus de 30 ans), l'hyperplasie des surrénales (dépistée depuis

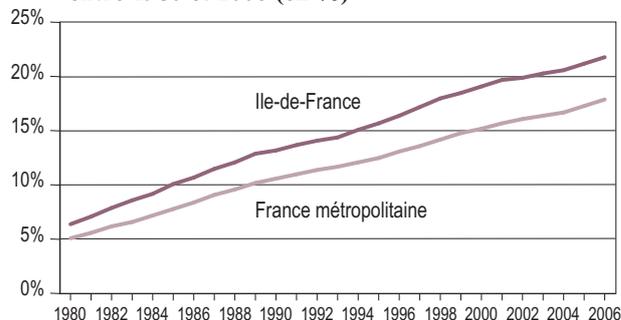
fig.2 Prévalence de la trisomie 21, entre 2001 et 2005



*Enfants nés sans vie de plus de 22 SA + enfants nés vivants + interruptions médicales de grossesse.

Source : Registre des malformations de Paris.

fig.3 Naissances issues de mères de 35 ans ou plus, entre 1980 et 2006 (en %)



Source : Insee.

ples, et par suite, des grossesses multiples de haut rang. De 30% à 50% des naissances gémellaires et plus des trois quarts des naissances triples surviendraient après traitements de la stérilité¹⁰. Les jumeaux et les triplés ont un risque accru de prématurité et de petit poids à la naissance.

Il naît actuellement moins de 1 enfant pour 1 000 atteint de trisomie 21 à Paris.

Selon les données du registre, le pourcentage de cas de trisomie 21 diagnostiqués en prénatal varie, sur la période 2001-2005, entre 82,5% et 90,1%, sans tendance évolutive significative¹⁵. Il n'est pas non plus observé de tendance significative selon les classes d'âge. Par contre des différences sont constatées entre les niveaux socio-économiques et l'origine géographique, le taux de dépistage prénatal étant moins élevé dans les groupes socio-économiques moins favorisés et parmi les femmes originaires d'Afrique¹⁶. Après diagnostic de trisomie, la proportion d'interruptions médicales de grossesse varie entre 90% et 97,5% sur la période 2001-2005, avec de faibles variations selon les classes d'âge¹⁵.

plus de 10 ans), la mucoviscidose (depuis 2002) et la drépanocytose (généralisé en 2000 et ciblant les enfants des Antilles, de la Guyane, de l'Ile de la Réunion, de Mayotte ou originaires de ces régions ou bien d'Afrique).

D'après l'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE), les incidences cumulées depuis le début du dépistage jusqu'en 2007 sont proches entre l'Ile-de-France et la France (tab.2) sauf pour la drépanocytose pour laquelle l'incidence en Ile-de-France est proche de celle observée dans les DOM (1 cas pour 550). Ces incidences restent stables.

Dépistage de la surdité

La prévalence de la surdité permanente néonatale (SPN) n'est pas connue précisément. Dans les études internationales, en population générale, elle varie entre 0,6 (études plus anciennes) et 1,3 enfant pour 1 000 nouveau-nés (études les plus récentes)¹⁷ pour des déficiences auditives bilatérales supérieures à 40 décibels. Il n'existe pas de dépistage néonatal systématique et organisé de la surdité en France. Les dépistages reposent sur des initiatives locales ou sur les «bonnes pratiques» lorsque des facteurs de risque sont identifiés (poids de naissance inférieur à 1 500 g, certaines infections in utero, etc.). La surdité est actuellement diagnostiquée tardivement, entre 18 et 24 mois. Une réflexion a été entamée sur la pertinence d'organiser un dépistage néonatal systématique de la surdité. La CnamTS, en association avec l'AFDHE, a mis en place, depuis 2005, un programme expérimental de dépistage systématique de la surdité dans certaines

Le repérage et la prise en charge des nouveau-nés à risque

Une organisation de l'offre de soins à poursuivre

Pour améliorer la sécurité à la naissance, les mères doivent être orientées vers des centres périnataux disposant de l'environnement maternel et pédiatrique adapté à leur niveau de risque et à celui de l'enfant¹⁹. La proportion de nouveau-nés de moins de 1 500 g ne naissant pas dans des centres de niveau III (tab.3) était, en 2006, de 25% selon les certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8), proportion restée stable depuis 2002. Selon une autre source - PMSI, elle était de 24%. Les données PMSI et CS8 ne sont pas exactement comparables car les premières portent sur les naissances de nouveau-nés nés et domiciliés en Ile-de-France et les secondes sur les naissances de nouveau-nés domiciliés en Ile-de-France. De plus, l'exhaustivité est un peu meilleure pour le PMSI (93,3% des naissances domiciliées en 2006 selon l'Etat civil) que pour les CS8 (autour de 92%). Selon les CS8, 24% des prématurés de moins de 32 SA naissaient hors centre de niveau III en 2006 (le PMSI ne permet pas de disposer de cette information).

Si l'amélioration de l'organisation de l'offre de soins permet une meilleure orientation des nouveau-nés à risque, leur prise en charge reste ensuite très hétérogène. Afin de l'améliorer, mais aussi de disposer d'une surveillance épidémiologique, des réseaux de suivi des nouveau-nés à risque se sont mis en place. Ceux-ci se distinguent des réseaux périnataux par la spécialisation de leur intervention. Il en existe douze «formalisés» en France (financés par l'assurance maladie en tant que réseau de santé). Six ont un recul de plus de six ans. Un est situé en Ile-de-France.

tab.2 Incidences cumulées des maladies rares depuis la mise en place des dépistages néonataux systématiques jusqu'en 2007

	1 cas de maladie rare pour nouveau-nés		Nb de tests (en millions)
	Ile-de-France	France	France
Phénylcétonurie	17 000	16 000	17
Hypothyroïdie congénitale	3 400	3 400	22
Hyperplasie des surrénales	21 000	19 849	10
Mucoviscidose	6 000	4 000	4
Drépanocytose	700	1 100	2

Lecture : 1 cas de phénylcétonurie pour 17 000 nouveau-nés en Ile-de-France.

Source : AFDPHE.

maternités (dont Paris), avec l'objectif d'étudier la faisabilité et l'impact du dépistage en maternité et de contribuer à déterminer la meilleure stratégie de dépistage de la surdité congénitale. Ce programme est reconduit. Alors que la HAS a émis un avis favorable¹⁷ à ce dépistage, tout comme l'Académie de médecine¹⁸, des associations ainsi que le Comité consultatif national d'éthique sont défavorables au dépistage néonatal systématique du fait du risque de perturbation de la relation mère-enfant et ainsi du sur-handicap qui pourrait en découler. Ils sont en revanche favorables à un dépistage précoce de la surdité, vers le troisième ou quatrième mois.

tab.3 Répartition des naissances selon le niveau des centres de périnatalité en Ile-de-France (en %)

Centres de niveau (1) :		I	IIA	IIB	III
< 1 500 g	CS8 2006	5,8	7,2	12,2	74,8
	CS8 2007	4,2	8,4	11,3	76,1
	PMSI 2006	4,4	7,0	12,3	76,3
	PMSI 2007	2,8	5,5	11,5	80,2
< 32 SA	CS8 2006	6,5	7,0	10,8	75,6
	CS8 2007	5,3	7,1	9,5	78,1
Jumeaux	CS8 2006	18,0	18,5	23,7	39,8
	CS8 2007	16,0	22,2	19,1	42,7
	PMSI 2006	17,0	19,4	22,6	41,0
	PMSI 2007	16,6	21,8	21,2	40,3
Bas risque (2)	CS8 2006	35,7	23,7	20,2	20,4
	CS8 2007	32,2	25,7	19,6	22,5

(1) I : pour les grossesses et accouchements sans complication, IIA : ayant en plus une activité en néonatalogie, IIB : idem que IIA + soins intensifs, III : idem que IIB + réanimation néonatale.

(2) Bas risque : grossesse unique, > 36 SA et poids de naissance > 2 499 g. **Sources :** CS8 2006-2007, PMSI 2006-2007. **Exploitation :** Inserm U953, Périnat-Arhif, octobre 2009.

Le réseau pédiatrique du Sud et de l'Ouest francilien

En Ile-de-France, l'Association de suivi des nouveau-nés à risque (ASNR), créée en 1997, a été à l'initiative du «réseau pédiatrique de suivi des nouveau-nés à risque» du Sud et de l'Ouest francilien. Ce réseau ville-hôpital, certifié ISO 9001, a été agréé par l'ARH/Urcam et financé en 2004. L'inclusion des nouveau-nés a commencé en janvier 2005.

Le réseau couvre les départements des Hauts-de-Seine, de l'Essonne, le sud de la Seine-et-Marne, une partie ouest du Val-de-Marne. Quelques médecins libéraux des Yvelines y participent aussi.

Le réseau a pour objectif d'assurer un meilleur dépistage des troubles du développement, de proposer une prise en charge adaptée et coordonnée pour une orientation précoce et d'effectuer un suivi jusqu'à l'âge de 7 ans. Les critères d'inclusion sont la prématurité de moins de 33 SA, l'hypotrophie, l'anoxie périnatale, les fœtopathies ou syndrome de malformation, une pathologie inhabituelle ou des facteurs de risque d'ordre psychologique.

Entre janvier 2005 et décembre 2008, 1 597 enfants ont été inclus : 86,5% de prématurés de moins de 33 SA, 6% d'hypotrophes, 3% d'anoxie périnatale, 1% de fœtopathie / malformation, 3,5% de pathologie inhabituelle ou ayant menacé la vie de l'enfant. Le suivi concerne 92% des enfants à 3-4 mois (en AC : «âge corrigé»), 91,5% à un an (AC) et 88,5% à deux ans. Au terme de l'âge de 7 ans, le réseau permettra de disposer d'une base de données recueillies de façon homogène.

Une offre en centres d'action médico-sociale précoce (Camps) à développer

Les réseaux de suivi des nouveau-nés à risque développent des partenariats avec les centres d'action médico-sociale précoce (Camps) qui ont notamment pour mission de dépister les déficits ou handicaps (cf. encadré en fin de fiche). L'Ile-de-France dispose actuellement de 21 Camps et, en comptant les différents sites, de 25 sites. Paris est le département le mieux doté (quatre Camps), les Yvelines et la Seine-Saint-Denis étant les moins bien dotés (deux Camps). Malgré l'ouverture récente de Camps, leur nombre est largement insuffisant pour les besoins de la région.

Les données régionales issues d'une enquête quantitative auprès des Camps²⁰ montrent que la capacité théorique d'accueil des Camps est largement dépassée : ainsi la file active annuelle (nombre d'enfants vus au moins une fois au cours de l'année, chaque enfant n'étant compté qu'une fois) est de 1,3 fois supérieure à l'agrément pour le Val-d'Oise, deux fois supérieure pour la Seine-Saint-Denis, sept fois et 9,8 fois supérieures pour Paris et l'Essonne.

L'enquête montre aussi que le temps d'attente pour un premier rendez-vous au Camps varie fortement selon les départements : de dix jours à Paris à quatre mois dans le Val-d'Oise, département où le temps d'attente est le plus long. Les délais d'attente pour recevoir des soins sont encore plus élevés et varient d'un mois

Perspectives

Développer l'information dans le domaine du handicap
Le manque d'informations en matière de handicap permet difficilement d'avoir une vision claire sur les besoins en matière de handicap en Ile-de-France. Aussi est-il primordial de développer le système d'information dans ce domaine qui pourrait notamment s'appuyer sur les données recueillies par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou bien pourrait-il s'agir de la mise en place d'un registre qui recueillerait en continu les données relatives au handicap. La définition des objectifs attendus d'un tel système est cependant la première étape.

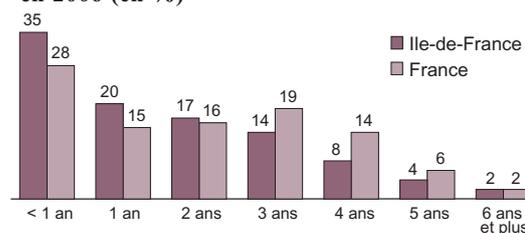
Les questionnaires de satisfaction des parents (taux de réponse : 28%) montrent que le médecin pilote est connu de 98% des parents et que 94% sont satisfaits du temps accordé par ce médecin lors de la visite de suivi, et de la qualité de la consultation. Les médecins libéraux et hospitaliers disent que le réseau a un impact positif sur la prise en charge mais souhaiteraient que la collaboration entre eux soit renforcée. 97% des libéraux déclarent que les formations ont un impact positif sur leur pratique professionnelle et souhaiteraient un planning annuel des formations. Des réunions régulières entre professionnels et parents sont également souhaitées. Le réseau prévoit de s'étendre sur l'Ile-de-France avec l'accord de l'ARH. Par ailleurs, les réseaux périnataux du Val-d'Oise, de Paris Nord et du Pays briard (Meaux) envisagent de créer un réseau de suivi des nouveau-nés à risque.

(Paris) à 12,5 mois (Val-de-Marne). Les réponses ne sont pas connues pour trois départements.

L'âge des enfants au premier rendez-vous semble plus précoce en Ile-de-France (fig.4) avec 35% d'enfants accueillis de moins d'un an contre 28% en France, proportion atteignant 72% en Ile-de-France pour les moins de trois ans contre 59% en France. La précocité de l'accueil reste toutefois à améliorer.

Les données nationales montrent que l'orientation des enfants vers les Camps provient à 57% du secteur sanitaire, hospitalier principalement mais aussi libéral. Ensuite, les écoles et crèches assurent 12,9% des orientations, puis la PMI (12,1%). Parmi les enfants accueillis dans les Camps, 35% sont des enfants prématurés, dont 19% sont nés à moins de 32 semaines.

fig.4 Répartition de la file active par âge au premier rendez-vous dans les Camps d'Ile-de-France en 2006 (en %)



Source : CNSA.

Améliorer l'accessibilité et la qualité de l'information des certificats de santé

Les données des CS8, analysées par la Drees, ne sont disponibles qu'avec un fort décalage dans le temps (cf. objectif 7). La production en routine d'indicateurs régionaux est une nécessité. L'Arhif a engagé un travail de production en routine d'indicateurs à partir d'une base régionale de CS8 en partenariat avec l'Inserm et les services de PMI des départements ; une collaboration avec l'ORS se met en place.

Les données des certificats de santé du 9^{ème} et du 24^{ème} mois pourraient aussi être utilisées à condition d'améliorer leur exhaustivité (50% environ) et leur disponibilité. Une réflexion serait à mener dans ce sens.

Nécessité d'une prise en charge précoce et adaptée

Si les moyens semblent se développer pour améliorer le dépistage, qui est, selon certains acteurs, performant, la prise en charge qui s'ensuit doit intervenir rapidement et de manière adéquate, ce qui ne semble pas toujours être le cas aujourd'hui.

Des moyens doivent être attribués pour évaluer les besoins, tant quantitatifs que qualitatifs, pour l'amélioration de la prise en charge des enfants concernés. L'offre en Camsp doit notamment être développée pour une meilleure réponse aux besoins et une répartition sur le territoire plus pertinente.

Références citées

- ¹ SALLE B., SUREAU C. Le prématuré de moins de 28 semaines, sa réanimation et son avenir. Rapport adopté le 20 juin 2006. In *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2006, tome 190, n°6, pp.1261-1274.
- ² DEHAN M., ZUPAN-SIMUNEK V. Les enjeux éthiques de l'extrême prématurité. Prise en charge des prématurés entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée. In *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2004, vol.33, sup.1, pp.94-98.
- ³ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- ⁴ Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. *Expertise collective*, Inserm, 2004.
- ⁵ Plan «périnatalité» 2005-2007. *Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Ministère de la Santé et de la protection sociale, 2004.
- ⁶ Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal. *Rapport annuel 2008. Enfants avec déficience sévère - génération 1999. Observatoire périnatal données 2007*. 2008, 70p.
- ⁷ RUMEAU-ROUQUETTE C., CANS C., GRANDJEAN H. et al. Prévalence et évolution chronologique des déficiences à l'âge scolaire. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 1998, n°19, pp.77-78.
- ⁸ ANCEL P.-Y., MAZAUBRUN C. (du), KAMINSKI M. et al. Données évolutives sur la mortalité et les séquelles motrices des grands prématurés nés en région Ile-de-France : comparaison 1985-1997. In *Journées parisiennes de pédiatrie*, 2003, pp.179-185.
- ⁹ BLONDEL B., MAZAUBRUN C. (du), BREART G. *Enquête nationale périnatale 1995. Rapport de fin d'étude*. Inserm, 1996.
- ¹⁰ BLONDEL B., SUPERNANT K., MAZAUBRUN C. (du) et al. *Enquête nationale périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998*. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Inserm, 2005.
- ¹¹ ZEITLIN J., ANCEL P.-Y., DELMAS D. et al. Changes in care and outcome of very preterm babies in the Parisian region between 1998 and 2003. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2009 ; 0 : adc.2008.156745v1
- ¹² BLONDEL B., NORTON J., MAZAUBRUN C. (du) et al. *Enquête nationale périnatale 1998*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Inserm, 2000.
- ¹³ VIGAN C. (de), KHOSHNOOD B., CADIO E. et al. Le registre des malformations de Paris : un outil pour la surveillance des malformations et l'évaluation de leur prise en charge. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2008, n°28-29, pp.250-253.
- ¹⁴ VIGAN C. (de), KHOSHNOOD B., LHOMME A. et al. Prévalence et diagnostic prénatal des malformations en population parisienne. Vingt ans de surveillance par le Registre des malformations congénitales de Paris. In *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol.34, n°1, cahier 1, pp.8-16.
- ¹⁵ VIGAN C. (de), KHOSHNOOD B., CADIO E. et al. Diagnostic prénatal et prévalence de la trisomie 21 en population parisienne, 2001-2005. In *Gynécologie obstétrique et fertilité*, 2008, vol.36, n°2, pp.146-150.
- ¹⁶ KHOSHNOOD B., VIGAN C. (de), BLONDEL B. et al. Long-term trends for socio-economic differences in prenatal diagnosis of Down syndrome : diffusion of services or persistence of disparities ? In *BJOG*, 2008, vol.115, n°9, pp.1087-1095.
- ¹⁷ *Evaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale*. Haute autorité de santé, 2007.
- ¹⁸ HAMARD H. Handicaps sensoriels de l'enfant. Rapport au nom de la commission XII (Handicaps), adopté le 7 novembre 2006, In *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2006, tome 190, n°8, pp.1775-1790.
- ¹⁹ Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.
- ²⁰ ROUX C. *Les centres d'action médico-sociale précoce. Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008*. CNSA, 2008.

