

La santé observée en Seine-Saint-Denis

Dès sa conception, en 2003, le tableau de bord de la santé en Seine-Saint-Denis a été pensé comme un document pouvant être partiellement mis à jour, selon les besoins et les calendriers de publication des données sanitaires et sociales.

Cette cinquième mise à jour comprend 20 fiches.

Ces fiches peuvent être insérées dans le classeur "la santé observée en Seine-Saint-Denis", publié en 2005.

Réalisation du projet :

Valérie Féron, chargée d'études, responsable du projet à l'ORS Île-de-France

Maylis Telle-Lamberton, chargée d'études à l'ORS Île-de-France

Adrien Saunal, géomaticien à l'ORS Île-de-France

Myriam Dalbarade, chargée d'études à l'ORS Île-de-France

Sous la direction du Dr Nathalie Sénécal, directrice de l'ORS Île-de-France

Suivi du projet pour le Conseil Général :

Dr Michèle Vincenti - Chef du Bureau de Santé Publique (BSP) - Service de Prévention et des Actions Sanitaires (SPAS), DPAS

Dr Guillaume Le Mab - Responsable Veille Sanitaire - SPAS / BSP

Hédia Aït-Kaci - Chargée de projet veille hôpitaux - SPAS / BSP

De nombreux professionnels ont été sollicités afin de valider et enrichir les résultats :

Dr Anne Bianchi, Médecin responsable du Laboratoire départemental, Conseil général de Seine-Saint-Denis

Dr Nathalie Catajar, Médecin directeur du Comité départemental des cancers de Seine-Saint-Denis, CDC 93

Mme Emilie Counil, Directrice du Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle, GISCOPE 93

Mme Anne Festa, Directrice du Réseau oncologie 93

Dr Judith Gendreau, Interne de santé publique, Service de prévention et des actions sanitaires du Conseil général de Seine-Saint-Denis, SPAS

Dr Marie Goussef, Service des maladies infectieuses et tropicales, hôpital Avicenne, Bobigny

Dr Marie-Aude Khuong-Josses, Praticien hospitalier, chef du Service de maladies infectieuses et tropicales, Centre hospitalier de Saint-Denis

Dr François Lassau, Médecin consultant au SPAS

Dr Emmanuelle Piet, Médecin responsable de la Planification familiale, service de Protection maternelle et infantile, Conseil général de Seine-Saint-Denis

Dr Axelle Romby, Médecin de santé publique, Service communal d'hygiène et de santé, ville d'Aubervilliers

Dr Eric Vandemeulebroucke, Médecin consultant, SPAS

Pr Laurent Zelek, PUPH cancérologue, Service d'oncologie de l'hôpital Avicenne

Sommaire:

6 - Pauvreté - précarité (2 fiches)

6.1 Pauvreté, précarité

6.3 Accès aux soins

7 - Pathologies (18 fiches)

7.1.1 Les affections longues durées

7.1.2 Diagnostics d'hospitalisation

7.1.3 Causes médicales de décès

7.2 La mortalité prématurée

7.3.1 Les cardiopathies ischémiques

7.3.2 Les maladies vasculaires cérébrales

7.4 Ensemble des cancers

7.4.1 Cancer du poumon

7.4.2 Cancer colorectal

7.4.3 Cancer du sein

7.4.4 Cancer de l'utérus

7.4.5 Cancer de la prostate

7.5.1 Infection à VIH-Sida

7.5.2 IST non VIH

7.6 Tuberculose

7.7 Maladies de l'appareil respiratoire

7.7.1 Asthme

7.8 Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Observatoire régional de santé Île-de-France

43 rue Beaubourg 75003 Paris

Tél : 01 77 49 78 60

e-mail : ors-idf@ors-idf.org

Site internet : www.ors-idf.org

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

Photo de couverture :

Source IGN, Insee, IAU ÎDF, OpenStreetmap. Copyright@IAU îdf, OpenStreetMap

Estimation de la population sur les zones d'habitat du MOS (mode d'occupation des sols) en 2009

Densité au sol de la population des ménages (hab/ha)

■ 400 ou plus ■ 100 - 199 ■ Moins de 50
■ 200 - 399 ■ 50 - 99

ISBN : 978-2-7371-1825-8

La santé observée en Seine-Saint-Denis – Edition 2013

Sommaire

	Année de mise à jour
1 – Constat d'ensemble	
Fiche 1.1. Contexte géographique et économique	2012
Fiche 1.2. La population	2012
Fiche 1.3. Espérance de vie et mortalité	2012
Fiche 1.4. L'activité et l'emploi	2012
2 – Offre et consommation de soins	
Fiche 2.1. Les équipements hospitaliers	2012
Fiche 2.2. Les médecins	2012
Fiche 2.2.1 Omnipraticiens libéraux	2012
Fiche 2.2.2 Médecins spécialistes	2012
Fiche 2.3.1 Chirurgiens dentistes (ex 2.3)	2012
Fiche 2.3.2 Sages Femmes (ex 2.3)	2012
Fiche 2.3.3 Infirmiers (ex 2.3)	2012
Fiche 2.3.4 Professionnels de la rééducation et de la réadaptation (ex 2.3)	2012
Fiche 2.3.5 Pharmaciens et biologistes	2012
Fiche 2.4. Recours aux soins urgents et non programmés	2010
Fiche 2.5. L'offre de soins en psychiatrie	2010
Fiche 2.6. Les structures de soins et de prévention non hospitalière	2012
Fiche 2.7. La consommation de soins	2012
3 - Femme et enfant	
Autour de la conception	
Fiche 3.1.1 Natalité-Fécondité	2011
Fiche 3.1.2 Grossesse et accouchement	2011
Fiche 3.1.3 Contraception et IVG	2011
Santé de l'enfant	
Fiche 3.2.1 La santé des enfants de moins d'un an	2011
Fiche 3.2.2 La santé des enfants d'un an à 14 ans	2011
Fiche 3.3. Le mode de vie de l'enfant	2012
Fiche 3.4. L'offre de soins pour la mère et l'enfant	2012
4 - Personnes âgées	
Fiche 4.1. La population âgée	2011
Fiche 4.2 Structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées	2011
Fiche 4.3 Aide à l'autonomie des personnes âgées	2011
5 - Personnes handicapées	
Fiche 5.1. Les enfants handicapés	2010
Fiche 5.2. Les adultes handicapés	2010
6 - Pauvreté-précarité	
Fiche 6.1. Pauvreté, précarité	2013
Fiche 6.2. Accès au logement	2012
Fiche 6.3. Accès aux soins	2013
7 – Pathologies	
Vue d'ensemble des pathologies	
Fiche 7.1.1. Les affections de longue durée	2013
Fiche 7.1.2. Diagnostics d'hospitalisation	2013
Fiche 7.1.3. Causes médicales de décès	2013
Fiche 7.2 La mortalité prématurée	2013

Les affections cardiovasculaires	
Fiche 7.3.1. Cardiopathies ischémiques	2013
Fiche 7.3.2. Maladies vasculaires cérébrales	2013
Les cancers	
Fiche 7.4.0. Ensemble des cancers	2013
Fiche 7.4.1. Cancer du poumon	2013
Fiche 7.4.2. Cancer colorectal	2013
Fiche 7.4.3. Cancer du sein	2013
Fiche 7.4.4. Cancers de l'utérus	2013
Fiche 7.4.5. Cancer de la prostate	2013
Maladies infectieuses	
Fiche 7.5.1. Infection à VIH/sida	2013
Fiche 7.5.2. Les infections sexuellement transmissibles (hors VIH)	2013
Fiche 7.6. Tuberculose	2013
Maladies de l'appareil respiratoire	
Fiche 7.7.0. Maladies de l'appareil respiratoire	2013
Fiche 7.7.1. Asthme	2013
Fiche 7.8. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées	2013
8 – Facteurs de risque	
Fiche 8.1. L'alcool et ses conséquences sur la santé	2011
Fiche 8.2. Le tabac et ses conséquences sur la santé	2011
Fiche 8.3. La toxicomanie	2011
Les accidents	
Fiche 8.4.1. Les accidents de la vie courante	2011
Fiche 8.4.2. Les accidents de la circulation	2011
Fiche 8.5. Les suicides	2011
Fiche 8.6. Les maladies professionnelles	2011
9 – Santé – environnement	
Fiche 9.1. L'eau et la santé	2008
Fiche 9.2. L'air et la santé	2008
Fiche 9.3. L'habitat et l'aménagement	2012
Fiche 9.4. Les transports et déplacements	2012
Fiche 9.5. La pollution des sols	2008
Fiche 9.6. Les déchets	2008

Contexte national

La France conjugue quatre niveaux d'administration territoriale : Etat, région (22 régions en métropole et 5 en outre-mer), département (96 départements en métropole et 5 en outre-mer), commune (36 682 communes dont 36 570 en métropole).

La loi de décentralisation du 2 mars 1982 et les textes qui l'ont complétée ont donné davantage d'autonomie aux collectivités territoriales (régions, départements, communes). Ces dernières ont acquis une autonomie de décision plus large, les nouveaux textes ayant opéré un partage des compétences et des responsabilités administratives et budgétaires entre le pouvoir central et les pouvoirs locaux.

En 2004, le "second acte" de la décentralisation accorde davantage d'autonomie financière aux collectivités et organise le transfert de nouvelles compétences (les départements se voient notamment attribuer l'ensemble des prestations d'aide sociale). La réforme en cours des collectivités territoriales (loi de réforme de décembre 2010) vise à réduire l'enchevêtrement des compétences et la concurrence entre institutions en regroupant les collectivités territoriales autour de deux pôles : un pôle départements-région et un pôle communes-intercommunalité. Une partie de la réforme est cependant remise en cause depuis 2012 par le gouvernement Ayrault. La nouvelle catégorie d'élu local créée, le conseiller territorial, remplaçant à la fois le conseiller général et le conseiller régional, fait l'objet d'une proposition de loi d'abrogation. La répartition des compétences entre régions et départements, qui doit s'appliquer à partir du 1er janvier 2015 fait l'objet d'une nouvelle loi de « décentralisation et réforme de l'action publique ». Par ailleurs, les nombreuses communes qui maillent le territoire français (plus de 86% des 36 600 communes françaises recensent moins de 2 000 habitants en 2008) sont encouragées à se regrouper au sein de structures intercommunales [1].

La part de la population urbaine est croissante : entre 1999 et 2010, la surface du territoire urbain s'est accrue de 19%, passant de 100 000 à 119 000 km². Les villes occupent désormais 22 % du territoire et abritent 47,9 millions d'habitants, soit 77,5% de la population métropolitaine. De nouvelles petites unités urbaines sont apparues, et le périmètre de certaines grandes unités urbaines s'est agrandi : 10,3 millions de personnes habitent aujourd'hui dans l'agglomération parisienne et plus de 1,5 million dans celles de Marseille et de Lyon. L'urbanisation progresse surtout le long des littoraux atlantique et méditerranéen, mais aussi dans les régions alpines. La croissance démographique est particulièrement marquée à la campagne et dans les petites unités urbaines [2].

Selon le recensement de la population de 2008, la France métropolitaine compte 29 millions d'actifs âgés de 15 ans à 64 ans. Les actifs qui ont déjà travaillé sont au nombre de 28,7 millions et se répartissent en six groupes de catégories socioprofessionnelles. Les employés constituent le groupe social le plus important avec 29 % des actifs. Les ouvriers et les professions intermédiaires suivent avec un peu moins d'un quart des actifs (24,1% pour les ouvriers et 24,3% pour les professions intermédiaires). Les cadres et professions intellectuelles supérieures regroupent 15,0% de la population active. Les artisans, commerçants et chefs d'entreprise forment un groupe plus restreint (5,6% de la population active). Les agriculteurs exploitants représentent un peu moins de 2% de la population active [3]. On observe des variations régionales dans la répartition de ces catégories sociales. Le groupe des cadres et professions intellectuelles supérieures, par exemple, est nettement surreprésenté en Île-de-France puisque 36% des actifs de cette catégorie habitent la région capitale. Le taux d'activité de la population en âge de travailler (71,5%) a peu progressé depuis 1999. L'Île-de-France, les Pays de la Loire, le Centre, et Rhône-Alpes ont les taux d'activité les plus élevés, supérieurs à 73%. Dans les régions Nord-Pas-de-Calais, Corse, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur, ces taux sont inférieurs à 70% [4].

En moyenne, sur le deuxième trimestre 2011, le taux de chômage au sens du Bureau international du travail* (BIT) s'établit à 9,6% de la population active en France (y compris Dom). Pour la France métropolitaine, le taux de chômage s'établit à 9,1%, soit 2,6 millions de personnes. Plus généralement, en France métropolitaine, 3,3 millions de personnes ne travaillent pas mais souhaitent travailler, qu'elles soient ou non disponibles dans les deux semaines pour travailler et qu'elles recherchent ou non un emploi [5].

En 2008, selon l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS), le niveau de vie médian des personnes vivant dans un ménage métropolitain s'élève à 19 000 euros par an, soit 1 580 € par mois. (revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation** de celui-ci). Ce revenu médian est de 18 505 € en province et de 21 373 € en Île-de-France. En 2008, les 10% des personnes les plus modestes de la population ont un niveau de vie inférieur à 10 520 € annuels. Le niveau de vie annuel des 10 % des personnes les plus aisées est supérieur à 35 550 € [6, 7].

* Un chômeur au sens du Bureau international du travail (BIT) est une personne en âge de travailler (c'est-à-dire ayant 15 ans ou plus) qui n'a pas travaillé, ne serait-ce qu'une heure, au cours de la semaine donnée, est disponible pour travailler dans les deux semaines et a entrepris des démarches actives de recherche d'emploi dans le mois précédent (ou a trouvé un emploi qui commence dans les trois mois).

** Les unités de consommation (UC) sont calculées de façon à tenir compte des économies d'échelle liées à la vie en commun. On compte 1 UC pour le premier adulte du ménage puis 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus et enfin 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Repères bibliographiques et sources

1. Site internet du Ministère de l'intérieur : <http://www.interieur.gouv.fr/sections/reforme-collectivites>
2. Le découpage en unités urbaines de 2010, François Clanché et Odile Rascol, département de la Démographie, Insee, Insee Première, N° 1364 - Août 2011
3. Des spécificités socioprofessionnelles régionales, Marceline Bodier, Cédric Nouël de Buzonnière, Joëlle Vidalenc, division Emploi, Insee, Insee Première, N° 1317 - Octobre 2010
4. Recensement général de la population, site internet de l'Insee : Institut national de la statistique et des études économiques : www.insee.fr
5. Insee conjoncture N°211, septembre 2011
6. Les niveaux de vie en 2008, Philippe Lombardo et Jérôme Pujol division Revenus et patrimoine des ménages, Insee Première N°1 311, septembre 2010
7. Mariette Sagot, IAU Ile-de-France, Note rapide N° 550 juin 2011

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Le département est fortement urbanisé avec une densité de population de 6 472 habitants au kilomètre carré (21 400 à Paris, 8 935 dans les Hauts-de-Seine, 5 415 dans le Val-de-Marne, 982 en Île-de-France et 119 en France métropolitaine).
- > Il y a une faible proportion de cadres résidant dans le département en comparaison des autres départements franciliens.
- > Près de 12% de la population active est au chômage en 2011 (8,1% en Île-de-France et 9,1% en France métropolitaine).
- > Les habitants de Seine-Saint-Denis sont parmi les moins aisés de France et la proportion personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté y est élevée.

Le département de Seine-Saint-Denis recense 1,5 million d'habitants sur une superficie de 236 km². Sa densité de population (6 472 habitants au km²) est largement supérieure à la moyenne régionale (982 habitants au km²) et plus encore à la moyenne nationale (119 habitants au km²). Le département, bien que ce ne soit pas le département ayant la plus forte densité en petite couronne, rassemble 13% de la population régionale sur 2% du territoire. Au cours des dix dernières années, la population de la Seine-Saint-Denis a augmenté de près de 1% par an, ce taux de croissance est un des plus élevés de la région après celui de la Seine-et-Marne.

La Seine-Saint-Denis compte 40 communes. Comme les deux autres départements de la proche couronne (Hauts-de-Seine et Val-de-Marne), le département fait partie de l'agglomération parisienne.

En 2009, onze communes sont peuplées de plus de 50 000 habitants dont deux (Montreuil et Saint-Denis) de plus de 100 000 habitants. Seulement quatre communes de Seine-Saint-Denis comptent moins de 10 000 habitants dont une seule (Coubron) moins de 5 000 habitants.

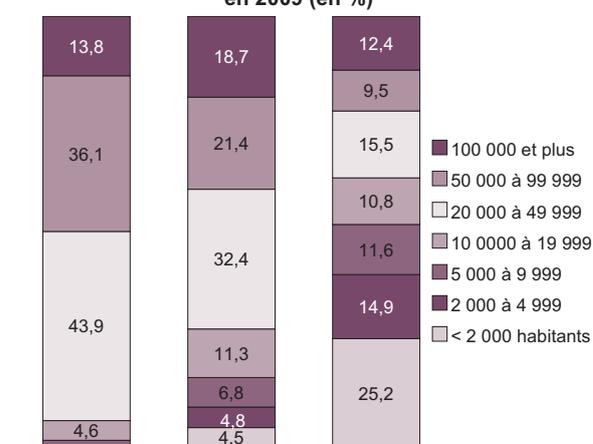
On recense 738 546 actifs âgés de 15 à 64 ans en Seine-Saint-Denis en 2009 dont 613 000 ayant un emploi. La répartition selon la catégorie socio-professionnelle (CSP) montre une sous-représentation des cadres dans le département notamment si l'on se réfère à l'Île-de-France. A noter que la répartition des emplois localisés en Seine-Saint-Denis diffère sensiblement de la répartition des actifs de ce département : la Seine-Saint-Denis offre de nombreux emplois de cadres mais ceux-ci ne sont pas occupés par des Séquano-Dionysiens.

Répartition de la population de Seine-Saint-Denis selon la taille de la commune en 2009 (en %)

Taille commune	Nombre	Population	%
100 000 et plus	2	208 941	13,8
50 000 à 99 999	9	547 814	36,1
20 000 à 49 999	20	665 305	43,9
10 000 à 19 999	5	69 541	4,6
5 000 à 9 999	3	19 677	1,3
2 000 à 4 999	1	4 705	0,3
< 2 000 habitants	0	0	0,0
Total	40	1 515 983	100,0

Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Répartition de la population selon la taille de la commune en 2009 (en %)



Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Evolution de la population entre 1999 et 2010 et densités de population

	Superficie (km ²)	Population 2010	Densité (hab./km ²) en 2010	Population 1999	Taux d'évolution annuel moyen 1999-2010 (%)
Paris	105	2 246 995	21 400	2 125 000	0,5
Hauts-de-Seine	176	1 572 519	8 935	1 429 000	0,9
Seine-Saint-Denis	236	1 527 401	6 472	1 383 000	0,9
Val-de-Marne	245	1 326 676	5 415	1 227 000	0,7
Seine-et-Marne	5 915	1 326 031	224	1 194 000	1,0
Yvelines	2 284	1 410 943	618	1 354 000	0,4
Essonne	1 804	1 212 748	672	1 134 000	0,6
Val-d'Oise	1 246	1 173 708	942	1 105 000	0,6
Île-de-France	12 012	11 797 021	982	10 952 000	0,7
France métro.	543 965	64 647 600	119	58 518 000	0,6

Source : Insee, RP 1999 et RP 2010 - Exploitation ORS Île-de-France

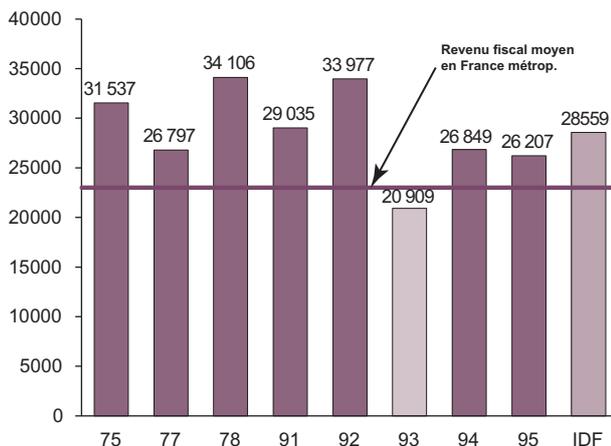
Au deuxième trimestre 2011, le chômage au sens du BIT* (définition voir contexte national) atteint 11,6% des actifs de Seine-Saint-Denis contre 8,1% en Île-de-France et 9,1% en France métropolitaine. Jusqu'au début des années 90, le taux de chômage était à peu près du même niveau en Seine-Saint-Denis et en France. Mais il a ensuite fortement progressé en Seine-Saint-Denis et se situe depuis à un niveau sensiblement supérieur à la moyenne nationale.

La Seine-Saint-Denis se distingue des départements franciliens par son faible revenu moyen annuel par foyer fiscal. Ainsi, alors que ce revenu atteignait 28 559 euros en Île-de-France et 23 004 en France en 2010, il n'est que de 20 909 euros en Seine-Saint-Denis.

Tous les départements franciliens sont classés parmi les dix départements français ayant le niveau de vie médian le plus élevé de France métropolitaine, sauf la Seine-Saint-Denis, qui se situe en dernière position pour la médiane.

Les habitants de Seine-Saint-Denis sont parmi les moins aisés de France, et la concentration de populations très pauvres y est plus forte qu'ailleurs.

Revenu moyen par foyer fiscal en 2010



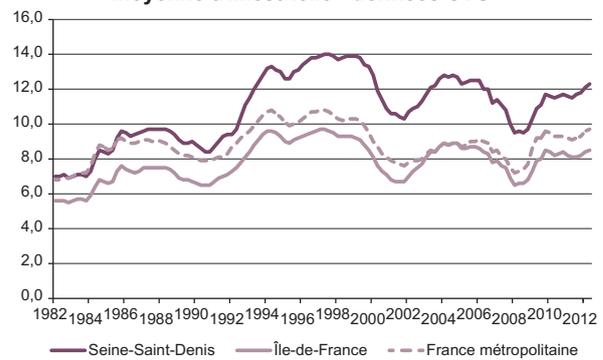
Source : DGI - Exploitation ORS Île-de-France

Population active de 15 à 64 ans selon la catégorie socioprofessionnelle en 2009

	Seine-Saint-Denis		IdF	F. métro.
	Nombre	%	%	%
Population active				
Ensemble	738 546	100,0	100,0	100,0
Agriculteurs, exploitants	114	0,0	0,1	1,9
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	32 868	4,8	4,6	6,0
Cadres et professions intermédiaires	261 939	38,6	54,5	41,4
Employés et ouvriers	426 192	56,6	40,8	50,7

Source : Insee RP 2009, exploitations complémentaires

Taux de chômage localisés de 1982 à juin 2012 (en %) moyenne trimestrielle - données CVS*



* données corrigées des variations saisonnières

Source : Insee

La population active au sens du recensement de la population rassemble les personnes qui déclarent exercer une profession (salariée ou non) même à temps partiel, exemple : aider un membre de la famille dans son travail (même sans rémunération), être apprenti, stagiaire rémunéré, être chômeur à la recherche d'un emploi ou être étudiant ou retraité mais occupant un emploi.

Le taux de chômage est le pourcentage de chômeurs dans la population active (actifs occupés + chômeurs).

On peut calculer un taux de chômage par âge en mettant en rapport les chômeurs d'une classe d'âge avec les actifs de cette classe d'âge.

Indice de Gini

L'indice (ou coefficient) de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités de niveaux de vie (de revenus, de salaires...). Il varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite où tous les niveaux de vie (les revenus, les salaires...) seraient égaux. A l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible, celle où tous les niveaux de vie (les revenus, les salaires...) sauf un seraient nuls. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé.

Niveau de vie en 2009 (en euros)

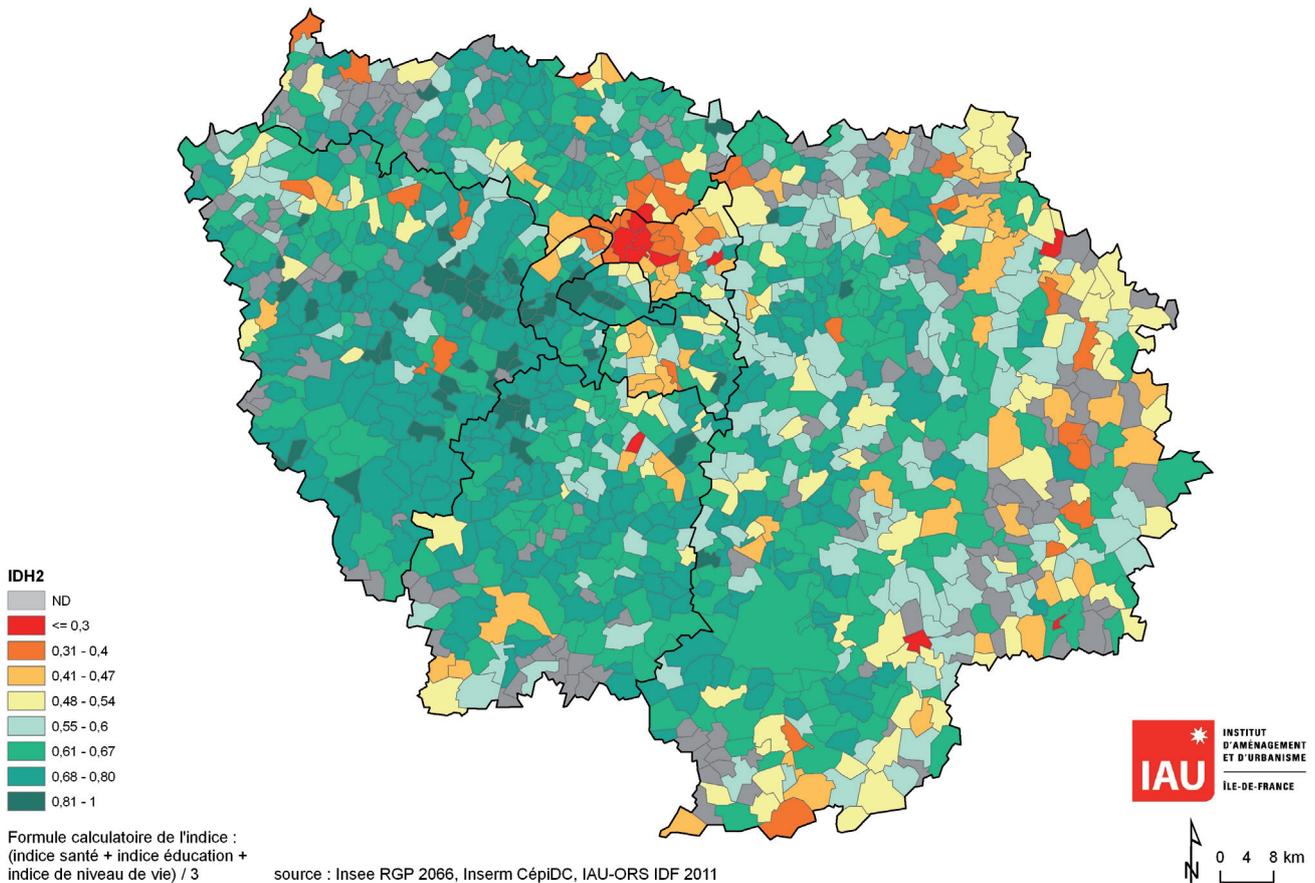
	Niveau de vie moyen	1 ^{er} décile D1	Médiane	rang en France*	9 ^{ème} décile D9	D9/D1**	Indice de Gini des niveaux de vie
Paris	32 329	9 969	24 246	1	57 684	5,8	0,41
Hauts-de-Seine	30 033	11 415	24 105	2	51 886	4,5	0,35
Seine-Saint-Denis	19 181	8 727	16 651	95	31 563	3,6	0,29
Val-de-Marne	24 387	10 512	20 728	7	40 606	3,9	0,31
Seine-et-Marne	23 500	11 638	20 956	6	36 473	3,1	0,26
Yvelines	28 241	12 474	23 942	3	46 236	3,7	0,31
Essonne	24 688	11 658	21 962	4	39 326	3,4	0,27
Val-d'Oise	22 798	10 457	20 177	9	36 569	3,5	0,28
Île-de-France	26 199	10 567	21 482		43 781	4,1	0,33
Province	21 450	10 380	18 650		33 868	3,3	0,28

* Rang parmi les 95 départements de France métropolitaine

** Rapport interdéciles (les déciles sont les neuf valeurs notées D1 à D9 qui partagent une distribution en dix groupes d'effectifs égaux)

Source : Insee, revenus disponibles localisés - Exploitation ORS Île-de-France

L'indicateur de développement humain (IDH-2) dans les communes d'Île-de-France en 2008



L'indicateur de développement humain (IDH) développé par l'Organisation des Nations Unies depuis 1990 retient trois dimensions considérées indispensables dans tout processus de développement : la capacité à bénéficier d'une vie longue et saine, la capacité d'accès aux connaissances et la capacité d'accéder à un niveau de vie décent. Ces trois indicateurs sont ensuite agrégés pour former un nombre sans unité, compris entre 0 (développement humain "nul") et 1 (développement maximal).

Un indicateur "alternatif", l'IDH-2, reprenant les trois dimensions de l'IDH mais avec des indicateurs mieux adaptés à la situation française a été développé à la fin des années 90.

L'IAU et l'ORS Île-de-France, dans le cadre de travaux coordonnés par la Mîpes, l'ont appliqué aux communes d'Île-de-France sur les données du recensement général de la population de 1999 et l'ont mis à jour en 2010 sur les données du recensement rénové de 2006.

L'IDH-2 a pour ambition de mesurer non seulement la richesse mais aussi une certaine forme de "bien être" et de développement en combinant indicateurs de revenus, de santé et d'éducation. Les résultats reflètent les disparités sociales inscrites dans le territoire tenant compte de ces trois dimensions.

Sources pour le calcul de l'IDH-2 :

Le niveau de vie est représenté par la valeur médiane des revenus fiscaux des ménages par unité de consommation (source Insee, DGI). Disponibilité : n-3, donnée non disponible pour les communes de moins de 50 ménages

La capacité d'accès à l'éducation et aux connaissances est mesurée par le pourcentage de la population de plus de quinze ans non scolarisée diplômée (Source : Insee). Disponibilité : n-3

La capacité à bénéficier d'une vie longue et saine est mesurée par l'espérance de vie à la naissance les deux sexes confondus (Source : Inserm-CépiDc, Insee). Disponibilité : n-3. Pour augmenter la puissance statistique, l'indicateur est calculé sur un regroupement de cinq années (n-7 à n-3). Non calculé dans les communes ayant enregistré moins de 20 décès sur la période.

Contexte national

Au 1^{er} janvier 2010, la population de la France est estimée à 64,7 millions d'habitants, 62,8 millions en métropole et 1,9 dans les DOM-TOM. Au cours de l'année 2009, la population de la France métropolitaine a augmenté de 346 000 personnes, soit + 0,5%. L'augmentation est légèrement inférieure à celle des années précédentes : + 0,7% en 2006 et + 0,6% en 2007 et 2008 [1].

La France, qui représente près de 13% de la population de l'Union européenne (500 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2010 dans 27 pays), se situe au deuxième rang après l'Allemagne (81,7 millions d'habitants) et juste devant le Royaume-Uni et l'Italie [2]. Depuis 1950, la population de France métropolitaine a augmenté de plus de 50%. Au cours de cette période, la France a connu en réalité plusieurs régimes démographiques distincts. Tout d'abord, une forte natalité (baby-boom) et un solde migratoire important jusqu'en 1973. Ensuite, une fécondité nettement plus basse et un solde migratoire beaucoup plus faible ont provoqué une réduction de moitié de la croissance démographique. Depuis le début des années 1990, la natalité qui augmente de nouveau et la mortalité qui poursuit sa baisse permettent un accroissement naturel (différence entre les naissances et les décès) soutenu. En 2009, le nombre de naissances vivantes (821 000) est supérieur de 275 000 au nombre de décès (546 000). La France est d'ailleurs, après l'Irlande, le pays d'Europe qui a le plus fort taux d'accroissement naturel alors que dans certains pays européens, les décès sont plus nombreux que les naissances. Les mouvements migratoires, avec un solde positif évalué à 71 000 en 2009, représentent le cinquième de l'augmentation de la population. Pour l'ensemble de l'Union européenne, les mouvements migratoires représentent, en revanche, 80% de la croissance démographique [2].

La principale source de connaissance sur l'évolution démographique de la France est le recensement général de la population conduit tous les 7 à 10 ans par l'Insee. Depuis janvier 2004, ce recensement est devenu annuel, les habitants n'étant pas tous recensés la même année et ceux des villes de plus de 10 000 habitants étant recensés sur échantillon. Les analyses révèlent de fortes disparités géographiques dans les évolutions démographiques récentes de la France métropolitaine. Les régions du sud-est et de l'ouest sont celles qui connaissent la plus forte croissance démographique. Les régions de la moitié sud demeurent les plus attractives alors que les régions Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais et Île-de-France sont les plus déficitaires sur le plan migratoire [3]. L'Île-de-France se caractérise à la fois par un fort déficit migratoire vis-à-vis des autres régions, en partie contrebalancé par les migrations internationales (la région accueille près d'un étranger sur deux s'installant en France) mais surtout par un excédent naturel important [4]. Les résultats du recensement permettent aussi de mieux appréhender les nouveaux équilibres qui s'instaurent entre ville et campagne : en 2006, 60,2% de la population de France métropolitaine vit dans un pôle urbain (dont 27,7% dans une "ville centre"), 21,8% vit dans un espace péri-urbain et 18% dans un espace à dominante rurale. Après une longue période de déclin, puis de stagnation, la population des espaces ruraux augmente désormais au même rythme (0,7% l'an) que l'ensemble de la population française [5].

En 2006, 8,6 millions d'habitants de France métropolitaine (14,3%) vivent seuls dans leur logement. Cette proportion était de 12,9% en 1999 et de 6,1% en 1962. Cette augmentation du nombre de personnes vivant seules a affecté toutes les classes d'âge. Les femmes, notamment les femmes âgées, sont les plus nombreuses à vivre seules. Les personnes seules vivent davantage que les autres dans les villes, en particulier les centre-villes. Mais habiter seul ne signifie pas forcément vivre sans compagnon : entre 20 et 30 ans, 2,5% des hommes et des femmes vivant seuls déclarent vivre en couple avec une personne n'habitant pas dans leur logement. Corollaire de ces évolutions socio-démographiques, le nombre de personnes par logement continue de décroître (2,3 en 2004) [6].

Environ 3,6 millions de personnes vivant en France (métropole et outre mer) sont de nationalité étrangère, représentant 5,8% de la population totale. Cette proportion est quasiment stable depuis 1999. En France métropolitaine, les nationalités les plus représentées sont les nationalités portugaises (490 000 personnes soit 0,8% de la population de France métropolitaine), algériennes (480 000 personnes) et marocaines (460 000 personnes) [7].

Repères bibliographiques et sources

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

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Entre 1999 et 2010, on observe une forte croissance de la population en Seine-Saint-Denis, avec une variation annuelle de +0,9 contre 0,6% en France métropolitaine.
- > La population du département est relativement jeune. En 2010, 22,3% de la population était âgée de moins de 15 ans, pour 19,6 % des Franciliens et 18,5 % de l'ensemble des résidents de France métropolitaine.
- > La fécondité y est dynamique.

En 2010, la population de Seine-Saint-Denis est de 1 527 401 habitants.

La croissance démographique de la Seine-Saint-Denis a été relativement faible entre les recensements de 1975 et 1999 en raison d'un déficit migratoire chronique que ne compensait pas le solde naturel pourtant élevé. Entre les recensements de 1999 et 2010, on observe une très forte reprise de la croissance démographique, qui résulte d'un solde naturel encore plus élevé conjugué à une réduction du déficit migratoire.

L'importance du solde naturel (excédent des naissances sur les décès), s'explique par une population jeune et un niveau de fécondité élevé.

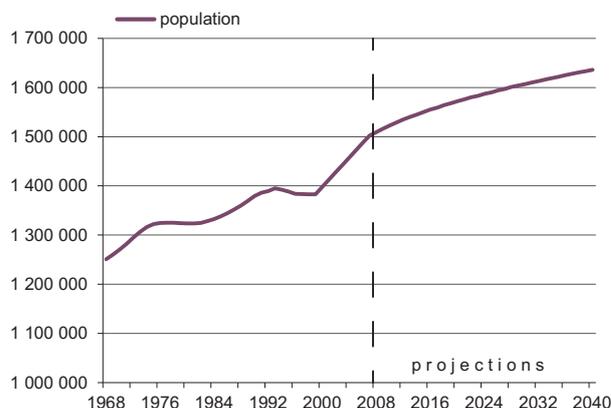
Selon le scénario central des projections "Omphale*" de l'Insee, la population de Seine-Saint-Denis devrait poursuivre sa croissance dans les trois prochaines décennies mais à un rythme moindre que celui observé depuis dix ans (+0,3% par an en moyenne contre +1% entre 1999 et 2010). Selon ce scénario, la population de Seine-Saint-Denis atteindrait 1,65 million d'habitants en 2040.