Repères bibliographiques

BLONDEL B., KAMINSKI M. L'augmentation des naissances multiples et ses conséquences en santé périnatale. In *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2002, vol.31, n°8, pp.725-740.

Déficits auditifs, Recherches émergentes et applications chez l'enfant. *Expertise collective*, Inserm, 2006.

ELIANE CONSEIL. *Enquête auprès des parents (2006) et enquête auprès des professionnels de santé (2007)*.

EMBERSIN C., GREMY I. *Handicap et périnatalité en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005, 16p.

Définitions

Age corrigé : âge chronologique auquel il faut retirer le nombre de semaines de prématurité.

Camsp : Les centres d'action médico-sociale précoce assurent principalement trois missions (décret n°76-389 du 15 avril 1976) : le dépistage et diagnostic précoces des déficits ou handicaps, la prévention ou réduction de l'aggravation de ces handicaps, la cure ambulatoire et la rééducation précoce des enfants présentant ces déficits ou handicaps, pour les enfants de 0 à 6 ans atteints de déficits sensoriels, moteurs ou comportementaux. Ils sont aussi chargés de l'accompagnement des familles, soit au cours des consultations, soit à domicile, dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant, et du soutien et de l'aide à l'adaptation sociale et éducative. Depuis une loi de 1989, le financement des Camsp est partagé entre l'assurance maladie (80%) et le Conseil général au titre de la PMI (20%).

Déficience auditive sévère : perte bilatérale supérieure à 70 décibels avant correction.

Déficience visuelle sévère : acuité visuelle du meilleur œil < 3/10 après correction. Cécité bilatérale : acuité visuelle < 1/10.

Maladies rares : maladies touchant au plus 1 personne pour 2 000, pouvant entraîner des handicaps lourds et pour lesquelles un traitement simple peut soit permettre un développement normal de l'enfant soit limiter les complications dues à la maladie

Paralysie cérébrale : Selon la terminologie anglo-saxonne, la paralysie cérébrale associe un trouble de la posture et un trouble du mouvement, résultant d'une lésion cérébrale non évolutive et définitive sur un cerveau en développement.

Le Rheop : Le Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal, créé en 1991, vise à surveiller l'évolution et la prévalence des déficiences sévères de l'enfant grâce à un enregistrement continu et exhaustif de ces déficiences sur une base géographique (départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie), à disposer d'une base de données pour des enquêtes à visée étiologique, à constituer une aide à la planification des structures sanitaires ou médico-sociales nécessaires à la prise en charge de ces enfants. Depuis 2005, le registre est élargi à la Savoie et à la Haute-Savoie.

Le Registre des malformations de Paris recense les anomalies morphologiques majeures et anomalies chromosomiques parmi les naissances vivantes et enfants mort-nés de 22 SA ou plus et les interruptions médicales de grossesse (IMG) après diagnostic prénatal, quel qu'en soit l'âge gestationnel. La population couverte par le registre est celle des mères résidant à Paris ou proche couronne et ayant accouché ou eu une IMG à Paris, soit 36 000 à 38 000 naissances (dont environ 200 enfants mort-nés).

SA : semaine d'aménorrhée. La durée de la gestation se calcule en nombre de semaines révolues depuis le 1^{er} jour des règles.

Score PMC : score général appelé «Processus mentaux composites» établi à partir de l'échelle K-ABC, Kaufman-Assessment Battery for Children, qui est une échelle de mesure de l'intelligence proche du traditionnel QI.

Renforcer le dépistage précoce des troubles de l'apprentissage du langage écrit et oral

Contexte

Le langage est tout à la fois un acte physiologique, psychologique et social : sa maîtrise s'avère donc nécessaire pour un développement harmonieux. Les rapports scientifiques et parlementaires se succèdent depuis 2000 sur la question des troubles spécifiques du langage écrit et oral mais aucune enquête de prévalence de grande ampleur n'a été menée jusqu'à ce jour.

Les troubles spécifiques du langage (dysphasie : trouble du langage oral ; dyslexie : troubles du langage écrit) appartiennent à la catégorie des troubles des apprentissages qui comprennent également la dyspraxie, la dysorthographe, la dyscalculie et le déficit de l'attention (TDAH). Tous peuvent être isolés ou parfois associés.

Les troubles de l'apprentissage du langage écrit et oral visés par l'objectif 9 du Plan régional de santé publique francilien font précisément référence aux troubles spécifiques du langage. C'est ainsi qu'ils seront dénommés dans la suite de cette fiche.

Les troubles spécifiques du langage écrit et oral toucheraient 4 à 5 % des élèves français (soit 1 élève par classe environ) dont un quart avec des troubles sévères¹. A la différence des enfants porteurs de «troubles du langage», les enfants porteurs de «troubles spécifiques du langage écrit et oral» n'ont jamais de déficits sensoriels ou intellectuels. En effet ces troubles «ne peuvent être mis en rapport direct avec des anomalies neurologiques ou des anomalies anatomiques de l'organe phonatoire, pas plus qu'avec une déficience auditive grave, un retard mental ou un trouble sévère du comportement et de la communication. Leur origine est supposée développementale, indépendante de l'environnement socio-culturel d'une part, et d'une déficience avérée ou d'un trouble psychique d'autre par.»²

Par ailleurs, une étude américaine ancienne³ a mis en évidence une corrélation entre niveau du langage oral et capacités d'apprentissage du langage écrit : les enfants atteints de troubles spécifiques du langage oral présentent un risque accru de rencontrer des difficultés dans l'apprentissage du langage écrit.

Non diagnostiqués et non pris en charge précocement, les troubles spécifiques du langage écrit et oral peuvent conduire à un échec scolaire voire à un illettrisme, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce. Ils représentent donc un véritable problème de santé publique mais les effets qu'ils entraînent en font également un problème social¹. A titre indicatif, lors de la Journée d'appel de préparation à la défense, la part de jeunes de 17 ans en difficulté de lecture s'élève à 12% en France et à 11,3% en Ile-de-France en 2007⁴.

En France, un «Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage» a été défini en 2001⁵. Il s'appuie notamment sur des centres de référence comme dispositifs sanitaires de lutte contre les formes les plus sévères, les cas moins graves pouvant généralement être pris en charge par un orthophoniste seul.

En 2007, la loi réformant la protection de l'enfance⁶ réaffirme la nécessité des bilans de santé tout au long de l'enfance avec un volet de dépistage des troubles spécifiques du langage écrit et oral. Cette mission est confiée aux Conseils généraux pour les enfants de trois-quatre ans et à l'Education nationale pour les enfants de six ans.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Peu d'informations sur la prévalence des troubles spécifiques du langage.
- > Un fonctionnement du dépistage précoce collectif hétérogène.
- > Généralisation progressive de l'usage de l'outil de dépistage ERTL 4 pour les 3-4 ans et de l'outil BSEDS pour les enfants de 5-6 ans.
- > Absence de centres de référence dédiés à la prise en charge des formes sévères dans les départements de grande couronne.

Une étiologie toujours discutée

Des origines multiples

La question de l'origine des troubles spécifiques du langage écrit et oral oppose les sciences humaines et les sciences médicales. Il en ressort qu'ils peuvent avoir des origines multiples (troubles instrumentaux ou cognitifs, troubles psycho-neuro-linguistiques, troubles psychanalytiques...) et qu'ils se caractérisent par des difficultés dans la compréhension ou l'utilisation du langage écrit ou parlé. La meilleure réponse à apporter à ces troubles se trouve du côté des partenariats entre enseignants, personnels soignants et chercheurs, comme cela est le cas dans les centres de référence dédiés aux troubles du langage¹.

En termes d'origine socio-économique, une étude ponctuelle menée à Paris sur les troubles d'acquisition de la lecture en cours élémentaire met en avant «la fréquence élevée de troubles chez les enfants issus des zones défavorisées (Zep et Rep), l'importance de la

«conscience phonologique» et, dans une moindre mesure, les déficits d'attention comme facteurs les plus prédictifs des compétences en lecture»⁷.

Dépistage, diagnostic et outils : différenciés selon l'âge

Les premiers tests de dépistage des troubles spécifiques du langage oral ne peuvent être effectués qu'à partir de l'âge de 3 ans car, avant cet âge, il est peu aisé de les différencier d'un simple retard de langage (tab.1). Diagnostiquer un trouble spécifique du langage oral ne pourra cependant pas être réalisé avant l'âge de 5 ans. De la même manière, les troubles spécifiques du langage écrit peuvent être détectés dès l'âge de 6 ans mais il ne s'agira que d'une simple suspicion puisqu'une dyslexie ne pourra être diagnostiquée qu'à l'âge de 8 ans, après deux années de scolarité en cours élémentaire (sans redoublement).

tab.1 Les troubles spécifiques du langage et les principaux outils d'évaluation précoce, par âge

Age	Troubles qui peuvent être dépistés		Troubles qui peuvent être diagnostiqués
	type de troubles	test (réalisé par)	
3 ans	troubles spécifiques du langage oral	DPL 3 : Dépistage et prévention langage à 3 ans (enseignant ou médecin) QLC : Questionnaire « langage et comportement » (enseignant)	
4 ans		DPL 3 : Dépistage et prévention langage à 3 ans (enseignant ou médecin) QLC : Questionnaire « langage et comportement » (enseignant) ERTL 4 : Epreuve de repérage des troubles du langage à 4 ans (médecin) BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	
5 ans		BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	troubles spécifiques du langage oral
6 ans	troubles spécifiques du langage écrit	BSEDS : Bilan de santé Evaluation du développement pour la scolarité (enseignant, psychologue, infirmière, médecin) ERTLA 6 : Epreuve de repérage des troubles du langage et des apprentissages à 6 ans (médecin) BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	
7 ans		BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	
8 ans		BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	troubles spécifiques du langage écrit (dyslexie)
9 ans		BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives (médecin)	

Sources : Société française de pédiatrie, DGS*, Académie de Créteil.

Le dépistage précoce collectif des troubles spécifiques du langage : du ressort des Conseils généraux et de l'Education nationale

Une obligation légale

Selon le Code de la santé publique, «le président du Conseil général a pour mission d'organiser [...] des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle»⁹. Cette organisation relève précisément du service du Conseil général en charge de la protection maternelle et infantile (PMI). Dans le cadre des consultations et actions de prévention médico-sociale susmentionnées, ce service contribue «aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les profession-

nels de santé et les structures spécialisées.»⁹

A partir de 6 ans, ce sont les services de la promotion de la santé en faveur des élèves de l'Education nationale qui prennent le relais, à travers la réalisation obligatoire d'un bilan de santé au cours de la sixième, neuvième, douzième et quinzième années des enfants scolarisés. «A l'occasion de la visite de la sixième année, un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisé. Les médecins de l'Education nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites.»¹⁰

Un fonctionnement hétérogène entre les huit départements franciliens

En Ile-de-France, les écoles, collèges et lycées sont répartis entre trois académies : Paris, Créteil (qui intervient sur les départements de Seine-et-Marne, de Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne) et Versailles (Essonne, Hauts-de-Seine, Val-d'Oise, Yvelines).

En matière de santé scolaire, une spécificité doit être soulignée : à Paris, ce sont les médecins d'une collectivité territoriale, la Mairie de Paris (Direction de l'aide sociale, de l'enfance et de la santé - Dases), qui interviennent jusqu'au primaire inclus. Cet aménagement est prévu par le Code de la santé publique qui précise que l'organisation des consultations et actions de prévention médico-sociale est gérée «soit directement [par le service du Conseil général en charge de la PMI], soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif»¹¹.

Cette spécificité a des conséquences sur le fonctionnement francilien du dépistage précoce des troubles spécifiques du langage, oral à 3-4 ans, écrit et oral à 6 ans.

Les services de PMI des Conseils généraux l'ont tous mis en place pour les enfants de 3-4 ans, excepté à

Paris où le dépistage est assuré par les médecins du service scolaire de la Dases.

De même, le dépistage des troubles spécifiques du langage écrit et oral pour les enfants de 6 ans est effectué à Paris par les médecins scolaires de la Dases. Dans les autres départements, ce sont les médecins de l'Education nationale (académies de Créteil et de Versailles) qui interviennent.

Autre spécificité : les services de PMI du Val-de-Marne sont les seuls à ne pas proposer de dépistage des troubles spécifiques du langage oral chez les 3-4 ans au sein des écoles maternelles publiques, malgré l'incitation législative⁹. Dans ce département, il est uniquement réalisé dans les centres de PMI.

D'autres spécificités relatives au fonctionnement du dépistage ont été relevées pour les enfants de 3-4 ans aussi bien que ceux de 6 ans (tab.2), en termes :

- de cadre de réalisation : lors du bilan de santé ou via une démarche spécifique ;
- de stratégie de dépistage : systématique ou ciblé ;
- du type de test utilisé ; toutefois, une tendance récente à la généralisation de l'utilisation de l'outil ERTL 4 pour les 3-4 ans et de l'outil BSEDS (dans sa nouvelle version) pour les 6 ans doit être soulignée.

tab.2 Fonctionnement du dépistage précoce collectif des troubles spécifiques du langage en Ile-de-France en 2006-2007

Département	Académie	3-4 ans					«Au cours de la 6ème année»				
		responsabilité des bilans de santé et dépistage des troubles spécifiques du langage	dépistage réalisé dans le cadre du bilan de santé obligatoire	dépistage systématique des troubles spécifiques du langage	dépistage réalisé dans les écoles maternelles publiques	outil d'évaluation (depuis)	responsabilité des bilans de santé et dépistage des troubles spécifiques du langage	dépistage réalisé dans le cadre du bilan de santé obligatoire	dépistage systématique des troubles spécifiques du langage	dépistage réalisé dans les écoles maternelles publiques	outil d'évaluation (depuis)
75	Paris	Mairie de Paris Dases	non	oui	oui	BREV (2001)	Mairie de Paris Dases	oui	oui	oui	BREV (2001)
77	Créteil	Conseil général PMI	oui	oui	oui	ERTL 4 (année NC*)	Education nationale Académie de Créteil, service de la promotion de la santé en faveur des élèves	oui	oui	oui	BSEDS BREV ERTLA 6 autres** (année NC)
93		Conseil général PMI	oui	non	oui	libre (année NC)					
94		Conseil général PMI	non	non	non	libre (année NC)					
78	Versailles	Conseil général PMI	oui	oui	oui	ERTL 4 (1999)	Education nationale Académie de Versailles, service de la promotion de la santé en faveur des élèves	oui	oui	oui	BSEDS BREV ERTLA 6 autres** (année NC)
91		Conseil général PMI	oui	non	oui	ERTL 4 (1992)					
92		Conseil général PMI	oui	oui	oui	ERTL 4 (avant 1999)					
95		Conseil général PMI	non	oui	oui	ERTL 4 (année NC)					

*NC : année non communiquée.

**Il s'agit d'outils non scientifiquement validés et donc non référencés.

Sources : Les Conseils généraux franciliens, la Mairie de Paris, les académies de Créteil et de Versailles. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Des comparaisons départementales difficiles pour l'année scolaire 2006-2007

Du fait des nombreuses disparités de fonctionnement, les résultats départementaux (tab.3) sont difficilement comparables, d'autant que d'autres éléments doivent être pris en compte :

- la situation récente de montée en charge des dépistages, avec des situations initiales d'activité de dépistage différenciées selon les Conseils généraux, à l'origine d'une mise en œuvre plus ou moins rapide de l'obligation réaffirmée dans la loi de 2007⁶, relative à la nécessité de réaliser des bilans de santé tout au long de l'enfance avec un volet de dépistage des troubles spécifiques du langage ;
- le développement en cours des systèmes d'information permettant de les appréhender - en routine et avec précision (toutefois, les données sont déjà disponibles à la commune pour deux Conseils généraux) ;
- des pratiques différenciées entre les professionnels qui réalisent les dépistages (qualification : médecins/infirmières, formation à l'usage d'outils validés, type de test utilisé : cf. tab.2,...) ;

- des modalités locales de réalisation différentes, en raison par exemple d'un manque de personnel PMI ou d'un turn-over important, ou encore de secteurs non couverts en médecins et/ou infirmières pour l'Éducation nationale.

Ces deux derniers motifs sont probablement à l'origine de disparités infra-départementales.

Dans ce cadre, peu de taux peuvent être calculés (tab.3). Ils doivent être interprétés avec prudence, en tenant compte des faits suivants :

- à 3-4 ans, l'école n'est pas encore obligatoire ;
- les données transmises concernent les enfants scolarisés en école publique : à 3-4 ans, ils représentent 9 enfants scolarisés sur 10 et plus de 8 enfants scolarisés sur 10 à 6 ans ;
- le territoire couvert par les académies de Créteil et de Versailles est bien plus étendu que le territoire parisien (carte 1) ; cette caractéristique est probablement à l'origine de contraintes matérielles et logistiques supplémentaires pour pouvoir intervenir dans les écoles parfois isolées sises dans les quatre départements de grande couronne couverts par ces deux académies.

tab.3 Le dépistage précoce collectif des troubles spécifiques du langage en Ile-de-France en 2006-2007

Département	Académie	3-4 ans							«Au cours de la 6 ^{ème} année»					
		Enfants âgés de 3 ans (2006)*	Enfants de 3 ans scolarisés en école publique (2006)		Enfants de 3-4 ans vus en 2006-2007 pour dépistage des troubles du langage		Enfants de 3-4 ans vus en 2006-2007 chez qui un trouble spécifique du langage a été détecté	Enfants de 3-4 ans vus en 2006-2007 adressés à un professionnel en orthophonie (centre de référence, CMP...)	Enfants âgés de 6 ans (2006)	Enfants de 6 ans scolarisés en école publique (2006)			Enfants de 6 ans vus en 2006-2007 adressés à un professionnel en orthophonie (centre de référence, CMP...)	
			Nb**	Nb	% (2/1)	Nb				% (3/2)	Nb	Nb	% (5/4)	Nb
(1)	(2)	(2/1)	(3)	(3/2)	Nb	Nb	(4)	(5)	(5/4)	(6)	(6/5)	Nb		
75	Paris	21 991	19 062	89%	12 302	65%	232	114	20 273	17 714	87%	16 185	91%	640
77		18 199	17 676	97%	15 179	86%	1 713	1 064						
93	Créteil	23 528	22 691	98%	ND***		1 589	1 256	57 596	47 678	83%	(22398)****		3 198
94		17 489	17 140	98%	ND		ND	ND						
78		19 808	18 702	94%	7 709	41%	1 134	ND						
91	Versailles	17 305	15 235	88%	9 234	61%	1 173	971						
92		21 222	20 621	97%	17 948	87%	3 212	696	72 867	69 210	95%	42 290	61%	4 092
95		16 714	16 652	99%	8 180	49%	1 175	940						

* L'effectif des enfants de 3 ans en 2006 provient du recensement de population dans sa forme rénovée, réalisé par l'Insee. Le recensement repose désormais sur une collecte d'informations annuelles, concernant successivement tous les territoires communaux au cours d'une période de cinq ans. En cumulant cinq enquêtes, l'ensemble des habitants des communes de moins de 10 000 habitants et 40% environ de la population des communes de 10 000 habitants ou plus sont pris en compte. Les informations collectées sont ramenées à une même date pour toutes les communes afin d'assurer l'égalité de traitement entre elles et d'obtenir une bonne fiabilité des données. Les cinq premières enquêtes de recensement ont été réalisées de 2004 à 2008. Ainsi, à partir de fin 2008, il est possible d'élaborer puis de diffuser les résultats complets du recensement millésimé 2006, date du milieu de la période.

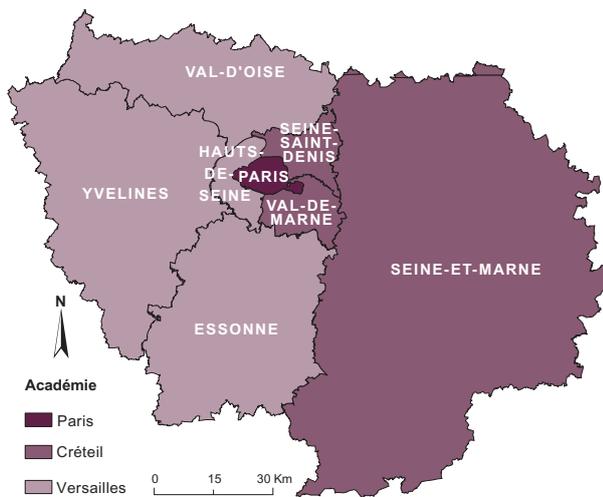
** Nb : nombre.

*** ND : non disponible.

**** Il s'agit d'une sous-estimation - seuls les enfants ayant bénéficié d'un dépistage «approfondi» étant inclus. Le nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage «standard» qui précède le dépistage approfondi (cf. encadré en fin de fiche) n'est disponible qu'à partir de 2007-2008.

Sources : Insee - Recensement de population 2006. Les Conseils généraux franciliens, la Mairie de Paris, les académies de Créteil et de Versailles - Enquêtes DGESCO. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

carte 1 Les académies franciliennes et leur territoire d'intervention



Source : Education nationale. Exploitation ORS Ile-de-France 2009.

Dès lors, les seules observations qui peuvent être réalisées sont les suivantes (tab.3). Elles portent sur les 3-4 ans :

- deux Conseils généraux ne sont pas en capacité de renseigner le nombre d'enfants vus en 2006-2007 pour ce dépistage (cela sera possible à partir de fin 2009 pour un des deux Conseils généraux) ;
- l'activité de dépistage apparaît élevée dans deux départements franciliens où les Conseils généraux réalisent systématiquement le dépistage des troubles spécifiques du langage oral dans les écoles maternelles publiques, lors d'un bilan de santé (tab.2) ; toutefois, le recours à d'autres professionnels que ceux recommandés (tab.1) pour réaliser le dépistage (par exemple, des infirmières de puériculture ou des auxiliaires de puériculture) pourrait expliquer, pour partie, ce résultat.

Au final, l'activité de dépistage précoce des troubles spécifiques du langage des services de PMI et de promotion de la santé des élèves (ainsi que celle de la Dases à Paris), difficilement interprétable à partir des données disponibles pour l'année scolaire 2006-2007, semble se développer peu à peu, notamment via la formation des personnels à certains tests de dépistage ainsi qu'à travers une tentative d'harmonisation des pratiques entre les professionnels de l'Education nationale dans les départements et sur les deux académies franciliennes concernées (Créteil et Versailles), ce qui laisse présager une amélioration des dépistages pour l'avenir.

En termes d'informations disponibles sur le dépistage précoce, l'enquête réalisée par la Drees auprès des enfants de 6 ans scolarisés en grande section de maternelle, dans le cadre du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire, permettra de compléter les résultats présentés. Celle-ci comporte en effet une partie rela-

tive au «Langage» où figurent notamment le type de test effectué et son résultat, ainsi que la prise en charge proposée. Déjà réalisée en 1999-2000, en 2002-2003 et en 2005-2006, des premiers résultats nationaux relatifs au langage devraient être publiés fin 2009. Bien qu'il n'ait pas été possible d'obtenir de résultats régionaux avant la diffusion nationale, cette source - disponible tous les trois ans en routine - doit être signalée et retenue.

D'autres informations pourraient être obtenues en routine concernant les enfants présentant un trouble spécifique d'apprentissage de la lecture (TSAL) via les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), à partir des dossiers handicap déposés par les parents.

Le dossier médical de liaison : une articulation entre les Conseils généraux et l'Education nationale

Depuis 1989¹², «le service départemental de protection maternelle et infantile établit une liaison avec le service de santé scolaire, notamment en transmettant au médecin de santé scolaire les dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle. Les modalités de cette transmission doivent garantir le respect du secret professionnel. Ces dossiers médicaux sont établis conformément à un modèle fixé par arrêté interministériel [...]» en 1997¹³ et intitulé «dossier médical de liaison» (DML).

Le DML comprend notamment un volet relatif à l'examen psychomoteur comportant des informations sur les troubles du langage. Les services de PMI du Conseil général y renseignent la présence ou l'absence d'un défaut d'articulation ainsi qu'un éventuel retard de langage. D'autres difficultés peuvent également être renseignées (comportement, graphisme...). L'adressage pour bilan y figure, accompagné de ses conclusions et du nombre de consultations et/ou de séances de rééducation réalisées par l'enfant. Enfin, les suites données sont complétées et les coordonnées du médecin traitant de l'enfant sont indiquées.

Le DML constitue ainsi un outil permettant le suivi sanitaire des élèves. En Ile-de-France, la transmission entre services est effective dans cinq départements sur sept intéressés, Paris n'étant pas concerné (les bilans pour les enfants de 3-4 ans et ceux de 6 ans sont réalisées par la même collectivité).

Une grande disparité dans l'utilisation des DML est cependant observée : dans certains départements, il existe simplement des réunions de liaison entre médecins de PMI et médecins scolaires de l'Education nationale sur les situations nécessitant un suivi médical en milieu scolaire et/ou des aménagements de la scolarité.

A terme, cet outil pourrait constituer une nouvelle base d'information de routine permettant d'améliorer la connaissance et le suivi du dépistage précoce collectif des troubles spécifiques du langage.

La prise en charge

Historiquement, une prise en charge au titre de la psychiatrie ou du handicap

Jusqu'en 2000, la prise en charge des troubles spécifiques du langage relevait du champ de la psychiatrie, à travers des dispositifs sanitaires : les centres médico-psychologiques-CMP, ou du champ du handicap, via des dispositifs médico-sociaux : les centres médico-psycho-pédagogiques-CMPP (idem pour les récents centres d'action médico-sociale précoce, cf. objectif 8). Toutefois, selon la Drass Ile-de-France¹⁴, «la prise en charge des enfants en CMPP est, en général, assez proche de celle proposée par les CMP qui sont, quant à eux, rattachés à un secteur de psychiatrie infanto-juvénile».

Le secteur libéral, en particulier les orthophonistes, est également impliqué dans cette prise en charge. En effet, lorsqu'un trouble spécifique du langage écrit ou oral est détecté par un médecin, celui-ci oriente l'enfant (sur prescription médicale) vers un orthophoniste ou (plus rarement) un médecin phoniatre pour un bilan. Un diagnostic pour un ou des troubles pourra alors être posé.

En 2001, le plan national d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage⁵ crée une nouvelle structure sanitaire de prise en charge dédiée aux diagnostics complexes : les centres de référence, chargés en outre d'innover la chaîne de dépistage et de prise en charge.

Huit centres de référence en Ile-de-France, inégalement répartis

En 2006, l'Ile-de-France compte huit centres de référence : cinq sont situés à Paris et trois en proche couronne (carte 2). Il n'y en a aucun en grande couronne. Sept d'entre eux sont implantés au sein d'établissements hospitaliers de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (Trousseau, Necker, Robert-Debré, Pitié-Salpêtrière, Raymond-Poincaré, Avicenne, Bicêtre). Le huitième est localisé au sein d'un centre hospitalier psychiatrique (Sainte-Anne).

Composés d'équipes pluridisciplinaires (orthophonistes, neuropsychologues, neuropédiatres, enseignants, psychiatres, éducateurs...), ces centres proposent des prises en charge adaptées aux formes sévères des troubles du langage. Ils assurent le suivi des enfants et la coordination des soins en ville.

En Ile-de-France, le nombre d'enfants suivis est très variable selon les centres. Cette caractéristique reflète leur hétérogénéité de fonctionnement, notamment en termes de taille des équipes, de délai d'obtention d'un rendez-vous (de plusieurs mois à un an d'attente alors que la notion de « délai raisonnable » - sans autre précision - est inscrite dans les textes réglementaires²), de moyens financiers. Dans ce cadre, les centres ne peuvent assurer pleinement leur mission de service public et répondre à une demande de plus en plus forte, malgré leur souhait de pouvoir accorder plus de temps aux enfants suivis. Ces difficultés sont certainement appelées à s'accroître dans un contexte de fermeture d'un centre de référence parisien, programmée courant

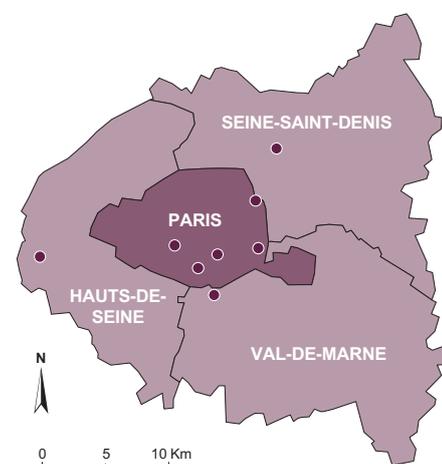
2009-2010.

Par ailleurs, bien que relevant du champ sanitaire (comme les CMP), l'absence de sectorisation des centres semble limiter la consolidation du réseau de prise en charge ainsi que leur lisibilité pour tous les acteurs (usagers, orthophonistes, médecins, enseignants...). Ce constat doit être nuancé, au moins pour le centre de référence de l'hôpital Bicêtre situé dans le 94, qui développe depuis 2004, des échanges avec le réseau Tap («troubles de l'apprentissage») Ile-de-France Sud afin d'améliorer la prise en charge des enfants souffrant de troubles de l'apprentissage du langage. L'action du réseau se concrétise ainsi par une mission de coordination des actions Ville-Centre de référence de l'hôpital Bicêtre et un partenariat avec les usagers (les enfants et leurs familles), les enseignants et les professionnels de santé.

Certains éléments fournis par le centre de référence de l'hôpital Raymond-Poincaré situé dans le 75 permettent d'appréhender en partie l'activité d'un autre de ces centres. Celui-ci propose à la fois des consultations et des bilans en ambulatoire et des séances de rééducation en hospitalisation. Tous les enfants hospitalisés sont d'abord vus en ambulatoire. Durant les phases d'hospitalisation, les enfants suivent leurs scolarités en sein même de l'hôpital. En 2006, les enfants proviennent essentiellement de quatre départements : Yvelines (plus d'un enfant sur deux), Hauts-de-Seine (un enfant sur quatre), Eure-et-Loir et Val-d'Oise (6,5% chacun) ; 8% des enfants proviennent d'autres départements. L'exemple de Raymond-Poincaré illustre l'absence de sectorisation énoncée plus haut.

Les trois quarts des enfants vus sont des garçons. L'âge moyen est de dix ans. Pour les consultations en ambulatoire, le nombre moyen annuel de visites par enfant est de 1,21 en 2006. Plus de 10% des enfants vus pour des troubles du langage sont suivis en consultation à l'hôpital en dehors du centre de référence.

carte 2 Localisation des centres de référence pour les troubles du langage en Ile-de-France* en 2006



*Seuls sont représentés les départements qui comportent au moins un centre de référence, soit quatre départements sur les huit que compte l'Ile-de-France.

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

Perspectives franciliennes

Un partenariat entre les médecins libéraux et l'Education nationale : le programme francilien «Mod 4, 5, 6»

Initié par l'association du même nom créée en 2008, «Mod 4, 5, 6» (Mallette-Outil-Dépistage) est un projet d'expérimentation de consultations de prévention pour les enfants de 4, 5 et 6 ans en Ile-de-France, porté par les Unions régionales des médecins libéraux d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes et l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire.

Pour la région Ile-de-France, l'expérimentation se déroule sur les départements des Yvelines, de l'Essonne, des Hauts-de-Seine et du Val-d'Oise, soit l'ensemble des départements de l'académie de Versailles.

Ce projet s'inscrit dans la dynamique de prévention précoce des handicaps de la petite enfance.

Le contenu de la mallette d'outils proposée aux médecins généralistes et aux pédiatres a été défini avec notamment le concours des académies de Versailles, Grenoble et Lyon. Les outils présentés permettent la détection de troubles psychologiques, psycho-comportementaux, troubles des apprentissages, troubles de la vision, troubles de l'audition, obésité. Ces outils tiennent compte de la situation familiale, de l'alimentation, du sommeil, de l'autonomie et de l'habileté ainsi que du contrôle sphinctérien.

L'objectif vise non seulement l'étude de faisabilité d'un outil commun de consultation de repérage pour les médecins généralistes et les pédiatres, mais aussi l'établissement de liens entre la médecine de ville et les services de la promotion de la santé en faveur des élèves. En effet, pour atteindre l'exhaustivité et afin d'éviter les doublons, le projet prévoit à long terme une nouvelle organisation des bilans de santé incluant un échange d'informations entre médecins scolaires et médecins libéraux.

Une volonté, inscrite dans le Plan régional de santé publique francilien 2006-2010, de mise en œuvre d'un réseau de dépistage précoce départemental, pérenne et professionnalisé, piloté par l'Education nationale

Suite à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹⁵, les académies franciliennes ont été sollicitées par la Drass Ile-de-France pour participer à la définition du premier Plan régional de santé publique. Cette collaboration est à l'origine du présent objectif, élaboré conjointement par l'académie de Créteil et celle de Versailles.

Leur proposition¹⁶ visait à :

- améliorer le dépistage précoce des troubles spécifiques du langage en maternelle et en primaire par la sensibilisation des enseignants ;
- faire participer les familles en leur faisant prendre conscience de l'importance de ce dépistage ;
- construire un réseau de professionnels enseignants et de santé, formés à l'usage d'outils validés, mettant en œuvre des protocoles départementaux pilotés par le médecin scolaire conseiller technique départemental ;
- poursuivre le développement des dispositifs d'accès au diagnostic et aux filières de prise en charge, à travers la création de consultations avancées dans les départements dépourvus de centres de référence.

Cet objectif n'a pu être développé. A l'heure de la mise en place d'une nouvelle institution régionale, l'Agence régionale de santé (ARS), rassemblant les membres du groupement précité et d'autres partenaires, en charge d'élaborer un projet régional de santé fixant les orientations d'un schéma régional de prévention¹⁷, des éléments de suivi ont été attachés à cet objectif afin que l'ARS dispose d'un état des lieux de la santé des Franciliens en 2006 selon l'ensemble des objectifs du PRSP. Elle pourrait ainsi déployer l'ensemble des dynamiques nécessaires pour répondre aux besoins de prévention de la population francilienne et améliorer la cohérence des actions de santé publique en Ile-de-France. Cette finalité supposerait le renforcement de la mobilisation, notamment celle des professionnels de l'Education nationale.

Repères bibliographiques

FNORS. *Evaluation du plan d'action 2001-2004 pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage. Rapport final*. DGS, 2007, 38p.

IGAS, IGEN. *Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère de l'Education nationale, Ministère délégué à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes handicapées et à la Santé, 2002, 80p.

Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. Haute autorité de santé-Service des recommandations professionnelles, 2005, 16p.

DELAHAIE M. *L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble*. Inpes, 2004.