Evolution de la population de Seine-Saint-Denis

1975	1982	1990	1999	2010
1 322 127	1 324 301	1 381 197	1 382 861	1 527 401

Source : Insee RP

Evolution de la population de Seine-Saint-Denis de 1968 à 2008 et projections à l'horizon 2040



Source : Insee RP et projections "Omphale" 2010

***Omphale (outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves)** est une application qui comprend un modèle théorique de projection de la population, des bases de données démographiques, des techniques d'analyse démographique et des outils de construction de scénarios pour le futur.

Le solde naturel est la différence entre le nombre des naissances et le nombre des décès.

Le solde migratoire est la différence entre l'effectif des entrants et l'effectif des sortants.

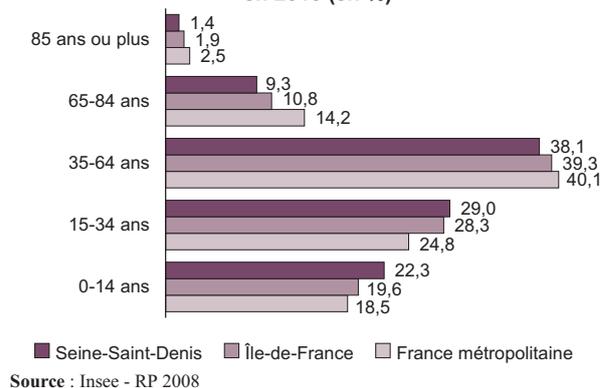
Evolution de la population entre 1975 et 2010

	1975 à 1982	1982 à 1990	1990 à 1999	1999 à 2010
Seine-Saint-Denis				
Variation annuelle moyenne de la population (en %)	+ 0,0	+ 0,5	+ 0,0	+ 0,9
- due au solde naturel (en %)	+ 0,9	+ 1,0	+ 1,0	+ 1,2
- due au solde migratoire (en %)	- 0,8	- 0,5	- 1,0	- 0,3
Île-de-France				
Variation annuelle moyenne de la population (en %)	+ 0,3	+ 0,7	+ 0,3	+ 0,7
France métropolitaine				
Variation annuelle moyenne de la population (en %)	+ 0,5	+ 0,5	+ 0,4	+ 0,6

Source : Insee, RP

La population de Seine-Saint-Denis est relativement jeune comparée à celle des autres départements franciliens (notamment Paris et les Hauts-de-Seine) ou à celle de la France. La Seine-Saint-Denis recense par exemple 22,3% de personnes âgées de moins de 15 ans en 2010 alors que l'Île-de-France et la France métropolitaine en recensent respectivement 19,6% et 18,5%. Les personnes âgées sont en revanche beaucoup moins représentées dans le département. Les 65 ans ou plus représentent moins de 10,7% de la population contre près de 16,7% en France métropolitaine. Les 85 ans ou plus, notamment, sont en proportion deux fois moins nombreux (1,4% de la population totale du département) qu'en France métropolitaine (2,5%).

Répartition de la population par grands groupes d'âges en 2010 (en %)



On recense 578 211 ménages en 2009 en Seine-Saint-Denis dont 179 245 (31%) sont composés d'une seule personne.

Le département se distingue surtout par une forte proportion de familles monoparentales et notamment de femmes seules avec enfant(s) : 58 772 femmes vivent seules avec un ou plusieurs enfants en Seine-Saint-Denis, elles représentent 10,2% des familles contre 8,6% en Île-de-France et 7,9% en France métropolitaine.

Les familles sans enfant sont peu nombreuses dans le département (35,8% contre 47,7% en France) alors que les familles composées de trois enfants ou plus sont surreprésentées.

En 2009, on recense 318 820 personnes de nationalité étrangère en Seine-Saint-Denis, représentant 21% de la population du département. La proportion d'étrangers est très supérieure à celle d'Île-de-France (12,5%) et à celle de la France métropolitaine (5,9%).

Les nationalités algériennes (17% du total), tunisiennes et portugaises sont les plus représentées en Seine-Saint-Denis. Les ressortissants de l'Union européenne représentent 21,7% des étrangers vivant en Seine-Saint-Denis, proportion inférieure à celle de l'Île-de-France (32%) et de la France métropolitaine (40,7%).

La structure par âge de la population étrangère vivant en Seine-Saint-Denis est assez proche de celle de la population française. La part des personnes âgées progresse : en 2009, près de 9% des étrangers sont âgés de 65 ans ou plus.

Un ménage, au sens du recensement de la population, désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut être constitué d'une seule personne. Il y a égalité entre le nombre de ménages et le nombre de résidences principales

Une famille est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée :

- soit d'un couple marié ou non, avec le cas échéant son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage ;
- soit d'un adulte avec son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage (famille monoparentale).

Pour qu'une personne soit enfant d'une famille, elle doit être célibataire et ne pas avoir de conjoint ou d'enfant faisant partie du même ménage. Un ménage peut comprendre zéro, une ou plusieurs familles.

Ménages selon la structure familiale en 2009

	Seine-St-Denis		ÎdF	F. métr.
	nombre	%	%	%
Ensemble	578 211	100,0	100,0	100,0
Ménages d'une personne	179 245	31,0	35,7	33,7
Autres ménages sans famille	51 461	8,9	6,7	5,1
Ménages avec famille dont la famille principale est :	347 505	60,1	57,6	61,2
- un couple sans enfant	101 765	17,6	20,6	26,2
- un couple avec enfant(s)	178 667	30,9	28,0	27,1
- une famille monoparentale	67 072	11,6	9,0	7,9

Source : Insee RP 2009, exploitations complémentaires

Familles selon le nombre d'enfants âgés de moins de 25 ans en 2009

	Seine-St-Denis		ÎdF	F. métr.
	nombre	%	%	%
Ensemble	384 009	100,0	100,0	100,0
Aucun enfant	137 421	35,8	41,0	47,7
1 enfant	101 254	26,4	24,9	22,5
2 enfants	84 511	22,0	22,2	20,2
3 enfants et plus	60 822	15,8	11,9	9,6

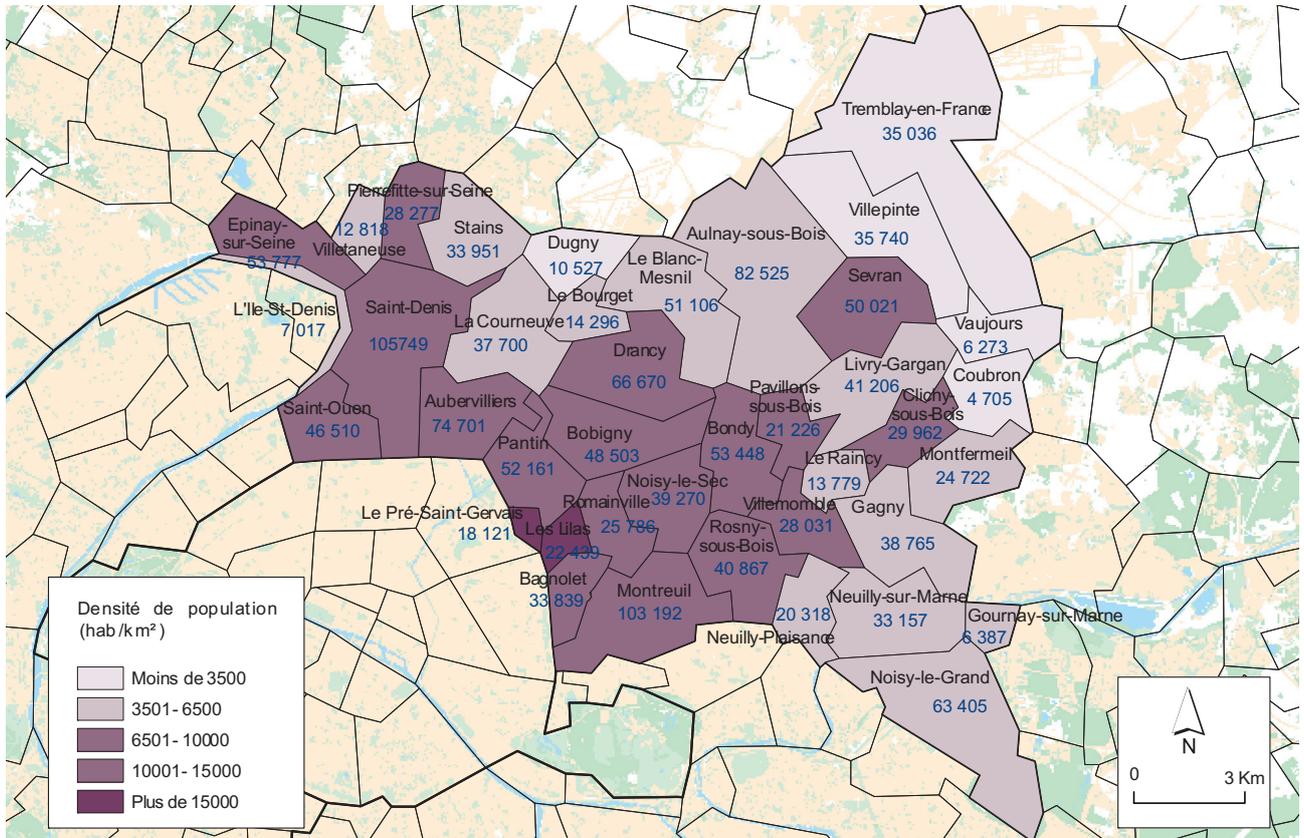
Source : Insee RP 2009, exploitations complémentaires

Population selon la nationalité en 2009

	Seine-St-Denis		ÎdF	F. métr.
	nombre	%	%	%
Français	1 197 163	79,0	87,5	94,1
Français de naissance	1 006 120	66,4	78,8	89,7
Français par acquisition	191 043	12,6	8,7	4,4
Etrangers	318 820	21,0	12,5	5,9
dont Union européenne	69 028	4,5	4,0	2,4
Total	1 515 983	100,0	100,0	100,0

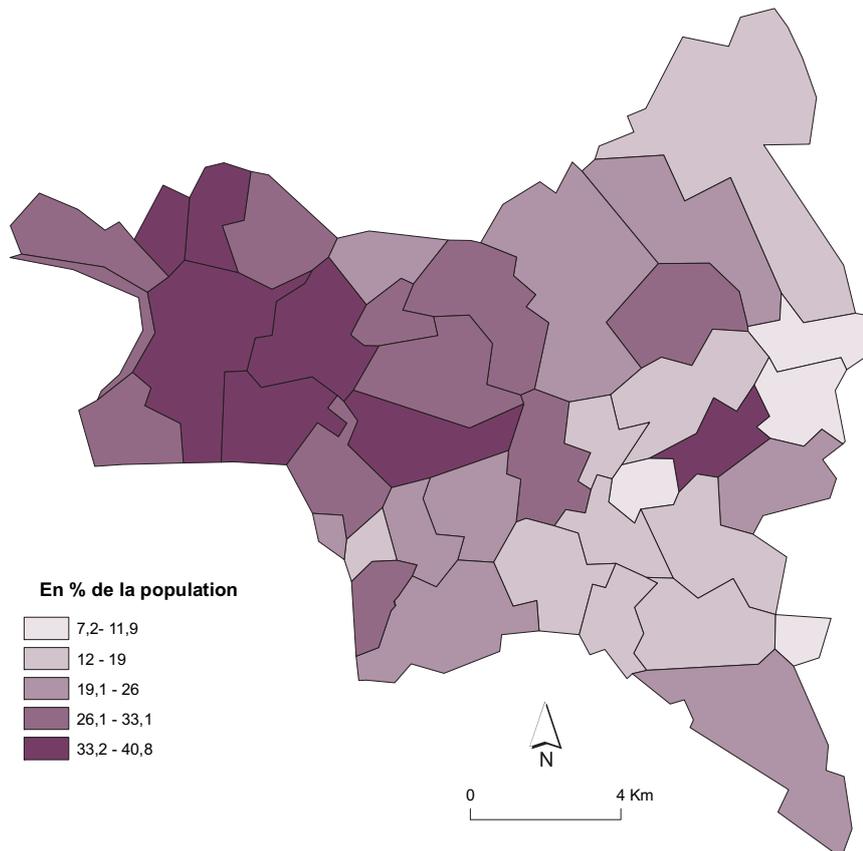
Source : Insee RP 2009, exploitation principale

Population dans les communes de Seine-Saint-Denis en 2009



Sources : Insee, RP 2009, IAU Ile-de-France, exploitation ORS Île-de-France

Part de la population de nationalité étrangère dans les communes de Seine-Saint-Denis en 2009



Sources : Insee, RP 2009, exploitation ORS Île-de-France

Contexte national

En France, le nombre annuel de décès est relativement stable : environ 530 000 décès sont enregistrés chaque année depuis le début des années 50 jusqu'en 2009 alors que dans le même temps, la population métropolitaine est passée de 42 à 62 millions d'habitants et que la part des personnes âgées a fortement progressé [1]. L'augmentation et le vieillissement de la population française, qui devraient s'accompagner d'une augmentation des décès, sont compensés par la baisse de la mortalité qui bénéficie à chaque âge mais de façon variable selon la période. Jusqu'aux années 60, cette baisse trouvait principalement son origine dans le recul de la mortalité infantile liée avant tout à la lutte contre les maladies infectieuses. Depuis les années 80, l'essentiel des gains est réalisé grâce au recul de la mortalité aux grands âges. Cette baisse concerne la plupart des causes de décès et notamment les affections cardio-vasculaires [2, 3, 4].

Conséquence de cette baisse, l'espérance de vie à la naissance ne cesse d'augmenter, au rythme de trois mois environ chaque année. En 2009, elle s'élève à 77,8 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes. L'espérance de vie des Françaises est supérieure de deux ans à celle des femmes de l'Union européenne à 27 et d'un an à celle des femmes de l'ancienne Union européenne à 15. Seules les Espagnoles ont une espérance de vie supérieure de quelques mois aux Françaises. En revanche, l'espérance de vie des hommes est en France juste au niveau de la moyenne des principaux pays européens. La Suède et l'Espagne figurent en tête du classement : les garçons nés en 2008 peuvent espérer y vivre plus de 79 ans [5].

La fréquence des décès est fortement liée à l'âge : en France, en 2008, le taux de mortalité (deux sexes) est de 3,4 ‰ avant l'âge d'un an, il diminue ensuite pour atteindre un minimum de 0,1 ‰ dans les classes d'âge 5-9 ans et 10-14 ans, il augmente ensuite de façon quasiment exponentielle pour atteindre 4,4 ‰ dans la classe d'âge 50-54 ans, 52,4 ‰ dans la classe d'âge 80-84 ans et 153,8 ‰ chez les personnes âgées de 90-94 ans [3]. A chaque âge, la mortalité des hommes est plus élevée que celle des femmes. C'est particulièrement vrai chez les jeunes adultes où la sur-mortalité masculine est alors proche de 3%. Cette surmortalité trouve son origine dans des facteurs biologiques, comportementaux (consommation de tabac, d'alcool, morts violentes...) et environnementaux (conditions de travail de certaines professions manuelles notamment). En 2007, près de la moitié des femmes décédées (47%) étaient âgées de 85 ans ou plus contre seulement 23% des hommes. La part des décès dits prématurés (survenant avant 65 ans) est de 27% chez les hommes contre seulement 13% chez les femmes. Pourtant les différences de facteurs de risque ont tendance à se réduire, les femmes étant de plus en plus exposées à certains facteurs tandis qu'ils se réduisent chez les hommes (le tabagisme par exemple). D'où un début de réduction de l'écart d'espérance de vie entre sexes : il est proche de 7 ans en 2009 mais dépassait 8 ans au début des années 90. Il pourrait progressivement se rapprocher des 5 ans observés dans la plupart des pays occidentaux. Outre les différences de mortalité selon le sexe et l'âge, la durée de vie varie beaucoup selon la catégorie socio-professionnelle. Selon l'Insee, sur la période 1991-1999, les cadres et les professions libérales avaient, à 35 ans, une espérance de vie supérieure de 6,5 années à celle des ouvriers et de 4,5 années à celle des employés. Pour les femmes, cette différence est respectivement de 3,0 ans et de 1,5 ans. Par rapport à celles observées sur la période 1983-1991, ces différences sociales de mortalité sont en augmentation chez les hommes et stables chez les femmes. La France se caractérise enfin par d'importantes disparités géographiques de mortalité qui se traduisent par une espérance de vie globalement plus élevée dans les régions situées au sud de la Loire. L'Île-de-France, bien que située au nord de la Loire, fait partie des régions où l'espérance de vie est la plus élevée en raison d'une structure sociale de la population globalement favorisée. En 2007, l'espérance de vie des hommes d'Île-de-France (79,0 ans) est la plus élevée de toutes les régions de France. En ce qui concerne l'espérance de vie féminine, Rhône-Alpes (85,2 ans), Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes (85,0 ans) sont les régions les mieux placées.

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

Repères bibliographiques et sources

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

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La mortalité est plus élevée que celle de la région francilienne, avec un taux inférieur à la France métropolitaine pour les hommes et supérieur pour les femmes.
- > Le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an est relativement élevé.
- > La mortalité prématurée est particulièrement élevée dans l'ouest du département.
- > En 2009, l'espérance de vie en Seine-Saint-Denis est de 78,1 ans pour un homme et 84 ans pour une femme.

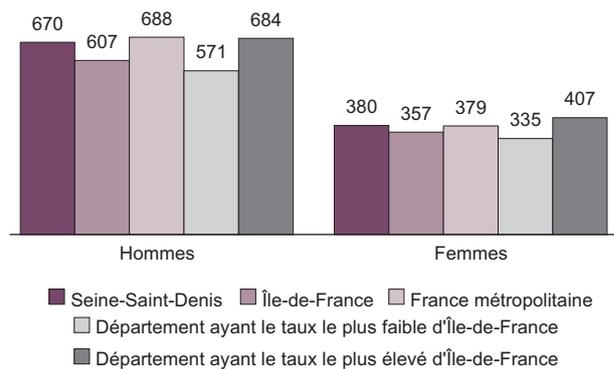
A structure par âge comparable, le département de Seine-Saint-Denis présente une mortalité relativement élevée au sein de la région francilienne. En effet, les taux comparatifs de mortalité sont les plus élevés derrière celui de la Seine-et-Marne chez les hommes et derrière ceux de la Seine-et-Marne et du Val-d'Oise chez les femmes.

Les Hauts-de-Seine présentent la plus faible mortalité chez les hommes et Paris la plus faible chez les femmes.

Malgré un taux relativement élevé chez les hommes, la mortalité masculine est plus faible que celle de la France métropolitaine, avec un taux de 670 pour 100 000 habitants contre 688 en France métropolitaine.

En revanche chez les Séquano-Dionysiennes, le niveau de mortalité est un peu plus élevé que celui de France métropolitaine avec des taux respectifs de 380 et 379 pour 100 000 habitants.

Taux comparatifs¹ de mortalité générale en 2007-2009



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

Entre 2007 et 2009, 8 251 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année en Seine-Saint-Denis : 4 372 hommes et 3 879 femmes. Le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an est relativement élevé en comparaison du nombre de décès entre 1 et 14 ans.

Jusqu'à 65 ans, le nombre de décès masculins est toujours supérieur au nombre de décès féminins, tendance qui s'inverse au-delà de 65 ans.

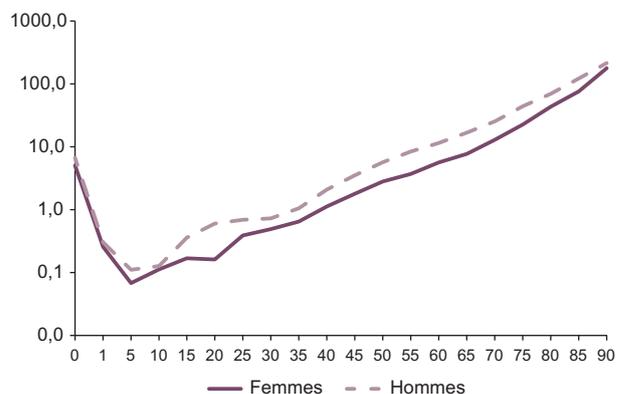
Chez les hommes, 36,8% des décès sont survenus chez les moins de 65 ans contre 21,2% chez les femmes.

Nombre annuel de décès en Seine-Saint-Denis par sexe et par âge en 2007-2009

	Hommes	Femmes	Total
Moins d'un an	84	62	146
1-14 ans	28	22	50
15-34 ans	130	70	200
35-64 ans	1 365	667	2 032
65 ans ou plus	2 765	3 059	5 824
Total	4 372	3 879	8 251

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

Taux de mortalité générale par sexe et âge en Seine-Saint-Denis en 2007-2009



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

La courbe de mortalité par âge en Seine-Saint-Denis présente les mêmes caractéristiques que celles généralement observées dans la population française. Les taux de mortalité particulièrement élevés la première année passent par un minimum entre 1 et 15 ans chez les hommes, entre 1 et 19 ans chez les femmes et augmentent de manière exponentielle après.

Malgré les progrès réalisés, la première année de vie reste une période à risque élevé de mortalité, et on ne retrouve un taux équivalent qu'à partir de 50 ans chez les hommes et 60 ans chez les femmes.

La sur-mortalité masculine se manifeste à tous les âges mais elle est particulièrement importante chez les adolescents et les jeunes adultes. A 20-24 ans, les taux masculins sont trois fois supérieurs aux taux féminins et entre 30 et 70 ans, les taux masculins sont toujours plus de deux fois supérieurs aux taux chez la femme. Cette sur-mortalité s'explique par l'importance chez les hommes des accidents et suicides, puis des cancers et maladies cardiovasculaires (en lien avec certains facteurs de risque, dont facteurs comportementaux, professionnels...).

La comparaison des courbes de mortalité de Seine-Saint-Denis et de France métropolitaine à tous les âges de la vie montre que :

- une sur-mortalité est observée chez les enfants de moins de 10 ans des deux sexes en Seine-Saint-Denis*, surtout chez les moins de un an,
- on observe chez les femmes une sous-mortalité entre 15 et 25 ans suivie d'une sur-mortalité importante entre 25 et 35 ans,
- chez les hommes, on retrouve cette période de sous-mortalité mais plus longue entre 15 et 40 ans ,
- à partir de 40 ans chez les hommes on observe une mortalité comparable au niveau national et une légère sur-mortalité chez les femmes,
- aux âges très élevés, à partir de 80 ans, les taux de mortalité des Séquano-Dionysiens des deux sexes passent en dessous des valeurs nationales.

* Les fortes variations observées entre 1 et 19 ans reposent sur les faibles effectifs et ne sont pas statistiquement significatives.

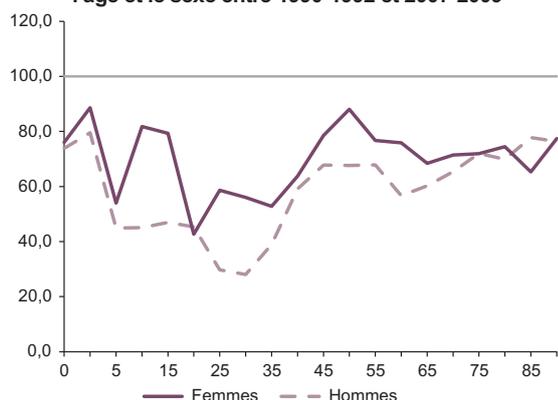
En 2009, l'espérance de vie en Seine-Saint-Denis est de 78,1 ans pour un homme et 84 ans pour une femme. Pour les hommes, ce chiffre est intermédiaire entre celui de la France métropolitaine (77,8 ans) et celui de l'Île-de-France (79,5 ans). Pour les femmes, la situation est moins bonne qu'en Île-de-France (85 ans) et qu'en France métropolitaine (84,3 ans). A 60 ans, les espérances de vie des hommes et des femmes de Seine-Saint-Denis sont comparables à celle de France métropolitaine mais inférieures à celles d'Île-de-France.

On observe aussi qu'en Seine-Saint-Denis, comme en Île-de-France, les écarts d'espérance de vie entre les hommes et les femmes sont légèrement moindres que ceux constatés au niveau national.

A structure par âge comparable, la mortalité en Seine-Saint-Denis a fortement diminué entre 1990-1992 et 2007-2009. Chez les hommes, elle a diminué de 43,5% et chez les femmes, de 28,8%. Ces baisses sont plus importantes que celles constatées aux niveaux national et régional.

La diminution de la mortalité est observée à tous les âges de la vie mais elle est particulièrement importante chez les jeunes hommes jusqu'à 35 ans.

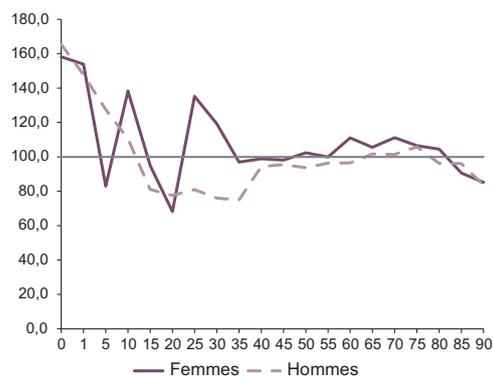
Evolution des taux de mortalité en Seine-Saint-Denis selon l'âge et le sexe entre 1990-1992 et 2007-2009⁴



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
⁴(Taux 2007-2009 / Taux 1990-1992) x 100 - données lissées sur 3 ans

¹ Taux comparatif (ou taux standardisé) de mortalité :
 Le taux comparatif de mortalité est défini comme le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ou population-type). On le calcule en pondérant les taux de mortalité par âge observés dans la sous-population par la structure d'âge de la population de référence. La population de référence utilisée ici est la population Europe 1976 de l'OMS.
 Les calculs sont effectués sur une période de trois ans. L'année indiquée est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Mortalité en Seine-Saint-Denis par rapport à la France métropolitaine en 2007-2009²



Sources: Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
²(Taux Seine-Saint-Denis / Taux France métro.)*100, données lissées sur 3 ans

Nombre d'années d'espérance de vie à la naissance et à 60 ans en 2009

	A la naissance	A 60 ans
Seine-Saint-Denis		
Hommes	78,1	22,4
Femmes	84,0	26,7
Ecart hommes/femmes	5,9	4,3
Île-de-France		
Hommes	79,5	23,2
Femmes	85,0	27,3
Ecart hommes/femmes	5,5	4,1
France métropolitaine		
Hommes	77,8	22,2
Femmes	84,3	26,8
Ecart hommes/femmes	6,5	4,6

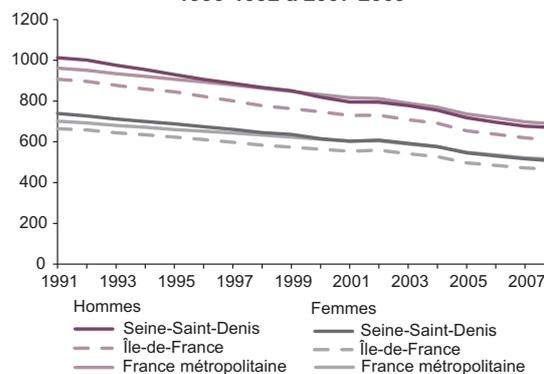
Source: Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Evolution des taux comparatifs¹ annuels de mortalité entre 1990-1992 et 2005-2007

	Seine-St-Denis		Île-de-France		France métro.	
	H	F	H	F	H	F
1990-1992	1012,8	533,1	906,9	487,1	961,8	502,5
2007-2009	571,8	379,7	607,5	356,7	688,5	378,9
Evolution (%)	-43,5	-28,8	-33,0	-26,8	-28,4	-24,6

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

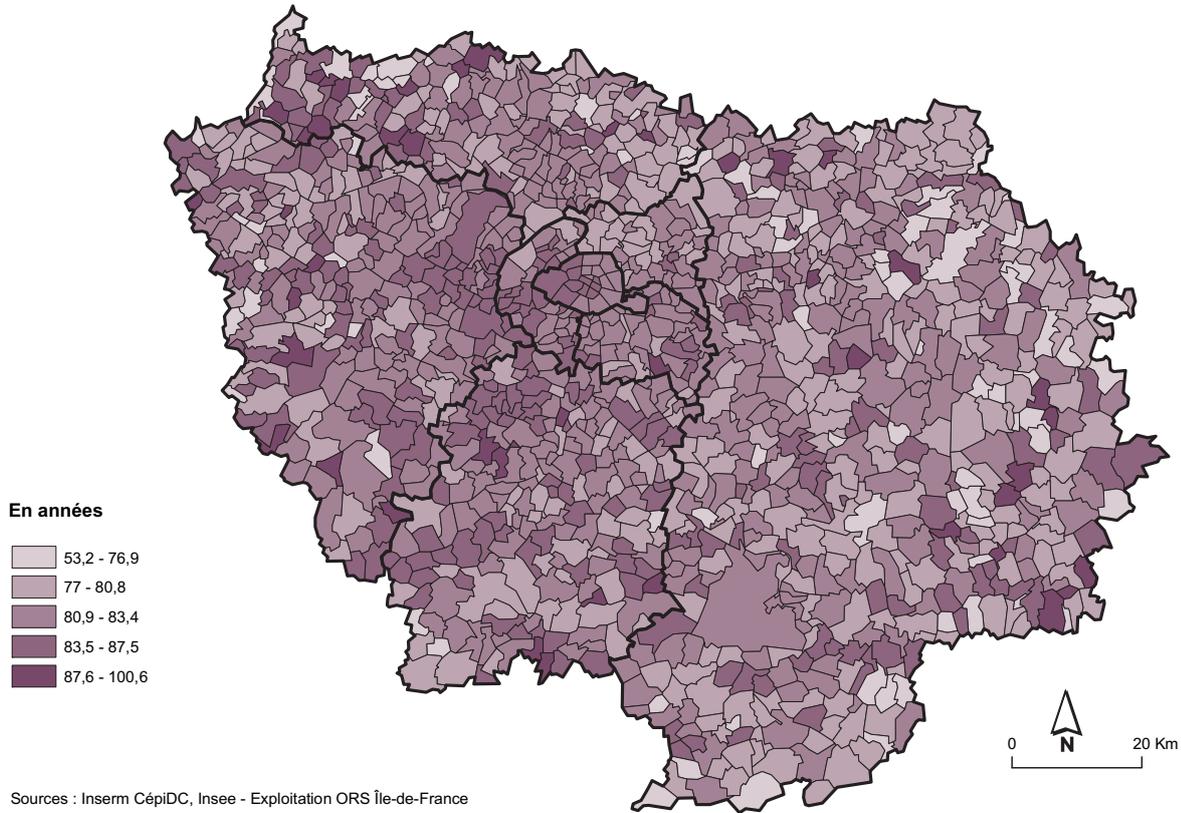
Evolution des taux comparatifs¹ de mortalité générale de 1990-1992 à 2007-2009



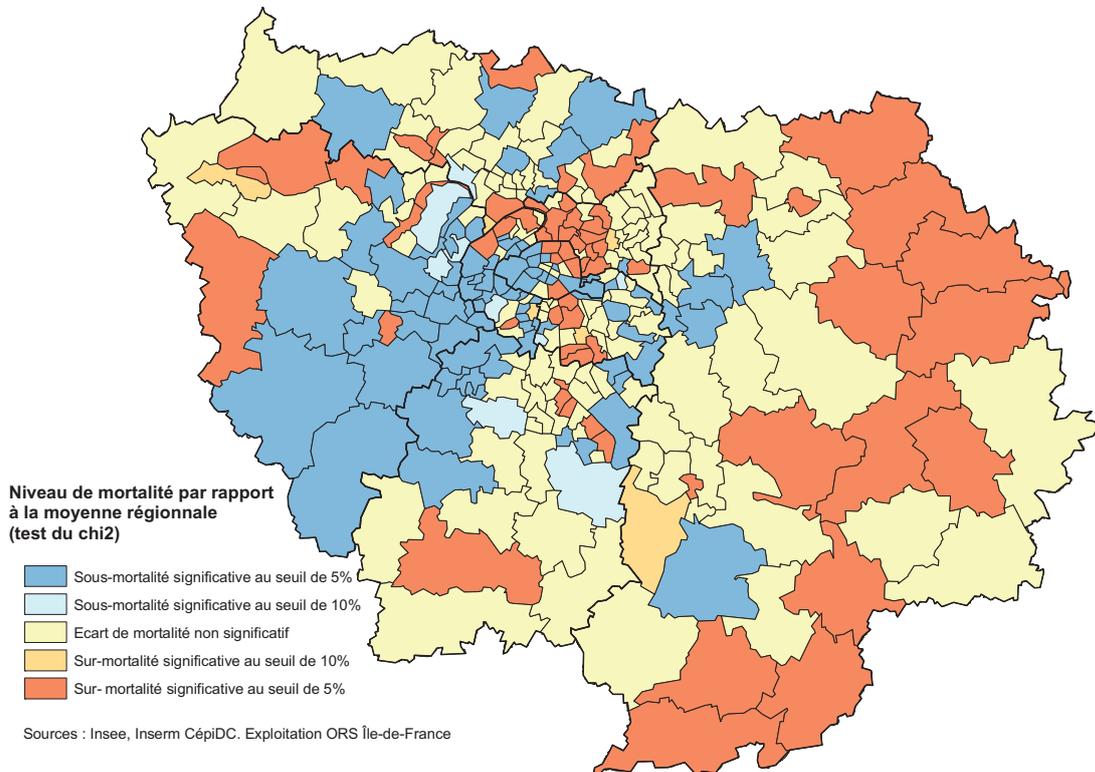
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
 Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

³ L'espérance de vie à l'âge x mesure le nombre moyen d'années que peut espérer vivre une personne d'âge x, dans les conditions de mortalité de la période considérée.

Espérance de vie par commune en 2004-2009



Niveau de mortalité prématurée par pseudo-cantons* en 2007-2010



*** Définition de l'Insee :**

A la différence du canton, le pseudo-canton (ou Canton-ou-ville) est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières. Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et éventuellement une ou plusieurs communes périphériques. Dans ce cas, l'Insee considère la commune principale, entière, comme un pseudo-canton unique et distinct. Pour la ou les communes périphériques, le pseudo-canton considéré est alors identique au vrai canton amputé de la fraction de la commune principale que comprend le vrai canton.

Contexte national

La population active de la France métropolitaine est estimée en 2011 à 28,4 millions de personnes de 15 ans ou plus selon l'enquête Emploi, soit un taux d'activité de 56,5 %. Elle regroupe 25,8 millions d'actifs ayant un emploi. Le reste de la population âgée de 15 ans ou plus est dit inactif au sens du Bureau international du travail (BIT). Cela signifie que ces personnes ne travaillent pas, et ne recherchent pas activement un emploi ou ne sont pas disponibles rapidement pour en occuper un. En comparaison, la population active de 1999 représentait 69,3% de la population métropolitaine avec 60,2% d'actifs ayant un emploi et 8,9% de chômeurs.

Au cours des dernières décennies, c'est l'expansion du secteur tertiaire qui a largement compensé le recul de l'emploi industriel. Ce secteur d'activité rassemble aujourd'hui plus des trois quarts des personnes occupées. Près d'une personne occupée sur trois travaille notamment dans le secteur de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé humaine et de l'action sociale. Une personne occupée sur sept travaille dans l'industrie, contre plus d'une sur quatre il y a presque quarante ans. Les secteurs de la construction et de l'agriculture concentrent respectivement 7 % et 3% des emplois [1]. Dans l'Union européenne à 27 en 2011, plus de deux emplois sur trois sont concentrés dans le secteur tertiaire tandis que l'industrie et la construction regroupent ensemble un emploi sur quatre. Le poids du secteur tertiaire dépasse 80 % au Luxembourg et aux Pays-Bas. Dans les anciens pays de l'Est (à l'exception de la Lettonie et la Lituanie), les secteurs industriels et de la construction représentent plus d'un emploi sur trois. Alors que le secteur agricole représente 5 % des emplois européens, la Roumanie offre encore un emploi sur trois dans l'agriculture [2].

Au cours des 50 dernières années, l'emploi en France s'est féminisé, tertiarié et urbanisé, il est devenu plus qualifié mais aussi moins jeune. Les contraintes associées au travail ont progressivement changé de nature avec la montée des flexibilités : moins de fatigue physique mais davantage de stress au travail [3]. 75% des hommes et 66% des femmes entre 15 et 64 ans sont en activité. L'écart entre les taux d'activité masculin et féminin, une fois neutralisé l'impact de la structure démographique, continue de se réduire mais reste toujours important : 9 points environ en 2011. Le taux d'activité des 15-24 ans baisse en 2011, plus nettement pour les hommes que pour les femmes, atteignant respectivement 41,6 % et 34,9 % [1].