Références citées

- ¹ RINGARD J.-C. *A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique*. Rapport à Mme la ministre déléguée à l'Enseignement scolaire, 2000, 89p.
- ² Circulaire interministérielle DGS/SD 6 D/MEN n°2002-68 du 4 février 2002 relative à la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit.
- ³ MENYUK P. Predicting reading problems at risk children. In *Journal of speech and hearing research*, 1991, vol.34, pp.893-901.
- ⁴ L'année 2007 est la première année où cette information est disponible pour la région francilienne (Source : JAPD 2007 - Ministère de la Défense-DSN, MEN-DEPP, disponible sur Internet : <http://education.gouv.fr/recherche.php?recMot=japd+2007&type=Simple&recPer=per>).
- ⁵ VEBER F., RINGARD J.-C. *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*. Propositions à MM. les ministres de l'Éducation nationale et délégué à la Santé, et à Mme la secrétaire d'Etat aux Personnes âgées et aux Personnes handicapées, 2001.
- ⁶ Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.
- ⁷ BILLARD C. Troubles d'acquisition de la lecture en cours élémentaire : facteurs cognitifs, sociaux et comportementaux dans un échantillon de 1 062 enfants. In *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2009, n°3, vol.57, pp.191-203.
- ⁸ *Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant. Guide pratique*. Société française de pédiatrie, Ministère de la Santé et des Solidarités-DGS. 2007, 26p.
- ⁹ Article L2112-2 du Code la santé publique.
- ¹⁰ Article L541-1 du Code de l'éducation et article L2325-1 du Code de la santé publique.
- ¹¹ Article L2112-4 du Code la santé publique.
- ¹² Loi n°89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.
- ¹³ Arrêté du 18 août 1997 relatif au modèle d'imprimé servant à établir le dossier médical de liaison entre le service départemental de protection maternelle et infantile et le service de promotion de la santé en faveur des élèves pour les enfants suivis en école maternelle (JORF n°203 du 2 septembre 1997 page 12 858).
- ¹⁴ *Enfants et adultes handicapés - Etablissements et services médico-sociaux en Ile-de-France - Bilan au 1^{er} octobre 2008*. Drass Ile-de-France, Préfecture de la région Ile-de-France, 2008, 18p.
- ¹⁵ Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique.
- ¹⁶ *Plan régional de santé publique en Ile-de-France 2006-2010*. Drass Ile-de-France, Préfecture de la région Ile-de-France, 2006, 166p.
- ¹⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Définitions

Conscience phonologique : Conscience de la structure segmentale de la parole, aboutissant à la conscience des phonèmes et de leurs enchaînement dans la chaîne parlée. Capacité à identifier et à pratiquer des opérations (identification, localisation, soustraction, inversion, addition, substitution) sur les phonèmes.

Dysphasie : Trouble développemental se manifestant par une structuration déviante, lente et disharmonieuse de la parole et du langage oral.

Dyslexie/Dysorthographe : Troubles spécifiques d'apprentissage de, respectivement, la lecture et l'orthographe.

Illettré : Qui ne sait ni lire ni écrire (analphabète : qui n'a pas appris à lire et à écrire).

Illettrisme : Etat de l'illettré incapable de maîtriser la lecture d'un texte simple.

Phonème : Il s'agit de la plus petite unité de langage parlé, dont la fonction est de constituer les signifiants et de les distinguer entre eux.

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention, Hyperactivité. C'est l'ensemble des dysfonctionnements qui se manifestent dans les domaines de l'attention, de l'impulsivité et de l'hyperactivité motrice pendant une durée d'au moins six mois.

Les troubles spécifiques du langage écrit et oral

La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (Cim 10) définit les troubles spécifiques du langage comme des troubles du développement psychologique (chapitre 5 : troubles mentaux et du comportement). Les troubles de l'apprentissage du langage oral sont intégrés dans le groupe «Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage» et les troubles de l'apprentissage du langage écrit sont intégrés dans le groupe «Troubles spécifiques des acquisitions scolaires».

Le Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV) de l'Association américaine de psychiatrie définit trois syndromes pour les troubles d'apprentissage du langage écrit et oral : trouble de type expressif, trouble du langage de type mixte réceptif expressif, trouble phonologique.

Dépistage standard et dépistage approfondi au cours de la 6^{ème} année*

La notion de «standard» et d'«approfondi» a été introduite du fait de l'évolution du test BSEDS qui a permis de dissocier une batterie de trois tests (le standard) pouvant être réalisée par des non-médecins à l'Education nationale (enseignants, psychologues et infirmières) de la batterie complète (d'où l'approfondi) dont la passation et l'interprétation ne peuvent être faites que par les médecins de l'Education nationale qui ont reçu la formation spécifique.

Le bilan standard, qui doit être pratiqué chez tous les enfants au cours de la sixième année, étudie la conscience phonologique.

Si celle-ci est insuffisante, un bilan approfondi est pratiqué par le médecin scolaire pour préciser au mieux les difficultés de l'enfant et prévoir des aménagements pédagogiques et d'éventuelles prises en charge extérieures.

*Sources : académies de Créteil et de Versailles.

Garantir le maintien d'une couverture vaccinale chez les adolescents et les jeunes adultes ainsi que dans les groupes à risque

Contexte

Grâce à la vaccination, la morbidité et la mortalité de nombreuses maladies infectieuses contagieuses ont reculé de manière spectaculaire. De ce fait, la gravité potentielle de ces maladies devenues moins fréquentes tend parfois à être oubliée, et paradoxalement, l'intérêt de la vaccination paraît quelquefois sous-estimé alors qu'elle reste l'un des meilleurs outils de prévention des maladies infectieuses. Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge et introduit chaque année de nouvelles recommandations¹.

Cinq objectifs spécifiques relatifs à la vaccination ont été fixés dans le cadre du PRSP Ile-de-France. Ils s'inscrivent dans le Programme régional d'Ile-de-France pour les maladies à prévention vaccinale 2008-2011 validé en novembre 2008 par la Conférence régionale de santé. Ces objectifs concernent certains vaccins et populations cibles pour lesquels le niveau de protection actuel n'est pas satisfaisant, ou pour lesquels l'introduction récente dans le calendrier vaccinal ou une modification de la stratégie retenue justifie une vigilance particulière.

Il s'agit :

- d'améliorer et de suivre l'évolution de la couverture vaccinale contre la tuberculose chez l'enfant,
- d'améliorer la couverture vaccinale contre l'hépatite B des nourrissons et des populations à risque (homosexuels, détenus, personnes tatouées),
- d'améliorer la couverture vaccinale contre la coqueluche des adultes ayant un projet parental et des adultes jeunes,
- de suivre l'évolution et d'améliorer la couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humains (HPV) chez les jeunes filles, et de sensibiliser à la prévention du cancer du col de l'utérus après la vaccination par le frottis,
- d'améliorer la couverture vaccinale contre la grippe des personnes de 65 ans ou plus et des personnes souffrant d'affections de longue durée.

Les cinq objectifs spécifiques régionaux s'appuient sur ceux définis au niveau national dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui préconisait à échéance 2008 :

- d'atteindre ou de maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95% aux âges appropriés (objectif 42 de la loi),
- une réduction de 30% de la mortalité attribuable à l'hépatite chronique : passer de 10-20% à 7-14% des patients ayant une hépatite chronique (objectif 37),
- d'atteindre un taux de couverture vaccinale contre la grippe d'au moins 75% dans les groupes à risque : personnes souffrant d'affections de longue durée, professionnels de santé et personnes âgées de 65 ans et plus (objectif 39).

L'objectif francilien relatif à la vaccination par le BCG rejoint ceux du programme national de lutte contre la tuberculose (axe 3 : «optimiser la stratégie vaccinale par le BCG [prévenir les formes graves]»), programme qui fait également l'objet d'une déclinaison au niveau régional en Ile-de-France.

Faits marquants en Ile-de-France

- > **Un système d'information actuellement peu performant pour la plupart des vaccinations** : l'absence de données disponibles (vaccination contre la coqueluche des jeunes adultes) ou une exhaustivité des données non satisfaisante (données collectées à partir des certificats de santé de l'enfant) limitent le nombre de données de couverture vaccinale disponibles et leur qualité.
- > **Des résultats franciliens en deçà des objectifs nationaux** : que ce soit la vaccination contre l'hépatite B chez les enfants et les adolescents ou la vaccination contre la grippe chez les personnes de 65 ans ou plus, les taux de couverture vaccinale mesurés en Ile-de-France sont inférieurs aux objectifs nationaux.
- > **Un calendrier vaccinal en permanente évolution** : compte tenu de l'apparition de nouvelles vaccinations (HPV notamment) ou des modifications des stratégies retenues (vaccination contre la tuberculose par exemple), il convient de se doter d'un système d'information plus performant.

Vaccination contre la tuberculose (BCG)

Arrêt de la vaccination obligatoire en 2007

L'obligation vaccinale par le BCG des enfants et adolescents a été suspendue par le décret du 17 juillet 2007². Cette obligation est remplacée désormais par une recommandation forte de vaccination pour les enfants à risque élevé de tuberculose dès la naissance. En Ile-de-France, il est fortement recommandé de vacciner tous les enfants dès la naissance et jusqu'à 15 ans³. Cette modification est survenue dans un contexte d'abandon de la vaccination par multipuncture en janvier 2006, ne laissant sur le marché que le vaccin intradermique plus difficile à manier et entraînant davantage d'effets indésirables, loco-régionaux essentiellement (abcès au point d'injection, adénopathies...).

Une couverture vaccinale qui tend à diminuer

La vaccination contre le BCG est très exceptionnellement réalisée dans les jours qui suivent la naissance. Ainsi, les taux de couverture vaccinale mesurés dans les départements franciliens à partir des certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8, cf. tab.1) sont inférieurs à 0,5% (sauf le 78 : 2,1%). Si l'interprétation des taux mesurés à partir des certificats de santé des 9^{ème} et 24^{ème} mois est délicate (cf. encadré en fin de fiche), la tendance générale semble être à la baisse pour les naissances les plus récentes.

Selon les enquêtes menées en milieu scolaire sur population représentative⁴, la couverture vaccinale par le BCG en Ile-de-France était de 99,8% pour les

enfants scolarisés en CM2 en 2001-2002, proportion identique à la couverture vaccinale BCG des enfants scolarisés en 3^{ème} en 2003-2004. Il convient de souligner que tous ces enfants relevaient encore de l'obligation vaccinale.

Plus récemment, la vente des vaccins BCG en Ile-de-France a connu une baisse de 37% entre 2005 et 2007⁵.

Tendance confirmée par une enquête auprès de médecins

En l'absence de source directe permettant d'identifier précocément une éventuelle baisse de la couverture vaccinale par le BCG, l'InVS a été saisi pour assurer la mise en place d'études de couverture vaccinale. Une étude a été conduite en février-mars 2008 auprès de pédiatres et de médecins généralistes⁶. Elle permet de disposer de résultats régionaux. En Ile-de-France, chez les enfants répondant aux nouvelles indications de vaccination par le BCG et âgés de 2 à 7 mois - c'est-à-dire nés après la suspension de l'obligation vaccinale - la couverture vaccinale est de 63% ; chez les enfants âgés de 8 à 23 mois (nés entre l'arrêt de commercialisation du BCG par multipuncture et la suspension de l'obligation vaccinale), la couverture vaccinale est de 88%.

La principale limite de cette étude est liée à la méthode de recrutement des médecins réalisé en sollicitant la participation volontaire de ceux abonnés à Infovac-France, réseau dédié à la vaccinologie. Les couvertures vaccinales estimées surestiment probablement leurs valeurs réelles dans la population générale.

tab.1 Couvertures vaccinales contre la tuberculose* à partir des données des certificats de santé, dans les départements franciliens

	CS 8 ^{ème} jour (nés en 2007)	CS 9 ^{ème} mois (nés en 2006)	CS 24 ^{ème} mois (nés en 2005)
75 ⁽¹⁾	0,2%	92,9%	98,3%
77 ⁽²⁾	NR ⁽³⁾	88,3%	95,2%
78	2,1%	61,9%	80,8%
91	0,1%	69,4%	90,2%
92	0,2%	70,5%	87,3%
93	0,1%	75,4%	92,1%
94	0,1%	74,5%	88,9%
95	0,3%	63,5%	89,1%

*La couverture vaccinale a été calculée en rapportant le nombre de réponses «oui» divisé par le nombre total de certificats reçus.

⁽¹⁾Pour le 75, les données des CS9 concernent les enfants nés en 2005 et les CS24 les enfants nés en 2004.

⁽²⁾Pour le 77, les données concernent les certificats reçus en 2006 et sont issues d'une plaquette d'information du Conseil général.

⁽³⁾NR : non renseigné.

Sources : Conseils généraux des départements franciliens. Exploitation ORS Ile-de-France, 2008.

Vaccination contre l'hépatite B

Des recommandations confirmées

La stratégie retenue en matière de vaccination contre l'hépatite B en France a été confirmée sur le calendrier vaccinal 2008¹ : «vaccination systématique de tous les enfants dès l'âge de 2 mois et avant l'âge de 13 ans, en privilégiant la vaccination du nourrisson, ainsi que la vaccination des personnes à risque [...] ainsi que le rattrapage des enfants et en priorité les adolescents non antérieurement vaccinés».

tab.2 **Couvertures vaccinales contre l'hépatite B* à partir des données des certificats de santé dans les départements franciliens**

	CS 8 ^{ème} jour (nés en 2007)	CS 9 ^{ème} mois (nés en 2006)	CS 24 ^{ème} mois (nés en 2005)
75 ⁽¹⁾	1,7%	37,5%	62,5%
77 ⁽²⁾	NR ⁽³⁾	44,0%	25,8%
78	0,7%	38,0%	52,7%
91	0,6%	54,3%	59,8%
92	0,8%	34,5%	57,2%
93	0,8%	34,4%	60,3%
94	0,6%	38,3%	52,5%
95	1,2%	38,0%	55,1%

*Au moins deux injections à 9 mois et au moins trois injections à 24 mois.
⁽¹⁾Pour le 75, les données des CS9 concernent les enfants nés en 2005 et les CS24 les enfants nés en 2004.
⁽²⁾Pour le 77, les données concernent les certificats reçus en 2006 et sont issues d'une plaquette d'information du Conseil général.
⁽³⁾NR : non renseigné.
Sources : Conseils généraux des départements franciliens. Exploitation ORS Ile-de-France, 2008.

A la naissance, la vaccination est ciblée sur les enfants nés de mères porteuses de l'antigène du virus de l'hépatite B (Ag HBs positif) et donc à risque de transmission mère-enfant.

Des couvertures vaccinales faibles

Selon les données des certificats de santé du 8^{ème} jour, les vaccinations du nouveau-né concernent, selon les départements franciliens, entre 0,6 et 1,7% des enfants (tab.2). A 9 et 24 mois, les taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B mesurés à partir des données des certificats de santé sont compris, selon les départements, entre 26% et 63% (tab.2).

Les données collectées lors du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire donnent des informations sur échantillons représentatifs⁴. Si les couvertures vaccinales franciliennes apparaissent plus importantes qu'au niveau national, elles demeurent cependant inférieures à 50% (tab.3).

tab.3 **Couvertures vaccinales contre l'hépatite B* à partir des données du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire**

	GSM ⁽¹⁾ 2002-2003	CM2 2001-2002	3 ^{ème} 2003-2004
Ile-de-France	ND ⁽²⁾	43,1%	49,4%
France	33,5%	33,1%	42,4%

*La couverture vaccinale est mesurée en prenant en compte les élèves ayant reçu, à la date de l'enquête, un nombre de doses égal ou supérieur au nombre de doses recommandées.
⁽¹⁾GSM : grande section de maternelle.
⁽²⁾ND : non disponible (l'analyse infra-régionale n'était pas possible en raison d'une participation insuffisante).
Source : Drees - Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire⁴.

Vaccination contre la coqueluche des adultes jeunes

Evolution récente des recommandations

En 2004, la stratégie dite du «cocooning» destinée à protéger les nourrissons recommandait de vacciner contre la coqueluche les adultes ayant un projet parental ou à l'occasion d'une grossesse, ainsi que les professionnels de santé en contact avec de très jeunes enfants.

En 2008, de nouvelles recommandations plus facilement applicables ont été proposées : nécessité de respecter le calendrier vaccinal concernant le rappel entre 11 et 13 ans, avec un rattrapage possible entre 16 et 18 ans, et administration d'un vaccin tétravalent diphtérie-tétanos-coqueluche-polio aux adultes n'ayant pas reçu de vaccin anticoquelucheux depuis plus de dix ans.

Faible couverture vaccinale des parents

D'après une enquête réalisée en 2006 par 41 pédiatres en région parisienne, parmi 127 parents ayant reçu un rappel diphtérie-tétanos-polio depuis moins de trois ans, seuls 11,8% avaient reçu à cette occasion une combinaison contenant la valence coqueluche⁷. Si cette étude souligne la faible couverture vaccinale des parents, sa principale limite est son absence de représentativité.

Vaccination encore insuffisante des adolescents

Le calendrier vaccinal a introduit en 1998 le rappel coqueluche à l'adolescence. Selon les données recueillies dans le cadre du cycle triennal en milieu scolaire chez les élèves de 3^{ème} en 2003-2004⁴, la couverture vaccinale chez ces jeunes est de 57,4% au niveau national et de 60,4% pour la région Ile-de-France.

Vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV)

Une vaccination recommandée depuis 2008

Le calendrier vaccinal 2008¹ introduit la vaccination contre les infections à papillomavirus humains en tant que vaccination recommandée à toutes les jeunes filles à l'âge de 14 ans, préférentiellement par le vaccin quadrivalent contre HPV 6, 11, 16 et 18. Une mesure de rattrapage est prévue et le vaccin est également proposé aux jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant

le début de leur vie sexuelle. Il protège contre les HPV 16 et 18 oncogènes qui sont responsables de 70% des cancers du col de l'utérus. Le vaccin quadrivalent présente de plus une efficacité contre les condylomes dus aux HPV 6 et 11 à faible risque oncogène. La vaccination HPV permet donc une prévention primaire, mais non exhaustive des cancers du col de l'utérus. De ce fait, le dépistage de ce cancer par frottis à partir de l'âge 25 ans reste indispensable, même s'il y a eu vaccination.

Vaccination contre la grippe des populations à risque

Une campagne annuelle de vaccination

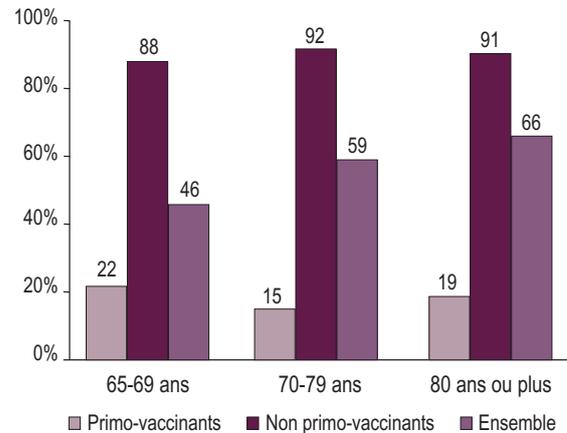
L'Assurance maladie lance chaque année un programme de vaccination contre la grippe ciblant les populations à risques. Un formulaire de prise en charge à 100% du vaccin est adressé aux assurés sociaux par courrier (personnes âgées de 65 ans ou plus et personnes en affection de longue durée - ALD).

Une couverture régionale insuffisante

Selon les données de l'Assurance maladie, le taux de couverture vaccinale contre la grippe en 2007 est de 57,4% chez les Franciliens de 65 ans ou plus, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (63,9%) ainsi qu'à l'objectif fixé par la loi de santé publique du 9 août 2004 (75%). L'analyse par tranche d'âge montre une couverture particulièrement faible des jeunes seniors âgés de 65 à 69 ans (fig.1). D'autre part, l'analyse en fonction de la notion de vaccination antérieure montre la difficulté à entrer dans la démarche de vaccination, alors qu'une fois la première vaccination effectuée, elle est le plus souvent renouvelée d'année en année.

Les personnes en ALD représentent par ailleurs une autre cible de la vaccination anti-grippale. Chez celles-ci, la couverture vaccinale n'atteint, en 2007,

fig.1 Taux régional de couverture vaccinale contre la grippe à partir de 65 ans, selon les antécédents de vaccination en Ile-de-France, en 2007 (régime général*)



*Les données concernent les assurés sociaux affiliés au régime général de l'Assurance maladie hors sections locales mutualistes (qui couvre 79% de la population francilienne protégée contre 74% en moyenne en France).

Source : Erasmé national V1 - septembre 2007 à février 2008. Exploitation Urcam Ile-de-France, 2008.

que 38,9% en Ile-de-France selon les données de l'Assurance maladie.

Références citées

- Calendrier vaccinal 2008 - Avis du Haut conseil de la santé publique. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2008, n°16-17. Disponible sur Internet : <http://www.invs.sante.fr/BEh/2008/16_17/beh_16_17_2008.pdf>.
- Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.
- Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 9 mars 2007 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination par le vaccin BCG chez les enfants et les adolescents. Disponible sur Internet : <http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/cshpf/a_mt_090307_vaccinbcg.pdf>.
- ANTONA D., FONTENEAU L., LEVY-BRUHL D. et al. Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2007, n°6, pp.45-49.
- Sources : Gers et Sanofi Pasteur MSD.
- GUTHMANN JP., LA ROQUE (de) F., BOUCHERAT M. et al. *Vaccination par le BCG en médecine libérale après la levée de l'obligation vaccinale*. Institut de veille sanitaire - Saint-Maurice, 2008, 18p. Disponible sur Internet : <<http://www.invs.sante.fr>>.
- LA ROCQUE (de) F., GRIMPREL E., GAUDELUS J. et al. Enquête sur le statut vaccinal des parents de jeunes nourrissons. In *Archives de pédiatrie*, 2007, n°14, pp.1472-1476.

Repères bibliographiques

DGS, Comité technique des vaccinations. *Guide des vaccinations. Édition 2008*. Saint-Denis, coll. Varia, 2008, 448p.
Mesure de la couverture vaccinale en France. Bilan des outils et des méthodes en l'an 2000. Document préparé par le Comité de pilotage sur la couverture vaccinale en France sous la coordination de l'InVS, mars 2001. Disponible sur Internet : <http://www.invs.sante.fr/publications/couverture_vaccinale/index.htm>.

Les certificats de santé de l'enfant (CS) : des données à interpréter avec prudence

Si les trois certificats de santé (8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois) représentent une source de données «obligatoire» en population générale infantile, plusieurs limites doivent être précisées :

- un manque d'exhaustivité des informations reçues

Si pour les certificats du 8^{ème} jour, le taux de certificats reçus est de plus de 90% dans l'ensemble des départements franciliens, celui-ci chute pour les certificats du 9^{ème} mois (de 33% à 66% selon les départements) et pour les certificats du 24^{ème} mois (de 30% à 53%). Pour ces deux derniers certificats, il est observé parmi les certificats reçus, une surreprésentation des enfants suivis en PMI. Ce biais va vraisemblablement dans le sens d'une surestimation de certaines couvertures vaccinales, hépatite B notamment.

- des difficultés dans la saisie des informations

Tous les départements franciliens saisissent l'intégralité des certificats du 8^{ème} jour qu'ils reçoivent. Les départements de l'Essonne et du Val-de-Marne saisissent l'intégralité des certificats des 9^{ème} et 24^{ème} mois reçus. Pour les autres départements, la saisie ne concerne qu'entre 3% et 75% des certificats reçus.

- des modalités de réponses hétérogènes

Selon les vaccinations, les modalités de réponses prévues sur les certificats diffèrent. Pour la vaccination par le BCG sur les trois certificats de santé ainsi que pour la vaccination contre l'hépatite B sur le premier certificat de santé, les réponses sont en «Oui/Non». Cependant, la variable n'est pas systématiquement renseignée. Pour la vaccination contre l'hépatite B sur les deux derniers certificats, le codage est en «doses reçues», sans que la modalité «absence de vaccination» ne soit prévue. Il n'est donc pas possible de différencier les données manquantes des absences de vaccination. Pour une cohérence entre les différents taux de couverture vaccinale mesurés, le numérateur utilisé est le nombre d'enfants ayant eu un nombre de doses égal ou supérieur au nombre de doses recommandées pour l'âge ; le dénominateur est le nombre de certificats saisis. Ceci peut sous-estimer les couvertures vaccinales si, parmi les données manquantes, certains enfants sont en fait vaccinés (ainsi, les non-réponses représentent entre 1% et 15% des données BCG sur les certificats des 9^{ème} et 24^{ème} mois). De fait, il conviendrait d'améliorer l'exhaustivité et la qualité du remplissage des certificats de santé pour en faire un outil de surveillance performant.

Contexte

Avec la légalisation des méthodes médicales de prévention des grossesses en 1967 et les campagnes de prévention face au VIH/sida à la fin des années 1980, les jeunes adultes commencent aujourd'hui leur sexualité dans un contexte où l'accès à la contraception médicale est facilité et où le préservatif est largement diffusé. Toutefois, l'arrivée des traitements anti-rétroviraux, il y a dix ans, semble avoir contribué à une banalisation du sida et coïncide avec un relâchement des comportements de prévention.

Au cours des dernières décennies, l'âge au premier rapport sexuel des hommes et des femmes s'est abaissé en France, comme en Ile-de-France, particulièrement chez les femmes. Il est aujourd'hui de 17 ans chez les Franciliens et de 17,5 ans chez les Franciliennes¹. Le préservatif est largement utilisé au moment de l'entrée dans la sexualité ou au début des nouvelles relations. Pour autant, la recrudescence de certaines infections sexuellement transmissibles, le nombre encore élevé de grossesses non prévues et l'accroissement de l'utilisation non systématique du préservatif indiquent un relâchement des comportements de prévention et de contraception en France et en Ile-de-France.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Comme au niveau national, bonne protection préventive et contraceptive des jeunes Franciliens et Franciliennes, avec une utilisation élevée du préservatif au moment de l'entrée dans la sexualité et ensuite de la pilule.
- > Persistance de comportements à risque et échecs de contraception/prévention plus élevés en Ile-de-France qu'au niveau national : proportion plus élevée d'interruption volontaires de grossesse (IVG) parmi les 15-17 ans et du recours à la contraception d'urgence chez les jeunes de 18-24 ans entre 1997 et 2005.
- > Peu de données de routine sur les jeunes en difficulté scolaire, professionnelle ou sociale, malgré leur plus grande vulnérabilité vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles (IST).

Connaissance et usage des modes de prévention et de contraception

Une bonne connaissance des modes de prévention

La grande majorité des jeunes savent que le préservatif *masculin* est un moyen efficace pour se protéger du sida (plus de 95% des hommes et des femmes âgés de 18 à 24 ans). Quant au préservatif *fémminin*, plus de 90% d'entre eux en connaissent l'existence. Les jeunes Franciliennes sont toutefois moins nombreuses qu'au niveau national à reconnaître son efficacité (57,5% vs 67,6%), caractéristique non retrouvée chez les jeunes hommes (61% en Ile-de-France comme en France)².

Les Franciliens âgés de 18 à 24 ans sont près de 75% et 79% pour les Franciliennes à estimer qu'ils étaient bien informés à l'âge de 15 ans sur les moyens d'éviter une grossesse³. Les hommes et les femmes en Ile-de-France sont également plus de 85% à déclarer qu'avec «toutes les méthodes contraceptives existantes, il est facile pour une femme d'éviter une grossesse». Néanmoins, 48% des jeunes Franciliennes et 41% des jeunes Franciliens déclarent «avoir eu peur de tomber enceinte ou que leur partenaire tombe enceinte» au moment de leur entrée dans la vie sexuelle. Cette crainte chez les jeunes hommes est

plus importante en Ile-de-France. En effet, en province, les hommes de 18-24 ans ne sont que 31% à déclarer avoir ressenti cette crainte.

Légèrement meilleure qu'au niveau national, l'image du préservatif masculin est contrastée. Si près de trois quarts des jeunes d'Ile-de-France de 18-24 ans considèrent que le préservatif est «quelque chose de banal», près d'un sur deux et une Francilienne sur trois déclarent que «c'est compliqué à utiliser»².

Généralisation des comportements préventifs et contraceptifs des jeunes

Depuis le début des années 1990, le bon niveau d'information des modes de prévention est associé à une bonne protection préventive et contraceptive. Au moment de l'entrée dans la sexualité, les premiers rapports sont largement protégés³ : 87,3% des jeunes Franciliens et 90,4% des jeunes Franciliennes ont utilisé une méthode de prévention/contraception. Les habitants des autres régions sont plus nombreux à s'être protégés : 93,2% pour les hommes et 97,4% pour les femmes (fig.1).

Comme au niveau national, l'évolution du recours au préservatif en Ile-de-France lors du premier rapport sexuel, en association ou non avec la pilule, atteste de l'efficacité des campagnes de prévention. Près de 88% des hommes et 84% des femmes qui ont commencé leur sexualité entre 2000 et 2006 déclarent avoir utilisé un préservatif. Ils étaient moins de 18% lorsque ce premier rapport remonte avant les années 1980³.

Lors de leur dernier rapport sexuel, un bon niveau de protection est maintenu par les jeunes Franciliens³ (95% d'entre eux utilisent une méthode de contraception). Les jeunes Franciliennes sont quant à elles moins nombreuses à s'être protégées (85%). Lors de ce dernier rapport sexuel, le préservatif est moins fréquemment utilisé qu'au moment de l'entrée dans la sexualité : 58,3% des jeunes Franciliens et 34,5% des jeunes Franciliennes.

Largement utilisé lors de l'entrée dans la sexualité, le préservatif est ensuite remplacé par la pilule. Selon le Baromètre santé 2005, 58,8% des Franciliennes de 15-17 ans et 87% des 18-24 ans qui «font quelque chose pour éviter une grossesse», utilisent la pilule au moment de l'enquête. Cette proportion est moins élevée qu'au niveau national pour les 15-17 ans où elles sont 74,6% à la déclarer.

Les Franciliens sont moins nombreux que les Franciliennes à déclarer l'usage de la pilule, selon le Baromètre santé 2005. Ils sont 31,7% parmi les jeunes âgés de 15 à 17 ans et 69,4% parmi les 18-24 ans. Les jeunes femmes n'informent pas toujours leur partenaire qu'elles utilisent la pilule.

Comportements de prévention et de contraception

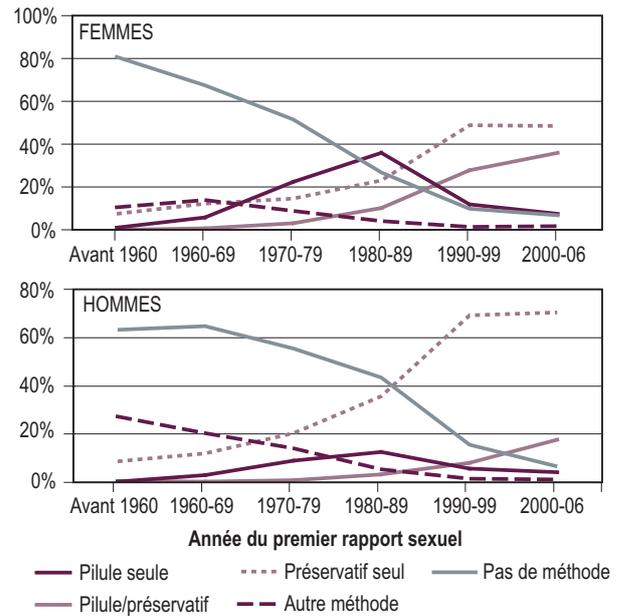
Le préservatif apparaît comme une norme préventive et contraceptive au moment de l'entrée dans la sexualité chez les jeunes Franciliens, mais plusieurs indicateurs tendent à souligner un relâchement des comportements de prévention et de contraception sur le plus long terme chez certains jeunes.

Recours à l'IVG plus fréquent en Ile-de-France

Selon le Baromètre santé 2005, 14% des Franciliennes âgées de 18-24 ans (16,4% des 15-17 ans) et 10,8% des Franciliens du même âge (13,4% des 15-17 ans) déclarent ne pas utiliser régulièrement de moyen de contraception avec leur partenaire actuel, marqueur d'une exposition élevée à la survenue d'une grossesse non planifiée.

Stable en France métropolitaine depuis une dizaine d'années, le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) diminue légèrement en Ile-de-France ces dernières années. Il était de 20,3 IVG en 2002 pour 1 000 Franciliennes de 15-49 ans, en 2006 il est de 19,2 IVG. Il reste tout de même plus fréquent qu'en France métropolitaine (14,5 IVG) et notamment pour les femmes mineures^{4,5}. En effet, l'Ile-de-France fait partie des régions où le taux de recours à l'IVG pour les mineures est le plus élevé après la Corse, les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Languedoc-Roussillon.

fig.1 Usage des méthodes préventives et contraceptives au premier rapport sexuel en Ile-de-France (en %)



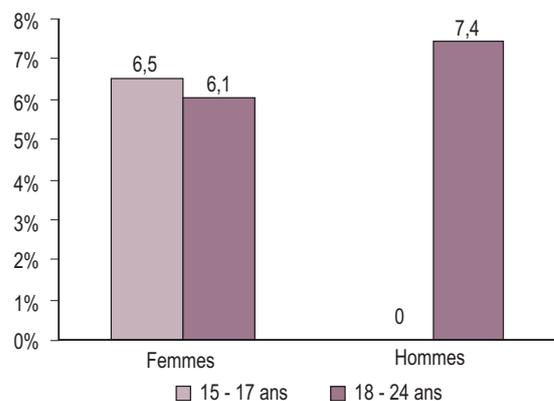
Lecture : 77,6% des femmes ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel (57,3% seul et 20,3% en association avec la pilule) lorsque celui-ci a eu lieu entre 2000 et 2006.

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

Même si l'usage du préservatif est largement répandu chez les jeunes, notamment au moment de l'entrée dans la sexualité, la pilule demeure globalement le moyen de contraception le plus utilisé par la suite.

D'après les données du Baromètre santé 2005 (fig.2), 6,1% des Franciliennes âgées de 18-24 ans et 6,5% des 15-17 ans ont eu recours au moins une fois à l'IVG. Comparable à celui des habitantes de province âgées de 18-24 ans, ce taux est en province bien inférieur chez les jeunes femmes de 15-17 ans (1,8%).

fig.2 Recours à l'IVG au cours de la vie chez les femmes et les hommes de 15-24 ans en Ile-de-France (en %)



Lecture : Parmi les Franciliennes âgées entre 15 et 17 ans, 6,5% ont déclaré avoir eu au moins une IVG au cours de leur vie. Aucun homme de cette classe d'âge ne déclare avoir eu une partenaire ayant eu une IVG.

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

Un recours plus fréquent à la contraception d'urgence chez les jeunes

Dans un contexte de recours important à l'IVG, l'usage de la contraception d'urgence est plus fréquent depuis la fin des années 1990 (fig.3).

Le recours à la contraception d'urgence a fortement augmenté entre 1997 et 2005 avec une proportion d'utilisatrices parmi les 15-19 ans multipliée par deux en moins de dix ans (de 17% à 32% en Ile-de-France)^{6,7}, période pendant laquelle la contraception d'urgence est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale⁸.