54,8 % des jeunes âgés de 15 à 29 ans sont sur le marché du travail en 2011 : 45,5 % occupent un emploi et 9,3 % sont au chômage. Au cours de l'année 2011, le taux d'activité des jeunes a reculé de 0,8 point : le taux d'emploi a baissé de 1 point et la part des jeunes au chômage a augmenté de 0,2 point. Entre 15 et 24 ans, les taux d'activité et d'emploi des jeunes sont nettement inférieurs en France à la moyenne des autres pays européens, en raison notamment d'une scolarité relativement longue et d'une faible proportion de jeunes qui travaillent pendant leurs études. Depuis début 2008, les évolutions du taux de chômage des 15-24 ans en Europe ont été très variables selon les pays avec, en France, une augmentation un peu inférieure à la moyenne de l'Union [4].

Selon l'enquête Emploi, en 2011, 2,6 millions de personnes sont au chômage au sens du BIT en France métropolitaine. Après avoir fortement augmenté entre mi-2008 et fin 2009, le taux de chômage a amorcé un lent recul jusqu'au second trimestre 2011, avant de repartir à la hausse. Il s'établit en 2011 à 9,2 % en moyenne annuelle, en baisse de 0,1 point par rapport à l'année 2010. En moyenne sur l'année 2011, le taux de chômage des femmes demeure supérieur de 0,9 point à celui des hommes (9,7 % contre 8,8 %). Le taux de chômage des hommes a baissé de 0,2 point en 2011, bien qu'il soit reparti à la hausse au second semestre, lorsque la situation économique a commencé à se dégrader. Le taux de chômage des 15-29 ans s'établit à 17,0 % en 2011, en hausse de 0,8 point sur un an. Depuis 2008, le taux de chômage des jeunes est supérieur de près de 8 points à celui de l'ensemble des actifs, soit l'écart le plus élevé depuis 1975. En 2011, 14,7 % des jeunes âgés de 15 à 29 ans sont sans emploi et ne suivent pas une formation, qu'elle soit initiale ou continue. Les ouvriers et employés sont deux catégories sociales particulièrement touchées par le chômage. Le taux de chômage des ouvriers est en effet trois fois plus élevé que celui des cadres et celui des employés est deux fois plus élevé. Quel que soit le contexte conjoncturel, le diplôme reste un moyen de protection face au chômage. La part des chômeurs de longue durée continue d'augmenter en 2011, mais à un rythme moins rapide que l'année précédente : elle atteint 41,5 %, soit une augmentation de 1,1 point (contre + 5,0 points l'année précédente). La part des chômeurs de longue durée est beaucoup plus élevée pour les seniors de 50 ans ou plus. En parallèle, l'ancienneté moyenne au chômage est de 14 mois, après 13,3 mois en 2010 [1].

Le taux de chômage s'établit à 9,7 % en moyenne dans l'Union européenne. Il culmine à 21,8 % en Espagne, suivie de la Grèce (17,9 %). À l'opposé, l'Autriche, les Pays-Bas et le Luxembourg affichent des taux de chômage inférieurs à 5 %. La France se situe légèrement en-deçà de la moyenne européenne [2].

Repères bibliographiques et sources

1. F. Martial, I. Naudy-Fesquet, P. Roosz, J. Tronyo, Tableaux de l'économie française. Edition 2013. INSEE 256p.
2. European Union Force Survey - Annual results 2011, Eurostat, Statistics in focus n°40/2012, Octobre 2012
3. O. Marchand, 50 ans de mutations de l'emploi, INSEE, n°1312 - Septembre 2010
4. C. Minni, P. Pommier, Emploi et chômage des 15-29 ans en 2011, DARES, Analyses, Décembre 2012 n°90

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La proportion de jeunes Séquano-Dionysiens non scolarisés est la plus élevée de tous les départements franciliens.
- > Le niveau de scolarisation en Seine-Saint-Denis est inférieur à ceux d'Île-de-France et de France métropolitaine.
- > La structure sociale de la population active de Seine-Saint-Denis ayant un emploi se distingue de celle de l'Île-de-France par une plus forte proportion d'ouvriers et d'employés.
- > Entre 2010 et 2011, le nombre de chômeurs longue durée en Seine-Saint-Denis a plus augmenté qu'en Île-de-France.

En 2009, malgré une forte amélioration depuis 1999, la Seine-Saint-Denis présente la proportion de jeunes non scolarisés la plus élevée de tous les départements franciliens. 30,9% des Séquano-Dionysiens de 25-34 ans non scolarisés sont peu ou pas diplômés contre 15,2% des Franciliens et 15,4% des Français de métropole.

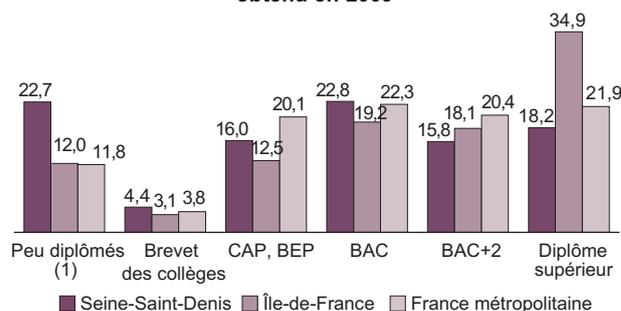
Part des personnes pas ou peu diplômées en 2009

	Chez les 20-24 ans non scolarisés		Chez les 25-34 ans non scolarisés	
	1999	2009	1999	2009
Paris	20,9	16,9	14,7	9,3
Seine-et-Marne	24,8	23,1	24,0	16,3
Yvelines	22,0	19,5	18,2	12,7
Essonne	24,2	23,7	21,9	16,4
Hauts-de-Seine	22,2	20,4	16,8	10,7
Seine-Saint-Denis	33,6	30,9	32,1	27,1
Val-de-Marne	25,1	22,7	22,8	16,0
Val-d'Oise	27,6	25,1	25,3	19,0
Île-de-France	25,1	22,9	21,1	15,2
France métro.	24,5	21,2	22,8	15,4

Source : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations principales au lieu de résidence
 * Les jeunes pas ou peu diplômés sont des personnes sorties des cursus scolaires et non titulaires, au minimum, d'un CAP, d'un brevet de compagnon, d'un brevet d'études professionnelles (BEP) ou d'un baccalauréat. Ainsi sont considérées comme sans diplôme les personnes titulaires uniquement du certificat d'études primaires (CEP supprimé en 1989), du diplôme national du brevet (ex BEPC), ou encore du certificat de formation générale.

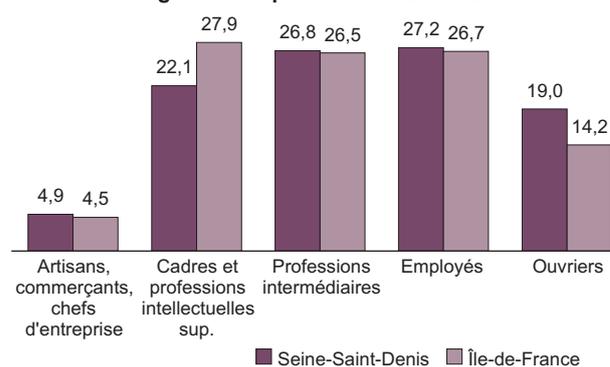
La répartition des 25-34 ans selon le plus haut diplôme obtenu montre que le niveau de scolarisation en Seine-Saint-Denis est inférieur à ceux d'Île-de-France et de France métropolitaine. 22,7% des Séquano-Dionysiens de 25-34 ans sont peu diplômés (sans diplôme ou certificat d'études primaires : CEP) alors qu'ils sont environ 12% en Île-de-France et en France métropolitaine. Inversement seulement 18,7% possèdent un diplôme supérieur alors qu'ils sont 34% en Île-de-France et 21,9% en France métropolitaine.

Répartition des 25-34 ans selon le plus haut diplôme obtenu en 2009



Source : Insee, RP2009 exploitation principale - Exploitation ORS Île-de-France (1) : sans diplôme ou CEP

Répartition de la population active ayant un emploi selon la catégorie socioprofessionnelle en 2009



Source : Insee, RP2009 exploitation complémentaire lieu de travail

En 2009, la population active de Seine-Saint-Denis s'élève à 738 648 personnes de 15 à 64 ans, soit 72,5% de la population des 15-64 ans du département (75,2% en Île-de-France). La population active ayant un emploi s'élève à 616 991 soit 60,6% de la population active (67% en Île-de-France).

La structure sociale de la population active de Seine-Saint-Denis ayant un emploi se distingue de celle de l'Île-de-France par une plus forte proportion d'ouvriers et d'employés. En revanche, la part des cadres et professions intellectuelles est nettement inférieure à celle de la région francilienne : 22,1% en Seine-Saint-Denis et 27,9% en Île-de-France.

En 2009, la population active ayant un emploi de Seine-Saint-Denis représente 60,6% de la population des 15-64 ans contre 67% en Île-de-France et 63,3% en France. Pour les femmes, ces taux sont respectivement de 28,9% en Seine-Saint-Denis et 32,7% en Île-de-France. La proportion de chômeurs dans la population active est plus importante dans le département que les moyennes régionale et nationale pour les deux sexes. La Seine-Saint-Denis présente une proportion de retraités ou préretraités plus faible qu'en Île-de-France et qu'en France.

Les statuts d'emploi les plus représentés parmi les actifs sont les contrats à durée indéterminée ou les titulaires de la fonction publique : 76,4% chez les hommes et 80,8% chez les femmes. La proportion de ce type de contrat est relativement équivalente à la moyenne régionale (76,6% chez les hommes et 80,1% chez les femmes).

La proportion d'emplois précaires atteint 13,1% pour les hommes et 14,3% pour les femmes. Ces chiffres sont supérieurs à ceux d'Île-de-France (10,6% pour les hommes et 13% pour les femmes).

La Seine-Saint-Denis présente une proportion de non salariés moins importante qu'en Île-de-France pour les deux sexes.

En 2011, les Séquano-Dionysiennes représentent 47% des chômeurs en Seine-Saint-Denis contre 48,8% en Île-de-France. La proportion de chômeurs de moins de 25 ans est plus élevée en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France. 39% des chômeurs Séquano-Dionysiens sont des chômeurs de longue durée alors qu'ils sont 38,3% en Île-de-France.

Entre 2010 et 2011, le nombre de chômeurs du département a augmenté de 5,8% contre 4,3% au niveau régional. De même, le nombre de chômeurs longue durée en Seine-Saint-Denis a plus augmenté qu'en Île-de-France (respectivement 11,4% et 7,1%).

Population par type d'activité au 1er janvier 2009

	Seine-St-Denis	Île-de-France	France
Actifs (%)	72,5	75,2	71,7
Hommes en emploi (%)	31,7	34,3	33,3
Femmes en emploi (%)	28,9	32,7	30,0
Hommes chômeurs (%)	6,1	4,1	4,0
Femmes chômeuses (%)	5,9	4,1	4,4
Inactifs (%)	27,5	24,8	28,3
Retraités, préretraités (%)	5,4	5,8	8,7
Élèves, étudiants, stagiaires non rémunérés (%)	11,0	11,3	10,4
Autres inactifs (%)	11,1	7,7	9,1
Total (effectif)	1 018 548	7 955 757	41 713 368

Source : Insee, RP2009 exploitation principale
Champ : population de 15 à 64 ans

Statut et condition d'emploi des 15 ans ou plus en 2009

	Hommes		Femmes	
	Seine-St-Denis	Île-de-France	Seine-St-Denis	Île-de-France
Ensemble	325 518	2 756 265	295 788	2 627 250
Salariés	89,5	87,3	95,2	93,1
Titulaires de la fonction publique ou CDI	76,4	76,6	80,8	80,1
CDD	8,0	6,4	10,4	9,3
Intérim	2,6	1,6	1,2	1,0
Emplois aidés	0,4	0,3	0,8	0,6
apprentissage - stage	2,1	2,3	1,9	2,1
Non salariés	10,5	12,7	4,8	6,9
Indépendants	5,3	6,1	2,8	4,3
Employeurs	5,1	6,5	1,8	2,5
Aides familiaux	0,2	0,1	0,2	0,2

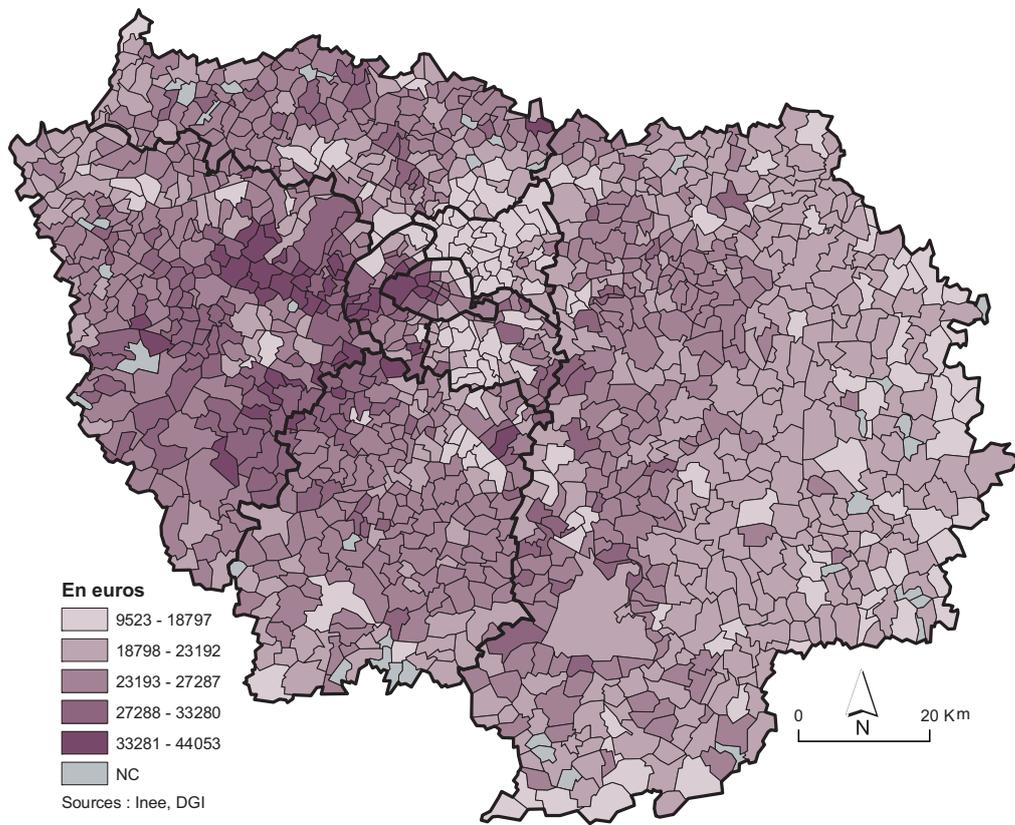
Source : Insee, RP2009 exploitation principale

Catégories de demandeurs d'emploi selon le sexe et l'âge

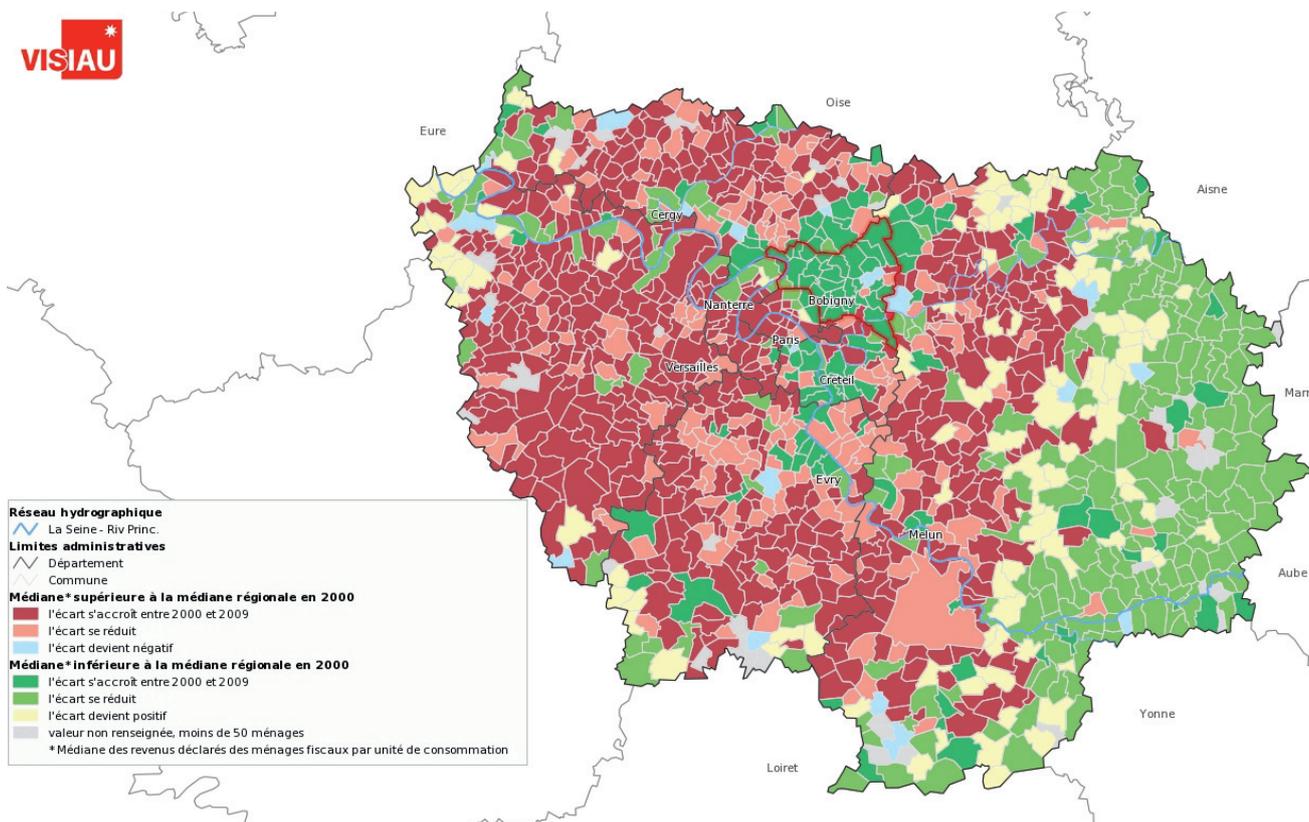
	Au 31 décembre 2011				Evolution 2010-2011 %	
	%		% femmes		Seine St Denis	Île-de-France
	Seine St Denis	Île-de-France	Seine St Denis	Île-de-France		
Ensemble (effectif)	124 228	756 142	47,0	48,8	5,8	4,3
15 à 24 ans	12,6	11,9	48,6	48,8	0,8	0,0
25 à 49 ans	67,8	68,1	47,3	49,2	4,2	2,7
50 ans ou plus	19,6	20,0	44,8	47,7	15,7	13,3
Chômeurs de longue durée (effectif)	48 526	289 420	44,8	46,8	11,4	7,1
15 à 24 ans	5,2	4,6	48,0	47,3	1,6	-3,6
25 à 49 ans	67,0	66,8	44,8	46,8	8,8	4,2
50 ans ou plus	27,8	28,6	44,3	46,8	20,6	16,5

Source : Pôle emploi, Dares, Statistiques du marché du travail
Champ : Demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi, tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi

Le revenu médian des ménages en 2009



L'évolution des revenus des franciliens entre 2000 et 2009



Contexte national

Le système hospitalier français se caractérise par la coexistence d'établissements publics de santé, privés d'intérêt collectif (ESPIC) et privés à but lucratif. Le secteur public représente 65% des lits et le secteur privé 35%.

La France métropolitaine compte, au 1er janvier 2011, 3 550 structures hospitalières disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places), 932 établissements publics (dont 30 centres hospitaliers régionaux CHR), 2 618 établissements privés [1]. Parmi ces établissements privés, il y a près de 640 structures autonomes de dialyse, principalement de statut associatif.

Les établissements de santé disposent globalement de 406 353 lits d'hospitalisation complète et de 76 080 places d'hospitalisation partielle (anesthésie ou chirurgie ambulatoires, hospitalisation de jour, de nuit ou encore à domicile). Les établissements publics représentent à eux seuls 60,8% des lits et places, les cliniques privées (aussi appelées établissements de santé à but lucratif) 23,2% et les établissements privés à but non lucratif 16%, devenus ESPIC depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 [2].

Certains établissements de santé, essentiellement publics, disposent de structures d'accueil de personnes âgées dépendantes, en unités de soins de longue durée (sanitaire) et en établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) (médico-social).

Les établissements privés sont en général de plus petite taille que les établissements publics ; en moyenne 87 lits et places pour les cliniques privées et 80 pour les ESPIC, contre 326 pour les établissements publics. Les centres hospitaliers régionaux (CHR / CHU) ont une taille moyenne de 2 900 lits et places : l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris est le principal établissement de santé français.

Historiquement, les différentes activités de court séjour (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique), de soins de suite et de réadaptation (SSR), et de psychiatrie ne sont pas réparties de façon homogène entre établissements publics, cliniques privées, et ESPIC. Ainsi, la grande majorité des lits de médecine dépendent des établissements publics de santé alors que les cliniques privées ont une part prépondérante de l'activité de chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, aux âges élevés, les patients sont plus fréquemment hospitalisés dans les hôpitaux publics [3].

En hospitalisation complète, les équipements de médecine représentent le quart de l'offre de soins, les lits de SSR 22%, la chirurgie 20%, et la psychiatrie 13%. 13,3 millions d'entrées totales ont été dénombrées en hospitalisation complète en 2010, dont 11,4 millions en service de court séjour. Le nombre d'entrées en médecine a progressé entre 2004 et 2008 (+ 3% par an) alors qu'il a reculé en chirurgie (- 2,2%).

Mais les modes de prise en charge se diversifient, avec le développement important de l'hospitalisation de jour (45 300 places en 2008, dont 26 300 en psychiatrie), de la chirurgie ambulatoire (11 600 places), et de l'hospitalisation à domicile (HAD) (10 900 places). Les capacités d'accueil pour ces trois modes de prise en charge ont augmenté respectivement de + 13%, 26% et 85% entre 2004 et 2008.

De nombreux patients sont également pris en charge sous forme de séances, notamment pour le traitement des cancers (3,5 millions de venues en radiothérapie et 1,8 millions de séances de chimiothérapie en 2008) et de l'insuffisance rénale chronique (4,4 millions de séances de dialyse).

Les activités de soins sont soumises à un régime d'autorisation selon les orientations du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), arrêté par l'Agence régionale de santé (ARS), instance unique de pilotage du système de santé en région, créée en avril 2010 suite à la loi du 21 juillet 2009 [1]. Des Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) sont définis par activité de soins et par territoire de santé, afin de réguler l'activité des établissements.

Pour le traitement des cancers, les établissements de santé sont soumis à un régime d'autorisation. Parmi les 1 152 établissements de santé ayant pratiqué une activité en chirurgie du cancer, chimiothérapie, et radiothérapie en 2008, seulement 76% ont bénéficié d'une autorisation pour au moins l'une de ces trois thérapeutiques, cette autorisation étant en outre délivrée pour certaines localisations cancéreuses [4].

En matière d'allocation des ressources, les établissements qui disposent de capacités d'hospitalisation de court séjour sont soumis à la tarification à l'activité (T2A), qui s'appuie sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Chaque séjour est remboursé par l'Assurance maladie en fonction du tarif forfaitaire du Groupe homogène de séjours (GHS) dans lequel le séjour est classé. Ce budget ne constitue toutefois qu'une partie des recettes de l'établissement. L'enveloppe des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), dont la répartition est effectuée régionalement par l'ARS, finance les travaux de recherche, la formation des personnels, l'aide médicale urgente, la prise en charge des patients précaires, les aides dans le cadre de restructurations... Les activités non encore soumises à la T2A (psychiatrie, SSR...) sont financées par dotation globale ou tarification à la journée, l'enveloppe allouée à chaque établissement étant déterminée par l'ARS.

Repères bibliographiques et sources

1. DREES - ARS - Données SAE 2010 déclarées par les établissements STATISS 2011
2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
3. Lombardo P. (2008). La spécialisation des établissements de santé en 2006. Etudes et résultats. n° 664. 8 p.
4. INCa. (2010). Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010, 10 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Le taux d'équipement départemental en court séjour, en soins de suite et de réadaptation et en soins de longue durée est plus faible que les moyennes régionale et métropolitaine.
- > En psychiatrie générale et infanto-juvénile, le taux d'équipement est également plus faible que les moyennes régionale et métropolitaine.
- > Le taux d'équipement en matériel lourd est également globalement inférieur aux moyennes régionale et nationale.

Nombre de lits et places dans les établissements sanitaires de Seine-Saint-Denis au 1er janvier 2011 et taux d'équipements par discipline

	Nombre de lits hospitalisation complète		Nombre de places		Total lits et places	Taux pour 1 000**		
	public	privé	public	privé		Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métro
Médecine*	1 429	478	191	66	2 184	1,4	2,0	2,2
Chirurgie	480	867	63	234	1 649	1,1	1,4	1,5
Gynéco-obstétrique**	271	229	15	3	518	0,8	0,8	0,8
Soins de suite et réadaptation	572	1541	19	127	2 259	1,5	1,6	1,7
Soins de longue durée***	322	35	-	-	357	4,5	7,5	6,1
Psychiatrie générale	436	164	309	25	934	0,8	1,3	1,5
Psychiatrie infanto-juvénile	25	-	149	56	230	0,6	0,9	0,9
TOTAL					8 131			

Source : SAE données administratives - ministère chargé de la santé, DREES - Exploitation ORS Île-de-France

* Le taux est calculé sur l'ensemble des lits et places, Hospitalisation à domicile (HAD) comprise

** Les taux sont calculés sur l'ensemble de la population pour médecine, chirurgie et soins de suite et de réadaptation, sur la population des femmes de 15 ans ou plus pour la gynécologie-obstétrique, sur la population des 0-16 ans pour la psychiatrie infanto-juvénile, sur la population des 15 ans ou plus pour la psychiatrie générale et sur la population des 75 ans ou plus pour les soins de longue durée.

*** De nombreuses places d'USLD ont été requalifiées en établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad)

En Seine-Saint-Denis, l'offre de soins de courte durée est assurée par 19 établissements dont 5 y ont également une activité en soin de suite et de réadaptation.

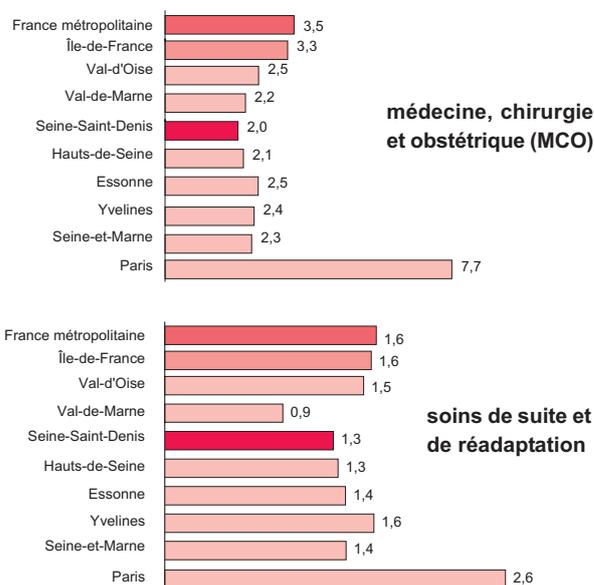
Le département présente des taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète et places pour chaque spécialité plus faibles qu'en Île-de-France et qu'en France métropolitaine.

En effet avec 2 lits pour 1 000 habitants en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), l'offre départementale est inférieure à la moyenne régionale (3,3 pour 1 000 habitants), qui est très largement tirée vers le haut par l'offre parisienne (7,7 pour 1 000 habitants).

De même, avec 1,3 lit pour 1 000 habitants en soins de suite et de réadaptation (SSR), l'offre en Seine-Saint-Denis est inférieure à la moyenne régionale (1,6 pour 1 000 habitants).

Le Val-de-Marne possède le plus faible taux d'équipement en lits en soins de suite et de réadaptation (0,9 pour 1 000 habitants).

Nombre de lits d'hospitalisation complète et de places pour 1 000 habitants en 2011



Source : SAE données administratives - ministère chargé de la santé, DREES - Exploitation ORS Île-de-France

Entrées totales en hospitalisation complète

	Seine-Saint-Denis		TCAM* 2003-2010 (en %)		
	2001	2010	93	Île-de-France	
Secteur public :	Médecine	60 404	70 052	1,7	2,3
	Chirurgie	32 172	23 056	-3,6	-1,7
	Gynéco-obstétrique	19 381	20 763	0,8	1,9
Secteur privé :	Médecine	20 392	23 826	1,7	0,9
	Chirurgie	63 302	35 110	-6,3	-3,7
	Gynéco-obstétrique	17 300	14 272	-2,1	-2,1
Ensemble :	Médecine	80 796	93 878	4,9	1,9
	Chirurgie	95 474	58 166	-5,4	-2,9
	Gynéco-obstétrique	36 681	35 035	-0,5	0,5

Source : DREES - ARS - Données SAE 2010 déclarées par les établissements ; PMSI - Exploitation ORS Île-de-France - * Taux de croissance annuel moyen

Dans un contexte de réduction des durées de séjour, le nombre d'entrées en hospitalisation complète en Seine-Saint-Denis a progressé entre 2001 et 2010 au rythme de 4,9% par an en moyenne pour la médecine contre 1,9% en Île-de-France. En revanche, le nombre d'entrées en hospitalisation complète en chirurgie et en gynéco-obstétrique dans le département a diminué respectivement de 5,4% et 0,5% par an en moyenne. Cette diminution est plus marquée que celle observée en Île-de-France.

Les établissements privés voient leurs activités en hospitalisation complète en chirurgie et en gynéco-obstétrique fortement diminuer par rapport aux établissements publics.

L'évolution du nombre d'entrée en Seine-Saint-Denis suit la même évolution que celle observée en Île-de-France quel que soit le secteur ou la spécialité mais de façon plus marquée.

Les durées moyennes de séjour en soins de courte durée en Seine-Saint-Denis sont de 5 jours en médecine, 5 jours en chirurgie et 4 jours en gynéco-obstétrique. On remarque que les durées moyennes de séjour en médecine et en gynéco-obstétrique sont d'un jour de plus dans le secteur privé que dans le secteur public. Les durées moyennes de séjour en soins de courte durée du département sont comparables à celle d'Île-de-France et de France métropolitaine.

Par rapport aux moyennes régionale et nationale, le département de la Seine-Saint-Denis apparaît sous-équipé en matériel lourd : le nombre de scanners pour 100 000 habitants est de 9,9 en Seine-Saint-Denis contre 13,8 en Île-de-France et 13,2 en France métropolitaine, le nombre de caméras à scintillation pour 100 000 habitants est de 5,3 en Seine-Saint-Denis contre 6,6 en Île-de-France et 5,7 en France métropolitaine, le nombre d'appareils de radiologie (dont mammographie) pour 100 000 habitants est de 29,6 en Seine-Saint-Denis contre 48,2 en Île-de-France et 50,7 en France métropolitaine.

Durée moyenne de séjour (DMS) en soins de courte durée

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métro.
Médecine - public	5	6	6
Médecine - privé	6	6	6
Total Médecine	5	6	6
Chirurgie - public	5	6	5
Chirurgie - privé	5	4	4
Total Chirurgie	5	5	5
Gynéco-obstétrique - public	4	4	4
Gynéco-obstétrique - privé	5	5	5
Total Gynéco-obstétrique	4	4	4

Source : DREES - ARS - Données SAE 2010 déclarées par les établissements ; PMSI - Exploitation ORS Île-de-France

Depuis le 31 mars 2006, les appareils liés aux activités suivantes: hémodialyse, angiographie, lithotripteurs, CEC (circulation extra-corporelle), radiothérapie oncologique, ne sont plus soumis à autorisation "appareil par appareil" mais ces activités restent soumises à autorisation de manière globale. Les établissements autorisés sont ainsi libres de remplacer ou d'acquérir ces appareils comme ils le désirent et sans forcément en avertir l'ARS.

Équipement en matériel lourd en Seine-Saint-Denis en 2011

	Nombre d'appareils installés en Seine-St-Denis	Délai moyen d'attente en OCTOBRE (en jours)		Nombre d'appareils pour 1 000 000 d'habitants		
		Hospitalisés	Externes	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métropolitaine
Scanner	15	2,03	5,93	9,9	13,8	13,2
Imagerie par résonance magnétique (IRM)	13	7,05	18,81	8,6	10,0	7,8
Caméras à scintillation	8	2,12	3,61	5,3	6,6	5,7
Tomographes à émissions de positons et caméras à positons	2	4,0	8,0	1,3	1,6	1,3
Lithotriporteur	3	-	-	2,0	2,3	2,6
Radiologie dont mammographie	45	-	-	29,6	48,2	50,7
Radiologie vasculaire (sans coronarographie)	5	-	-	3,3	5,8	4,3
Hémodynamique ou d'électrophysiologie avec amplificateur de luminance	9	-	-	5,9	3,0	3,1
Salles de coronarographie	6	-	-	3,9	4,6	4,0

Source : DREES - ARS - Données SAE 2010 déclarées par les établissements ; PMSI - Exploitation ORS Île-de-France

Nombre de lits et places dans les établissements de court séjour en Seine-Saint-Denis au 1er janvier 2011

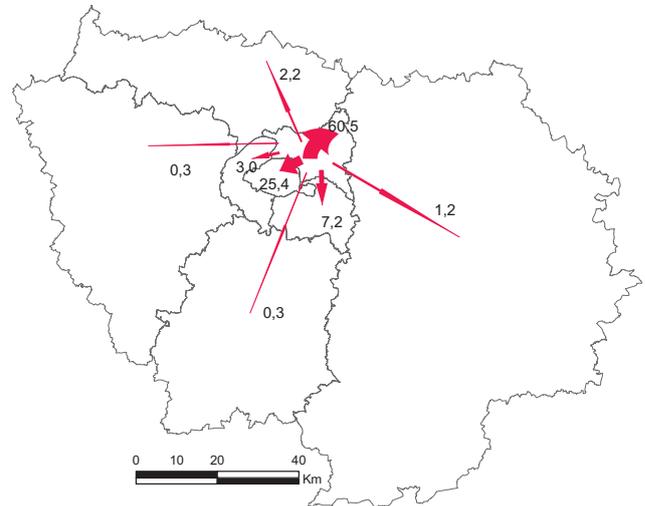
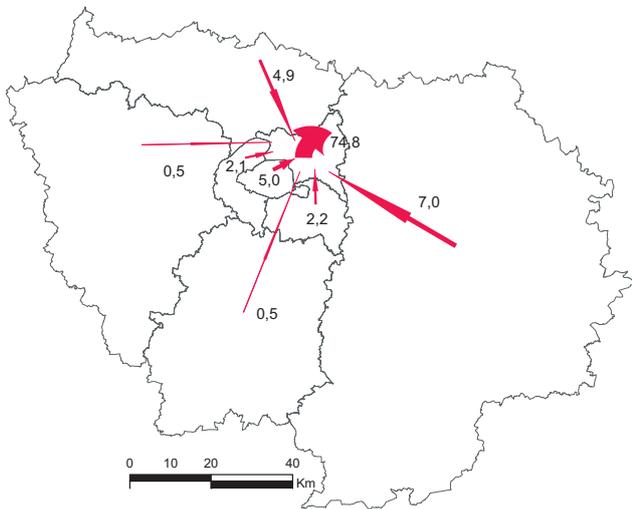
		Médecine		Chirurgie		Obstétrique	
		Hospit. complète	Hospit. partielle	Hospit. complète	Hospit. partielle	Hospit. complète	Hospit. partielle
Hôpital Européen de Paris la Roseaie*	Aubervilliers	61	14	85	25	32	0
Centre hospitalier Robert Ballanger	Aulnay-sous-bois	220	20	100	10	50	5
Hôpital privé de l'est parisien	Aulnay-sous-bois	64	0	82	28	0	0
Centre médico Chirurgical Floréal*	Bagnolet	30	10	89	12	0	0
Clinique de la Dhuis	Bagnolet	40	0	74	7	0	0
Hôpital Avicenne AP-HP	Bobigny	319	85	112	16	0	0
Hôpital Jean Verdier AP-HP	Bondy	184	37	41	6	58	2
Hôpital privé de la Seine-Saint-Denis	Le Blanc-Mesnil	60	3	84	32	60	0
Clinique des Lilas	Les Lilas	0	0	75	15	0	0
Maternité des Lilas	Les Lilas	0	0	0	0	26	3
Polyclinique Vauban	Livry-Gargan	0	0	57	21	30	0
Centre hospitalier intercommunal Le Raincy Montfermeil	Montfermeil	296	14	57	10	43	0
Centre hospitalier André Gregoire	Montreuil	160	8	50	7	55	2
Clinique de Neuilly-Sur-Marne	Neuilly-sur-Marne	30	0	30	2	0	0
Clinique de Noisy-le-Grand	Noisy-le-Grand	0	0	35	10	25	0
Clinique Hoffmann	Rosny-sous-Bois	15	0	41	20	0	0
Centre cardiologique du Nord	Saint-Denis	90	0	78	7	0	0
Centre hospitalier de Saint Denis	Saint-Denis	236	26	68	17	79	8
Clinique du Landy	Saint-Ouen	21	0	74	19	0	0
Hôpital René Muret AP-HP	Sevran	61	5	0	0	0	0
Clinique de l'Estrée	Stains	50	5	75	25	55	0
Hôpital privé du Vert Galant	Tremblay-en-France	47	10	53	23	26	0

Source : DREES - ARS - Données SAE 2010 déclarées par les établissements ; PMSI - Exploitation ORS Île-de-France

Les flux de patients entre départements franciliens en 2011 pour les établissements MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) par département et par bassin de santé

Attractivité des établissements de Seine-Saint-Denis

Fuite des établissements de Seine-Saint-Denis

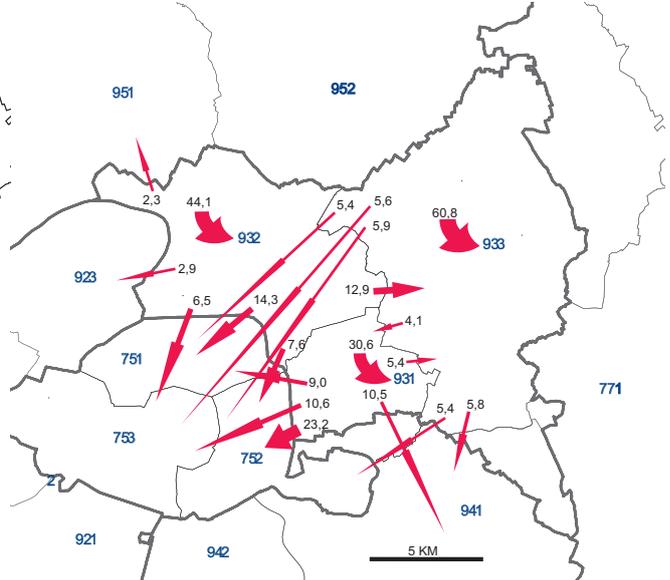
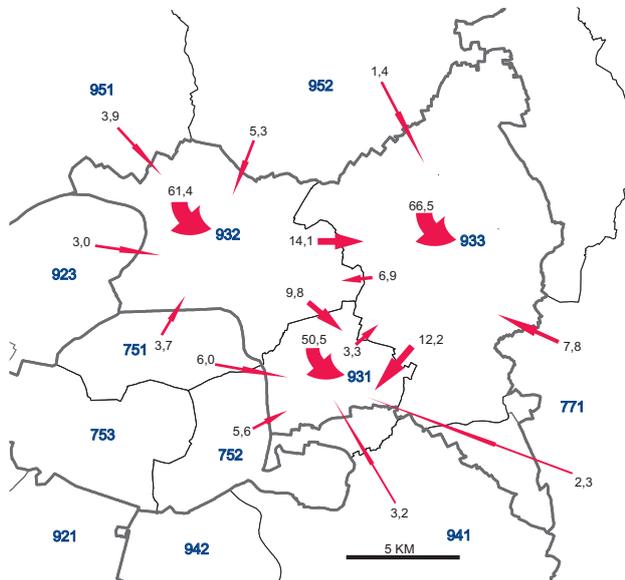


Lire : Parmi 100 personnes hospitalisées en Seine-Saint Denis, 74,8 habitent le département et 5 résident à Paris.