Les recours toujours fréquents à l'IVG d'une part, et à la contraception d'urgence d'autre part, semblent indiquer chez les jeunes femmes des échecs contraceptifs ou des rapports sexuels non protégés, alors que l'offre des moyens de contraception et de prévention s'est diversifiée, et que l'accès à cette offre est facilité⁹.

Une reprise des IST chez les jeunes à confirmer

D'après l'enquête contexte de la sexualité en France (CSF)¹⁰, environ 1% des hommes franciliens de 18-24 ans déclarent en 2004 avoir eu une infection sexuellement transmissible (IST) autre qu'une mycose dans les cinq dernières années, proportion comparable au niveau national pour les hommes. En revanche, les Franciliennes du même âge sont nettement plus nombreuses à déclarer avoir eu une IST que les hommes et également que les habitantes de province (5,5% pour les Franciliennes versus 1,7% pour les habitantes de province)¹¹.

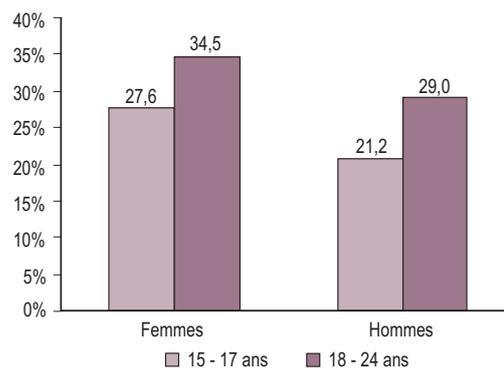
Depuis le début des années 2000, plusieurs études attestent d'une recrudescence de certaines IST (lymphogranulomatose vénérienne rectale, infections à gonocoques et à chlamydiae) en France et en Ile-de-France, d'abord chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes mais également dans la population hétérosexuelle¹². Le taux de déclaration plus élevé chez les femmes que chez les hommes en Ile-de-France peut s'expliquer en partie par un recours au système de soins plus fréquent chez les femmes, notamment avec le suivi gynécologique.

La prévalence déclarée d'IST supérieure en Ile-de-France souligne le fait que les comportements à risque y sont plus nombreux. De plus, la contamination par le VIH reste élevée chez les jeunes d'Ile-de-France âgés de 15 à 24 ans : parmi les nouvellement diagnostiqués séropositifs au VIH entre 2003 et 2006, 57% de ceux contaminés par voie homosexuelle l'ont été depuis moins de six mois, proportion plus élevée que leurs aînés (47%) et proche de la moyenne nationale des 15-24 ans (55%)¹³.

Une plus grande vulnérabilité de certains jeunes vis-à-vis des IST

La maîtrise de la contraception et de la prévention s'inscrit dans un domaine plus large de la santé et notamment de ses liens avec la pauvreté ou la précarité. L'accès à la prévention, une bonne maîtrise des moyens contraceptifs et l'adoption des comportements de prévention peuvent être plus complexes pour les jeunes en difficulté d'insertion sociale.

fig.3 Recours à la contraception d'urgence au cours de la vie chez les femmes et les hommes de 15-24 ans en Ile-de-France (en %)



Lecture : En Ile-de-France, 27,6% des femmes âgées entre 15 et 17 ans ont eu recours à la contraception d'urgence. Les hommes entre 15 et 17 ans sont 21,2% à déclarer que leur partenaire a eu recours à la contraception d'urgence.

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

Ainsi, les **jeunes sous protection judiciaire** apparaissent particulièrement vulnérables vis-à-vis des IST et des IVG¹⁴. Mais de telles données récentes sont rares au niveau de l'Ile-de-France.

Une étude réalisée en 1998 à Paris et en petite couronne auprès des **jeunes sans domicile fixe**¹⁵ fait apparaître une moindre protection vis-à-vis des IST : 70% de ces hommes et 46% de ces femmes âgés de 16 à 19 ans ont dit avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel, proportions plus faibles que celles de l'échantillon francilien du Baromètre santé réalisé à la même période (respectivement 80% et 54%).

Les récentes enquêtes KABP réalisées auprès de la population générale francilienne indiquent également que les **jeunes moins diplômés** tendent à se caractériser aujourd'hui par une fragilisation des connaissances des modes de transmission du VIH.

Ainsi, les jeunes Franciliens âgés de 18 à 24 ans de faible niveau d'éducation (sans diplôme ou titulaire d'un CAP, CEP ou brevet) tendent en 2004 à être plus nombreux qu'en 1994 à penser que le virus du sida peut se transmettre «par une piqûre de moustique» (2,5% en 1994 et 28,3% en 2004, différence significative).

Les Franciliennes non diplômées sont également plus nombreuses que les Franciliennes titulaires du Bac ou d'un diplôme de l'enseignement supérieur à considérer qu'effectuer un test de dépistage est efficace pour se protéger du sida.

Enfin, la probabilité d'utiliser un préservatif lors du premier rapport sexuel augmente avec le niveau d'études^{16,17}.

Les jeunes d'Ile-de-France sont encore nombreux à connaître des échecs contraceptifs et préventifs. On observe également une utilisation plus irrégulière du préservatif et une moins bonne maîtrise des moyens de contraception et de prévention parmi les jeunes Franciliens les moins diplômés. Mais si on ne peut affirmer une prévalence significativement plus élevée de ces échecs parmi les jeunes Franciliens en difficulté, car peu d'études récentes ont été réalisées spécifiquement auprès de cette population, elle semble grandement probable.

Références citées

- ¹ Pour cette raison, les données, lorsqu'elles sont disponibles, sont présentées selon les deux classes d'âges suivantes : 15-17 ans et 18-24 ans.
- ² BELTZER N., LAGARDE M., WU-ZHOU X. et al. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France : Evolutions 1992-1994-1998-2001-2004*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005.
- ³ BELTZER N., CAZENAVE A., GREMY I. *Sexualité, contraception et prévention en Ile-de-France, résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) 2006*. Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France, 2008.
- ⁴ *L'interruption Volontaire de Grossesse en Ile-de-France - État des lieux et propositions, rapport des travaux préparatoires au SROS 3*. Drass Ile-de-France, 2005. <<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/sros3ivg.pdf>>.
- ⁵ VILAIN A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2004. *Etudes et résultats*, Drees, 2006, n°522.
- ⁶ Utilisation plus fréquente qui peut s'expliquer par une augmentation des prises de risque, mais également par une meilleure information et un meilleur accès à la contraception d'urgence.
- ⁷ EMBERSIN C., CHARDON B., GREMY I. *Jeunes en Ile-de-France : activités physiques, surpoids et conduites à risque : Exploitation régionale du Baromètre Santé 2005*. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2007.
- ⁸ Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.
- ⁹ BAJOS N., OUSTRY P., LERIDON H., BOUYER J., JOB-SPIRA N., HASSOUN D. et le groupe COCON. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. In *Population*, Ined, 2004, 59(3-4), pp.479-502.
- ¹⁰ Source : données de l'enquête CSF exploitées par l'ORS Ile-de-France en 2009 dans le cadre de cet ouvrage.
- ¹¹ Les pourcentages présentés ici doivent être considérés avec prudence car ils sont calculés sur des effectifs faibles.
- ¹² <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/actualites_vih_sida_ist/synthese.pdf>. Dernière visite : 05/11/2009.
- ¹³ EMBERSIN C., HALFEN S., GREMY I. et al. Suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France - Les jeunes face au VIH/sida : épidémiologie et aspects de la prévention. *Bulletin de santé*, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2006, n° 11.
- ¹⁴ CHOQUET M., HASSLER C., MORIN D. *Santé des 14-20 ans de la Protection judiciaire de la jeunesse (secteur public) sept ans après*. Inserm U 669, 2005, 193p. <<http://ifr69.vjf.inserm.fr/u669/Divers/RAPPORTPJJfinal4.pdf>>
- ¹⁵ FIRDION J.M., MARPSAT M., AMOSSE T. et al. Vie et Santé des jeunes sans domicile fixe ou en situation précaire - Enquête Ined, Paris et petite couronne, 1998. *Série Résultats*, CreDES, 2001.
- ¹⁶ LYDIE N. Activité sexuelle et comportements préventifs. In LYDIE N. ed(s). Inpes, *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida*. Saint-Denis : Inpes, 2007, pp.109-124.
- ¹⁷ Une tendance identique est observée dans l'enquête KABP 2004 réalisée en Ile-de-France, mais la faiblesse des effectifs ne permet pas de noter de différences significatives entre niveaux de diplôme.

Contexte

Bien que la souffrance psychique soit un «concept multiforme, utilisé dans la littérature pour une série d'expressions de mal-être : consommation de psychotropes, actes de violence, dépression...»¹, ses manifestations concrètes, plus ou moins sévères, permettent une première approche quantitative de ce concept et de ses facteurs associés.

La manifestation la plus grave de la souffrance psychique, le suicide, concerne en France 10 415 personnes, parmi lesquelles plus de sept sur dix sont des hommes².

Les troubles dépressifs représentent une cause importante de morbidité, avec des prévalences variables selon les enquêtes et les instruments de repérage. Dans l'enquête Santé mentale en population générale³ (SMPG), 11% des individus de 18 ans ou plus ont connu un épisode dépressif au cours des deux semaines précédant l'enquête tandis que dans l'European Study of Epidemiology of Mental Disorders³, la prévalence est de 6% sur les douze derniers mois.

Une anxiété généralisée au cours des six derniers mois touche 13% des individus dans l'enquête SMPG.

Par ailleurs, la France est l'un des pays européens les plus consommateurs de médicaments psychotropes, avec une consommation concernant 14% des hommes et 25% des femmes en 2002⁴. Ce chiffre élevé ne s'explique pas pour autant par une prise en charge adéquate des troubles psychiatriques⁵, les durées des prescriptions étant peu respectées.

Enfin la consommation importante de produits psychoactifs, et notamment de l'alcool, est fortement associée à un niveau plus élevé de mal-être⁶ : 12% des consommateurs excessifs d'alcool ou alcoolo-dépendants ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois, contre 4% de ceux n'ayant pas une consommation à risque.

Faits marquants en Ile-de-France (Inpes - Baromètre santé 2005)

- > Des manifestations de la souffrance psychique différentes selon le sexe : chez les femmes, davantage d'épisodes dépressifs caractérisés (12% contre 6% des hommes), de tentatives de suicide (8% contre 3% des hommes) ; chez les hommes, davantage de décès par suicide et une consommation excessive ou dépendante d'alcool plus fréquente.
- > Une consommation de médicaments psychotropes pas plus élevée en Ile-de-France qu'en province mais néanmoins importante, surtout chez les femmes : 24% contre 14% des hommes.
- > En Ile-de-France comme en province, une plus grande souffrance psychique chez les personnes ayant subi des violences physiques, surtout les femmes.
- > Les jeunes de 16-25 ans au chômage ou inactifs semblent être plus souvent en souffrance psychique.

Souffrance psychique et facteurs associés en population générale

Des troubles dépressifs graves plus fréquents chez les femmes, 12% contre 6% chez les hommes

Les manifestations de la souffrance psychique diffèrent entre hommes et femmes. En Ile-de-France, parmi les 945 personnes décédées par suicide, 66% sont des hommes². Mais les femmes sont plus nombreuses à avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie (7,9% contre 2,8% des hommes en Ile-de-France), à avoir eu des pensées de suicide ou de

graves troubles dépressifs au cours de l'année, ces derniers concernant 11,5% des femmes contre 6,0% des hommes en Ile-de-France. Les femmes ont aussi plus fréquemment que les hommes eu recours à des professionnels pour des problèmes psychiques et consommé des médicaments psychotropes (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs) au cours des douze derniers mois (tab.1).

tab.1 Indicateurs de souffrance psychique chez les personnes de 15-75 ans en 2005 (en %)

	Hommes		Femmes	
	Ile-de-France	Hors Ile-de-France	Ile-de-France	Hors Ile-de-France
Tentatives de suicide au cours de la vie	2,8*	3,0*	7,9*	7,0*
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois	5,3	4,5*	6,1	5,8*
Episode dépressif caractérisé ¹ au cours des 12 derniers mois	6,0*	5,0*	11,5*	10,2*
Recours aux soins ² au cours des 12 derniers mois	7,1*	6,0*	12,8*	12,3*
Prise de tranquillisants, somnifères, antidépresseurs au cours des 12 derniers mois	13,8*	13,3*	24,4*	23,3*
Consommation excessive d'alcool, alcool-dépendance ³ au cours de la vie	16,5*	13,5*	6,2*	4,3*

Chiffres en gras : différence IdF / HIdF significative. - Chiffres avec * : différence homme / femme significative.

(1) Episode dépressif caractérisé évalué à l'aide du Cidi Short Form.

(2) Avoir utilisé les services d'un organisme (hôpital, centre, etc.) et/ou avoir eu recours à un professionnel pour des problèmes émotifs, nerveux, psychol. ou de comportement.

(3) Avoir eu au moins deux réponses positives au test Deta.

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

L'utilisation de médicaments psychotropes est très élevée et concerne près d'une femme sur quatre et plus d'un homme sur dix, en Ile-de-France ou en province. Les hommes sont plus nombreux à déclarer une consommation excessive d'alcool ou de dépendance au cours de la vie : 16,5% contre 6,2% des femmes, en Ile-de-France.

L'évolution selon l'âge montre que les indicateurs ont des niveaux élevés aux âges jeunes, avec une prévalence des pensées suicidaires qui diminue avec l'âge : de 6,6% à 15-19 ans à 1,3% à 65-75 ans chez les hommes franciliens.

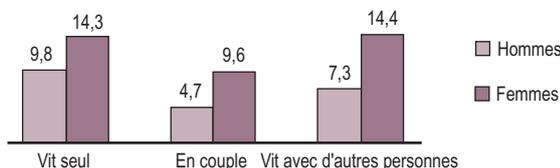
C'est à 15-19 ans que le niveau de tentative de suicide est le plus élevé chez les femmes (10,8%), proportion qui diminue pour atteindre 6,7% à 65-75 ans. Chez les hommes, la proportion la plus élevée est atteinte à 45-54 ans (4,7%).

La prévalence des troubles dépressifs est très élevée à 20-25 ans (10,1% des hommes et 16,1% des femmes), puis à 35-44 ans chez les hommes (7,5%) et à 45-54 ans chez les femmes (14,2%). Enfin, aucune différence significative n'est mise en évidence entre l'Ile-de-France et la province, ni chez les hommes ni chez les femmes.

Une souffrance psychique plus élevée chez les personnes ne vivant pas en couple, comme chez les personnes séparées ou veuves

Les personnes qui ne vivent pas en couple, qu'elles vivent seules ou qu'elles vivent avec d'autres personnes, sont plus nombreuses à avoir eu de graves troubles dépressifs au cours des douze derniers mois (fig.1). Cela est vrai aussi en province. Elles sont également plus nombreuses à avoir pensé au suicide (respectivement 8,8% et 9,4% des hommes et femmes vivant seuls, 7,7% et 9,0% des hommes et femmes vivant avec d'autres personnes contre 3,4% et 3,7% des hommes et femmes vivant en couple).

fig.1 Episode dépressif caractérisé chez les 15-75 ans selon le mode de vie en 2005 en Ile-de-France (en %)



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

Parallèlement, il existe une association entre souffrance psychique et statut matrimonial. Chez les femmes en Ile-de-France, les prévalences les plus élevées de troubles dépressifs concernent les femmes divorcées ou séparées (19,8%), puis les veuves (15,2%). Chez les hommes, ce sont les veufs (11,5%) puis les célibataires (7,2%) qui enregistrent les plus fortes prévalences. La prévalence la moins élevée concerne les personnes mariées ou pacées, avec 9,3% des femmes et 4,6% des hommes.

Une plus grande souffrance psychique chez les personnes victimes de violence, surtout chez les femmes

En Ile-de-France comme en province, les personnes ayant connu des violences physiques au cours des douze derniers mois sont plus nombreuses à connaître un niveau de souffrance psychique élevé. Par exemple, 41,7% des femmes en Ile-de-France ayant subi des violences physiques au cours des douze derniers mois ont eu un épisode dépressif caractérisé et 22,0% des pensées suicidaires, contre respectivement 10,7% et 5,7% des autres (tab.2). Parmi les personnes ayant subi des violences physiques, la proportion de femmes ayant connu des épisodes dépressifs caractérisés, des tentatives de suicide au cours de la vie ou des pensées suicidaires est supérieure à celles observées chez les hommes (sauf pour les tentatives de suicide en province).

tab.2 Souffrance psychique chez les 15-75 ans selon le fait d'avoir subi ou non des violences physiques au cours des 12 derniers mois en 2005 (en %)

	IdF		Hors IdF	
	H	F	H	F
Chez les personnes ayant subi des violences physiques*				
% épisode dépressif caractérisé - 12 mois	5,7	41,7	16,3	26,4
% tentative de suicide - vie	8,8	11,0	29,7	23,8
% pensées suicidaires - 12 mois	9,4	22,0	14,3	24,0
Effectifs	54	57	297	215
Chez les personnes n'ayant pas subi de violences physiques				
% épisode dépressif caractérisé - 12 mois	6,0	10,7	4,7	9,9
% tentative de suicide - vie	2,5	2,7	7,3	6,7
% pensées suicidaires - 12 mois	5,1	5,7	4,2	5,5
Effectifs	1 480	2 002	9 298	13 074

*Avoir été frappé ou blessé physiquement au cours des 12 derniers mois.

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

Souffrance psychique et activité professionnelle

Les transformations du travail, de type intensification, recherche de rendement, augmentation de la précarité, peuvent avoir des retentissements physiques et psychiques (stress, anxiété, etc.) sur les individus. Ainsi, **40,5% des hommes et 38,7% des femmes en Ile-de-France (respectivement 39,6% et 35,7% en province) déclarent que le travail affecte leur santé.** Parmi les problèmes de santé d'ordre psychique (ou pouvant être des manifestations physiques de troubles psychiques) liés au travail, le stress est cité par 68,6% des hommes et 80,5% des femmes en Ile-de-France (tab.3). Les maux de dos sont fréquemment cités, par les hommes comme par les femmes, en Ile-de-France comme en province, et concernent environ six personnes sur dix. Les douleurs musculaires concernent 47,6% des hommes en Ile-de-France et 58,7% des femmes.

Une anxiété provoquée par le travail concerne plus de quatre hommes sur dix en Ile-de-France et plus de cinq femmes sur dix. Par ailleurs, une proportion plus importante d'hommes en Ile-de-France qu'en province déclarent que leur travail est «très ou plutôt fatigant nerveusement» (70,0% contre 65,3% en province) tandis que chez les femmes, les proportions sont comparables entre l'Ile-de-France et la province (68,9% et 68,2% en province). En Ile-de-France, 7% des hommes déclarant que le travail affecte leur santé

ont eu de graves troubles dépressifs (contre 3% parmi ceux ne se déclarant pas affectés), et 6% ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois (4% pour les autres). Chez les femmes, 18% de celles déclarant que le travail affecte leur santé ont eu de graves troubles dépressifs (9% pour les autres) et 10% ont pensé au suicide (4% pour les autres), au cours des douze derniers mois.

tab.3 Proportion de personnes citant les problèmes de santé suivants liés au travail* (en %)

	Ile-de-France		Hors Ile-de-France	
	H	F	H	F
Stress	68,6	80,5	68,1	79,0
Mal de dos	57,5	63,2	58,0	61,6
Douleurs musculaires	47,6	58,7	52,9	61,1
Anxiété	43,2	53,5	46,0	54,2
Maux de tête	26,5	42,4	29,1	35,2
Douleurs d'estomac	17,5	16,5	19,1	20,8
Douleurs respiratoires	7,9	11,2	11,8	6,2
Maladies de cœur dues au travail	3,2	2,7	3,7	1,7
Problèmes d'insomnie	33,5	36,3	32,2	37,7
Irritabilité	41,5	49,9	42,7	49,8
Effectifs	392	2 410	2 220	471

*Ont été retenus ici les problèmes de santé pouvant témoigner d'une souffrance psychique.

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

Souffrance psychique et activité professionnelle des 16-25 ans

Si le travail peut générer de la souffrance, des difficultés d'insertion sociale sont associées à une moins bonne santé, difficultés qui peuvent commencer à l'adolescence par une sortie précoce du système scolaire. Une enquête montrait déjà en 1994 que les jeunes dans des dispositifs d'insertion avaient des niveaux de souffrance psychique plus élevés que les autres⁷.

Les données du Baromètre santé 2005 ne permettent pas de repérer les jeunes en grande désinsertion sociale. Néanmoins, il est possible de les distinguer selon leur situation professionnelle : en Ile-de-France, 87,1% des jeunes de 16-25 ans travaillent ou font des études, 6,6% sont au chômage ou inactifs (invalidité, congé longue durée, arrêt maladie, congé parental, au foyer) et 6,2% sont en apprentissage, en stage ou en formation.

Les jeunes au chômage ou inactifs semblent plus nombreux que les autres à témoigner d'une certaine souffrance psychique.

6,8% ont déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie, 17,0% ont connu de graves troubles dépressifs au cours des douze derniers mois, 43,7% ont eu des troubles des conduites alimentaires et 40,7% fument régulièrement (tab.4). Les différences entre chômeurs/inactifs et les autres ne sont pas significatives en Ile-de-France du fait de faibles effectifs (sauf pour le tabagisme quotidien) mais le sont en province. Par ailleurs, les jeunes qui sont en apprentissage, en

stage ou en formation ont, soit des niveaux comparables, soit des niveaux moins élevés de souffrance psychique que les jeunes qui travaillent ou font des études.

tab.4 Souffrance psychique et consommations de produits psychoactifs chez les Franciliens de 16-25 ans selon la situation professionnelle en 2005 (en %)

	Travail études	App., stage, form. (1)	Chômeurs inactifs	Ens.
Pensées suicidaires - 12 mois	5,4	2,2	4,3	5,0
Tentative suicide - vie	4,6	3,0	6,8	4,6
EDC (2) - 12 mois	10,6	9,7	17,0	11,2
Troubles alimentaires (3)	35,8	31,2	43,7	36,1
Alcool hebdo (4) - 12 mois	25,5	23,5	22,5	25,0
Tabac quotidien (5)	23,8	26,5	40,7	25,6
Cannabis répété (6) - 12 mois	16,3	19,9	24,3	17,4
Effectifs	1 844	132	132	2 108

(1) Apprentissage, stage, formation.

(2) Episode dépressif caractérisé selon le Cidi Short Form.

(3) Parmi manger énormément avec de la peine à s'arrêter, se faire vomir, redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter, manger en cachette, aucune envie de manger, manquer d'appétit.

(4) Avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine au cours des 12 derniers mois.

(5) Fumer au moins une cigarette par jour.

(6) Avoir consommé du cannabis au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois.

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

Chez les jeunes de 16-25 ans qui travaillent ou sont étudiants, les prévalences de tentatives de suicide, d'épisodes dépressifs sont toujours plus élevés chez les filles que chez les garçons, que ce soit en Ile-de-France ou en province (tab.5). Il en est de même pour les troubles des conduites alimentaires, qui sembleraient aussi plus élevés chez les filles en province, même si la différence n'est pas significative. Les garçons sont en revanche plus nombreux à déclarer consommer de l'alcool au moins une fois par semaine et du cannabis au moins dix fois au cours des douze derniers mois. Quant à la consommation quotidienne de tabac, elle est plus élevée chez les garçons que chez les filles en Ile-de-France, tandis que les proportions sont comparables en province. Les comparaisons entre l'Ile-de-France et la province montrent que les prévalences sont comparables pour les pensées suicidaires, les tentatives de suicide, les épisodes dépressifs caractérisés, les troubles alimentaires ainsi que pour la consommation d'au moins dix fois au cours des douze derniers mois de cannabis. En revanche, la consommation hebdomadaire d'alcool est plus élevée en province qu'en Ile-de-France chez

les garçons (les proportions sont comparables entre l'Ile-de-France et la province chez les filles), et la consommation quotidienne de tabac est plus élevée en province qu'en Ile-de-France chez les filles (les proportions sont comparables chez les garçons).

tab.5 **Souffrance psychique et consommations de produits psychoactifs chez les jeunes de 16-25 ans travaillant ou étudiant en 2005 (en %)**

	Ile-de-France		Hors Ile-de-France	
	H	F	H	F
Pensées suicidaires - 12 mois	4,3	6,5	5,2	6,0
Tentative suicide - vie	1,8	5,1	1,6	7,3
EDC* - 12 mois	6,1	15,4	4,5	11,2
Troubles alimentaires	31,1	40,4	33,8	38,0
Alcool hebdo - 12 mois	33,4	17,5	45,3	18,5
Tabac quotidien	27,2	20,4	31,4	30,1
Cannabis répété - 12 mois	24,5	8,2	23,5	9,7
Effectifs	545	646	993	1 190

*Épisode dépressif caractérisé selon le Cidi Short Form.

Source : Inpes - Baromètre santé 2005. Exploitation ORS Ile-de-France, 2007

Références citées

- LOVELL A. *Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*. InVS, 2004.
- Les statistiques de décès par suicide ne reflètent pas l'intégralité de la mortalité par suicide - de nombreux décès par suicide étant codés en «traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention», notamment en raison de la perception sociale du suicide ou de l'incertitude sur la cause de décès. Source : Inserm - CépIDC 2009.
- BELLAMY V., ROELANDT JL., CARIA A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et résultats*, Drees, 2004, n°347.
- BECK F., LEGLEYE S., PÉRETTI-WATEL P. *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques - Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002*. OFDT, 2003.
- BRIOT M. *Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes*. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2006.
- GUILBERT P. (sous la direction de), GAUTIER A. (sous la direction de). Baromètre santé 2005, premiers résultats. *Baromètres santé*, Inpes, 2006.
- CHOQUET M., IKSIL B. *Jeunes en insertion, enquête CFI-Pâque (dispositif 16-25 ans)*. DGS, Inserm, 1994.

Définition

Épisode dépressif caractérisé selon le Composite International Diagnostic Interview Short Form (Cidi SF) :

Présenter au moins quatre des symptômes ci-dessous - dont au moins un symptôme principal - et avoir ses activités habituelles perturbées par ces problèmes.

Symptômes principaux : vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé(e), sans espoir pratiquement toute la journée, presque tous les jours / vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

Autres symptômes : se sentir épuisé ou manquer d'énergie plus que d'habitude / avoir pris ou perdu au moins 5 kg / avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir / avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer / avoir beaucoup pensé à la mort / avoir perdu de l'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir.

Promouvoir la santé mentale pour les publics jeunes

Éléments de cadrage

A ce jour, il n'existe pas de données régionales produites en routine sur la promotion de la santé mentale pour les publics jeunes. Cependant, pour avoir une idée de l'objectif et de son degré d'atteinte, il est nécessaire de préciser les notions suivantes : la santé mentale doit être bien distinguée des maladies mentales. La définition d'une «bonne» santé mentale est celle d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux, et contribuer à la vie de sa communauté (OMS). La promotion de la santé mentale est ainsi une expression qui recouvre tout un éventail de stratégies visant à maintenir une bonne santé mentale.

Le plan national de santé mentale* préconise comme action pour atteindre cet objectif des méthodes de développement des capacités chez les enfants afin de diminuer la fréquence des troubles à l'adolescence (prévalence). Le rapport du docteur Tursz** préparatoire au plan « Violence et santé » recommande d'apporter un soutien à la parentalité et de mettre en place « des programmes précoces favorisant la socialisation des enfants, en particulier la gestion progressive des conflits interindividuels à partir du développement de compétences psychosociales ». Ceci correspond au cadre d'action demandé pour l'appel à projets 2007 du GRSP (cf. fiche action n°2-13-1).

Le bilan initial de cet objectif repose dans une première phase sur l'analyse de la mise en place et la quantification des actions pour la première année du PRSP. A la fin du PRSP, l'analyse devra prendre en compte l'ensemble des actions sur cinq ans. Une deuxième approche devrait consister à valider en parallèle l'efficacité d'un cadre d'actions démontrant l'amélioration individuelle de l'acquisition de compétences psychosociales. Ainsi, la phase finale de l'évaluation devrait permettre de valider qualitativement des modalités d'actions et de mesurer le nombre de jeunes ayant bénéficié de ces actions.

*Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Ministère de la Santé et des Solidarités.

**TURSZA. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 - Rapport général. Ministère de la Santé et des Solidarités, 2005.

En l'absence d'indicateurs produits en routine

Les études ou enquêtes à réaliser pour améliorer les connaissances et définir de nouveaux indicateurs

- > Une étude de validation de l'efficacité d'une action visant à améliorer les connaissances et les savoir-faire de publics jeunes

Objectif :

Valider l'efficacité d'un type d'action dans le cadre de l'objectif 13 du PRSP.

Etat d'avancement fin 2007 :

Lancement prévu en 2008.

Durée et budget :

L'étude est prévue sur trois ans avec un budget de 30 000 euros par an.

Méthode envisagée :

Évaluation de l'acquisition de connaissances et de savoir-faire individuel et social mesurée par des grilles d'évaluation validées pour la France, avec groupe témoin et groupe bénéficiant de l'action. L'analyse des résultats de l'étude devrait comporter un volet d'analyse statistique.

Il s'agit d'une étude dont la méthodologie a été validée au Canada (Québec) et a donné lieu à des publications référencées.

Institutions pilotes de l'étude :

GRSP, Drass Ile-de-France

Les partenaires à solliciter :

Pr. Tremblay (université de Montréal), l'Inserm, l'Éducation Nationale et/ou les centres de PMI avec les Conseils généraux.

Justification et argumentation :

L'objectif 13 du PRSP est de promouvoir la santé mentale.

«La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.»

Cette promotion passe notamment par la mise en œuvre d'actions financées par le GRSP. La fiche-action correspondante est «mise en place de programmes de développement des compétences psychosociales chez les enfants et adolescents».

Plus de 6 000 jeunes devraient bénéficier de ces actions lors de l'appel à projets 2007.

L'étude envisagée vise à établir l'efficacité et les conditions d'efficacité d'actions réalisées dans le cadre de cet objectif 13 du PRSP - l'efficacité étant entendue comme l'obtention d'amélioration significative pour la population bénéficiaire de l'action.

> Les éléments d'aide à la décision disponibles pour l'Ile-de-France : l'analyse des actions lancées en 2007

Les actions retenues dans l'appel à projets 2007 du GRSP ne correspondent pas entièrement à l'action type décrite ci-dessus, mais s'en approchent sur certains aspects (actions auprès des jeunes ou auprès des parents). Ce bilan initial présente les actions programmées dans le cadre de l'appel à projets 2007.

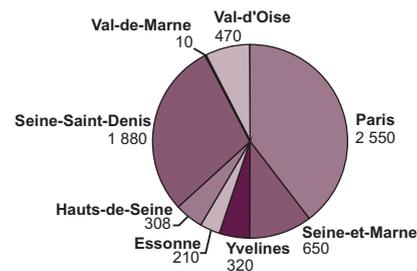
Nombre de bénéficiaires des actions par département

La figure 1 montre le nombre de jeunes de 0 à 19 ans qui devraient bénéficier des actions du PRSP pour l'année 2007. Il s'agit ici de projets et non d'actions réalisées.

Au total, 6 398 jeunes devraient bénéficier de ces actions menées pour atteindre cet objectif sur l'année 2007-2008 (la durée du PRSP est de cinq ans).

L'ensemble des départements développeront ces actions, mais avec des déclinaisons variables : Paris et la Seine-Saint-Denis sont les territoires principaux des actions.

fig.1 Nombre de bénéficiaires des actions
par département



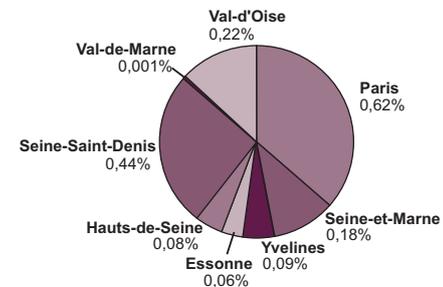
Lecture : 470 jeunes du Val-d'Oise bénéficieront d'une action.
Source : GRSP - extrait des dossiers de l'appel à projets 2007. Exploitation Drass Ile-de-France, 2007.

Proportion des bénéficiaires des actions relativement à la population

La figure 2 montre le nombre de jeunes de 0 à 19 ans qui bénéficieront des actions rapportées à la population des départements.

En l'absence de données sur les bénéficiaires potentiels, la référence à la population totale a été utilisée pour donner un ordre de grandeur de l'ampleur de l'intervention.

fig.2 Nombre de bénéficiaires des actions
relativement à la population



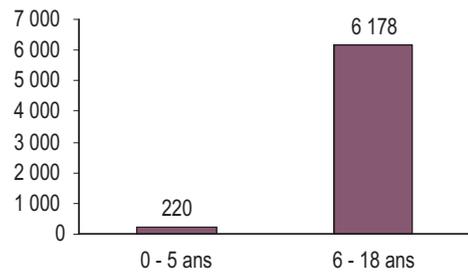
Lecture : 0,62% est le rapport entre les 2 550 jeunes bénéficiant de l'action par rapport aux 412 468 jeunes de cet âge à Paris. La surface est proportionnelle au nombre d'actions.

Sources : GRSP - extrait des dossiers de l'appel à projets 2007 ; Insee - projections démographiques 2005-2030 selon le scénario central, 2007. Exploitation Drass Ile-de-France, 2007.

L'âge d'intervention sur les bénéficiaires proposés et ceux recommandés dans des stratégies d'actions validées

Les âges d'intervention proposés par les porteurs d'action sont très majoritairement de 6 à 18 ans, comme le montre la figure 3. Cette tranche d'âge correspond aux besoins les plus importants. Mais les recommandations de stratégies d'actions sont d'intervenir le plus tôt possible (Pr. Tremblay).

fig.3 Age des bénéficiaires des actions

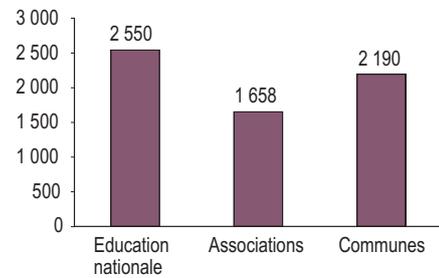


Source : GRSP - extrait des dossiers de l'appel à projets 2007. Exploitation Drass Ile-de-France, 2007.

Part des différents types de promoteurs réalisant ces actions

La figure 4 présente la part des différents types de porteurs d'action ayant proposé de mettre en œuvre ces actions de promotion de la santé mentale auprès de publics jeunes. La part est calculée en nombre de bénéficiaires concernés (et non en nombre d'acteurs). L'analyse des types de promoteurs renvoie à la fois à des promoteurs porteurs d'un savoir-faire (associations), concernés par des difficultés avec des jeunes (communes) ou des lieux de prise en charge de jeunes (Education nationale en partenariat avec des associations).

fig.4 Part des types de porteurs d'action suivant le nombre de bénéficiaires



Source : GRSP - extrait des dossiers de l'appel à projets 2007. Exploitation Drass Ile-de-France, 2007.

Population cible de ces actions

Il n'existe pas d'études de quantification des jeunes devant bénéficier prioritairement d'un appui. Néanmoins, les actions seront développées dans des zones considérées comme prioritaires avec des professionnels volontaires.

Il est important de préciser que ces actions concernent l'ensemble des jeunes d'une structure (classes, école, crèches...).