Lire : Parmi 100 personnes résidant en Seine-Saint Denis et hospitalisées, 60,5 ont été hospitalisées dans le département et 25,4 à Paris.

Attractivité des établissements de Seine-Saint-Denis

Fuite des établissements de Seine-Saint-Denis



Lire : Pour le bassin de santé 932, parmi 100 personnes hospitalisées, 61,4 y résident et 6,9 habitent le bassin de santé.

Lire : Parmi 100 personnes résidant dans le bassin de santé 933 et hospitalisées, 60,8 ont été hospitalisées dans le bassin de santé 933 et 5,9 dans le bassin 752.

Source : PMSI 2011 - ARS - Exploitation ORS Île-de-France

Contexte national

À u 1^{er} janvier 2012, la France compte près de 217 000 médecins libéraux et salariés en activité, soit 334 praticiens pour 100 000 habitants [1]. Environ 10 000 médecins ont un statut de remplaçant, selon l'Ordre des médecins [2]. Selon l'OMS Europe [3], la densité médicale en France, peu différente de la moyenne des pays intégrés dans l'Union européenne (UE) avant 2004 (344 pour 100 000), est supérieure à celle des pays entrés dans l'UE depuis cette date (253). Les densités les plus faibles dans l'UE sont observées en Pologne (216), Slovaquie (238), au Royaume Uni (258) et en Finlande (272), et les plus fortes en Italie (413), Autriche (460) et en Grèce (601). Le cursus universitaire menant au diplôme d'Etat de docteur en médecine dure au minimum neuf années et comprend trois cycles. La première année d'études est commune aux études d'odontologie, de maïeutique et, depuis 2010, aux études de pharmacie et de kinésithérapie. L'accès à la deuxième année est soumis à un concours, le nombre d'étudiants admis (numerus clausus) étant fixé depuis 1971 par le Ministère chargé de la santé. Ce dernier s'élevait à 8 500 au début des années 1970 et a diminué jusqu'au seuil de 3 500 en 1993. Depuis, il augmente régulièrement et atteint 7 400 en 2010. Pour accéder au troisième cycle, les étudiants doivent se soumettre aux Epreuves classantes nationales (ECN). En fonction de leur classement, ils choisissent une discipline, parmi onze (dont la médecine générale), et un lieu de formation. Le troisième cycle se déroule sur trois ans pour la médecine générale, quatre ou cinq ans pour les autres spécialités [4]. En France, le nombre de médecins a augmenté d'environ 50% depuis 1984. Mais, la croissance des effectifs s'est progressivement ralentie : plus de 4% par an en moyenne au milieu des années 1980 contre moins de 0,5% entre 2005 et 2009 [1,5]. Ce ralentissement résulte des variations importantes du numerus clausus. L'évolution des effectifs s'est accompagnée de modifications structurelles. Depuis la fin des années 1990, les médecins spécialistes en médecine générale sont moins nombreux que les autres spécialistes [1, 5]. Plus âgée, mais aussi plus féminisée, la population des médecins présente un profil démographique en constante évolution depuis 20 ans. La part des médecins actifs âgés de plus de 60 ans en France métropolitaine a en effet triplé durant cette période : elle est passée de 8% en 1990 à 23% en 2012. Les médecins âgés de moins de 40 ans ne représentent plus qu'aujourd'hui que 16% de l'ensemble contre 47% en 1990. L'âge médian est en effet passé de 40 à 52 ans entre 1990 et 2012 en France métropolitaine et la part des femmes a progressé de 11 points sur la même période, pour atteindre 41%. Elles sont notamment majoritaires parmi les médecins actifs de moins de 45 ans (56%) [1].

Selon des projections établies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le nombre de médecins actifs devrait diminuer d'environ 10% entre 2006 et 2019. La baisse des effectifs serait moins marquée pour les spécialistes en médecine générale que pour les autres spécialistes. Les densités de médecins devraient diminuer dans toutes les régions au cours de cette période [7]. A l'intérieur du territoire français, la répartition géographique des médecins est marquée par des contrastes forts et anciens entre les zones les plus fortement médicalisées (sud du pays, Île-de-France, Alsace), et les régions moins médicalisées (nord du pays, Normandie, les régions Centre et d'Outre-mer). En Provence-Alpes-Côte d'Azur, le nombre de praticiens par habitant est ainsi 1,6 fois plus élevé qu'en Picardie.

Comme l'ensemble des autres professions de santé, les médecins (libéraux et salariés) ont une obligation de mise à jour de leurs connaissances et d'évaluation de leurs pratiques à travers ce que l'on appelle aujourd'hui le développement professionnel continu, qui doit se substituer au sein d'un dispositif unique à la formation médicale continue et à l'évaluation des pratiques professionnelles [8]. En 2009, 58,5% des médecins ont un exercice libéral (exclusif ou non), 30% sont salariés hospitaliers et 11% salariés non hospitaliers. Au cours de la dernière décennie, la part des médecins libéraux est en léger recul (60,4% en 2000, 58,5% en 2009) [1, 6]. Parmi les 118 200 praticiens libéraux recensés fin 2008 par l'Assurance maladie, 47% sont des généralistes (hors médecins à exercice particulier). La rémunération de ces professionnels dépend de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes cliniques, et de la Classification commune des actes médicaux (CCAM), pour les actes techniques et d'explorations. Le tarif des différents actes est déterminé par des conventions signées entre les représentants de l'assurance maladie et ceux des professionnels de santé. Certains praticiens ont la possibilité d'appliquer des honoraires supérieurs aux tarifs fixés par l'Assurance maladie (secteur 2) : 10,8% des généralistes et 41,3% des autres spécialistes sont dans ce cas en 2010, avec des variations très importantes selon les zones géographiques [9].

Les médecins disposent de différentes instances de représentation : les Unions régionales des professions de santé (URPS-médecins) qui remplacent, depuis 2010, les Unions régionales des médecins libéraux (URML), ainsi que les syndicats médicaux, lesquels sont d'ailleurs les représentants des médecins dans les URPS-médecins [8]. Par ailleurs, l'Ordre des médecins, qui dispose de conseils départementaux, régionaux et d'un conseil national, veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et au respect des règles déontologiques.

Les effectifs de médecins peuvent varier en fonction des modalités d'enregistrement des différentes sources de données (Ordre des médecins, Caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère des affaires sociales et de la santé).

Repères bibliographiques et sources

1. Fauvet L., Les médecins au 1^{er} janvier 2012. Etudes et résultats Drees n°796 mars 2012.
2. Le Breton G, Legmann M, Kahn-Bensaude I, Romestaing P. (2012). Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2012. Conseil national de l'Ordre des médecins. 143 p.
3. Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
4. Fauvet L. (2010). Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. Etudes et résultats. Drees. n° 720. 8 p.
5. Sicart D. (2005). Les médecins : estimations au 1^{er} janvier 2005. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 88. 95 p.
6. Sicart D. (2000). Les médecins : estimations au 1^{er} janvier 2000. Document de travail. Collection statistiques. Drees. n° 14. 87 p.
7. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. (2009). La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé. Drees. n° 12. 66 p.
8. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
9. Cnamts. Snir 2010 (système national inter-régimes).

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La densité de médecins en Seine-Saint-Denis est inférieure aux moyennes régionale et nationale, et est parmi les plus faibles d'Île-de-France.
- > Les médecins séquano-dionysiens sont en moyenne plus jeunes.
- > Les femmes sont davantage représentées.

Au 1er janvier 2012, le nombre de médecins (libéraux ou salariés) exerçant en Seine-Saint-Denis est de 4 211 dont 1 956 médecins généralistes et 2 255 médecins spécialistes. Le département présente une proportion de médecins libéraux (52,3%) plus faible qu'en Île-de-France (48,7%) et qu'en France métropolitaine (55,8%).

La densité médicale est de 128 généralistes et 148 spécialistes pour 100 000 Séquano-Dionysiens. Ces chiffres sont nettement inférieurs aux moyennes régionales (respectivement 158 et 243 pour 100 000 habitants) et nationales (respectivement 158 et 179 pour 100 000 habitants).

La forte densité médicale observée en Île-de-France est due en grande partie à la présence de Paris. En effet en dehors de Paris, seul le département des Hauts-de-Seine dépasse la moyenne nationale.

La Seine-Saint-Denis présente une densité de médecins spécialistes parmi les plus faibles par rapport aux autres départements d'Île-de-France.

En 2010, l'âge moyen des médecins libéraux (généralistes et spécialistes) de la Seine-Saint-Denis est de 54,3 ans. Cet âge moyen est inférieur à celui des médecins d'Île-de-France (54,7 ans) et supérieur à celui des médecins de France métropolitaine (53 ans).

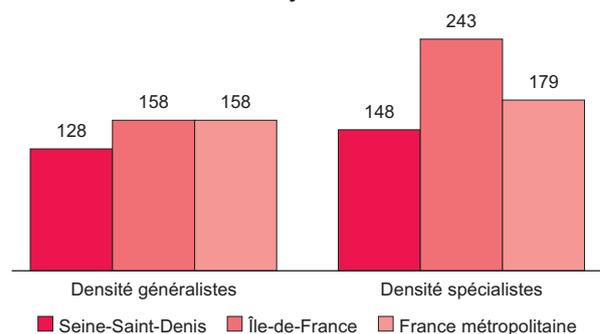
Par ailleurs, les femmes représentent 28,1% des médecins libéraux de Seine-Saint-Denis. Cette proportion est inférieure à celles observées aux niveaux régional (35%) et national (30,3%). Les hommes sont largement majoritaires dans les tranches d'âge les plus élevées.

Ensemble des médecins exerçant à titre libéral ou salarié au 1er janvier 2012

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métropolitaine
Généralistes	1 956	18 617	99 226
dont libéraux et mixtes (en %)	58,7	60,1	68,2
Spécialistes (hors médecine générale)	2 255	28 628	112 594
dont libéraux et mixtes (en %)	47,9	50,2	52,6
Ensemble	4 211	47 245	211 820
dont libéraux et mixtes (en %)	52,3	54,1	59,9

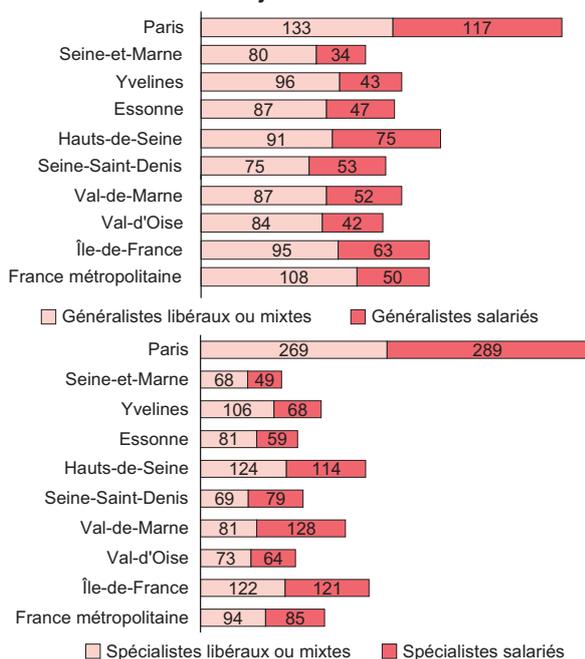
Source : Drees - Exploitation ORS Île-de-France

Densités de médecins exerçant à titre libéral ou salarié au 1er janvier 2012



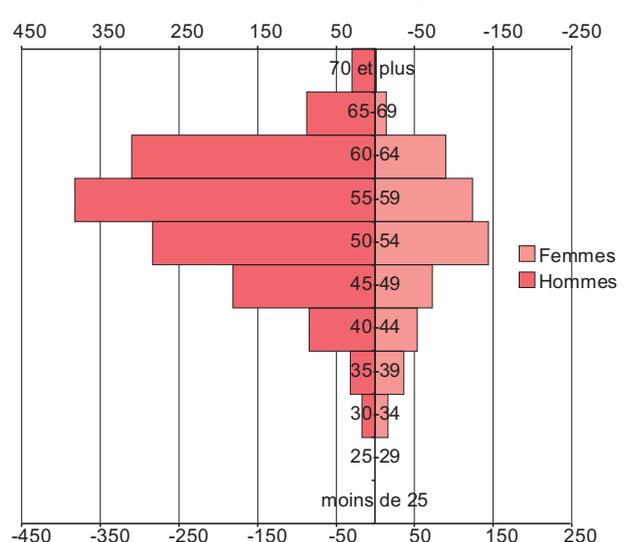
Source : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Densités médicales (spécialistes et généralistes) au 1er janvier 2012



Source : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Répartition par âge et par sexe des médecins de Seine-Saint-Denis en 2010



Source : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Contexte national

Selon l'Ordre national des médecins, au 1er janvier 2012, la France compte 92 477 médecins généralistes [1], dont 6 900 remplaçants (7,4%). Parmi ces médecins, 69% ont un exercice en libéral, 35% sont salariés et 6% ont une activité mixte [2].

Selon les données de l'Assurance maladie, la France compte 53 422 médecins généralistes libéraux en 2010. Par ailleurs, 7 552 praticiens libéraux, qualifiés en médecine générale, ont un exercice particulier (1 636 homéopathes, 1 632 acupuncteurs...), et une partie d'entre eux se considèrent comme "généralistes". Ces dénombrements ne prennent toutefois pas en compte les médecins exerçant comme remplaçants, qui ne sont pas identifiés par l'Assurance maladie, ainsi que ceux pratiquant la médecine générale comme salariés dans un centre de santé, principalement localisé dans quelques régions (Île-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur...). Les médecins généralistes libéraux représentent un peu plus d'un quart de l'effectif total des médecins [3, 4].

Le nombre de médecins généralistes libéraux a augmenté d'environ 35% depuis 1980. Mais au cours des dix dernières années, malgré la hausse du numérus clausus, leur effectif est resté pratiquement stable alors que le nombre de généralistes salariés a augmenté de 15% depuis 2000 [3-6]. La croissance des effectifs au cours des dernières décennies s'est accompagnée de transformations structurelles. La proportion de femmes généralistes est près de deux fois plus importante en 2008 (27%) qu'en 1980. Avec le ralentissement de la croissance démographique, l'âge moyen augmente et atteint 52,1 ans en 2010 [3, 5].

La médecine générale est reconnue comme une spécialité à part entière depuis que le concours régional de l'internat des spécialités a été remplacé en 2004 par les Epreuves classantes nationales (ECN) à la fin du deuxième cycle des études médicales pour l'accès aux différentes spécialités. En médecine générale, les postes en internat ouverts aux étudiants ne sont pas tous pourvus (82% en 2009 contre 89% pour l'ensemble des spécialités), avec toutefois des disparités géographiques importantes [5].

Les médecins généralistes libéraux sont inégalement répartis sur le territoire. De manière générale, les zones les plus fortement médicalisées se situent dans le sud du pays. Mais, à l'intérieur des régions, on observe parfois des contrastes importants. Les départements d'Outre mer (à l'exception de la Réunion) et la Seine-Saint-Denis sont les départements qui ont les plus faibles densités médicales en 2008 (de 38 à 63 généralistes pour 100 000 habitants). A l'opposé, dans les Pyrénées-Orientales, on dénombre 120 généralistes libéraux pour 100 000 habitants [3].

Les relations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé sont définies par des conventions nationales qui déterminent les tarifs des honoraires et les conditions de leur exercice (mise en œuvre des "bonnes pratiques"...). Depuis janvier 2005, chaque assuré âgé de plus de 16 ans doit choisir un médecin « traitant » (généraliste ou spécialiste), chargé de coordonner son parcours dans le système de soins. Les patients sans médecin traitant bénéficient de conditions de remboursement par l'Assurance maladie moins avantageuses, et le tarif de l'acte peut être majoré par le médecin. Fin 2008, 85% des assurés ont déclaré un médecin traitant et choisi à 99,5% un médecin généraliste libéral [7].

La loi du 21 juillet 2009, dite HPST [8], a réaffirmé le rôle des médecins généralistes comme acteur pivot des soins de premier recours. En 2008, les consultations et visites représentent 98% du total des actes des généralistes libéraux. En moyenne, chaque généraliste effectue près de 5 100 actes par an. En Provence-Alpes-Côte-d'Azur, région qui a la plus forte densité médicale, ce nombre est inférieur de 13% à la moyenne nationale (4 400 actes) [3, 9].

Alors que l'effectif de la population a augmenté de 6% depuis 2000 et dans un contexte général de vieillissement, le nombre total d'actes effectués par les généralistes (265 millions en 2008) a diminué de 4%. Cette baisse est essentiellement liée à la chute du nombre de visites à domicile, qui a été divisé par deux (32 millions en 2008) [3, 10].

La proportion de généralistes conventionnés pratiquant des honoraires libres (7%) est beaucoup plus faible que celle des spécialistes (39%). C'est en Île-de-France qu'elle est la plus élevée (22%) [3].

Selon les résultats du panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale mené auprès de 2 000 médecins de cinq régions françaises, la proportion de généralistes libéraux exerçant en cabinet de groupe varie de 40 à 65% selon les régions. En 2007, leur temps de travail hebdomadaire (gardes et astreintes comprises) atteint en moyenne entre 55 et 59 heures par semaine, la proportion de ceux participant à des gardes varie de 45% à 78%. Par ailleurs, une part importante de ces praticiens déclarent des activités en dehors du cabinet médical (établissements de santé, médecin régulateur au centre 15, médecin coordonnateur de maison de retraite...) [11].

Repères bibliographiques et sources

1. Le Breton-Lerouvillois G., sous la direction de Romestaing P. (2012). Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1/01/2012 - Tome II. Conseil national de l'ordre des médecins. 119 p.
2. Le Breton-Lerouvillois G., sous la direction de Romestaing P. (2012). Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1/01/2013. Conseil national de l'ordre des médecins. 238 p.
3. Cnamts. Snir 2010 (système national inter-régimes)
4. Sicart D. (2009). Les médecins : estimations au 1er janvier 2009. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 138. 117 p.
5. Cnamts. (2006). Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux. Carnets statistiques. n° 112. 157 p.
6. Sicart D. (2000). Les médecins : estimations au 1er janvier 2000. Document de travail. Collection statistiques. Drees. n° 14. 87 p.
7. Cnamts. (2009). Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. Point d'information. 10 p.
8. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).
9. Observatoire national de la démographie des professions de santé. (2008). La médecine générale. Le rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 1. 176 p.
10. Cnamts. Snir 2000 (système national inter-régimes)
11. Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A. et al. (2007). L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Etudes et résultats. Drees. n° 610. 8 p

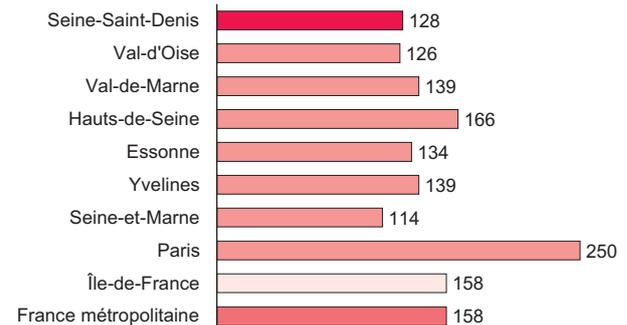
Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La densité d'omnipraticiens libéraux du département est parmi les plus faibles de France. Elle est très partiellement compensée par les médecins généralistes salariés.
- > Le taux de croissance annuel moyen du nombre d'omnipraticiens libéraux entre 2003 et 2010 est plus faible en Seine-Saint-Denis (0,75) qu'en Île-de-France (1,08).
- > Les omnipraticiens libéraux de Seine-Saint-Denis sont plus âgés que ceux de France métropolitaine.

Le nombre total d'omnipraticiens (libéraux et salariés) exerçant en Seine-Saint-Denis en 2012 est de 1 956 (source Drees). Parmi eux, 1 148 exercent en libéral (ou mixte). Le département présente un taux de croissance annuel moyen entre 2003 et 2010 inférieur à ceux d'Île-de-France et de France métropolitaine.

Les médecins peuvent avoir des modes d'exercice différents : libéraux exclusifs, salariés exclusifs (hospitaliers ou autre) et mixtes, . Les médecins ayant un mode d'exercice mixte ont une activité libérale mais peuvent être en partie des médecins hospitaliers au titre d'une activité secondaire.

Densité* d'omnipraticien (libéraux et salariés) en 2012



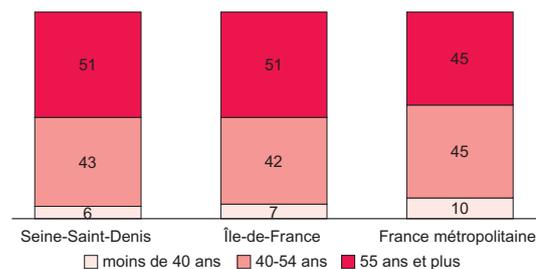
Source : Drees - Exploitation ORS Île-de-France
* nombre d'omnipraticiens pour 100 000 habitants

Evolution des effectifs des omnipraticiens libéraux entre 2003 et 2012

	Seine-St-Denis	Île-de-France	France métropolitaine
Effectifs 2003	1 073	10 148	60 761
Effectifs 2012	1 148	11 185	67 704
TCAM* 2003-2010	0,75	1,08	1,21

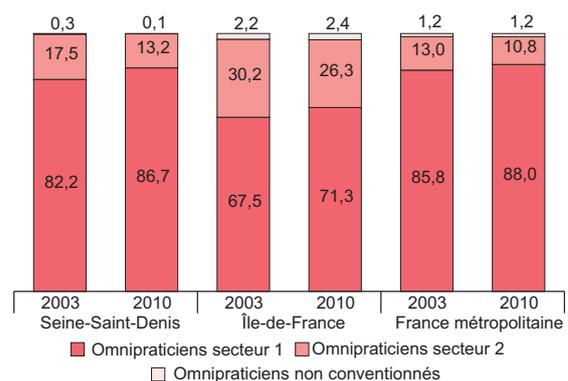
Source : Drees - Exploitation ORS Île-de-France
* taux de croissance annuel moyen

Répartition par âge des omnipraticiens libéraux en 2010



Source : Snir - Exploitation ORS Île-de-France

Proportion d'omnipraticiens libéraux selon le mode conventionnel en 2003 et 2010



Source : Snir - Exploitation ORS Île-de-France

En Seine-Saint-Denis, 51% des omnipraticiens libéraux ont 55 ans ou plus, 43% entre 40 et 54 ans et 6% moins de 40 ans. La répartition par âge des omnipraticiens libéraux du département est comparable à celle de l'Île-de-France. Par contre, elle diffère de celle de France métropolitaine où seuls 45% des omnipraticiens libéraux ont 55 ans ou plus, 45% entre 40 et 54 ans et 10% moins de 40 ans. Les omnipraticiens libéraux de Seine-Saint-Denis sont plus âgés qu'en moyenne en France métropolitaine.

En Seine-Saint-Denis, la moyenne d'âge des omnipraticiens libéraux est de 55 ans pour les hommes et 50 ans pour les femmes contre, en France métropolitaine, respectivement 54 ans et 48 ans.

En 2010, 82,2% des omnipraticiens libéraux du département sont conventionnés en secteur 1. Cette proportion a augmenté depuis 2003. La Seine-Saint-Denis présente un taux de médecins généralistes conventionnés en secteur 1 plus élevé qu'en Île-de-France (71,3%) mais inférieur à celui de France métropolitaine (88%).

Les effectifs de médecins peuvent varier en fonction des modalités d'enregistrement des différentes sources de données (Ordre des médecins, Caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère des affaires sociales et de la santé).

Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), actuellement en cours de constitution et incluant aujourd'hui quatre professions de santé (médecins, sages-femmes, chirurgiens dentistes et infirmiers), est constitué à partir des données des conseils nationaux des ordres professionnels.

En 2012, la Seine-Saint-Denis présente une densité d'omnipraticiens libéraux ou mixtes de 75 pour 100 000 habitants. C'est la plus faible densité de tous les départements d'Île-de-France. Elle est aussi inférieure à celle de France métropolitaine (108 pour 100 000 habitants). En Île-de-France c'est Paris qui présente le taux le plus élevé avec une densité de 133 pour 100 000 habitants.

Modes d'exercice particulier (MEP)

Un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité sociale, telles l'acupuncture et l'homéopathie ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié. On peut ainsi distinguer parmi les omnipraticiens libéraux ceux qui exercent une médecine générale au sens strict (généraliste) de ceux qui pratiquent une médecine plus spécifique (MEP). Le trait commun aux généralistes et aux MEP est la valeur des tarifs conventionnels des actes de consultation et de visite, qui est inférieure à celle des spécialistes

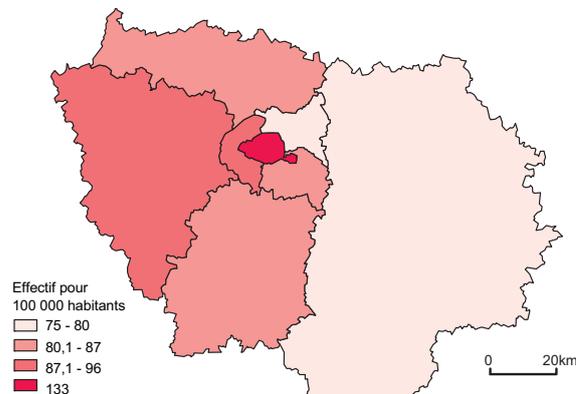
En 2010, d'après le Système national inter-régime (SNIR), la Seine-Saint-Denis a une densité d'omnipraticiens libéraux de 68,5 pour 100 000 habitants et une densité de généralistes hors Mode d'exercice particulier (MEP) libéraux de 59,5 pour 100 000 habitants. Ces densités sont bien plus faibles que celles d'Île-de-France et de France métropolitaine.

Par rapport aux autres départements franciliens, la Seine-Saint-Denis présente, en 2010, les densités de généralistes hors MEP ou d'omnipraticiens les plus faibles et Paris présente les plus fortes densités d'Île-de-France. On observe toutefois que la densité de généralistes hors MEP à Paris est inférieure à celle de France métropolitaine.

Si tous les médecins en secteur 2 ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires systématiques, la densité de médecins généralistes hors MEP et conventionnés en secteur 1 est un bon indicateur de l'accessibilité à l'offre de soins de premiers recours pour des populations à faible revenu. C'est un des indicateurs d'accessibilité qui témoigne du recours limité des séquanodionysiens à l'offre libérale parisienne. L'offre séquanodionysienne est de 55,4 pour 100 000 habitants. Cette densité est supérieure à celle de l'Île-de-France mais largement inférieure à celle de France métropolitaine.

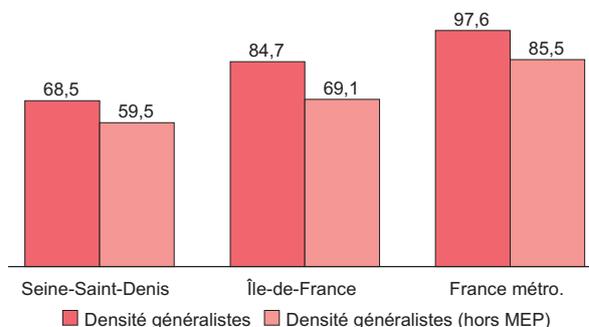
La réalité de l'offre en médecine générale se trouve entre les densités de généralistes hors et avec MEP car beaucoup de généralistes avec MEP font réellement de la médecine générale.

Densités* d'omnipraticiens dans les départements d'Île-de-France en 2012



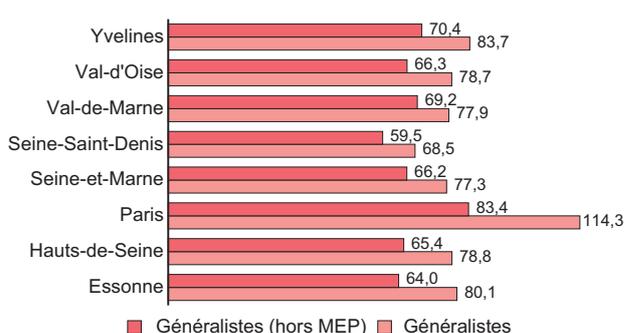
Source : Drees - Exploitation ORS Île-de-France
* nombre d'omnipraticiens pour 100 000 habitants

Densités des omnipraticiens libéraux en 2010



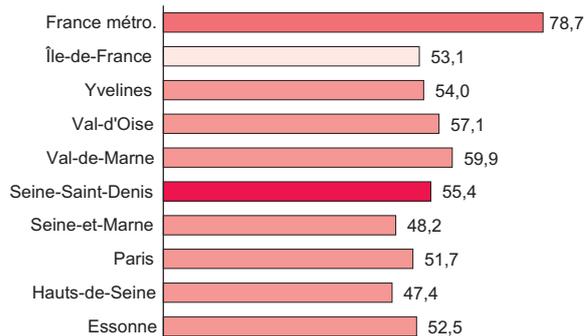
Source : Snir - Exploitation ORS Île-de-France

Densités des omnipraticiens libéraux dans les départements d'Île-de-France en 2010



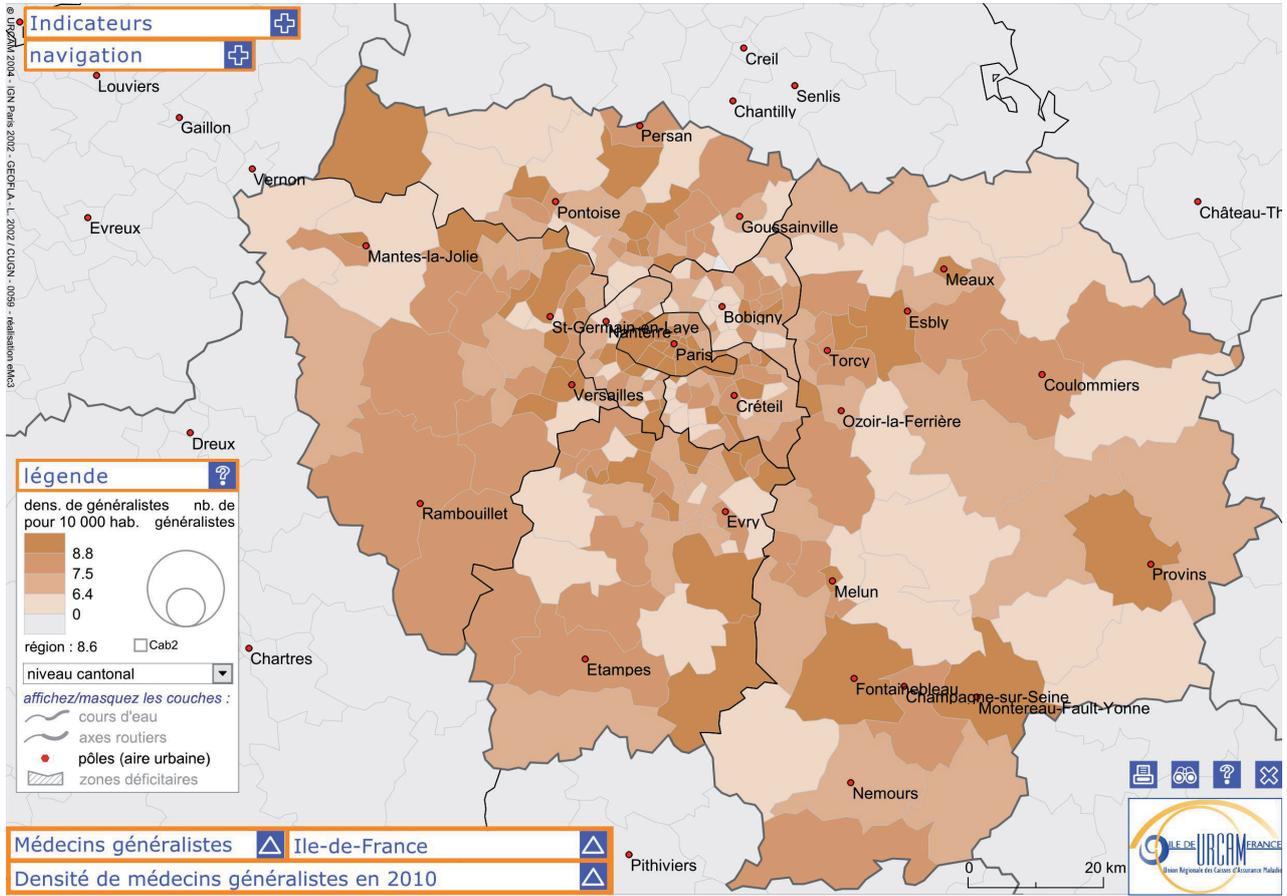
Source : Snir - Exploitation ORS Île-de-France

Les généralistes hors MEP libéraux du secteur 1 dans les départements d'Île-de-France en 2010



Source : Snir, Exploitation ORS Île-de-France

Densité de médecins généralistes en 2010 dans les cantons d'Île-de-France



Contexte national

En 2012, la France compte près de 115 000 médecins spécialistes, hors médecine générale (+ 15 % par rapport à 2000), qui représentent un peu plus de la moitié des effectifs médicaux. Au cours de la dernière décennie, la croissance des effectifs s'est ralentie, avec un taux de progression annuel moyen de 1 % entre 2000 et 2012, contre plus de 4 % au milieu des années 1980 [1, 2].