En termes d'âge, ce premier constat doit inciter à orienter les porteurs d'action vers des jeunes de 0 à 5 ans.

Un exemple d'engagement de cette mise en œuvre : les indicateurs de résultat proposés par les porteurs d'action en 2007

Le résultat est défini comme l'acquisition de compétences psychosociales par les bénéficiaires de l'action. L'indicateur permet cette mesure.

En 2007, 13 porteurs d'actions sur 14 ont proposé des indicateurs de résultat.

Les indicateurs les plus usuellement proposés sont par exemple :

- mesure de l'impact sur l'amélioration des compétences psychosociales, envies, besoins, bénéfices, émotions ;
- perception des jeunes de la capacité à faire des choix ;
- modification des comportements.

Objectif

14

Développer l'évaluation globale du vieillissement (en y intégrant une dimension de prévention primaire et secondaire) et l'étendre aux populations vulnérables vieillissantes

Contexte

La population francilienne, comme la population française, va connaître un léger accroissement de son effectif total d'ici 2030 - avec un fort vieillissement de sa population du fait de l'arrivée à des âges élevés de la génération du baby-boom et de l'allongement de l'espérance de vie.

Les perspectives des personnes qui arrivent aujourd'hui à la retraite, âgées en moyenne de 57 ans¹, sont totalement différentes de ce qu'elles étaient il y a quelques décennies. Les vingt ou vingt-cinq années qu'elles ont désormais devant elles leur permettent d'envisager la pratique d'activités de plus en plus nombreuses et variées. Dans ce contexte, l'un des objectifs de la prévention est de permettre à un nombre grandissant de ces personnes de bien vieillir.

«Bien vieillir en France» fait l'objet depuis 2003 d'un programme national visant en particulier la promotion de la santé et du bien-être par la pratique régulière d'une activité physique et sportive associée à une alimentation équilibrée (en lien avec le Programme national nutrition santé). En effet, sédentarité et mauvaise alimentation sont reconnues comme ayant des effets néfastes sur la santé (pouvant entraîner des chutes accidentelles par exemple) et constituent des déterminants majeurs des principales maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, hypertension artérielle et certains types de cancers), lesquelles sont une cause de plus en plus importante d'incapacités et de décès prématurés. Le programme national met l'accent sur la nécessité de stratégies d'action différenciées selon l'âge - car «les paramètres du vieillissement montrent que les besoins et les problèmes sont différents à 55-69 ans, 70-79 ans et 80 ans ou plus³» - et d'expérimentations ciblées pour les populations défavorisées vieillissantes, comme les migrants ou les sans-domicile-fixe.

Faits marquants en Ile-de-France

- > Peu de données de routine sur la santé des populations vulnérables âgées.
- > Aucune pratique d'activités physiques modérées pour près d'un quart des Franciliens de 55-69 ans.
- > Un Francilien sur quatre de 55-75 ans a chuté au moins une fois au cours de l'année. Parmi eux, 16% déclarent des limitations d'activité ou de déplacement par peur de retomber.

Les populations cibles

En 2006, un Francilien sur cinq a au moins 55 ans, en 2010 ce sera un sur quatre.

En 2006, 2 638 000 Franciliens sont âgés de 55 ans ou plus - effectif en augmentation de 15,6% par rapport à l'année 2000 (+15,3% en France métropolitaine). Parmi eux, 1 590 000 ont entre 55 et 69 ans, et 401 000 au moins 80 ans.

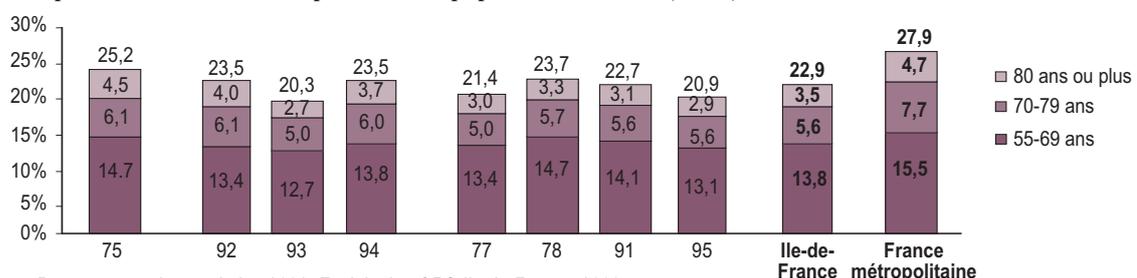
L'Ile-de-France reste néanmoins une région jeune : 22,9% de sa population a 55 ans ou plus, contre 27,9% en moyenne en métropole. Mais les disparités internes perdurent, entre un centre francilien âgé et une périphérie plus jeune (fig.1). Ainsi, la part des 55 ans ou plus varie de 25,2% à Paris à 20,3% en Seine-Saint-Denis.

Avec 160 000 personnes supplémentaires en 2010 (+6,0% par rapport à 2006), c'est un Francilien sur quatre (24%) qui sera âgé d'au moins 55 ans. Cette augmentation sera consécutive à la hausse de la part des 55-69 ans et de celle des 80 ans ou plus dans la population totale (respectivement 14,5% et 4,1% versus 13,8% et 3,5% en 2006), alors que celle des 70-79 ans restera stable³.

Les personnes retraitées

Fin 2006, l'Ile-de-France compte près de 1,58 million de personnes retraitées du régime général⁴, lequel représentait 91% de la population francilienne protégée en 2000⁵.

fig.1 Part des personnes de 55 ans ou plus dans la population en 2006 (en %)



Source : Insee - Recensement de population 2006. Exploitation ORS Ile-de-France, 2009.

Les personnes vulnérables vieillissantes

Selon plusieurs enquêtes^{6, 7, 8}, les personnes immigrées, handicapées et les allocataires des minima sociaux semblent souffrir plus fréquemment que la population générale de certains problèmes de santé (sida, tuberculose et diabète pour les immigrés, problèmes bucco-dentaires, troubles sensoriels et cancers pour les personnes handicapées, problèmes de santé chronique et restrictions d'activité pour les allocataires des minima sociaux) à âge et sexe comparables. De même, l'isolement est une caractéristique souvent retrouvée chez les personnes handicapées et les allocataires des minima sociaux, ainsi que chez les immigrés lorsqu'ils sont âgés.

- Forte progression des personnes vieillissantes dans la population immigrée

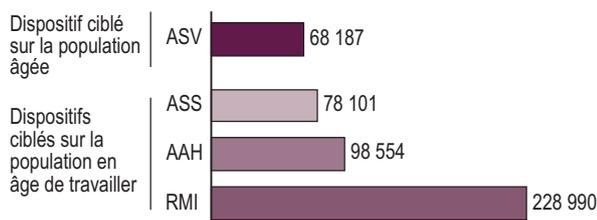
En 2006, plus de 1,9 million de personnes immigrées⁹ résident en Ile-de-France, soit 38,7% de celles recensées en métropole. Les deux tiers vivent à Paris ou en proche couronne, 490 000 ont au moins 55 ans¹⁰. L'effectif des 55 ans ou plus est en augmentation de 24% par rapport à 1999 (+12,1% en population générale francilienne). Le vieillissement de la population immigrée devrait se poursuivre : à Paris, le nombre d'immigrés de 60 ans ou plus devrait s'accroître de 45% entre 1999 et 2017 (1990-1999 : +7%, 1999-2008 : +17%, 2008-2017 : +16%)⁶.

- Peu de données sur les personnes handicapées vieillissantes

Comme le reste de la population française, les personnes handicapées connaissent aujourd'hui une augmentation marquée de leur espérance de vie, qui leur fait désormais traverser, en grand nombre, des âges que peu d'entre eux atteignaient auparavant. Comme en population générale, ce vieillissement peut être affecté par de (nouvelles) déficiences, à l'origine «d'incapacité ajoutée à l'incapacité originelle», contribuant à vulnérabiliser encore davantage des personnes déjà fragilisées⁷.

Un rapport¹¹ ministériel de 2006 pointe les difficultés pour estimer l'effectif représenté par les populations handicapées vieillissantes en l'absence de critères pertinents. Il n'existe pas d'estimation régionale. A partir des données de routine disponibles, une approche possible (mais non exhaustive) consiste à considérer les personnes ayant obtenu une reconnaissance administrative de leur handicap via l'allocation aux adultes handicapés (AAH) - seul minimum social en lien direct avec les problèmes d'état de santé (fig.2).

fig.2 Les allocataires des principaux minima sociaux en Ile-de-France au 31 décembre 2006



Sources : Cnaf et CCMSA - RMI et AAH ; Unedic - ASS. Exploitation Fnors - Score-Santé. CnavTS, MSA, SASV, CNRACL, FSPOEIE, Organic, Cancava, SNCF, CANSSM, Cavimac - ASV¹⁷.

- Les allocataires des minima sociaux¹² : une approche partielle de la pauvreté des personnes vieillissantes

«Le nombre d'allocataires des minima sociaux ne constitue pas directement un indicateur de mesure de la pauvreté [...], (notamment parce qu'elles [les personnes pauvres] peuvent ne pas recourir à ces dispositifs ou qu'elles ne remplissent pas les conditions d'âge et de résidence pour y accéder), mais [reflète] des populations dont les niveaux de vie figurent parmi les plus faibles»¹³. En 2006, 473 832 Franciliens bénéficient d'un des quatre principaux minima sociaux (fig.2) que sont le revenu minimum d'insertion-RMI, l'allocation aux adultes handicapés-AAH, l'allocation de solidarité spécifique-ASS ou l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse-ASV.

Parmi les 228 990 Franciliens RMISTes, 24,5% ont au moins 50 ans en 2006¹⁴. Cette information n'est pas disponible pour l'AAH et l'ASS.

Au niveau national, les 45-59 ans représentent quatre bénéficiaires sur dix de l'AAH en 2006¹⁵, soit un bénéficiaire de plus qu'en 1998, augmentation en lien avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du baby-boom et la progression de la proportion d'allocataires dans cette tranche d'âge de la population.

Les allocataires de l'ASS sont le plus souvent des chômeurs de longue, voire de très longue durée. En 2005, une majorité d'entre eux (53%) est âgée de plus de 50 ans¹⁶.

Quant aux bénéficiaires de l'ASV - dispositif ciblé sur les personnes âgées -, ils ont tous au moins 60 ans. Parmi les allocataires franciliens, 43 800, soit 64% (68% en France), sont «isolés» (célibataires, veufs ou divorcés) en 2006¹⁷.

En terme de répartition géographique, l'Ile-de-France est une région très contrastée avec, d'une part, la Seine-Saint-Denis où la proportion d'allocataires de minima sociaux dans la population âgée de 20 ans ou plus est particulièrement élevée (11% en 2005) - comparable à celle des départements où cette proportion est la plus élevée de France métropolitaine (entre 9% et 14% dans les départements du bassin méditerranéen et ceux du nord) - et, d'autre part, les Yvelines où la proportion d'allocataires de minima sociaux est la plus faible de France (moins de 4% versus 7% en moyenne métropolitaine). Ces disparités départementales sont fortement liées à celles du chômage¹³.

- Des inégalités sociales de santé caractérisent aussi les personnes vieillissantes

Selon l'enquête nationale HID 1998-1999, «les difficultés que rencontrent certaines personnes de 55 ans ou plus à accomplir les activités courantes de soins personnels ne touchent pas également les différentes professions et milieux sociaux : à âge égal, le risque de rencontrer des restrictions sévères face à ces activités est deux à trois fois plus élevé pour les ouvriers que pour les cadres»¹⁸. Ces disparités sont liées à des différences de prévalence de problèmes fonctionnels divers, mais aussi à des différences dans les ressources mobilisées pour y faire face.

Or, bien que la région francilienne soit caractérisée par une surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures, dans près de 13% des ménages franciliens, la personne de référence relève de la catégorie socio-professionnelle ouvrière¹⁹.

Activité physique et alimentation : deux déterminants du «bien vieillir»

77% des Franciliens de 55-69 ans pratiquent une activité physique modérée

A tous âges et quel que soit le sexe²⁰, la pratique d'activités physiques intenses est rapportée par moins de Franciliens que la pratique d'activités physiques modérées (cf. fig.5, objectif 24). Parmi les 55-69 ans - première tranche d'âge définie par le programme national «Bien vieillir» -, l'activité physique intense concerne ainsi 45% des Franciliens et l'activité physique modérée 77% d'entre eux.

L'évolution avec l'âge²⁰ de la pratique d'activités physiques est caractérisée par une relative stabilité en

population francilienne adulte, et ce quelle qu'en soit l'intensité.

Ces mêmes constats se retrouvent au niveau national.

90% des Franciliens de 55 ans ou plus consomment des fruits ou des légumes verts «tous les jours ou presque».

En Ile-de-France, la consommation quasi quotidienne de fruits ou de légumes verts augmente régulièrement avec l'âge (cf. fig.4, objectif 24) : elle concerne 90% des Franciliens de 55 ans ou plus versus 74% des 18-54 ans, et se caractérise par une prédominance des femmes à tous âges²¹.

Maladies et situation à risque de dépendance, accessibles à la prévention

Près de 92 000 Franciliens admis en ALD pour un diabète de type II ou une pathologie cardio-vasculaire en 2006

Le diabète de type II et les maladies cardio-vasculaires sont des pathologies dont les liens avec certains déterminants de santé comme la nutrition (associant les dimensions alimentation et activité physique) sont désormais clairement établis. Ce sont des maladies de longue durée qui peuvent s'accompagner de limitations fonctionnelles à l'origine de restrictions d'activité.

En 2006, 196 268 Franciliens ont obtenu l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD). Près des deux tiers (64%) ont moins de 70 ans. Si les affections psychiatriques de longue durée prédominent chez les jeunes adultes, ce sont les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs malignes qui constituent les deux principaux motifs d'admission en ALD à partir de 40-50 ans.

A l'origine de 65 214 admissions en ALD en 2006, les maladies cardio-vasculaires représentent, selon la pathologie considérée, entre 63,6 (accident vasculaire cérébral invalidant) et 276,4 (hypertension artérielle sévère) admissions pour 100 000 personnes. Avec 26 756 admissions en 2006, le taux d'incidence du diabète de type II s'établit à 274,3 cas pour 100 000 (résultats détaillés par classe d'âge sur la fig.3).

Ces taux standardisés sont supérieurs aux taux

nationaux pour l'accident vasculaire cérébral invalidant et l'hypertension artérielle sévère.

En 2005, un Francilien sur quatre de 55-75 ans a chuté au cours de l'année.

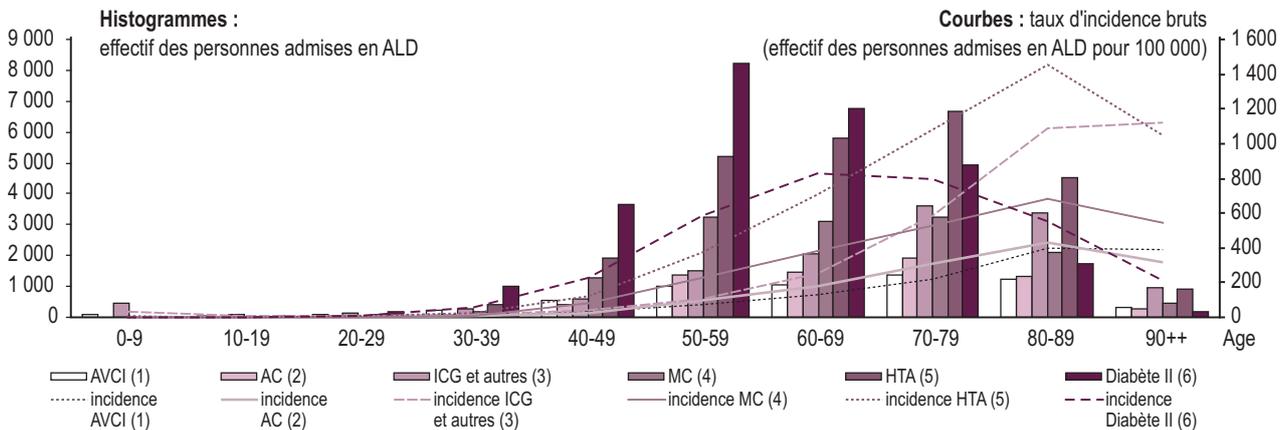
Dans le Baromètre santé 2005 de l'Inpes²⁰, 24,8% des Franciliens âgés de 55 à 75 ans ont répondu positivement à la question «Au cours des douze derniers mois, vous est-il arrivé de tomber ?» - davantage les femmes que les hommes (respectivement 28,8% et 20,4%).

La chute peut être à l'origine d'une «peur de retomber», avec des conséquences en terme de limitations dans les activités quotidiennes ou les déplacements rapportées par un «chuteur» sur six âgé de 55-75 ans en Ile-de-France en 2005.

Au niveau national, la proportion de «chuteurs» est comparable avec le niveau francilien, tout comme la proportion de «chuteurs» déclarant des limitations d'activité ou de déplacement par peur de retomber, proportion caractérisée en outre par une augmentation avec l'âge pour les femmes²⁰.

Les chutes peuvent s'accompagner d'un traumatisme physique grave : ainsi, selon les données du PMSI, les fractures du col du fémur (diagnostic principal) ont donné lieu à 4 000 séjours hospitaliers de Franciliens

fig.3 Les admissions en affections de longue durée pour diabète et maladies cardio-vasculaires en Ile-de-France en 2006



(1) Accident vasculaire cérébral invalidant ; (2) Artériopathie chronique ; (3) Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves et cardiopathies ; (4) Maladie coronaire ; (5) Hypertension artérielle sévère ; (6) Diabète non insulino-dépendant (type II)

Sources : Régime général, MSA, RSI. Exploitation Urcam et ORS Ile-de-France, 2007.