Ce ralentissement démographique s'accompagne d'un vieillissement du corps médical : en France métropolitaine, 51 % des spécialistes sont âgés de 55 ans ou plus (37 % en 2000). La profession s'est par ailleurs féminisée : la proportion de femmes chez les spécialistes est passée d'environ 25 % en 1985 à 36 % aujourd'hui [1-3].

Depuis 2004, l'accès aux spécialités s'effectue à partir du troisième cycle des études médicales (internat) à l'issue des Epreuves classantes nationales (ECN) communes à l'ensemble des spécialités, qui incluent la spécialité "médecine générale", reconnue comme une spécialité à part entière.

Plus d'un spécialiste sur deux exerce une spécialité dite médicale (55 %), et un peu moins d'un quart une spécialité chirurgicale (23 %). Les autres spécialités se répartissent entre la psychiatrie (12,5 %), la santé publique et la médecine du travail (5 %), et la biologie médicale (2,5 %). En 2012, la spécialité qui a l'effectif le plus important est celle des psychiatres (14 401), devant les chirurgiens (11 564 toutes spécialités confondues) et les anesthésistes (10 704). Viennent ensuite les radiologues (8 300), les pédiatres (7 450), les cardiologues (6 613), les ophtalmologistes (5 808), les gynécologues-obstétriciens (4 113) et les dermatologues-vénérologues (4 100) [2]. Selon les projections effectuées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques (Drees), le nombre de spécialistes devrait diminuer de 12 % entre 2006 et 2019. Cette baisse devrait être plus marquée que celle des généralistes (- 7 %). Les évolutions des effectifs seraient très contrastées selon les spécialités. Les disciplines qui devraient connaître les baisses les plus importantes sont la médecine du travail (- 51 %), la rééducation et la réadaptation fonctionnelle (- 36 %), l'ophtalmologie (- 29 %) et la dermatologie-vénérologie (- 24 %) [4, 5].

La répartition géographique des spécialistes est nettement plus contrastée que celle des généralistes. Les zones les plus fortement médicalisées se situent à Paris et dans le sud de la France. En Île-de-France, le nombre de spécialistes par habitant est 2 à 3 fois plus élevé qu'en Guyane, Guadeloupe ou Picardie.

La moitié des spécialistes a une activité libérale (exclusive ou non), et environ 40 % exercent en milieu hospitalier comme salariés. La proportion de spécialistes libéraux est restée relativement stable au cours des vingt-cinq dernières années. L'exercice libéral varie fortement selon les spécialités : 85 % en ophtalmologie, 59 % en gynécologie-obstétrique, 41 % en pédiatrie, contre seulement 34 % en anesthésie-réanimation [1, 2].

L'effectif des spécialistes libéraux, selon les données de l'Assurance maladie, est resté pratiquement stable au cours de la dernière décennie (55 400 fin 2008). Plusieurs spécialités connaissent un recul démographique depuis 2000 : - 13 % pour la stomatologie, - 7 % pour la pédiatrie... En revanche, en urologie, néphrologie, chirurgie orthopédique, cardiologie et radiologie, l'augmentation des effectifs se poursuit [6-8].

Sur le plan conventionnel, 58,4 % des spécialistes dépendent du secteur 1 et 41,3 % du secteur conventionné à honoraires libres (secteur 2). Par ailleurs, 0,3% sont non conventionnés. La part du secteur 2 est très variable selon la spécialité et selon les territoires : 62,6 % des spécialistes libéraux sont à honoraires libres en Île-de-France contre 15 % seulement en Bretagne. L'urologie est la spécialité dans laquelle on observe la plus forte proportion de médecins en secteur 2 (84 %) contre 17 % pour la pneumologie et 19 % pour la cardiologie [6].

La Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), qui est la base de la rémunération des médecins libéraux, a été remplacée en 2005, pour les actes techniques, par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Depuis 2005, les patients qui accèdent directement à un spécialiste sans passer par leur médecin traitant sont moins bien remboursés par l'Assurance maladie et le tarif de l'acte peut être majoré par le spécialiste.

Repères bibliographiques et sources

1. Sicart D. (2001) Les médecins : estimations de 1984 à 2000. Séries longues. Document de travail. Série statistiques Drees. n° 22. 62 p
2. Sicart D. (2012). Les médecins au 1er janvier 2012. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 167. février 2012.
3. Sicart D. (2000). Les médecins : estimations au 1er janvier 2000. Document de travail. Collection statistiques. Drees. n° 14. 87 p.
4. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. (2009). La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé. Drees. n° 12. 66 p.
5. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. (2009). La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et résultats. Drees. n° 679. 8 p.
6. Cnamts. Snir 2010 (système national inter-régimes)
7. Cnamts. Snir 2000 (système national inter-régimes)
8. Cnamts. (2006). Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux. Carnets statistiques. n° 112. 157 p.

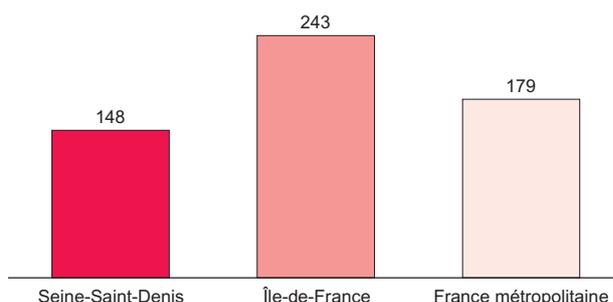
Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Toutes les spécialités sont en très net sous effectif dans le secteur libéral par rapport à la moyenne nationale, et plus encore par rapport à la moyenne régionale.
- > La cardiologie libérale doit sa densité à la présence d'un centre spécialisé de renommée internationale.
- > L'âge moyen des spécialistes libéraux exerçant en Seine-Saint-Denis est plus élevé que la moyenne nationale.

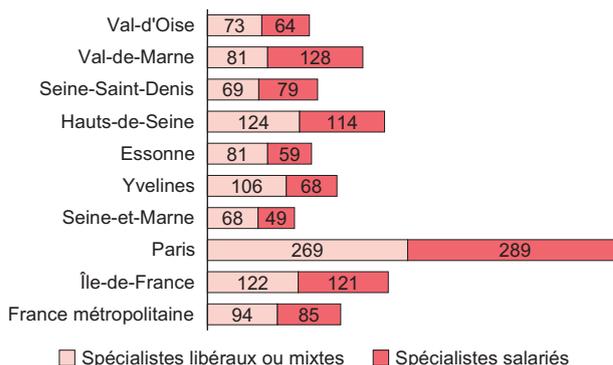
Le nombre total de spécialistes (libéraux et salariés) exerçant en Seine-Saint-Denis en 2012 est de 2 255. Parmi eux, 1 053 exercent en libéral. Le département a une densité de médecins spécialistes de 148 pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure à celle d'Île-de-France et de France métropolitaine. La Seine-Saint-Denis présente une densité de spécialistes libéraux (69 pour 100 000 habitants) parmi les plus faibles de tous les départements d'Île-de-France juste devant celle de Seine-et-Marne (68 pour 100 000 habitants) et loin derrière la densité parisienne (269 pour 100 000 habitants). La densité faible de spécialistes libéraux se vérifie pour l'ensemble des principales spécialités par rapport à l'Île-de-France et à la France métropolitaine. L'Île-de-France voit sa densité tirée vers le haut par la densité parisienne.

Les effectifs de médecins peuvent varier en fonction des modalités d'enregistrement des différentes sources de données (Ordre des médecins, Caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère des affaires sociales et de la santé).

Densités* des spécialistes (libéraux et salariés) en 2012



Densités* des spécialistes par département en 2012



Source : Drees - Exploitation ORS Île-de-France
*pour 100 000 habitants

Effectifs et densités de médecins libéraux pour les principales spécialités en 2010

Spécialité	Seine-Saint-Denis		Île-de-France		France métropolitaine	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Anesthésie-réanimation chirurgicale	54	3,6	645	5,5	3 450	5,5
Chirurgie générale	28	1,8	411	3,5	1 675	2,7
Chirurgie orthopédique et traumatologie	26	1,7	422	3,6	2 123	3,4
Dermato-vénérologie	48	3,2	855	7,3	3 250	5,2
Gastro-entérologie et hépatologie	36	2,4	452	3,9	2 093	3,4
Gynécologie (médicale et obstétrique)*	93	23,8	1 386	46,1	4 227	29,3
Ophthalmologie	80	5,3	1 129	9,6	4 713	7,5
ORL	54	3,6	568	4,8	2 225	3,6
Pathologie cardio-vasculaire	127	8,4	1 012	8,6	4 406	7,1
Pédiatrie**	64	19,0	800	34,8	2 700	23,6
Psychiatrie	61	4,0	2 129	18,2	6 407	10,3
Radiodiagnostic et imagerie médicale	114	7,5	1 167	9,9	5 937	9,5
Rhumatologie	28	1,8	420	3,6	1 829	2,9
Ensemble des spécialistes	923	60,8	13 441	114,6	55 387	88,7

Source : Snir - Exploitation ORS Île-de-France

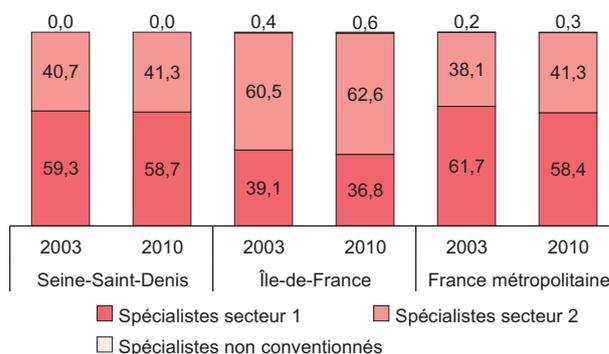
*Nombre de gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

**Nombre de pédiatres pour 100 000 personnes âgées de moins de 16 ans

Plus de la moitié des spécialistes de Seine-Saint-Denis exerce en secteur 1: 58,7%. Cette proportion est supérieure à celle d'Île-de-France (36,8%) mais elle est comparable à celle de France métropolitaine (58,4%).

Le nombre de spécialistes en secteur 1 a légèrement diminué en Seine-Saint-Denis entre 2003 et 2010 comme en Île-de-France et en France métropolitaine.

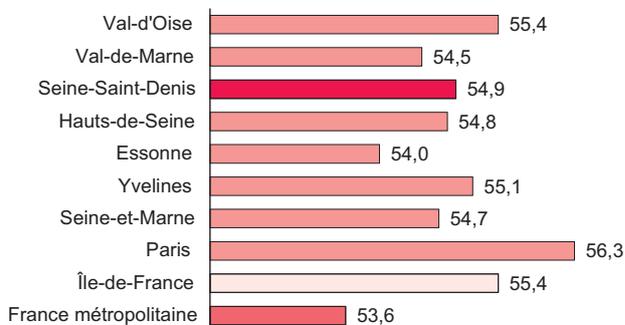
Proportion de médecins spécialistes libéraux selon le mode conventionnel en 2003 et 2010



Source : Snir - Exploitation ORS Île-de-France

En 2010, l'âge moyen des spécialistes libéraux exerçant en Seine-Saint-Denis est de 54,9 ans soit un an de plus que la moyenne d'âge en France métropolitaine (53,6 ans). Le département présente un âge moyen des spécialistes libéraux comparable aux autres départements d'Île-de-France à part Paris (56,3 ans).

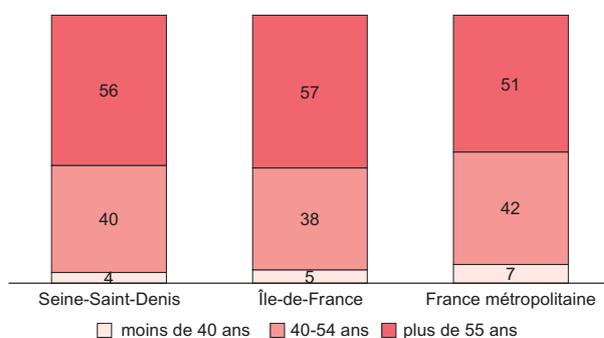
Âge moyen des spécialistes libéraux par département en 2010



Source : Snir - Exploitation ORS Île-de-France

56% des spécialistes libéraux du département ont plus de 55 ans, 40% ont entre 40 et 54 ans et 4% ont moins de 40 ans. Cette distribution est comparable à celle d'Île-de-France mais légèrement différente de celle de France métropolitaine. En effet la Seine-Saint-Denis a 5% de plus de médecins spécialistes qui ont plus de 55 ans qu'en France métropolitaine.

Répartition par âge des omnipraticiens libéraux en 2010

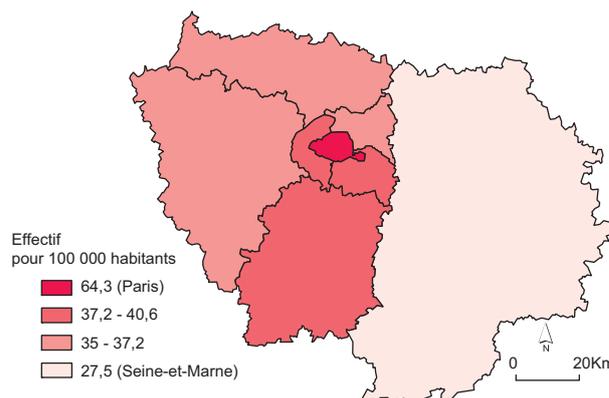


Source : Snir - Exploitation ORS Île-de-France

La Seine-Saint-Denis présente une densité de spécialistes libéraux en secteur 1 de 35,7 pour 100 000 habitants, parmi les plus faibles d'Île-de-France juste devant le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne. Alors que la densité parisienne est presque deux fois plus élevée (64,3 pour 100 000 habitants).

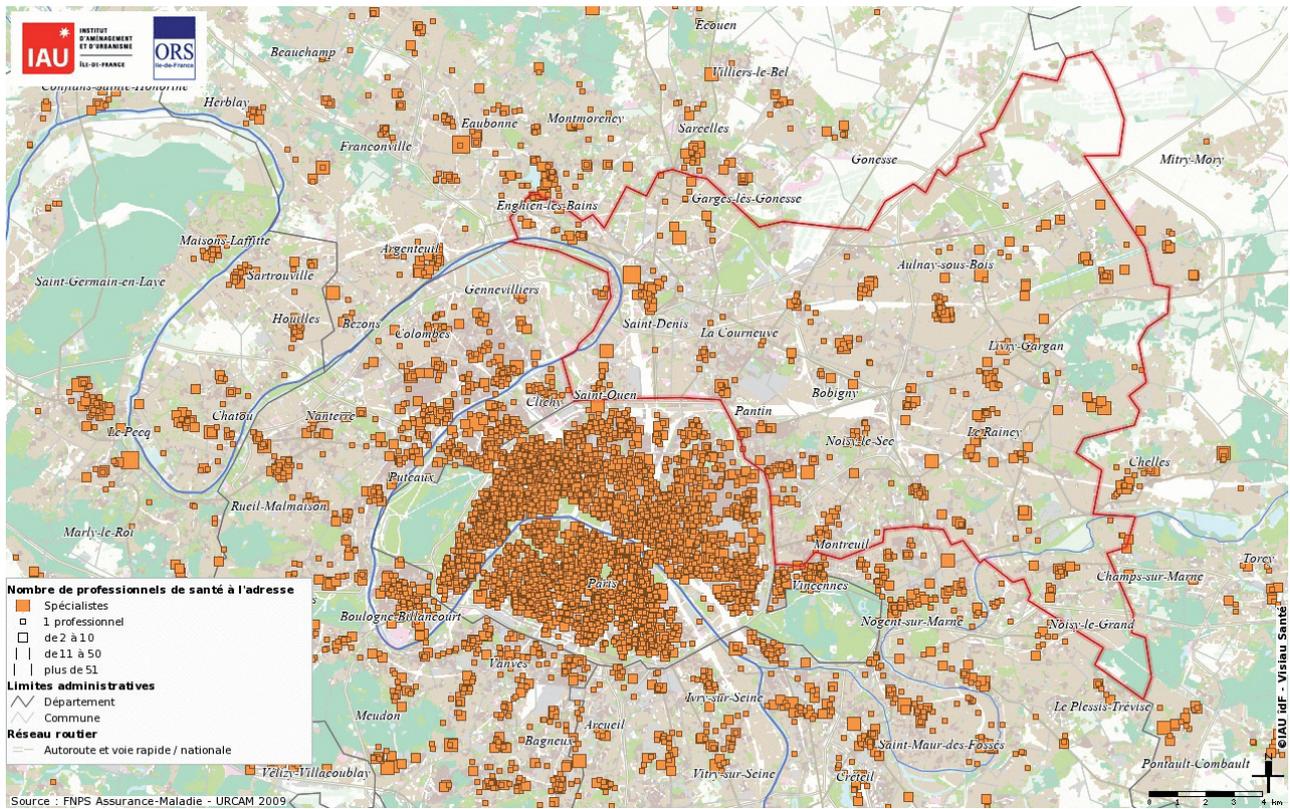
Ceci ne tient pas compte de l'offre du secteur 2 sans dépassement d'honoraires.

Les spécialistes libéraux en secteur 1 dans les départements d'Île-de-France en 2010



Source : Snir, Exploitation ORS Île-de-France

Répartition de spécialistes libéraux en 2009



Contexte national

Près de 40 000 chirurgiens-dentistes exercent leur activité en France au 1^{er} janvier 2012, cet effectif est relativement stable depuis une dizaine d'années. La structure par âge de ce groupe de professionnels s'est profondément transformée : 52 % des professionnels en activité sont âgés de 50 ans ou plus en 2012 contre 34 % en 2000 [1, 2]. Avec 40 % de femmes, les chirurgiens-dentistes demeurent la profession de santé à exercice réglementé la moins féminisée. Toutefois, chez les praticiens de moins de 35 ans, les femmes sont majoritaires [1].

Avec une densité moyenne de 66 praticiens pour 100 000 habitants, la France se situe dans une position intermédiaire par rapport aux autres pays européens. Cette densité est inférieure à celles observées dans les pays scandinaves mais supérieure à celles des pays de l'Europe de l'Est et du Sud [3, 4].

Les chirurgiens-dentistes sont formés en six années d'études, la première année étant commune avec les médecins, les sages-femmes, et depuis 2010, avec les pharmaciens. Pour faire face à la baisse des effectifs attendue au cours des prochaines années, le nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études dentaires (numerus clausus) a été progressivement réévalué et il atteint 1 200 pour l'année universitaire 2012-2013 (800 en 2001-2002). Selon des projections établies en 2007 sous l'hypothèse de comportements et trajectoires professionnelles inchangés et d'un numerus clausus fixé à 1 100 à partir de l'année universitaire 2007-2008, la densité de chirurgiens-dentistes en 2030 serait environ inférieure de 35% à celle de 2006. Cette évolution attendue est à mettre en regard de l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire, notamment chez les enfants [3, 5].

La très grande majorité des chirurgiens-dentistes exerce en libéral (91%), les autres praticiens étant salariés des centres de santé, des établissements de santé ou des caisses d'Assurance maladie [1]. Les libéraux se répartissent de manière à peu près égale entre exercice individuel et exercice de groupe. Les femmes sont majoritaires parmi les praticiens salariés (58% fin 2006) [6].

L'effectif de chirurgiens-dentistes libéraux recensés par l'Assurance maladie (36 039 au 1^{er} janvier 2012) est pratiquement stable depuis 1996. 95% sont des omnipraticiens, les autres exerçant l'Orthopédie dento-faciale (ODF).

Les régions du sud de la France, l'Alsace et l'Île-de-France ont les plus fortes densités de praticiens libéraux. Les départements d'Outre-mer, la Normandie et les régions du nord sont les moins pourvus. On dénombre seulement 23 praticiens libéraux pour 100 000 habitants en Guyane contre 88 en Provence-Alpes-Côte-D'Azur.

Les actes des dentistes libéraux se répartissent principalement entre soins conservateurs (1 400 actes par professionnel et par an), prothèses et chirurgie dentaire (extractions principalement). Les soins conservateurs et chirurgicaux sont, comme les autres actes de soins, remboursés à 70% du tarif de référence par l'Assurance maladie. En revanche, les prothèses (63 % des honoraires en 2004 [7]) et les soins d'ODF sont faiblement remboursés par l'Assurance maladie, les chirurgiens-dentistes ayant la liberté de pratiquer des dépassements par rapport au tarif de référence, sur la base d'un devis remis au patient (entente directe). Les soins dentaires sont d'ailleurs, pour des raisons financières, les principaux renoncements aux soins (50 % des cas de renoncements) [8]. En revanche, les personnes qui relèvent de la Couverture maladie universelle (CMU) bénéficient d'une prise en charge intégrale, dans la limite d'un panier de soins [9].

Repères bibliographiques et sources

1. Sicart D. (2012). Les professions de santé au 1er janvier 2012. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 168. 89 p.
2. Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1er janvier 2000. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 9. 63 p.
3. Collet M, Sicart D. (2007). Les chirurgiens-dentistes en France : situation démographique et analyse des comportements en 2006. Etudes et résultats. Drees. n° 594. 8 p.
4. Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
5. Collet M, Sicart D. (2007). La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national. Etudes et résultats. Drees. n° 595. 8 p.
6. Observatoire national de la démographie des professions de santé. (2008). La profession de chirurgien-dentiste. In Analyse des professions : chirurgien-dentiste, périnatalité, bloc-opératoire. Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 3. Ed. La Documentation française. pp. 11-37
7. Cnamts. (2006). Le secteur libéral des professions de santé en 2004 : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, laboratoires, auxiliaires médicaux. Carnets statistiques. n° 112. 157 p.
8. Drees. (2009). Renoncement aux soins. In La santé des femmes en France. Ed. La Documentation française pp. 274-275
9. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- La densité de chirurgiens-dentistes en Seine-Saint-Denis est nettement inférieure aux densités francilienne et nationale.
- La proportion de salariés est plus importante qu'au niveau régional et national.
- En quatre ans, entre 2007 et 2011, la proportion d'enfants de 6 ans qui ont eu recours à l'examen bucco-dentaire gratuit proposé dans le cadre du programme "M'T dents" a plus que triplé en Seine-Saint-Denis.

Moins de 800 chirurgiens-dentistes (libéraux et salariés) exercent en Seine-Saint-Denis en 2012, soit une densité de 48 praticiens pour 100 000 habitants. La densité séquanodionisienne est nettement inférieure aux moyennes régionale (73 pour 100 000) et nationale (63 pour 100 000). En Seine-Saint-Denis comme en Île-de-France (c'est moins le cas en France métropolitaine), on observe une baisse de la densité de dentistes depuis un peu moins de 10 ans. Cette baisse concerne l'exercice libéral tandis que le nombre de salariés progresse. En 2012, 73% des chirurgiens-dentistes séquanodionisiens exercent en libéral (86% en Île-de-France et 90% en France métropolitaine).

La Seine-Saint-Denis présente la densité de chirurgiens-dentistes libéraux la plus faible par rapport aux autres départements d'Île-de-France et Paris la plus forte densité. En revanche, le département a une des densités de chirurgiens-dentistes salariés les plus élevées d'Île-de-France et c'est en Seine-et-Marne qu'on observe la plus faible densité.

Si on regarde la densité totale de chirurgiens-dentistes (salariés et libéraux), la Seine-Saint-Denis (48 pour 100 000) a une des plus faibles densités de la région avec le Val-d'Oise (48 pour 100 000) et la Seine-et-Marne (46 pour 100 000).

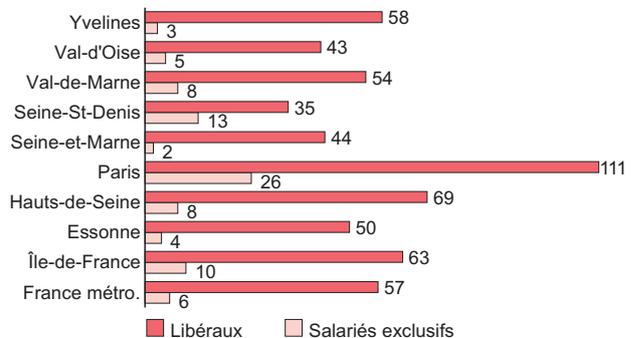
Les effectifs de médecins peuvent varier en fonction des modalités d'enregistrement des différentes sources de données (Ordre des médecins, Caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés, Ministère des affaires sociales et de la santé).

Effectifs et densités* des chirurgiens-dentistes en 2003 et 2012

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
2003				
Salariés	138	9,8	8,0	4,9
Libéraux	591	42,0	76,2	62,9
Total	729	51,8	84,2	67,8
2012				
Salariés	202	13	10	6
Libéraux	536	35	63	57
Total	738	48	73	63

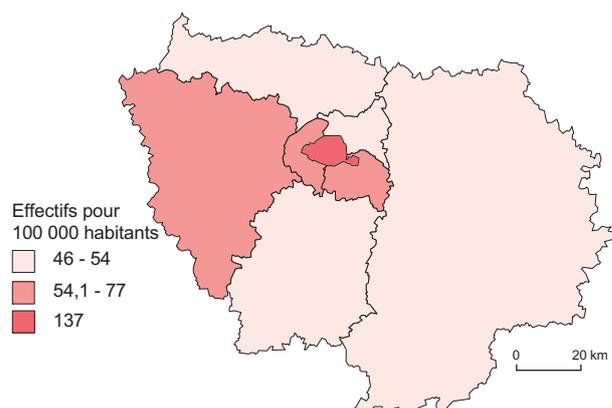
Sources : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

Densités* des chirurgiens-dentistes en 2012



Sources : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

Densités* de chirurgiens-dentistes dans les départements d'Île-de-France en 2012

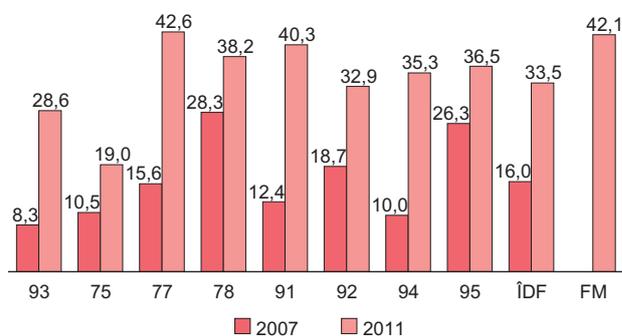


Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

La santé bucco-dentaire

28,6% des Séquano-Dyonisiens de 6 ans ont eu recours à l'examen bucco-dentaire gratuit proposé dans le cadre du programme "M'T dents"¹ en 2011 contre une participation de 33,5% en Île-de-France et 42,1% en France métropolitaine. En quatre ans, entre 2007 et 2011, cette proportion a plus que triplé dans le département.

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



Source : Cnamts - Exploitation ORS Île-de-France

La proportion d'enfants de 6-12 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année est croissante avec l'âge : en 2009, elle passe de 25,5% chez les enfants de 6 ans à 32,5% chez ceux de 12 ans. A chaque âge, cette proportion est inférieure en Seine-Saint-Denis à celle constatée au niveau régional.

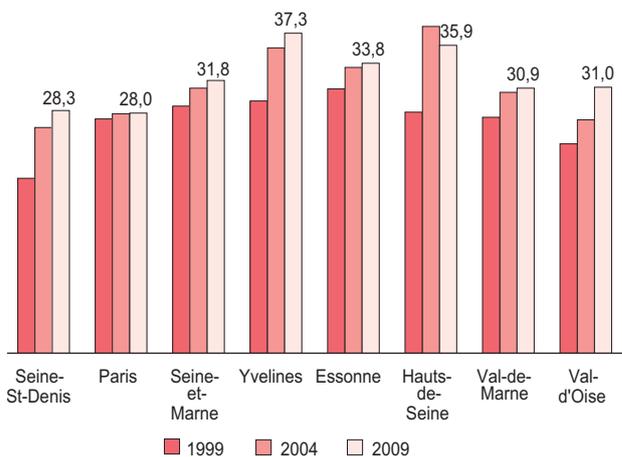
Proportion d'enfants ayant consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois dans l'année en 2009 (%)

Age	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans	12 ans
Seine-Saint-Denis	25,5	26,2	24,9	32,2	30,7	27,2	32,5
Île-de-France	27,2	28,8	28,6	35,7	34,0	31,8	37,6

Source : Cnamts

Pour l'ensemble des enfants de 6-12 ans, la Seine-Saint-Denis est un des départements d'Île-de-France, avec Paris, où la proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien-dentiste dans l'année est la plus faible (28,3%), mais le département présente la plus forte progression depuis 1999 (hausse de 8%).

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



Source : Cnamts - Exploitation ORS Île-de-France

La CMU-C donne droit à une prise en charge intégrale d'un "panier de soins" constitué de :

- l'ensemble des actes médicaux inscrits à la Nomenclature, pour lequel le ticket modérateur est couvert (traitements de caries, détartrages, extractions...)
- soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, pris en charge avec des dépassements d'honoraires plafonnés.

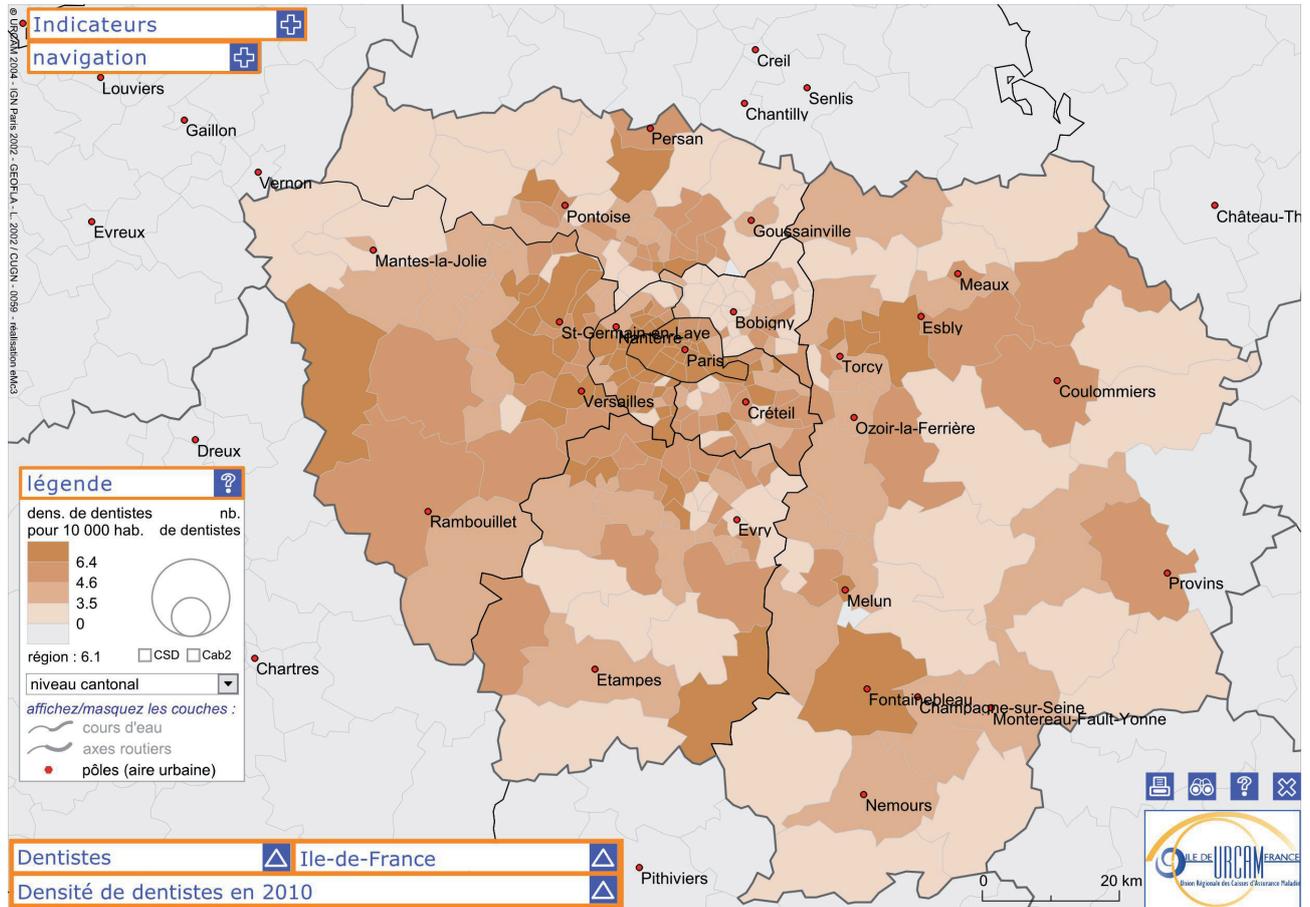
La liste de ces prestations et leurs tarifs figurent en annexe de l'Arrêté du 30 mai 2006 (JO du 2 juin 2006) modifié par arrêté du 27 mars 2007 (JO du 2 mai 2007).

Le patient peut demander des soins qui ne sont pas inscrits à la Nomenclature (traitements parodontaux, rebasages, prothèses provisoires...) ou pas acceptés par l'Assurance Maladie (traitements d'orthodontie refusés...). Ils ne sont pas remboursables et ne peuvent faire l'objet d'aucune prise en charge par la CMU complémentaire.

¹ Le dispositif "M'T dents" de la CPAM

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

Densité de chirurgiens-dentistes en 2010 par canton d'Île-de-France



Contexte national

Les sages-femmes constituent une profession médicale, dont les compétences sont définies réglementairement. Selon le Code de la santé publique, elles ont en charge la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse normale et à la préparation psychoprophylactique à la naissance, ainsi qu'à la pratique des accouchements eutociques (qui s'effectuent dans des conditions normales) et des soins postnataux pour la mère et l'enfant [1]. Elles assurent le suivi de la grossesse et l'accouchement normal, mais sont également impliquées dans la surveillance des grossesses pathologiques, leurs attributions ayant été progressivement élargies. Suite à la loi "Hôpital, patients, santé et territoire" du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve qu'elles adressent les femmes à un médecin en cas de situation pathologique [2]. Ces différents champs d'intervention sont toutefois partagés avec de nombreux autres professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, puéricultrices, masseurs-kinésithérapeutes).

Après une période de relative stabilité durant les années 1970, l'effectif des sages-femmes a progressé rapidement depuis le début des années 1990 [3]. Entre 2000 et 2012, leur effectif est passé de 14 900 à 18 609 en France, soit une augmentation de près de 25 % [4, 5]. Pendant la même période, le nombre de naissances enregistrées a augmenté de 3 % (808 249 en 2000, 833 191 en 2010) [6]. 23,7 % des sages-femmes libérales sont âgées de 50 ans ou plus en 2012 (19 % en 2000) [4, 5].

La formation des sages-femmes se déroule sur cinq années. Depuis 2002, la première année d'étude est commune à l'ensemble des professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme). A la rentrée 2010, la première année de médecine et de pharmacie a également fusionné créant la Première année commune des études de santé (PACES). Le numerus clausus des sages-femmes a été réévalué, de 732 en 1999 à environ 1 000 depuis 2004. Les budgets de fonctionnement des instituts de formation sont à la charge des Conseils régionaux depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Le nombre d'hommes dans la profession (appelés maïeuticiens) reste marginal (1,7 % des effectifs), mais ils représentent 10 % des étudiants entrés en formation en 2008. Cette évolution récente semble liée à la mise en place en 2002 de la première année de formation commune aux études médicales [7].

Comme pour les autres professions de santé, on observe des écarts très importants de densité de sages-femmes entre régions. Ainsi, en Picardie, en Corse et en Île-de-France, on dénombre près de 103 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit moins de la moitié de la densité de Mayotte (244 pour 100 000) [3].

Environ 60 % des sages-femmes exercent dans un établissement public de santé, et 20 % dans un établissement privé (clinique privée ou établissement de santé privé d'intérêt collectif) [3,4].

Dans les établissements de santé, les sages-femmes pratiquent des consultations de grossesse, des échographies, la préparation à la naissance et les soins postnataux pour la mère et l'enfant. Dans de nombreuses cliniques privées, les sages-femmes assurent la préparation de l'accouchement et la surveillance du travail mais ne pratiquent pas elles-mêmes l'accouchement, qui est pris en charge par un gynécologue-obstétricien [3].

L'effectif des sages-femmes libérales (3 751 professionnels au 1 janvier 2012) est en très forte progression : + 7,5 % chaque année depuis 2004. Leur implantation sur le territoire est aussi très inégale. Les départements de la Creuse et de la Lozère ne disposent que de 2 sages-femmes libérales en activité alors que des départements, comme l'Hérault ou le Gard, ont une densité de sages-femmes libérales par habitant deux fois supérieure à la moyenne nationale [3]. Selon l'Assurance maladie, une sage-femme libérale réalise en moyenne 1 908 actes dans l'année : plus de 50 % sont des actes cotés SF (rééducation périnéale, surveillance de grossesse pathologique...) et 30 % des consultations (préparation à l'accouchement principalement) [8]. Ces professionnelles ont peu accès au plateau technique des cliniques privées et pratiquent exceptionnellement des accouchements (1 700 forfaits en 2008).

Repères bibliographiques et sources

1. Article L. 4151* du Code de la santé publique
2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
3. Sicart D. (2012). Les professions de santé au 1er janvier 2012. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 168.mars 2012
4. Observatoire national de la démographie des professions de santé. (2004). La profession de sage-femme. In Analyse de 3 professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3. Ed. La Documentation française. pp 9-50
5. Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1er janvier 2000. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 9. 63 p.
6. Pla A, Beaumel C. (2010). Bilan démographique 2009 : Deux pacs pour trois mariages. Insee première. Insee. n° 1276. 4 p.
7. Jakoubovitch S. (2009) La formation aux professions de la santé en 2008. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 139 108 p.
8. Assurance maladie Activité des autres professionnels de santé APE www.ameli.fr Statistiques et publications

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La densité de sages-femmes est de 82 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, soit une densité inférieure aux densités régionale et nationale.
- > Le département présente la densité de sages-femmes libérales la plus faible d'Île-de-France.
- > Les sages femmes exerçant dans le département sont plus jeunes que la moyenne nationale.

En 2012, le nombre de sages-femmes (libérales et salariées) exerçant en Seine-Saint-Denis est de 321 soit une densité de 82 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Entre 2003 et 2012, le nombre de sages-femmes exerçant dans le département a augmenté mais de façon moins marquée qu'aux niveaux régional et national.

La densité de sages-femmes (salariées et libérales) en Seine-Saint-Denis est, avec la Seine-et-Marne et le Val-de-Marne, la plus faible d'Île-de-France et Paris, les Yvelines et les Hauts-de-Seine présentent la plus forte densité. La densité de sages-femmes libérales séquanodionysienne est de 14 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre 20 en Île-de-France et 26 en France métropolitaine. La densité de sages-femmes salariées est de 68 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre 83 en Île-de-France et 104 en France métropolitaine.

En 2010, l'âge moyen des sages-femmes libérales de Seine-Saint-Denis est de 43,6 ans contre 45,2 ans en Île-de-France et 44,8 ans en France métropolitaine. La Seine-Saint-Denis est le département d'Île-de-France où l'âge moyen des sages-femmes libérales est le moins élevé d'Île-de-France. Les Hauts-de-Seine présentent la moyenne d'âge la plus élevée (47,1 ans).

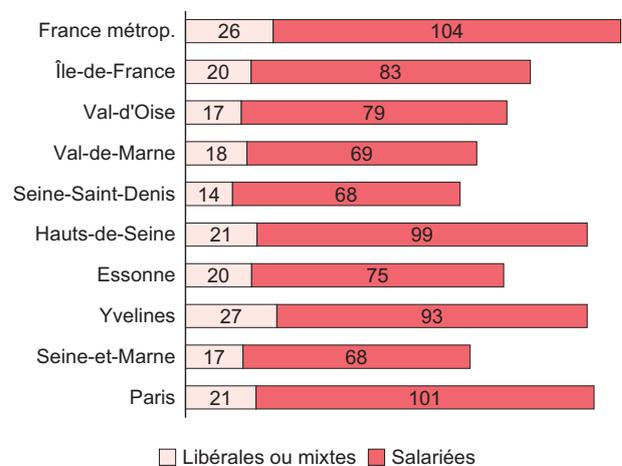
Effectifs et densités* des sages-femmes en 2003 et 2012

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
2003				
Salariés	260	71	81	93
Libérales	26	7	15	16
Total	286	78	96	109
2012				
Salariés	266	68	83	104
Libérales	55	14	20	26
Total	321	82	103	130

Sources : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

* Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Densités* des sages-femmes dans les départements d'Île-de-France en 2012

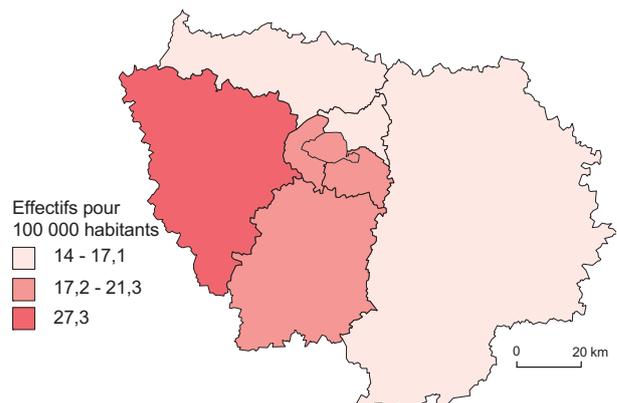


□ Libérales ou mixtes ■ Salariées

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

* Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Densités* des sages-femmes dans les départements d'Île-de-France en 2012



Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

* Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Contexte national

Avec plus de 567 564 professionnels en 2012, les infirmiers représentent la profession de santé la plus nombreuse en France. Leur effectif a augmenté de façon marquée au cours de la dernière décennie : + 3% par an en moyenne. La profession reste fortement féminisée (87,3% de femmes en 2012). L'âge moyen des infirmiers est passé de 34 ans en 1983 à 43 ans en 2012, mais semble actuellement se stabiliser [1-3].

Depuis 2006, cette profession est dotée d'un ordre professionnel [4].

Les infirmiers sont formés au sein des 330 Instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), dont 80% sont rattachés à des établissements publics de santé [2, 5]. Le budget de fonctionnement de ces établissements est alloué par les Conseils régionaux, mais les effectifs d'étudiants admis dans ces instituts sont déterminés, pour chaque région, par le Ministère chargé de la santé. L'Agence régionale de santé répartit ensuite ce quota entre les Ifsi. Le nombre total d'étudiants admis est passé de 18 270 en 1999 à 30 500 en 2009. La formation des infirmiers, d'une durée de trois ans après le baccalauréat, a été réformée en 2009 et s'effectue dorénavant en lien avec l'université. Elle débouche sur un diplôme d'Etat, qui est reconnu au grade de licence depuis 2012 [6, 7].

Trois spécialisations de la profession d'infirmier, accessibles par concours mais non soumises à quota, conduisent à un diplôme d'Etat. 16 737 puéricultrices, 6 101 infirmiers anesthésistes (IADE), et 5 861 infirmiers de bloc opératoire (IBODE) sont ainsi recensés en 2012 [1].

Le nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants est deux fois moins important à Mayotte (231) et en Guyane (581) que dans le Limousin (1 140).

Les infirmiers travaillent en majorité dans les établissements de santé : 52,3 % d'entre eux exercent dans un établissement public et 16,9 % dans un établissement privé. Par ailleurs, 15 % ont une activité libérale et environ 4,5 % sont employés dans un établissement pour personnes âgées [1].

Les soins à domicile constituent un débouché important de cette profession, avec trois modes d'exercice différents, en libéral, ou comme salarié au sein des Centres de soins infirmiers (CSI) ou des Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad).

Plus de 87 000 infirmiers ont une activité libérale ou mixte en 2012, avec une forte progression des effectifs depuis 2004 (+ 4 % par an). Les disparités géographiques d'implantation des infirmiers libéraux sont particulièrement marquées avec une densité de professionnels six fois plus élevée en Corse (346 pour 100 000 habitants) qu'en Île-de-France (66). Depuis fin 2008, les conditions d'installation des infirmiers libéraux sont restreintes dans les zones de forte densité [8]. L'activité annuelle moyenne par professionnel (7 844 actes), a progressé de 1,6% par an depuis 2004, les actes techniques représentant une part croissante de leur activité.

Les soins à domicile sont également délivrés dans des conditions comparables par les 5 000 infirmiers qui exercent dans les 600 CSI recensés au niveau national en 2005, avec de très fortes disparités d'implantation selon les régions [9]. Enfin, 4 400 infirmiers travaillent dans les 2 100 Ssiad qui assurent des soins à domicile aux personnes âgées dépendantes, ainsi qu'aux personnes handicapées ou atteintes d'une pathologie chronique [10].

Les contraintes d'horaires et de rythme de travail sont souvent importantes pour cette profession aussi bien en milieu hospitalier qu'en milieu libéral [11, 12]. Selon une enquête menée en 2006 auprès du personnel des établissements de santé, 61 % des infirmiers déclarent travailler fréquemment le samedi, 59 % le dimanche, 36 % la nuit et 45 % au-delà de leur "durée habituelle". Plus de 40 % déclarent faire face à des pics d'activité quotidiennement [11].

Repères bibliographiques et sources

1. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2012. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 168. mars 2012.
2. Observatoire national de la démographie des professions de santé (2004). Démographie actuelle de la profession d'infirmier et évolution passée. In Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé. Rapport 2004 de l'ONDPS. Tome 3 Ed. La Documentation française. pp 54-62
3. Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1er janvier 2000. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 9. 63 p.
4. Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers
5. Jakoubovitch S. (2009) La formation aux professions de la santé en 2008. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 139. 108 p
6. Circulaire interministérielle n°DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat.
7. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier
8. Arrêté du 17 octobre 2008 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux
9. Léger AM, Mauss H. (2006). Situation financière des centres de soins infirmiers. Igas. 58 p.
10. Bertrand D. (2010). Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. Etudes et résultats. Drees. n° 739. 8 p.
11. Cordier M. (2009). L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes. Etudes et résultats. Drees. n° 709. 8 p.
12. Douguet F, Vilbrod A. (2007). Le métier d'infirmière libérale : portrait sociologique d'une profession en pleine mutation. Ed. Seli Arslan. 287 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La densité d'infirmiers du département est inférieure aux moyennes régionale et nationale chez les libéraux et chez les salariés.
- > Une densité en infirmiers libéraux qui reste faible malgré une augmentation des effectifs de 50% entre 2003 et 2011, tandis que le nombre de salariés est en baisse.
- > Les infirmiers de Seine-Saint-Denis sont plus jeunes que dans les autres départements franciliens.

Les 8 452 infirmiers (libéraux et salariés) exerçant en Seine-Saint-Denis en 2012 représentent 553 professionnels pour 100 000 habitants, densité nettement inférieure aux moyennes régionale et nationale (respectivement 763 et 881 pour 100 000 habitants).

Entre 2003 et 2012, le nombre total d'infirmiers a diminué dans le département et la densité totale est passée 589 à 553 professionnels pour 100 000 habitants alors que les densités régionale et nationale ont augmenté.

Cette diminution dans le département est due à l'évolution du nombre d'infirmiers salariés. La densité d'infirmiers libéraux a, en revanche, augmenté.

La Seine-Saint-Denis présente la densité d'infirmiers (553) la plus faible d'Île-de-France. Cette densité est comparable à celle des Yvelines (563) mais loin derrière la densité parisienne (1398). Si l'on considère les infirmiers libéraux, toutes les densités départementales d'Île-de-France sont inférieures à celle de France métropolitaine.

Le taux de féminisation de la profession est élevé. Avec 82,4% d'infirmières, la Seine-Saint-Denis est cependant le département d'Île-de-France avec la plus faible proportion d'infirmières (86,8% d'infirmières en Île-de-France et 87,3% en France métropolitaine).

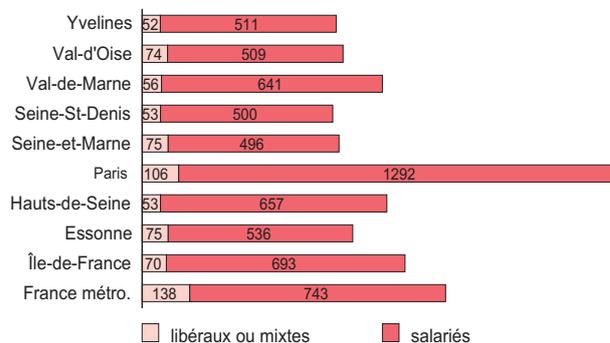
En 2010, l'âge moyen des infirmiers libéraux de Seine-Saint-Denis est de 44,9 ans contre 45,6 ans en Île-de-France et 44,9 ans en France métropolitaine. La Seine-Saint-Denis est un des départements d'Île-de-France où l'âge moyen des infirmiers libéraux est le moins élevé d'Île-de-France avec la Seine-et-Marne. Les Hauts-de-Seine présentent la moyenne d'âge la plus élevée (46,5 ans).

Effectifs et densités* d'infirmiers en 2003 et 2012

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
2003				
Salariés	7 755	550,8	594,1	606,9
Libéraux	537	38,1	59,5	99,1
Total	8 292	589,0	653,6	706,1
2012				
Salariés	7 636	500	693	743
Libéraux	816	53	70	138
Total	8 452	553	763	881

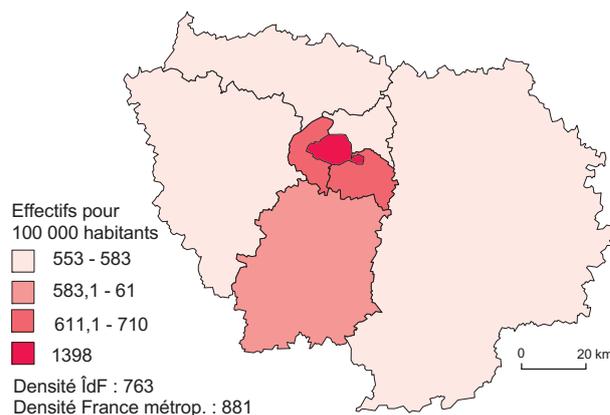
Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
* Nombre de infirmiers pour 100 000 habitants

Densités* des infirmiers dans les départements d'Île-de-France en 2011



Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
* Nombre de infirmiers pour 100 000 habitants

Densités* d'infirmiers libéraux dans les départements d'Île-de-France en 2012



Source : Snir, Insee - Exploitation Ors Île-de-France

2.3.4 Les professionnels de la rééducation et de la réadaptation

Contexte national

L'activité de rééducation-réadaptation repose sur des savoir-faire très diversifiés et mobilise aussi bien les professionnels du soin, que de l'accompagnement social. A côté des 1 891 médecins de médecine physique et de rééducation, de nombreux auxiliaires médicaux sont concernés par cette activité [1]. Début 2012, la France compte ainsi, 72 870 masseurs-kinésithérapeutes, 20 611 orthophonistes, et 3 566 orthoptistes, trois professions paramédicales exerçant leur activité sur prescription médicale. Leurs effectifs ont augmenté de façon importante au cours de la dernière décennie : près de 3 % en moyenne par an depuis 2000 pour les masseurs-kinésithérapeutes et environ 4% pour les orthophonistes et les orthoptistes [2, 3].

Orthophonistes et orthoptistes sont des professions essentiellement féminines, respectivement 96,3 % et 90,5 % des effectifs en 2012. En revanche, la majorité des masseurs-kinésithérapeutes sont des hommes, même si les femmes sont de plus en plus nombreuses à exercer cette profession (48,6%) [3]. Elles sont majoritaires (54,2%) parmi les nouveaux inscrits en formation en 2010 [4].

La formation de masseur-kinésithérapeute se déroule sur trois ans. Elle est délivrée au sein d'instituts de formation, agréés par les Conseils régionaux, de statut privé ou public, qui peuvent dans ce dernier cas être rattachés à l'université. Pour chaque institut, un nombre de places est fixé par le Ministère chargé de la santé sur proposition des Conseils régionaux compétents et après avis des Agences régionales de santé. Ces quotas ont sensiblement augmenté depuis 2000, atteignant 2 139 au plan national pour la rentrée 2009-2010. Le recrutement d'entrée s'effectue le plus souvent à partir d'un concours propre, ou bien par un concours commun de première année des études de santé. Une part non négligeable des praticiens se sont formés dans d'autres pays de l'Union Européenne, notamment en Belgique où l'université accueillait sans restriction à l'entrée jusqu'en 2006 [5]. Depuis 2006, cette profession est dotée d'un ordre professionnel qui a élaboré un code de déontologie [6]. Les orthophonistes et orthoptistes sont formés quant à eux essentiellement à l'université, au sein des facultés de médecine.

Comme pour les autres professions de santé, des écarts très importants de densité des professionnels par habitant sont observés entre les régions. Paris et les régions du sud ont les plus fortes densités. Le nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants est ainsi cinq fois plus élevé dans le Languedoc-Roussillon (153), où sont implantés de nombreux établissements de rééducation, qu'en Guyane (28) [3].

L'exercice libéral est nettement majoritaire pour ces trois métiers de la rééducation : 80% pour les orthophonistes, 79% pour les masseurs-kinésithérapeutes et 72% pour les orthoptistes. De nombreux professionnels ont une activité diversifiée, exerçant à la fois en cabinet libéral et en établissements de santé ou au sein de structures pour personnes âgées ou pour personnes handicapées. Selon les données de l'Assurance maladie, les effectifs libéraux de masseurs-kinésithérapeutes (49 000), orthophonistes (14 000) et orthoptistes (1 800) ont progressé depuis 2004 à un rythme relativement élevé, respectivement + 2,9%, + 4,3%, et + 2,8%.

Le champ d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes s'est fortement diversifié depuis le début des années 1980. Outre la prise en charge rééducative et réadaptative des problèmes de traumatologie et de rhumatologie, cette profession a investi des domaines nouveaux, comme la neurologie ou le cardiovasculaire. Plus récemment, la kinésithérapie respiratoire, notamment auprès des nourrissons, a connu un fort développement. Enfin, la place de la kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices des personnes âgées, et par la même du maintien de leur autonomie, est également essentielle [5, 7].

Les orthoptistes ont pour mission le dépistage, la rééducation et la réadaptation des troubles de la vision. Depuis fin 2007, ces professionnels sont autorisés à effectuer la détermination subjective et objective de l'acuité visuelle, c'est-à-dire l'examen de réfraction oculaire qui permet au médecin de prescrire des lunettes [8]. Une nouvelle répartition des tâches entre ophtalmologistes et orthoptistes se met ainsi progressivement en place dans certains cabinets et services d'établissements de santé. Les orthoptistes sont également fortement impliqués, en libéral ou en centre de rééducation, dans la prise en charge des situations de malvoyance, particulièrement fréquentes chez les personnes âgées.

Les orthophonistes préviennent et prennent en charge les troubles de la communication écrite et orale. Au cours des années récentes, le recours aux orthophonistes libéraux s'est fortement développé (18,7 millions d'Acte médical orthophonique (AMO) en 2004 ; 21,9 millions en 2008 soit + 18%) [9] principalement en direction des jeunes enfants. Cette évolution résulte vraisemblablement d'une meilleure identification des besoins, et notamment pour répondre aux difficultés d'apprentissage scolaire identifiées dans les dépistages proposés au sein des établissements scolaires. Les orthophonistes sont aussi sollicités pour des soins très spécifiques, destinés par exemple aux personnes autistes ou malentendantes.

Repères bibliographiques et sources

1. Sicart D. (2012). Les médecins : estimations au 1er janvier 2012. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 167. 117 p.
2. Sicart D. (2012). Les professions de santé au 1er janvier 2012. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 1689. 89 p.
3. Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1er janvier 2000. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 9. 63 p.
4. Jakoubovitch S. (2012). La formation aux professions de la santé en 2010. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 165. 106 p.
5. Matharan J, Micheau J, Rigal E. (2009). Le métier de masseur-kinésithérapeute. Observatoire national de la démographie des professions de santé. 139 p.
6. Article L. 4321-14 du Code de la santé publique
7. HAS. (2005). Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. Recommandations. 13 p.
8. Décret n° 2007-1671 du 27 novembre 2007 fixant la liste des actes pouvant être accomplis par des orthoptistes et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
9. Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes)

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La densité de masseurs-kinésithérapeutes (salariés et libéraux) en Seine-Saint-Denis est la plus faible d'Île-de-France.
- > La Seine-Saint-Denis présente les densités d'orthophonistes, d'orthoptistes, de psychomotriciens, de pédicures-podologues, d'ergothérapeutes, d'audio-prothésistes, d'opticiens-lunetiers, de manipulateurs ERM et de diététiciens les plus basses d'Île-de-France.

En 2012, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes (libéraux et salariés) exerçant en Seine-Saint-Denis est de 1 038 soit une densité de 68 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Entre 2003 et 2012, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans le département a augmenté mais de façon moins marquée qu'aux niveaux régional et national.

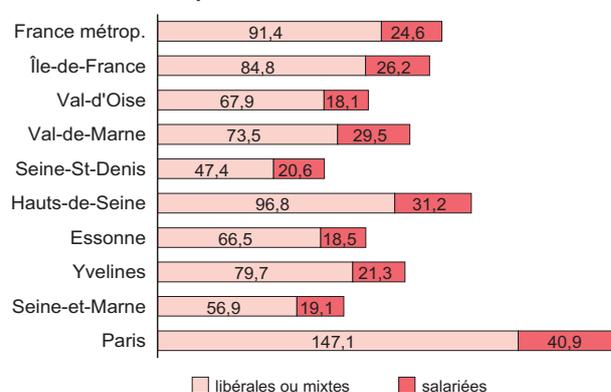
Effectifs et densités* des masseurs-kinésithérapeutes en 2003 et 2012

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
2003				
Salariés	216	15,3	22,0	20,4
Libéraux	722	51,3	83,9	74,5
Total	938	66,6	105,9	94,9
2012				
Salariés	314	20,6	26,2	24,6
Libéraux	724	47,4	84,8	91,4
Total	1 038	68	111	116

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants

La densité de masseurs-kinésithérapeutes (salariés et libéraux) en Seine-Saint-Denis est la plus faible d'Île-de-France et Paris présente la plus forte densité. La densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux séquanais est de 47,4 pour 100 000 habitants contre 84,8 en Île-de-France et 91,4 en France métropolitaine. La densité de masseurs-kinésithérapeutes salariés est de 20,6 pour 100 000 habitants contre 26,2 en Île-de-France et 24,6 en France métropolitaine.

Densités* des masseurs-kinésithérapeutes dans les départements d'Île-de-France en 2012



Sources : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants

En 2012, le pourcentage de femmes masseurs-kinésithérapeutes du département est de 47,4% contre 52,6% en Île-de-France et 48,6% en France métropolitaine. Le taux de féminisation de la profession est la plus faible d'Île-de-France.

En 2010, l'âge moyen des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de Seine-Saint-Denis est de 43,1 ans contre 43,3 ans en Île-de-France et 42,2 ans en France métropolitaine.

Nombre de masseurs-kinésithérapeutes développent un exercice dans un domaine préférentiel et acquièrent des compétences spécifiques concernant certaines pathologies (bronchiolite du nourrisson, accident vasculaire cérébral, rééducation périnéale, neurologie...) Cet exercice, qui n'est pas une spécialité, représente cependant pour beaucoup une pratique quasi exclusive. Le conseil départemental de Seine-Saint-Denis et le conseil interrégional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Île-de-France et de la Réunion réalisent actuellement un recensement de ces pratiques spécifiques afin de faciliter la compréhension de l'offre de soins en kinésithérapie. Ces données viendront enrichir les futures cartes démographiques.

Effectifs et densités* des autres professionnels de santé en 2012

	Seine-Saint Denis				Île-de-France		France métropolitaine	
	Effectifs		Densités		Densités		Densités	
	Libéraux	Salariés	Libéraux	Salariés	Libéraux	Salariés	Libéraux	Salariés
Orthophonistes	250	103	16,4	6,6	28,6	7,4	26,5	6,5
Orthoptistes	49	16	3,2	0,8	5,3	1,7	4,0	2,0
Psychomotriciens	21	247	1,4	16,6	3,1	14,9	1,9	11,1
Pédicures-podologues	191	10	12,5	0,5	22,6	0,4	18,6	0,4
Ergothérapeutes	2	170	0,1	10,9	0,8	13,2	0,8	12,2
Audio-prothésistes	6	18	0,4	1,6	0,8	2,2	1,5	2,5
Opticiens-lunetiers	108	364	7,1	23,9	11,2	32,8	11,8	27,2
Manipulateurs ERM	372	111	24,4	7,6	39,5	10,5	36,1	10,9
Diététiciens	22	111	1,4	7,6	2,9	10,1	3,3	8,7

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

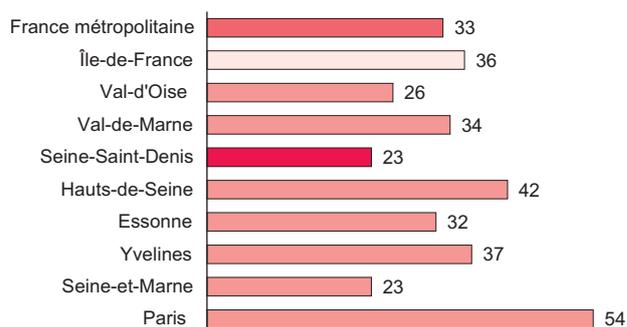
*Nombre de professionnels pour 100 000 habitants

En 2012, la Seine-Saint-Denis, quelque soit le professionnel de santé mentionné dans le tableau précédent, présente un nombre de professionnels pour 100 000 habitants inférieur aux niveaux régional et national. Seule exception : la densité de psychomotriciens dans le département est plus élevée qu'en France métropolitaine.

De plus, la densité de psychomotriciens salariés en Seine-Saint-Denis est plus importante qu'en Île-de-France et qu'en France métropolitaine.

La Seine-Saint-Denis présente les densités d'orthophonistes, d'orthoptistes, de psychomotriciens, de pédicures-podologues, d'ergothérapeutes, d'audio-prothésistes, d'opticiens-lunetiers, de manipulateurs ERM et de diététicien les plus basses d'Île-de-France. Paris présente la plupart du temps la plus forte densité.

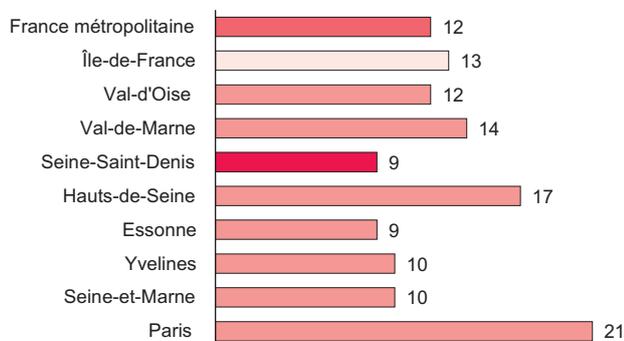
Densités* d'orthophonistes dans les départements d'Île-de-France en 2012



Sources : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

*Nombre de professionnels pour 100 000 habitants

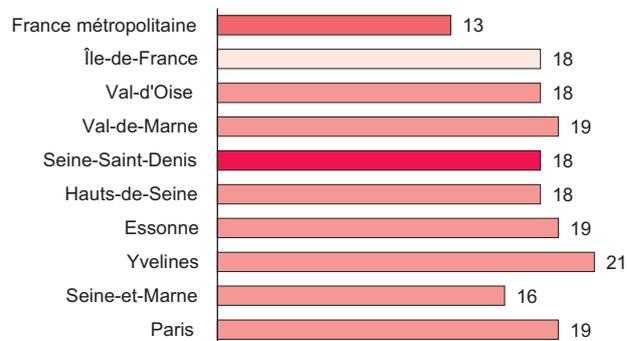
Densités* de diététiciens dans les départements d'Île-de-France en 2012



Sources : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

*Nombre de professionnels pour 100 000 habitants

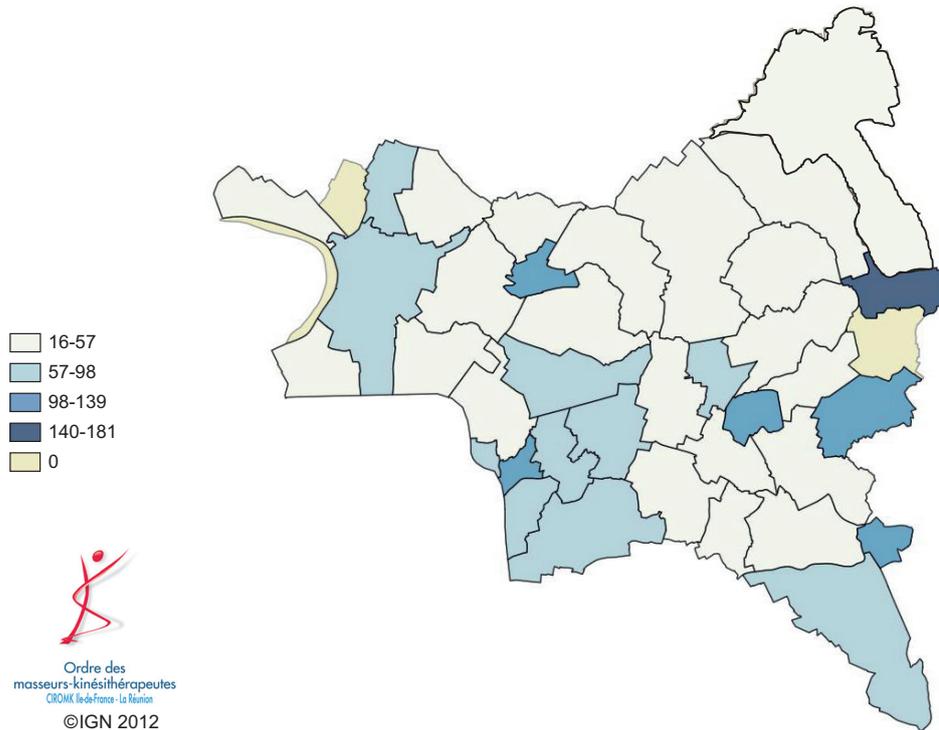
Densités* de psychomotriciens dans les départements d'Île-de-France en 2012



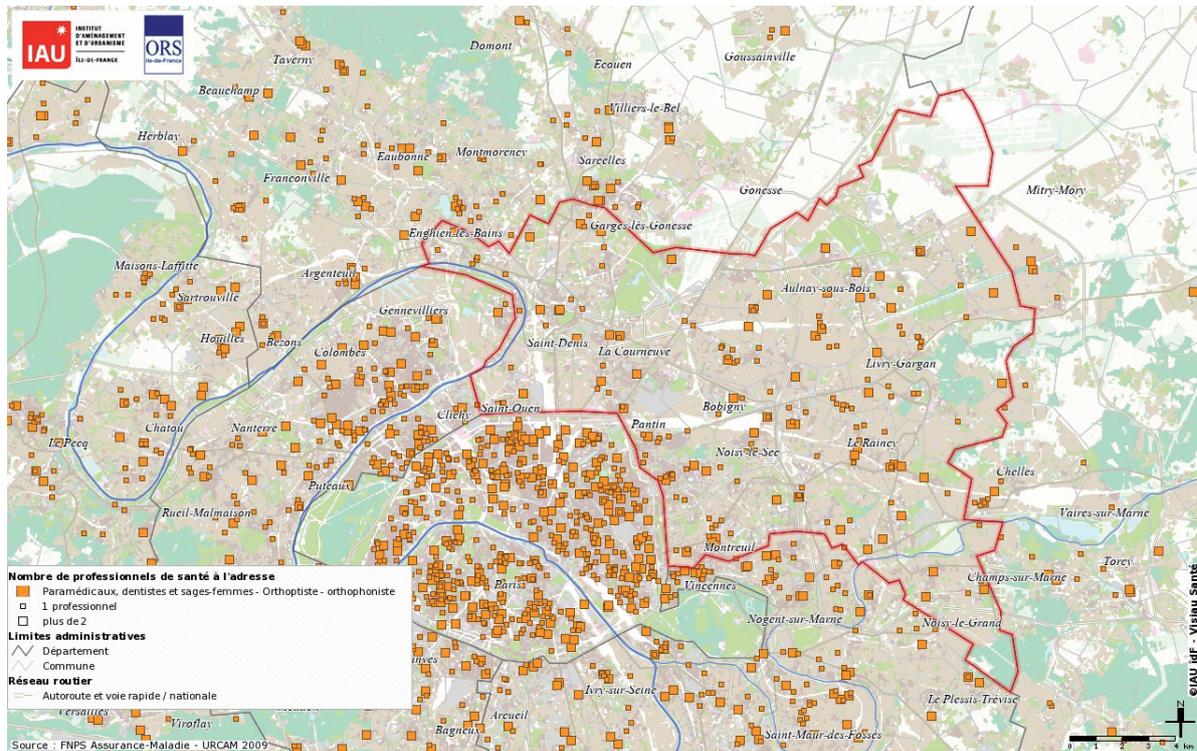
Sources : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

*Nombre de professionnels pour 100 000 habitants

Répartition des masseurs-kinésithérapeutes en ville pour 100 000 habitants au 01/01/2013



Répartition des orthophonistes-orthoptistes en 2009



Les professionnels de la rééducation et de la réadaptation

2.3.5 Les pharmaciens et les laboratoires d'analyses médicales

Contexte national

L'ordre des pharmaciens recense 73 127 pharmaciens actifs au 1er janvier 2012 (-0,2% par rapport à 2010). Avec l'instauration en 1980 d'un numerus clausus (nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études), la croissance démographique s'est progressivement ralentie : + 3% par an en moyenne entre 1980 et 1995, puis + 2 % entre 1995 et 2007, + 0,2 % entre 2007 et 2009 et - 0,2% entre 2010 et 2011. En lien avec l'augmentation des effectifs, la densité de pharmaciens pour 100 000 habitants est passée de 68 en 1980 à 113 en 2011 [1, 2].

La structure par âge de ce groupe de professionnels de santé s'est également profondément modifiée au cours de la dernière décennie ; 44,5% des professionnels en activité sont âgés de 50 ans ou plus en 2012 contre 29% en 2000 [2, 3]. Par ailleurs, la féminisation de cette profession (66,6%) est supérieure à celle des médecins (65,3%) [2, 4].

Le cursus universitaire menant au diplôme d'Etat de docteur en pharmacie dure au minimum six ans et comprend trois cycles, la durée du troisième cycle variant selon la spécialisation choisie (officine, industrie, internat ou recherche). Depuis la rentrée 2010, la première année des études en pharmacie est commune aux études médicales. Le nombre d'étudiants admis en deuxième année est fixé à 3 090 pour l'année universitaire 2009-2010, soit 37 % de plus qu'en 2001-2002 (2 250). Selon les projections établies par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2005, la densité de pharmaciens en France métropolitaine ne devrait pas diminuer au cours des prochaines années [5].

La région du Limousin a la plus forte densité de pharmaciens (138), supérieure de 22 % à la moyenne nationale [4]. La grande majorité des professionnels (73 %) exercent leur activité principale en officine de ville, comme titulaires (27 773) ou adjoints (26 564) [1]. Le rôle des pharmaciens d'officine a été précisé par la loi du 21 juillet 2009, notamment en matière de participation aux soins de premier recours [6].

Le dispositif conventionnel, qui organise les rapports entre les pharmaciens titulaires et l'Assurance maladie, détermine les engagements des pharmaciens en matière de dispensation pharmaceutique, de formation et de coordination des soins, de permanence pharmaceutique, de traitement des feuilles de soins et de dispense d'avance de frais... [7].

La décision de création ou de transfert d'une officine relève de l'Agence régionale de santé (ARS). Le quota de population nécessaire pour la création d'une officine a été relevé en 2008. L'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue ne peut être autorisée que si le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 2 500. Pour les communes pourvues d'au moins une officine, une nouvelle licence ne peut être accordée que par tranche de 3 500 habitants [8].

22 423 officines pharmaceutiques sont installées en France en 2011, soit une densité moyenne d'une officine pour 2 800 habitants. Le nombre d'officines implantées en France tend à diminuer (23 400 en 2004, 23 100 en 2009 ; - 1,3 %) [9]. En lien avec cette évolution, le nombre de pharmaciens titulaires a peu augmenté au cours des vingt dernières années, en revanche le nombre d'adjoints a fortement progressé, avec en moyenne plus d'un pharmacien-adjoint par officine contre 0,65 au début des années 1990 [1, 2].

D'autres secteurs d'activité emploient également des pharmaciens. 3 348 pharmaciens travaillent dans l'industrie, 5 668 pharmaciens exercent leur activité dans des établissements de santé et médico- sociaux, très majoritairement (94%) au sein des pharmacies à usage intérieur. Les 7 705 pharmaciens biologistes sont le plus souvent directeurs ou directeurs adjoints d'un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale (5 000) ou exercent leur activité dans les établissements de santé (plus de 2 500) [1].

La biologie médicale est devenue à la suite de l'évolution importante des connaissances scientifiques et technologiques, un élément déterminant du parcours de santé des patients. Elle est impliquée dans la réalisation de 60 à 70% des diagnostics et intervient de plus en plus dans la définition des stratégies de prise en charge thérapeutiques.

On recense en France métropolitaine 3 902 laboratoires privés d'analyses médicales au 1er janvier 2012 (-0,5% par rapport à 2010). Les laboratoires de biologie médicale, quel que soit leur secteur d'activité, hospitalier ou ambulatoire, sont soumis à la même réglementation. Ils sont dirigés par un biologiste responsable qui ne peut exercer cette fonction que dans un seul laboratoire. Pour les établissements publics de santé et les Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), les dépenses de biologie pour les patients hospitalisés sont comprises dans les tarifs des séjours versés par l'Assurance maladie. Pour les établissements de santé privés, pour l'activité externe des établissements de santé publics, les ESPIC et l'activité de ville, le financement des activités se fait selon le principe de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) [10].

Les biologistes médicaux, médecins et pharmaciens, reçoivent une formation unique dans le cadre du diplôme d'études spécialisées (DES) en 4 ans. Au 1er janvier 2012, on compte 10 508 biologistes médicaux, 7 733 pharmaciens (73,6%) et 2 775 médecins (26,4%). 60% d'entre eux travaillent en laboratoire privé et 40% en laboratoire hospitalier (public et ESPIC) [2, 4].

Repères bibliographiques et sources

1. Ordre national des pharmaciens. (2009). Les pharmaciens : panorama au 1er janvier 2012. 28 p.
2. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2012. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 168 mars 2012. 89 p.
3. Simon M, Sicart D. (2000). Les professions de santé au 1er janvier 2000. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 9. 63 p.
4. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2012. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 167 février 2012. 143 p.
5. Collet M. (2005). La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030 : un exercice de projection au niveau national. Etudes et résultats. Drees. n° 438. 11 p.
6. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
7. Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie
8. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008
9. Drass, Drees. (2005). Statiss 2005 (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) : les régions françaises. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, Ministère de la santé et des solidarités. 68 p.
10. Schéma d'organisation des soins. Le volet biologie médicale. ARS Île-de-France 2011

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La densité de pharmaciens en Seine-Saint-Denis est de 78 pour 100 000 habitants, soit une densité inférieure aux moyennes régionale et nationale.
- > Le département présente la densité de pharmaciens la plus faible d'Île-de-France.
- > La densité de laboratoires privés d'analyses médicales du département est de 5,1 pour 100 000 habitants, soit une densité inférieure à celles d'Île-de-France et de France métropolitaine.

Les pharmaciens

En 2012, 1 195 pharmaciens exercent en Seine-Saint-Denis. 46,9% ont un exercice libéral, les autres sont salariés (assistants, biologistes, hospitaliers, etc.).

Avec 78 pharmaciens pour 100 000 habitants, la densité de pharmaciens en Seine-Saint-Denis est inférieure aux moyennes régionale (115) et nationale (113).

On constate une forte progression du nombre de pharmaciens entre 2003 et 2012 mais cette progression concerne uniquement les salariés, le nombre de libéraux étant au contraire en baisse.

La Seine-Saint-Denis est le département qui présente la plus faible densité de pharmaciens en Île-de-France. On remarque que seuls Paris et les Hauts-de-Seine ont une densité de pharmaciens supérieure à la moyenne nationale.

Le taux de féminisation de la profession en Seine-Saint-Denis est largement inférieur à ceux de la région et de la France métropolitaine (respectivement 56,3%, 67,2% et 66,6%).

L'activité de distribution de médicaments et donc le nombre d'officines est réglementé en France.

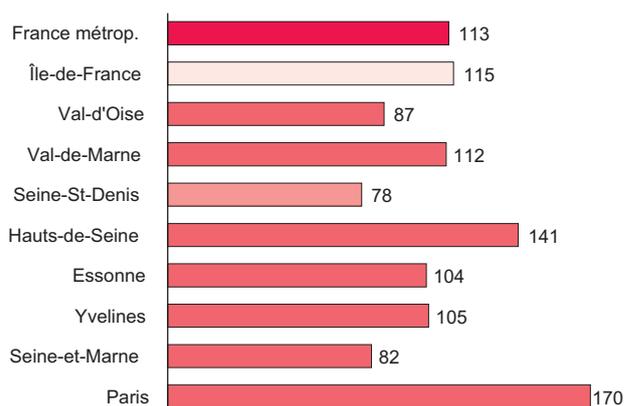
En 2012, on recensait 460 officines en Seine-Saint-Denis soit une densité de 30,1 officines pour 100 000 habitants. Cette densité est en baisse par rapport à l'année 2003. Elle est inférieure aux moyennes régionale et nationale.

Effectifs et densités* de pharmaciens en 2003 et 2012

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	Densité	Densité	Densité
2003				
Salariés	216	15,3	22,0	20,4
Libéraux	722	51,3	83,9	74,5
Total	938	66,6	105,9	94,9
Dont titulaires d'une pharmacie	739	52,4	47,1	48,8
Dont hospitaliers	76	5,4	7,9	7,8
2012				
Salariés	634	41,3	71,2	63,1
Libéraux	561	36,7	43,8	49,9
Total	1 195	78	115	113
Dont titulaire d'une pharmacie	509	33,2	38,5	44,1
Dont hospitaliers	146	9,5	14,9	12,2

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants

Densités* de pharmaciens en 2012



Sources : Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants

Nombre et densités* d'officines pharmaceutiques en 2003 et 2012

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métropolitaine
	nombre	Densité	Densité	Densité
2003	491	35,3	38,3	38,6
2012	460	30,1	34,2	35,7

Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre d'officines pharmaceutiques (y compris pharmacies mutualistes et minières) pour 100 000 habitants

Les laboratoires d'analyses médicales

En 2012, le Seine-Saint-Denis compte 78 laboratoires privés d'analyses médicales. Avec 5,1 laboratoires privés pour 100 000 habitants, la densité de laboratoires de Seine-Saint-Denis est inférieure à celles d'Île-de-France (6,5) et de France métropolitaine (6,2). Comme sur le reste du territoire, le nombre de laboratoires privés d'analyses médicales est en baisse depuis 2003.

La Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise présentent les plus faibles proportions de sites de biologie¹, alors que Paris présente la plus grande proportion.

L'offre privée est prépondérante en nombre d'implantations dans la région. Elle représente plus de 90% de l'offre dans 3 départements : la Seine-Saint-Denis, les Yvelines et le Val-d'Oise.

L'offre de "ville" (les laboratoires privés à but lucratif et les centres de santé) rapportée à la population de la Seine-Saint-Denis et de la Seine-et-Marne est moins dense qu'en Île-de-France. Paris et les Yvelines présentent les densités les plus élevées. On fait le même constat pour l'offre "tous sites" (AP-HP, établissement public de santé, ESPIC et EFS-INTS). Ce constat ne tient pas compte des situations infra-territoriales, des "effets frontière" entre départements.

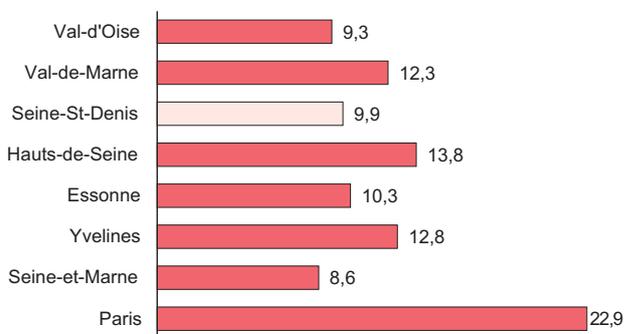
De plus la densité de laboratoires est à mettre en parallèle avec la densité d'infirmières libérales, réalisant une part significative des prélèvements pour l'activité de premier recours (cf. fiche 2.3.3 Les infirmières).

Nombre et densité de laboratoires privés d'analyses médicales (nombre de sites) en 2003 et 2012

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France		France métropolitaine	
	Nombre	Densité	Nombre	Densité	Nombre	Densité
2003	76	5,5	811	7,3	4 103	6,9
2012	78	5,1	767	6,5	3 902	6,2

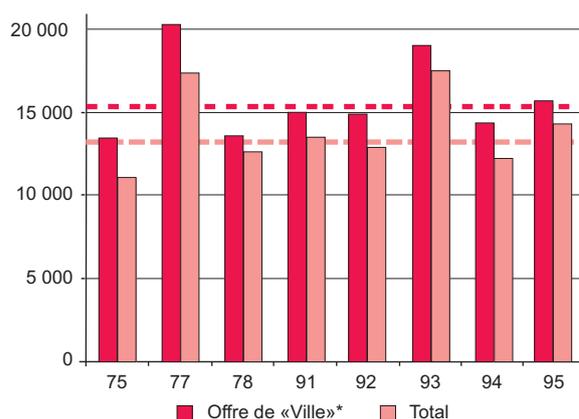
Sources : Drass-Drees, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre de laboratoires privés d'analyses médicales pour 100 000 habitants

Nombre d'implantations de sites de biologie¹ en Île-de-France par département



Sources : Enquête SOLEN - ARS Île-de-France

Population rapportée au nombre d'implantations de sites de biologie en Île-de-France (nombre d'habitants pour un laboratoire de biologie médicale)



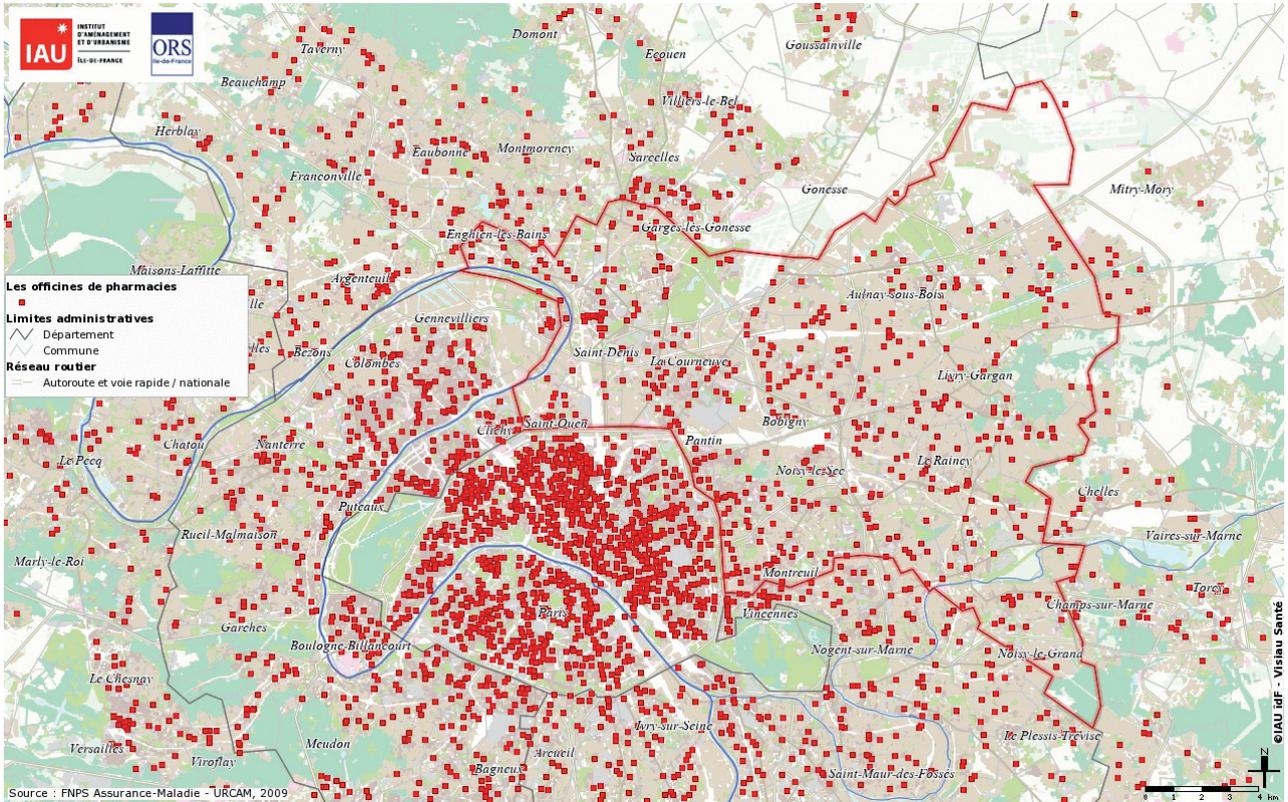
Sources : Enquête SOLEN - ARS Île-de-France

Les lignes horizontales présentent les moyennes régionales

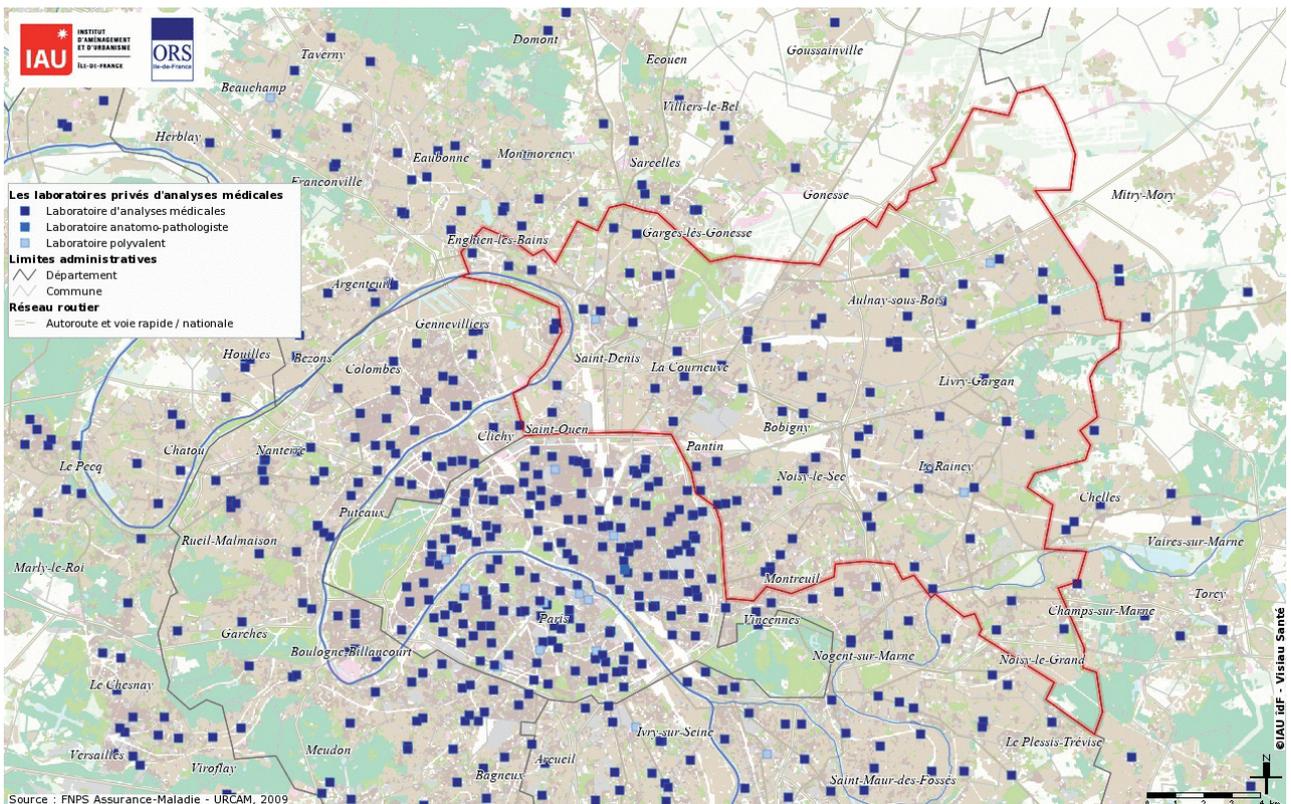
* offre de "ville" : laboratoires de biologie médicale privés à but lucratifs et centres de santé

¹ Les implantations des laboratoires de biologie médicale s'entendent en sites. Elles ont plusieurs typologies : AP-HP, établissement public de santé, ESPIC, laboratoires privés à but lucratif, centres de santé et l'Etablissement français du sang (EFS) avec l'Institut national de la transfusion sanguine (INTS).

Répartition des officines pharmaceutiques en Seine-Saint-Denis en 2009



Répartition des laboratoires privés d'analyses médicales en Seine-Saint-Denis en 2009



2.4 Recours aux soins urgents et non programmés

Contexte national

L'urgence en matière de santé peut être définie comme "un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage" (Pr Delbarre). Alors que la notion d'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne le fait que l'urgence en matière de santé correspond en réalité à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème.

Les Centres de réception et de régulation des appels (CRRAs), encore appelés "Centres 15", assurent une écoute médicale permanente. Ces centres sont installés au sein des Services d'aide médicale urgente (Samu). La régulation des appels est mise en œuvre par des praticiens hospitaliers, avec la participation d'associations de médecins libéraux qui peuvent conserver une régulation autonome mais interconnectée avec le centre 15. Le Samu régule également l'intervention des transports sanitaires, et en particulier celle des Structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur). Près de 12 millions d'affaires ont été traitées par les Samu en 2009.

Les Smur ont effectué 560 000 sorties primaires* (dont 16 000 sorties aériennes) et 140 000 sorties secondaires en 2009. 30% des sorties primaires ne sont pas suivies d'un transport médicalisé, soit parce que le patient est traité sur place, est pris en charge par un autre moyen de transport, a refusé son évacuation ou est décédé. Entre 2004 et 2009, le nombre total de sorties a augmenté en moyenne de 2,5% par an.

Plus de 17 millions de passages ont été enregistrés dans les 600 structures hospitalières d'urgences en 2009. Cela représente un taux moyen de recours de 275 passages pour 1 000 habitants : les taux les plus élevés sont observés en Guyane et Basse-Normandie, et les plus faibles à la Réunion et en Pays de la Loire. 83 % des passages aux urgences ont lieu dans les établissements publics. Dans 22% des cas, le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation, mais ce taux augmente avec l'âge et dépasse 50% chez les 80 ans et plus [1]. Entre 2004 et 2009, le nombre de passages a augmenté en moyenne de 3,5% par an.

Les missions des Samu, Smur et structures d'urgences hospitalières sont assurées par un personnel varié : 6 600 médecins (ETP), 19 600 infirmiers et cadres de santé, 130 assistants de service social et 10 700 autres personnels interviennent dans ces services en 2008 [2].

Outre leur participation à la régulation des appels dans le cadre des CRRAs, les médecins libéraux contribuent également à la prise en charge des soins urgents ou non programmés, qui sont estimés à environ 35 millions de consultations et visites en 2008 pour les médecins généralistes [3, 4], 4 millions de consultations pour les ophtalmologistes et ORL, 3,4 millions pour les pédiatres, 1,3 million pour les cardiologues... [5].

Dans chaque département, un Comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins, et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) co-présidé par le Préfet et le directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) et composé de représentants de la permanence des soins, du SAMU, des médecins libéraux et des Collectivités territoriales, s'assure de la coopération entre les différents acteurs concernés [6]. A la suite de la canicule de l'été 2003, l'Institut de veille sanitaire (Invs) a développé différents systèmes de surveillance afin de disposer d'informations en continu sur l'état de santé de la population, notamment pour détecter des événements sanitaires inattendus. Le système de Surveillance sanitaire des urgences et de décès (SurSaud) intègre ainsi les données de 250 services d'urgences hospitalières, recueillies dans le cadre du réseau Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), et celles d'associations d'urgentistes libéraux de SOS Médecins [7].

En outre, des observatoires des urgences ont été créés dans plusieurs régions afin de coordonner l'action des structures d'urgences, de développer les systèmes d'information nécessaires notamment en matière d'alerte sanitaire et d'organiser le partage d'information entre les professionnels.

* Un Smur primaire correspond à la prise en charge, par une équipe Smur, d'un patient qui se trouve en dehors d'un établissement de santé (hôpital ou clinique).

Repères bibliographiques et sources

1. Carrasco V, Baubeau D. (2003). Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats. Drees. n° 212. 8 p.
2. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). www.sae-diffusion.sante.gouv.fr
3. Gouyon M, Labarthe G. (2006). Les recours urgents ou non programmés en médecine générale : premiers résultats. Etudes et résultats. Drees. n° 471. 8 p.
4. Cnamts. (2008). Snir (système national inter-régimes).
5. Gouyon M. (2009). Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats. Drees. n° 704. 8 p.
6. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.
7. Fournet N, Illef D, Josseran L. (2010). Surveillance de la médecine ambulatoire. Réseau SOS Médecins/InVS : résultats nationaux 2006/2010. InVS. 8 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La médecine libérale est associée à la gestion des urgences en Seine-Saint-Denis
- > Le taux d'affaires traitées par le SAMU en Seine-Saint-Denis est de 148 pour 1 000 habitants en 2009, il était de 90 en 1998, soit une hausse de plus de 60%
- > D'une manière générale, toutes les activités des structures d'urgence ont progressé ces dernières années en Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, la médecine libérale est associée à la gestion du Service médicale d'urgence (SAMU) depuis plusieurs décennies.

Plus de 800 000 appels ont été traités par le Samu en 2009, soit **549 appels pour 1 000 Séquanais**, un taux supérieur à ceux observés en Ile-de-France (310 ‰) et en France métropolitaine (469 ‰).

Cependant, si l'on considère les 222 651 appels ayant donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical, le taux d'affaires est de 148 pour 1 000 habitants dans le département, compris entre celui d'Ile-de-France (136) et celui de la France (191).

Nombre d'appels et d'affaires traités par les Samu en 2009

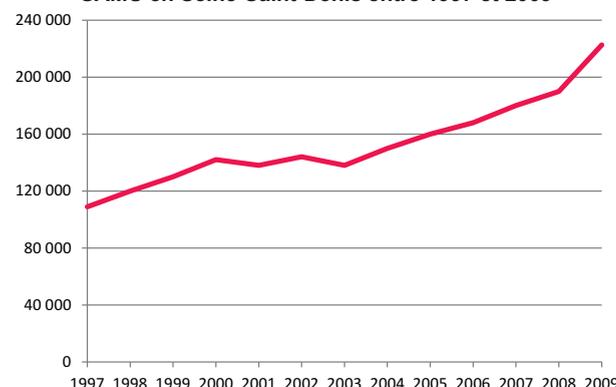
	Seine-Saint-Denis	Ile-de-France	France métro.
Appels	826 757	3 596 722	29 134 059
Taux d'appels (‰)	549	310	469
Affaires*	222 651	1 579 109	11 923 661
Taux d'affaires (‰)	148	136	191
Ratio appels/affaires	3,7	2,3	2,4

Source : SAE - exploitation ORS Ile-de-France

*Appels ayant donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical

Le nombre d'affaires traitées en Seine-Saint-Denis a été **multiplié par deux en un peu plus de dix ans**, passant de 109 000 en 1997 à 222 651 en 2009.

Evolution du nombre d'affaires médicales traitées par le SAMU en Seine-Saint-Denis entre 1997 et 2009



Source : SAE - exploitation ORS Ile-de-France

Les services mobiles d'urgence (Smur) ont effectué **10 756 sorties primaires et 3 606 sorties secondaires en 2009** en Seine-Saint-Denis. Parmi les sorties primaires, 47,4% ne sont pas suivies d'un transport médicalisé (44,8% en Ile-de-France et 31,7% en France métropolitaine).

Activité des services mobiles d'urgences (Smur) en 2009

	Seine-Saint-Denis	Ile-de-France	France métro.
Nb sorties primaires	10 756	86 298	546 273
dont non suivies transport médicalisé (%)	47,4	44,8	31,7
Nb sorties secondaires	3 606	21 559	152 164
Total	14 362	107 857	717 162

Source : SAE

Plus de 471 000 passages aux urgences ont été dénombrés en 2009 dans le département, soit un **taux de recours aux urgences de 314 pour 1 000 habitants**.

Ce taux est le même en Ile-de-France et plus bas (275 ‰) en France métropolitaine. Une grande partie de l'activité d'urgences est assurée par le secteur public : c'est le cas de 72% des passages en Seine-Saint-Denis (82% en Ile-de-France et 83% en France métropolitaine).

Reflète de la structure par âge de la population séquanodionysienne, **la population qui a recours aux urgences hospitalières est particulièrement jeune** : 17% est âgée de moins de 18 ans et seulement 7% de 75 ans ou plus.

Entre 2004 et 2009, le nombre de passages dans les urgences hospitalières a progressé de **8,2% par an**, soit une progression supérieure à celles observées aux niveaux régional (4,0%) et national (3,8%).

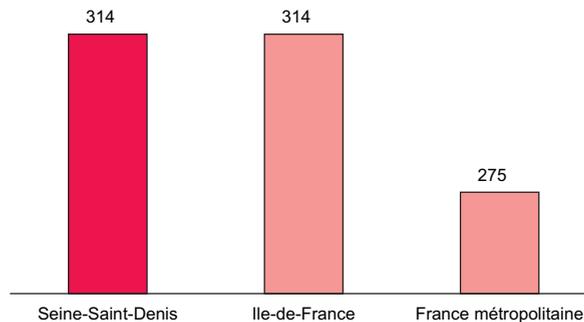
Le nombre total de sorties des Smur a augmenté en moyenne de **22,8% par an**, soit à un rythme beaucoup plus élevé qu'aux niveaux régional et national.

Nombre de passages aux urgences hospitalières en 2009

	Seine-Saint-Denis	Ile-de-France	France métro.
Généralistes	383 154	2 978 163	15 108 455
dont patients de moins de 18 ans	65 346	417 432	2 519 878
% de moins de 18 ans	17	14	16,7
dont patients de plus de 75 ans	26 043	266 701	1 779 920
% de plus de 75 ans	6,8	8,9	11,8
Pédiatriques	88 287	675 696	2 011 258
% de pédiatriques	18,7	18,5	11,7
Nb total de passages aux urgences	471 441	3 653 859	17 119 713
% public	71,9	79,2	82,6
Taux de recours (‰)	314	314	275

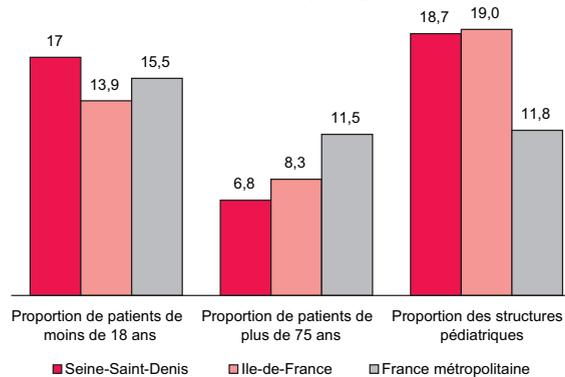
Source : SAE - exploitation ORS Ile-de-France

Taux de recours aux urgences en 2009 (‰)



Source : SAE - exploitation ORS Ile-de-France

Caractéristiques des passages aux urgences hospitalières en 2008 (en %)



Source : SAE - exploitation ORS Ile-de-France

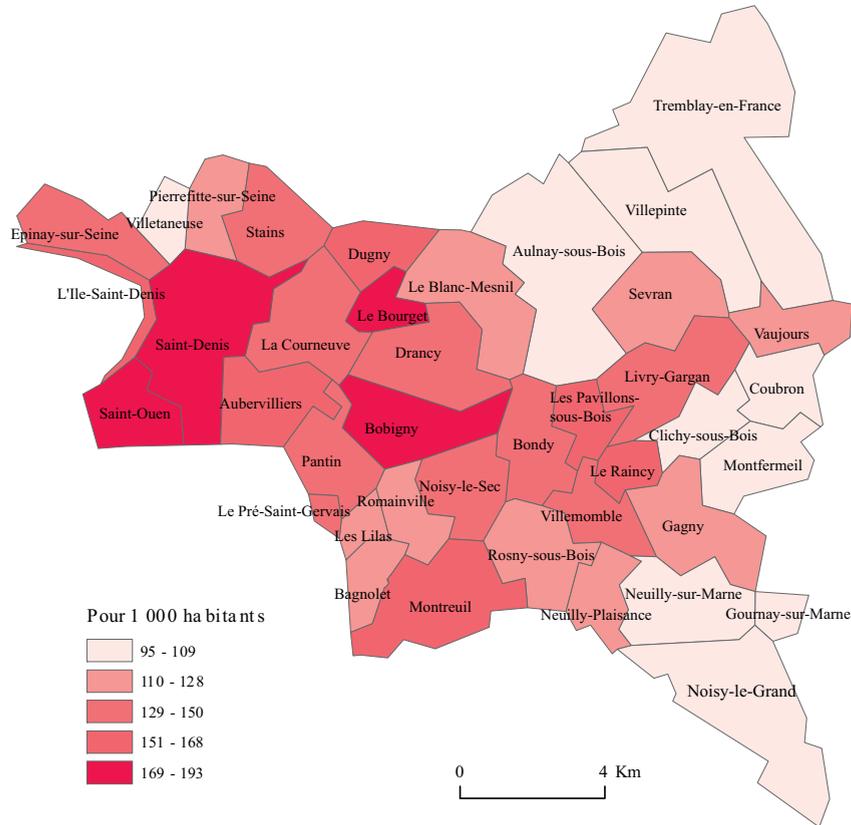
Evolution du nombre de passages dans les structures d'urgences hospitalières et du nombre de sorties des Smur

	Nb de passages dans les structures d'urgences hospitalières		Nb de sorties des Smur		Taux d'évolution annuelle 2004-2009 (%)	
	2004	2009	2004	2009	passages urgences	sorties Smur
Seine-St-Denis	318 535	471 441	5 136	14 362	8,2	22,8
Ile-de-France	3 004 333	3 380 979	90 779	107 857	4,0	3,5
France métro.	14 182 735	16 209 444	626 594	717 162	3,8	2,7

Source : SAE - exploitation ORS Ile-de-France

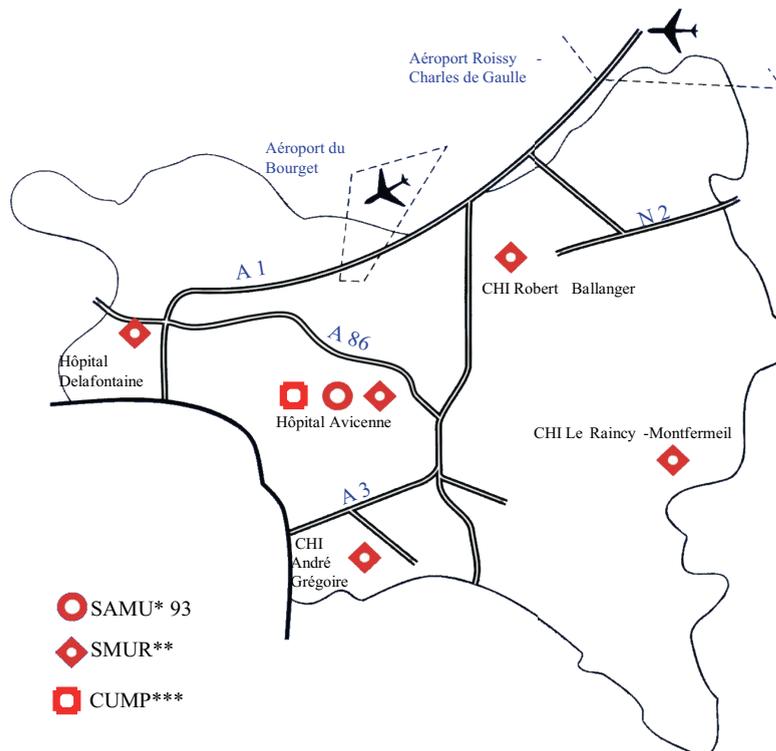
Recours aux soins urgents et non programmés

Taux d'affaires par commune en 2009
Nombre d'affaires rapporté à la population de la commune (pour 1 000 habitants)



Source : Rapport d'activité 2009 - SAMU 93

Dispositifs de prise en charge des urgences en Seine-Saint-Denis



* Service d'aide médicale urgente
 ** Structure mobile d'urgence et de réanimation
 *** Cellule d'urgence médico-psychologique

Source : Rapport d'activité 2009 - SAMU 93

Recours aux soins urgents et non programmés

Contexte national

Environ une personne sur vingt âgée de 12 à 75 ans déclare avoir eu recours à un professionnel de santé mentale (psychiatre ou psychologue) au cours des douze derniers mois [1]. Selon les travaux de l'Irdes et de la Drees, la prise en charge des troubles mentaux représente à elle seule un peu plus de 10% des dépenses de santé hors prévention. C'est le deuxième poste de dépense le plus important, après les maladies de l'appareil circulatoire : plus de 70% de ces dépenses concernent le secteur hospitalier [2]. Pour le seul régime général de l'Assurance maladie, près d'un million de personnes sont inscrites en ALD et bénéficient de l'exonération du ticket modérateur pour une " affection psychiatrique de longue durée " en 2009 [3].

De nombreux acteurs du soin participent à la prise en charge des troubles mentaux : les médecins généralistes, qui sont les premiers prescripteurs de médicaments psychotropes, les psychiatres libéraux, les établissements psychiatriques et les services de psychiatrie des établissements de santé, mais aussi le secteur médico-social, qui contribue à l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques (maison d'accueil spécialisée, foyers d'accueil médicalisé en particulier).

La psychiatrie publique est organisée en France en secteurs, au sein desquels des équipes pluridisciplinaires prennent en charge les patients selon des formes de prise en charge très diverses. Le territoire français comprend ainsi, en 2009, 868 secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes), qui desservent en moyenne chacun 55 000 habitants de plus de 20 ans, et 383 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (pour une population moyenne de 41 000 enfants et adolescents). Les files actives moyennes (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année) sont de 1 700 pour les secteurs adultes et de 1 300 pour ceux de psychiatrie infanto-juvénile. Au niveau national, 1,5 million de patients adultes, 503 000 enfants et 74 000 patients en milieu pénitentiaire bénéficient de ces services [4].

Les secteurs employaient 6 900 psychiatres (ETP) en 2009, mais également 1 100 médecins non psychiatres, 6 000 psychologues, près de 3 000 autres rééducateurs, et 55 500 infirmiers.

De nombreux travaux ont souligné l'importance des disparités existantes sur le plan des moyens humains entre secteurs de psychiatrie. Afin de rendre compte de ces disparités, une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée par l'Irdes, qui a abouti à une classification des 815 secteurs étudiés en neuf classes. Ces travaux témoignent de la diversité des services offerts à la population par chacun de ces secteurs, qui se mesure notamment en termes de capacités d'accueil en hospitalisation complète. La capacité d'accueil est de 50 lits par secteur pour la classe des secteurs les moins dotés, mais varie jusqu'à 300 lits ou plus pour les plus dotés. Les secteurs se distinguent également par l'importance plus ou moins grande accordée au développement des activités ambulatoires et aux prises en charge à temps partiel (hôpital de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel...) ou au domicile du patient [5].

Les soins ambulatoires sont le mode de prise en charge prédominant, ceux-ci étant délivrés sous forme de consultations dans les centres médico-psychologiques (11 800 unités de consultation recensées dans la Statistique annuelle des établissements de santé) mais aussi dans les établissements de santé, les structures médico-sociales (maisons de retraite, foyers pour personnes handicapées), les établissements pénitentiaires, ainsi qu'au domicile des patients. En 2009, 13,8 millions d'actes ont été délivrés dans les centres de consultation (consultations effectuées par des psychiatres, psychologues, infirmiers), 2,2 millions à domicile, 900 000 en unités somatiques, et 440 000 dans les structures médico-sociales. 70% des patients qui fréquentent les secteurs de psychiatrie générale et plus de 90% de ceux qui consultent en psychiatrie infanto-juvénile sont vus exclusivement en ambulatoire [4].

Le secteur libéral occupe également une part très importante de l'offre de soins ambulatoire avec près de 15 millions de consultations assurées par 5 400 psychiatres libéraux en activité sur le territoire métropolitain en 2009 (6 000 en 2004) [6]. Les écarts de répartition des effectifs de psychiatres libéraux sur le territoire sont toutefois considérables, avec en moyenne 19 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants en Ile-de-France en 2008 contre trois pour 100 000 en Picardie ou dans le Nord-Pas de Calais [7].

Les soins psychiatriques sont également délivrés sous forme de prises en charge à temps partiel, principalement en hôpital de jour (4,9 millions de venues en 2009) et en centre d'accueil thérapeutique (2,2 millions de venues) [4].

Malgré le développement très important des activités ambulatoires ou de celles à temps partiel, l'hospitalisation complète représente un recours relativement fréquent.

Selon les données du recueil d'informations médicalisées pour la psychiatrie (RIMP-PMSI), renseignées par 87% des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, le nombre de journées d'hospitalisation "plein temps" est voisin de 20 millions en 2009, pour 383 500 patients hospitalisés. Près d'un patient sur quatre est hospitalisé "au long cours" (plus de 292 jours dans l'année). La durée moyenne d'hospitalisation par patient (calculée en cumulant le nombre total de journées d'hospitalisation du patient pour les différents séjours effectués dans l'année) témoigne des conséquences importantes des affections psychiatriques, avec une moyenne de 52 jours d'hospitalisation complète par patient hospitalisé en 2009 [8]. Après une forte baisse depuis vingt ans, le nombre de journées d'hospitalisation complète semble actuellement se stabiliser. On recense 57 700 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie en 2009 contre 60 000 cinq ans plus tôt. Les deux tiers sont installés dans des établissements publics. Un peu plus de 2 000 lits sont dédiés à la psychiatrie infanto-juvénile et 137 sont installés en milieu pénitentiaire. Près d'une hospitalisation complète sur cinq s'effectue sans le consentement du patient, que ce soit à la demande d'un tiers (15% des admissions) ou en hospitalisation d'office (4%) [4].

Les secteurs de psychiatrie proposent également des prises en charge "plein temps" en accueil familial thérapeutique (près d'un million de journées en 2009) ou en appartements thérapeutiques (320 000).

Repères bibliographiques et sources

1. Baromètre santé 2005, INPES, exploitation ORS
2. Les dépenses de prévention et de soins par pathologie en France. A. Fenina, Y. Geffroy, C. Minc et al. Etudes et Résultats, Drees, n° 504, juillet 2006, 7 p.
3. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2009, site de la Cnam : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/index.php>
4. Statistiques annuelles des établissements de santé, SAE 2009, données administratives, ministère chargé de la santé et des sports, DREES
5. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation, Magali Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Questions d'économie de la santé, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) N°145, août 2009, 8p.
6. Cnamts. Snir 2009 (système national inter-régimes).
7. Cnamts, Insee, exploitation Fnors - <http://www.score-sante.org/score2008/index.html>
8. PMSI psychiatrie. ATIH

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- Environ 30 000 adultes et 12 000 enfants ont bénéficié de soins psychiatriques en 2009. Dans la majorité des cas (environ 86%) la prise en charge se fait exclusivement en ambulatoire
- Rapportée à la population susceptible d'être prise en charge, l'offre en lits d'hospitalisation complète et en places d'hospitalisation partielle de psychiatrie générale et infanto-juvénile est relativement faible en Seine-Saint-Denis
- La densité de psychiatres libéraux est particulièrement faible en Seine-Saint-Denis

À u 1er janvier 2010, la Seine-Saint-Denis dispose d'une capacité globale en psychiatrie générale de 954 lits et places, dont 596 lits d'hospitalisation complète.

Le taux d'équipement global, de 0,82 lit et place pour 1 000 habitants âgés de plus de 16 ans est sensiblement inférieur à celui de l'Ile-de-France (1,24) et à celui de la France (1,53).

La part de l'hospitalisation partielle est relativement importante dans le département : 37,5% versus 33% en Ile-de-France et 28% en France.

En ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile, la Seine-Saint-Denis dispose d'une capacité globale de 227 lits et places dont 25 lits d'hospitalisation complète.

Le taux d'équipement global, de 0,64 lit et place pour 1 000 habitants âgés de 16 ans ou moins est sensiblement inférieur à celui de l'Ile-de-France (0,97) et à celui de la France (0,93).

Comme pour la psychiatrie générale, la part de l'hospitalisation partielle est relativement importante dans le département.

En 2009, la **file active en Seine-Saint-Denis** est de 29 658 patients en psychiatrie générale et de 12 238 en psychiatrie infanto-juvénile. La majorité des patients bénéficie d'une prise en charge en ambulatoire, cette proportion atteignant 85,7% pour la psychiatrie générale et 86,3% pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Le **taux de recours** en psychiatrie générale s'élève à 26,4 pour 1 000 habitants âgés de plus de 16 ans (22,2 ‰ en Ile-de-France et 22,7 ‰ en France métropolitaine). En psychiatrie infanto-juvénile, le taux de recours est de 33,3 ‰ pour 1 000 enfants ou adolescents âgés de 16 ans ou moins (31,5 ‰ en Ile-de-France et 35,6 ‰ en France métropolitaine).

En psychiatrie infanto-juvénile, 1 320 Séquano-dionysiens sont inscrits en liste d'attente pour un premier rendez-vous. **Les délais d'attente sont longs** : 172 jours pour les plus longs avec un médiane de 71 jours. Le nombre moyen d'actes par consultation par patient est de 14 par an alors qu'il était de 8,5 par an il y a 5 ans. Il y a eu un renforcement des prises en charge.
Source : Le livre blanc de la pédopsychiatrie en Seine-Saint-Denis en 2010

Capacité et taux d'équipement en psychiatrie générale au 1er janvier 2010

	Lits *	Places **	Autres ***	Total	%****	Taux *****
Seine-St-Denis	596	303	55	954	37,5	0,82
Ile-de-France	7 698	3 306	465	11 469	32,9	1,24
France métro.	54 215	18 386	2 764	75 365	28,1	1,53

Source : SAE - Statiss

*Lits d'hospitalisation complète

**Places d'hospitalisation partielle

***Autres (placement familial, centre de post-cure...)

****% de places en hospitalisation partielle (jour et nuit)

***** Nombre de lits et places pour 1 000 personnes de plus de 16 ans

Capacité et taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile au 1er janvier 2010

	Lits *	Places **	Autres ***	Total	%****	Taux *****
Seine-St-Denis	25	187	15	227	89,0	0,64
Ile-de-France	509	1 672	133	2 314	78,0	0,97
France métro.	2 112	9 110	787	12 009	82,4	0,93

Source : SAE - Statiss

*Lits d'hospitalisation complète

**Places d'hospitalisation partielle

***Autres (placement familial, centre de crise, hospitalisation à domicile)

****% de places en hospitalisation partielle (jour et nuit)

***** Nombre de lits et places pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans

File active totale en psychiatrie générale et infanto-juvénile en Seine-Saint-Denis en 2009

	Effectifs	%*	Taux de recours**
Psychiatrie générale			
FA*** totale	29 658	-	26,4
FA ambulatoire	25 412	85,7	22,6
FA temps complet	4 064	13,8	3,6
Psychiatrie infanto-juvénile			
FA totale	12 238	-	33,3
FA ambulatoire	10 567	86,3	28,7
FA temps complet	111	0,9	0,3

Source : SAE - exploitation ORS Ile-de-France

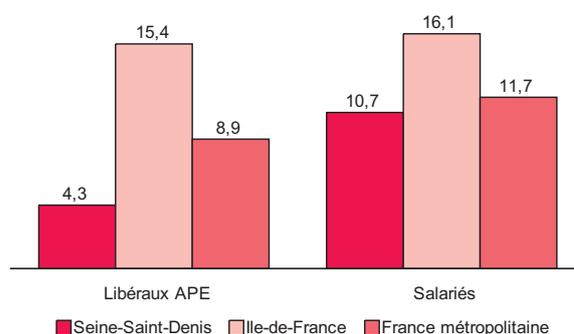
*pourcentage suivi exclusivement en ambulatoire ou à temps complet (un patient peut cumuler plusieurs modes de prise en charge)

**FA rapportée à 1 000 habitants en psychiatrie générale et à 1 000 enfants ou adolescents âgés de moins de 16 ans en psychiatrie infanto-juvénile

***FA : File active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année)

En 2009, on recense 228 psychiatres dans le département (67 libéraux et 161 salariés exclusifs), soit **une densité de 15 praticiens pour 100 000 habitants**. Cette densité est inférieure aux densités régionale et nationale (respectivement de 31,6 et 20,6 médecins pour 100 000 habitants). Si l'on considère les seuls psychiatres libéraux, la densité de 4,3 praticiens libéraux pour 100 000 habitants de Seine-Saint-Denis est deux fois plus faible que celle de France et trois fois plus faible que celle d'Ile-de-France.

Densité* de psychiatres en 2009



Sources : STATISS (Drees) et SNIR - exploitation ORS Ile-de-France
 *Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants
 APE : à part entière

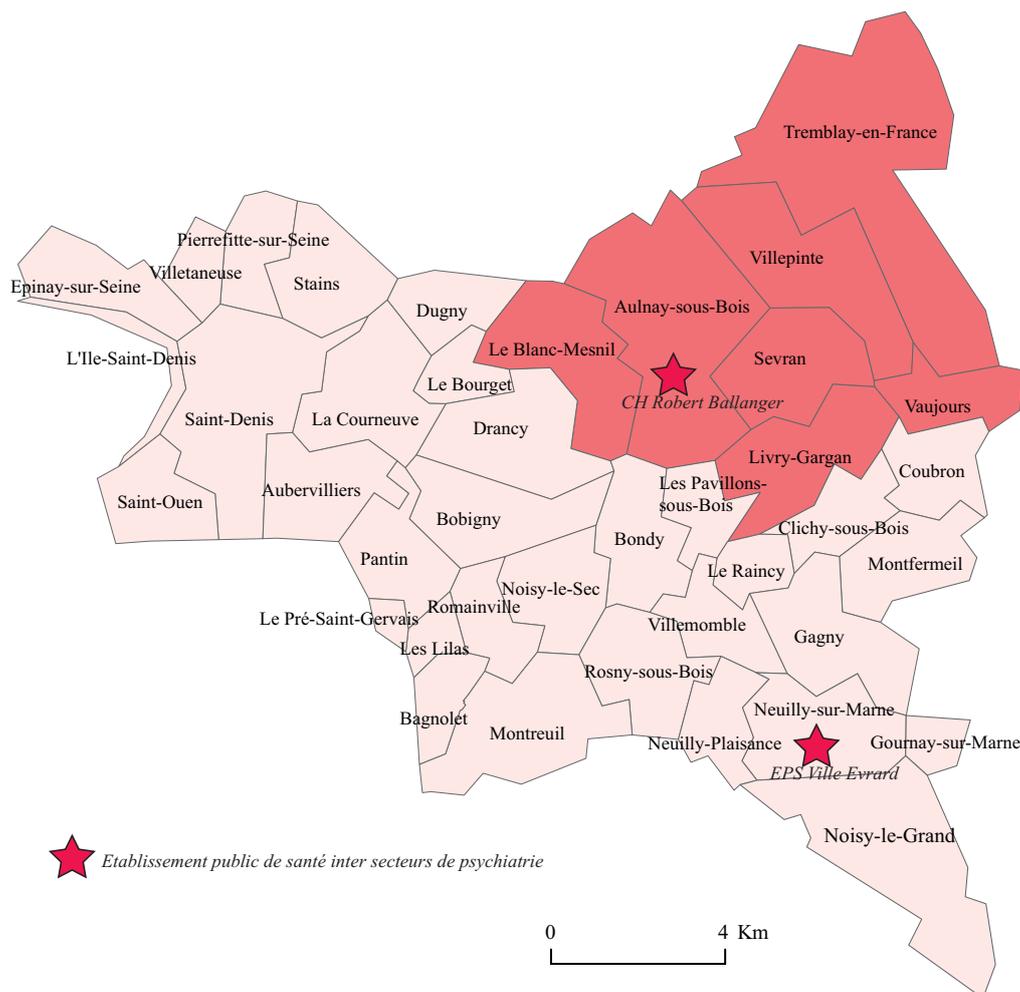
Type d'hospitalisation en psychiatrie en 2009

	Seine-Saint-Denis	Ile-de-France	France métro.
Hospitalisation libre			
Nombre	7 560	70 440	334 845
Taux*	700,6	814,8	715,2
Hospitalisation sur demande d'un tiers			
Nombre	1 315	11 034	60 319
Taux*	121,8	127,6	128,8
Hospitalisation d'office			
Nombre	495	3 571	17 758
Taux*	45,9	41,3	37,9

Source : SAE - exploitation ORS Ile-de-France
 *Taux pour 100 000 habitants de 20 ans et plus

Hospitalisation à la demande d'un tiers : admission après demande motivée d'une personne de l'entourage et après deux certificats médicaux circonstanciés.
Hospitalisation d'office : hospitalisation prononcée par arrêté motivé du préfet avec certificat médical circonstancié, ou par le maire, en cas de troubles occasionnés connus de "notoriété publique".

L'offre de soins en psychiatrie en Seine-Saint-Denis



la psychiatrie publique est organisée en “secteurs”, territoires géographiques au sein desquels plusieurs types de prises en charge sont proposés aux patients : consultations dans les centres médico-psychologiques (CMP), hôpital de jour ou de nuit, centre d'accueil thérapeutique, hospitalisation “plein temps”

Les secteurs de psychiatrie en Seine-Saint-Denis

La Seine Saint Denis compte 1,5 million d'habitants dans 40 communes.

Le département est découpé en 18 secteurs de psychiatrie et 5 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Chaque secteur est rattaché à un Etablissement public de santé. La Seine Saint Denis est dotée de 2 EPS :

- Etablissement public de santé Ville Evrard à Neuilly sur Marne

Il couvre 33 communes et regroupe 15 secteurs de psychiatrie et 3 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile auxquels sont rattachés les hospitalisations, les structures de soins ou les consultations de proximité.

- Centre Hospitalier Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois

Il couvre 7 communes et regroupe 3 secteurs de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

- Centre Hospitalier de Saint-Denis

couvre une commune et accueille un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Trois équipes mobiles de psychiatrie précarité interviennent sur le département :

- la Boussole pour le sud ouest (Bagnollet, Le Pré-Saint-Gervais, Les Lilas, Bondy, Les Pavillons-sous-Bois)
- la Cordée pour le sud-est (Gagny, Neuilly Sur Marne, Gournay-sur-Marne, Noisy le Grand)
- une équipe pour le nord-est (ensemble des secteurs de psychiatrie du centre hospitalier d'Aulnay-sous-Bois)

Source : guide annuaire de la santé mentale en Seine-Saint-Denis, AORIF, 2007, site du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger : <http://www.ch-aulnay.fr/fr/Accueil-3.html>, site de l'établissement public spécialisé en santé mentale de Ville-Evrard : <http://www.eps-ville-evrard.fr/>

2.6 Les structures de soins et de prévention non hospitalières

Contexte national

De nombreux types de structures de soins et de prévention non hospitalières existent. Cette fiche n'aborde toutefois que les principaux centres de santé et de prévention.

Les centres de santé, les centres de Protection maternelle et infantile (PMI), les centres de planification et les centres de prévention constituent une offre complémentaire au recours au système de soins classique. Ces centres sont ouverts à tous les publics, ils permettent aux consultants de ne pas faire l'avance des frais et proposent une façon différente d'accéder à la prévention et à un suivi médical. Certains centres accueillent les personnes non couvertes par l'Assurance-maladie.

Les centres de santé ont en commun de proposer une facilité d'accès à la consultation, la pratique du "tiers-payant" et une tarification conforme aux barèmes de la sécurité sociale de "secteur 1". Ils proposent une offre de prévention et de soins ambulatoires coordonnés dans un même lieu.

Les centres de santé sont soumis à une autorisation de création et, depuis 1999, ils ont officiellement vocation à participer à des actions de santé publique, ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et de lutte contre l'exclusion. La vocation des centres de santé est fonction du gestionnaire qui peut, par exemple, orienter l'activité de prévention et/ou de soins par thématique de santé : alcool, toxicomanie, santé mentale, public en grande difficulté sociale, etc. Celle des centres d'accueil et de soins des Organisations non gouvernementales (Croix-Rouge, Médecins du monde...) est de recevoir les publics en grande difficulté. Les centres d'examen de santé de l'Assurance-maladie ont pour vocation première de permettre à tous les assurés de bénéficier d'un bilan de santé gratuit tous les cinq ans. Cette mission n'est cependant pas exclusive. Quelques grandes entreprises (EDF, SNCF, etc) gèrent également des centres de santé mais ceux-ci ne sont pas ouverts au public.

Les centres de prévention sont chargés d'assurer des consultations gratuites de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), le dépistage de la tuberculose et les vaccinations obligatoires. Ils existent dans tous les départements, avec un statut juridique et un mode de gestion variables selon leur institution de rattachement (Conseil général, hôpital, association, etc.). Ces dispositifs sont placés sous la responsabilité de l'Etat depuis la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique.

Les services de PMI ont été officiellement créés par l'ordonnance du 2 novembre 1945. Dans le contexte général d'amélioration de la situation périnatale et infantile (entre 1950 et 2008, le taux de mortalité infantile a été divisé par quinze), les missions de ces services se sont progressivement élargies à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant [1]. Malgré les progrès effectués, la période périnatale et la première année de vie restent une période "à risque" qui nécessite une surveillance particulière. Depuis la loi de décentralisation de 1983, les services de PMI sont placés sous la responsabilité des Conseils généraux.

Progressivement, l'organisation de la PMI s'est transformée de manière à tenir compte prioritairement des spécificités sociodémographiques des départements et en particulier des besoins de santé des populations vulnérables, dans le cadre d'une coopération accrue avec les autres professionnels de santé. L'accès aux services de la PMI est gratuit, sans avance de frais, facilitant ainsi l'accès aux soins des personnes à faible revenu. La PMI mène des actions en direction des femmes enceintes et des jeunes mères (consultations pré et post-natales, actions préventives à domicile), des enfants de moins de 6 ans (consultations infantiles, visites à domicile, bilans de santé), mais également des mineurs en danger qui relèvent plus particulièrement du service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). La PMI a aussi pour mission l'organisation d'activités de planification et d'éducation familiale, et l'information sur le métier d'assistant maternel ainsi que leur agrément et formation [2].

Le service de PMI organise dans chaque département la diffusion du carnet de santé de l'enfant qui contient les trois certificats de santé obligatoires des 8e jour, 9e mois et 24e mois, qui doivent être renseignés par le médecin ayant examiné l'enfant et retournés à la PMI [3]. Ces différents documents lui permettent de repérer d'éventuelles situations délicates (grossesses multiples, mères mineures, difficultés sociales) pouvant nécessiter une attention particulière. Les données issues des certificats contribuent au suivi épidémiologique de la santé des enfants, le traitement de ces informations et la restitution à l'ensemble des acteurs de la promotion de la santé de la mère et de l'enfant faisant partie des attributions de la PMI [4]. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) estime qu'environ 18 % des femmes enceintes et près de 20 % des enfants de moins de 6 ans (50 à 60 % des moins d'un an) ont fait l'objet d'un suivi par la PMI en 2008 [5].

Repères bibliographiques et sources

1. Hassani A, Letoret A, Morellec J. (2009). Protection maternelle et infantile. De la promotion de la santé à la protection de l'enfance. Ed. Berger-Levrault. 502 p.
2. Article L. 2112-2 du Code de la santé publique
3. Article R. 2132-3 du Code de la santé publique
4. Article R. 2112-8 du Code de la santé publique
5. Jourdain-Menninger D, Roussille B, Vienne P, Lannelongue C. (2006). Etude sur la protection maternelle et infantile. Igas. 489 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Une offre en centres de santé équivalente en Seine-Saint-Denis à celle de Paris compte tenu de la population.
- > Le maillage important des centres de PMI permet le suivi de la mère et de l'enfant tandis que la démographie médicale en pédiatres et gynécologues est très déficitaire en Seine-Saint-Denis.
- > Un dispositif de centres de prévention départementaux dédiés à la prévention de la tuberculose, des IST et à la vaccination publique qui couvre le département.

Les centres de santé en Seine-Saint-Denis

Avec 67 centres de santé, la Seine-Saint-Denis apparaît comme le département francilien le mieux pourvu de la région avec Paris (98 centres). Cette offre, répartie sur l'ensemble du département (voir carte ci-dessous), constitue une véritable offre complémentaire de soins libérale et hospitalière.

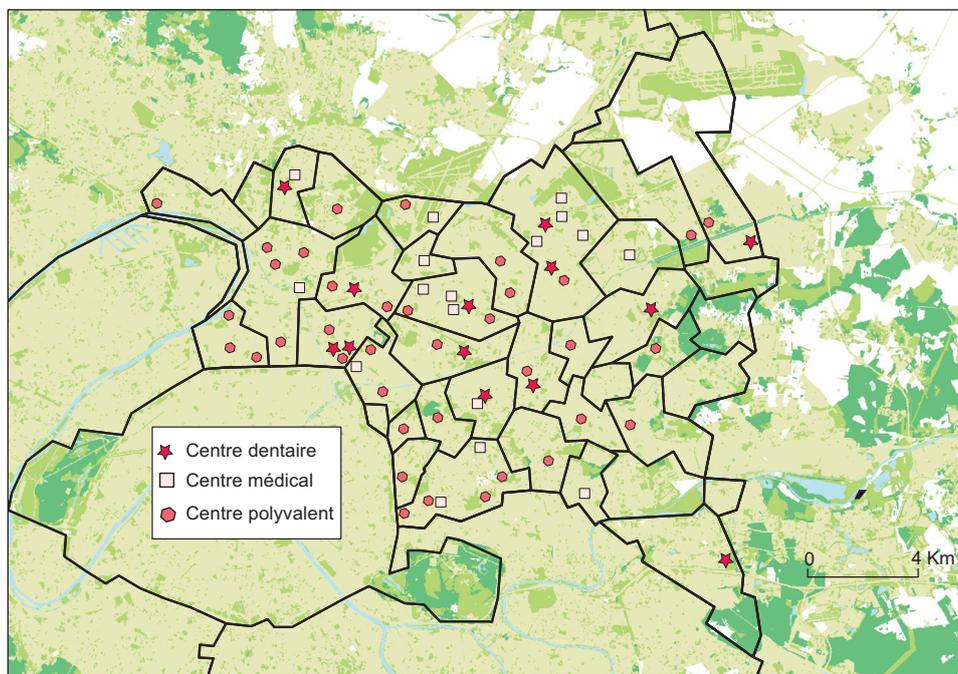
Les centres de santé peuvent être spécialisés et offrir des soins médicaux et/ou infirmiers et/ou dentaires. La plupart des centres ont signé une convention incluant ces trois activités mais ne les proposent pas toutes, notamment du fait du coût de plus en plus élevé des équipements et d'éventuelles difficultés de recrutement de certains personnels médicaux et para-médicaux. Ainsi, le faible nombre de centres infirmiers illustre la pénurie actuelle de cette profession dans la région. En Seine-Saint-Denis, la majorité des centres sont polyvalents, 13 sont spécialisés en soins dentaires et 17 en soins médicaux.

Les centres de santé en Île-de-France en 2012

	Dentaires	Infirmiers	Médicaux	Polyvalents	Total	
Paris	22	6	30	40	98	32%
Seine-et-Marne	3	0	2	1	6	2%
Yvelines	2	1	5	3	11	4%
Essonne	5	4	3	6	18	6%
Hauts-de-Seine	6	1	15	22	44	15%
Seine-St-Denis	13	0	17	37	67	22%
Val-de-Marne	5	4	13	16	38	13%
Val-d'Oise	4	3	7	6	20	7%
Île-de-France	60	19	92	131	302	100%

Sources : ARS Île-de-France

Implantation des centres de santé (hors PMI) en Seine-Saint-Denis



Sources : ARS Île-de-France

En Seine-Saint-Denis, les centres de santé sont pour 75% d'entre eux gérés par les municipalités et pour 19% d'entre eux par le secteur associatif. Certains centres de santé sont gérés par une Caisse primaire d'assurance maladie (3%) mais aussi par la Caisse régionale d'assurance maladie, par l'Établissement français du sang, etc. Enfin, 3% des centres sont gérés par une société mutualiste.

Parmi les 67 centres de santé du département de Seine-Saint-

Denis, 50 sont issus du mouvement hygiéniste des années cinquante et sont des centres municipaux et 13 sont issus des formes traditionnelles des anciens dispensaires nés du mouvement charitable, avec notamment les associations caritatives.

Les centres de santé sont les "structures relais" les plus proches de la population pour ce qui concerne les soins et la prévention sanitaire et sociale. L'offre est globalement répartie sur

l'ensemble du territoire, quoique l'Est du département apparaît moins bien pourvu (mais la densité de population y est aussi plus faible que dans le reste du département).

Le nombre de centres est passé de 69 en 2003 à 67 en 2012 dans le département.

En Île-de-France, les centres de santé représentent 5,5% des actes médicaux réalisés en ville et 3,4% des honoraires totaux. La Seine-Saint-Denis est, après Paris, un des départements d'Île-de-France qui a la plus forte proportion d'actes réalisés en centres de santé.

En Seine-Saint-Denis, parmi les actes médicaux réalisés en centre de santé, on compte 0,9% d'actes d'omnipraticiens et 0,9% d'actes de spécialistes contre respectivement 0,5% et 0,6% en Île-de-France.

Les centres départementaux de dépistage et de prévention sanitaires (CDDPS) et les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en Seine-Saint-Denis

Le Conseil général dispose de sept structures sur le territoire départemental gérées par le Service de la Prévention et des Actions Sanitaires (SPAS). Un centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG) dédié à la prévention et au dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH et six CDDPS, répartis suivant des secteurs déterminés. Leurs prestations, gratuites, s'adressent à tous les publics et s'articulent autour des consultations de pneumologie, centrées sur le dépistage de la tuberculose mais également des consultations de dépistage des IST, notamment VIH et hépatite B et C, de victimologie, et des séances de vaccinations. Les consultations IST, VIH peuvent être anonymes selon le choix de la personne. Les actions de promotion de la santé sont organisées

avec les partenaires sur l'ensemble de ces programmes et sur la lutte contre le cancer.

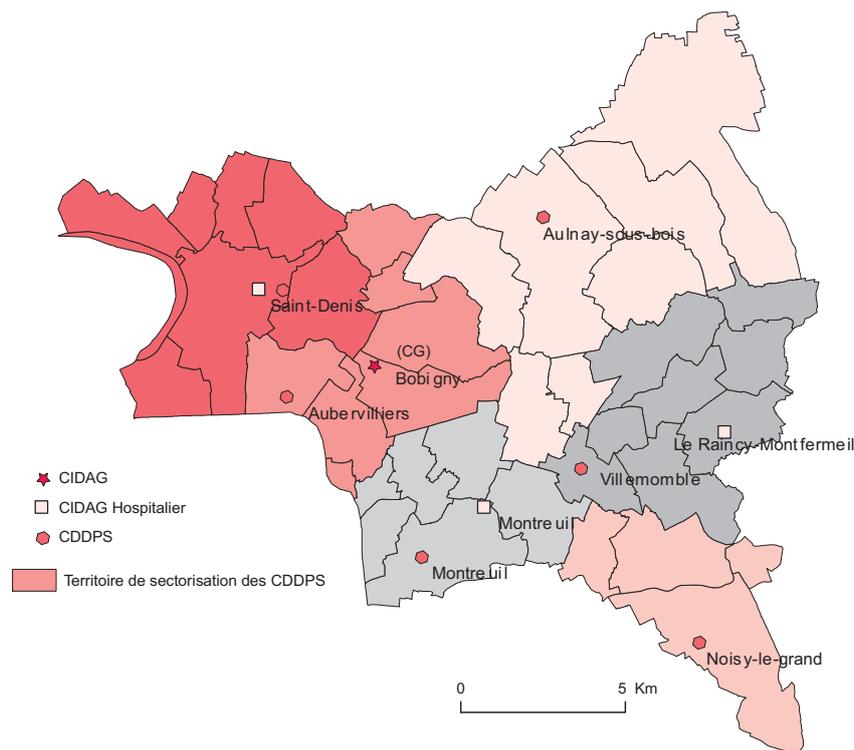
Chaque équipe de CDDPS est constituée d'un responsable de centre (qui peut être le même pour plusieurs centres), d'infirmiers, de secrétaires médico-sociales, d'une assistante de service social, de médecins référents et vacataires couvrant l'ensemble des disciplines du programme maladies infectieuses défini par le SPAS. Une équipe médico-sociale est présente dans chaque structure départementale pour accueillir, écouter, informer, dépister, orienter les personnes qui en ont besoin et les aider, notamment dans les démarches d'accès à une protection sociale. Les consultations et séances de vaccinations sont gratuites. Les examens complémentaires et les traitements peuvent être gratuits selon la situation des personnes au regard de l'ouverture des droits ou dans des cas très particuliers. En cas d'IST, le traitement est fourni par le centre.

Une démarche qualité a été entreprise autour des dépistages de la tuberculose. La communication y tient une place prépondérante : elle permet d'informer sur la maladie, de rassurer la personne malade et son entourage et de lui expliquer le déroulement du dépistage. Pour cela des outils de communication ont été élaborés (exposition, livret d'information, bande dessinée), supports qu'utilisent les équipes lors des dépistages.

En victimologie, les CDDPS d'Aubervilliers, de Montreuil et de Noisy-le-Grand proposent une consultation hebdomadaire de psychotraumatologie.

En 2012, près de 16 680 personnes sont venues en consultation dans les CDDPS, dont 8 487 pour des consultations IST, 5 689 pour des consultations tuberculose, 1 866 pour des vaccinations et 632 pour des consultations de victimologie. Près de 4 830 personnes ont par ailleurs été vues à l'extérieur des centres notamment lors des dépistages collectifs de la tuberculose.

Implantation des centres départementaux de dépistage et de prévention sanitaires (CDDPS) et des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en Seine-Saint-Denis



Sources : Conseil général de Seine-Saint-Denis 2008

Les services de PMI et de planification familiale en Seine-Saint-Denis

Avec 160 centres de PMI et/ou de planification familiale recensés en 2008 en Seine-Saint-Denis, le service de PMI et de planification familiale est particulièrement bien développé dans le département.

L'activité des centres peut être ciblée sur une ou plusieurs des activités suivantes : protection infantile pour la prévention en direction des enfants de 0 à 6 ans, protection maternelle pour l'accompagnement des femmes enceintes et juste après la naissance, planification familiale pour la gynécologie (essentiellement contraception, vie de couple, sexualité, IVG).

Sur les 117 centres faisant au minimum de la protection maternelle ou de la protection infantile ou spécialisée, 79 sont gérés par le Conseil général, 28 par les municipalités, 5 par des hôpitaux et 5 par des organismes publics ou de gestion privée, souvent associative. Parmi l'ensemble de ces centres, 109 proposent une activité de protection infantile, 106 proposent une activité de protection maternelle (de nombreux centres proposent les deux c'est pourquoi le total est supérieur à 117).

Dans certains centres de PMI, des équipes spécialisées sont disponibles pour des accompagnements spécifiques : handicap, allaitement, deuil périnatal et mort subite du nourrisson ou encore parents sourds ayant de jeunes enfants.

Le nombre d'enfants de 0 à 6 ans vus chaque année dans les consultations de PMI diminue : il est passé de 82 605 en 2003 à 76 776 en 2011, ce qui représente, en 2011, 47,4% des enfants de 0 à 6 ans du département de Seine-Saint-Denis. Cette proportion est relativement stable (55% en 2003, 56% en 2005).

Parmi les enfants de 0 à 6 ans, le nombre d'enfants de 0 à 2 ans vus en consultation de PMI en 2011 est de 32 951, ce qui représente 65,3% des enfants de 0 à 2 ans du département. Cette proportion est stable (63% en 2003) mais le nombre d'enfants vus diminue.

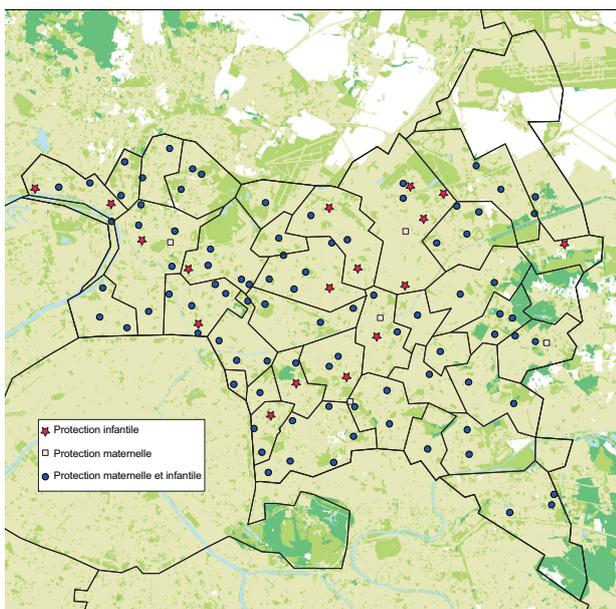
Pour le suivi des femmes enceintes, la PMI propose des visites à domicile par des sages-femmes. En 2011, 12,5% des femmes enceintes ont été vues à domicile par une sage-femme, proportion légèrement en baisse depuis 2003 (15%).

Le département compte 121 centres de planification familiale, parmi lesquels 74 sont au sein d'une PMI et 47 hors PMI (centres médico-sociaux, centres associatifs, hospitaliers ou universitaires).

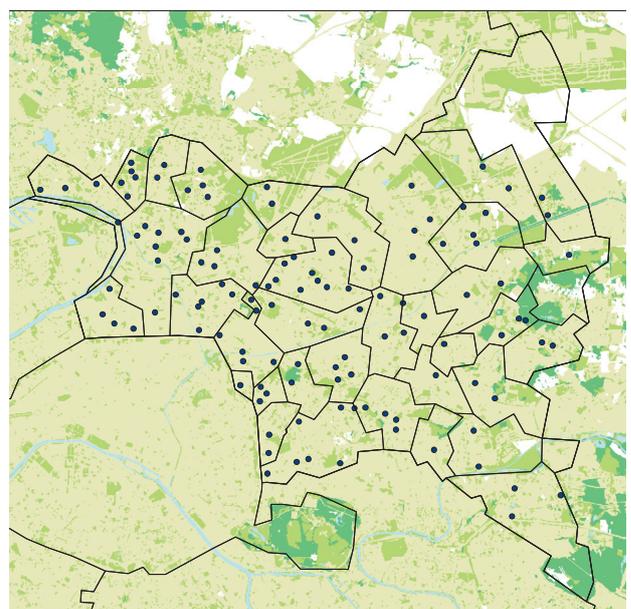
Dans 111 centres sur les 121 centres de planification de la Seine-Saint-Denis, le nombre de consultations médicales en planification familiale a diminué de 2,9%, passant de 77 383 en 2010 à 75 124 en 2011, dont 2 047 hommes (contre 2 726 en 2010 soit une diminution de 24,9%). On note une forte augmentation des consultations gynécologiques, pour les IST ou pour la contraception. En revanche le nombre des consultations pré et post IVG a très fortement diminué (respectivement -22,03% et -32,65%).

On observe une augmentation de tous les actes pratiqués : contraception (+8,6%), dépistage du cancer (+19,7%) dont frottis (+18,7%) et mammographies (+23,3%) et dépistage des maladies sexuellement transmissibles (+22%).

Implantation des centres de PMI en Seine-Saint-Denis



Implantation des centres de planification familiale en Seine-Saint-Denis



Sources : Service de PMI - Conseil général de Seine-Saint-Denis - Exploitation ORS Île-de-France

Contexte national

Les comptes nationaux de la santé élaborés par l'Insee évaluent chaque année l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé par le biais d'un agrégat : la dépense courante de santé. Sa composante la plus importante est la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM). Elle comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petit matériel et pansements). Seules les dépenses qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé sont prises en compte. Ainsi, les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en institution sont exclues. Cette consommation comptabilise l'ensemble des sommes versées par les financeurs du système au titre de la santé. Elle comprend la CSBM financée par la Sécurité sociale, l'État, les collectivités locales, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et les ménages. Les données par région et département de domicile rendent compte uniquement des actes remboursés à la population couverte par l'Assurance maladie par exploitation du Fichier inter régimes d'informations sur les prestations (FIIP) géré par la Caisse nationale d'assurance maladie. En 2010, la CSBM en France s'est élevée à 175 milliards d'euros.

Lorsqu'on analyse les différents postes de dépenses de la CSBM, on constate que les soins hospitaliers arrivent en première position (81,2 milliard d'euros, soit 46,4 %), suivis des soins de ville (44 milliards d'euros, soit 25,1 %), des médicaments (34,4 milliards d'euros, soit 19,7 %), des autres biens médicaux (11,6 milliards d'euros, soit 6,6 %) et des transports de malades (3,8 milliards d'euros, soit 2,2 %). Les trois premiers représentent 91,2 % de la CSBM. L'exploitation des données CNAMTS pour les années 2000 à 2010 montre que la consommation de soins ambulatoires libéraux par la population couverte par le régime général de l'Assurance maladie a évolué. Le nombre d'actes d'omnipraticiens par habitant a connu une baisse de - 15 % (4 965 consultations et visites pour 1 000 habitants en 2000 et 4 236 pour 1 000 en 2010), en raison principalement de la chute du nombre de visites.

Pour l'ensemble des spécialistes, le nombre d'actes s'élève à 1 902 pour 1 000 habitants en 2000 et 1 523 pour 1 000 habitants en 2010, soit une baisse de près de 20 % au cours de la période. La consommation d'actes de biologie et de dentistes a connu une forte croissance (+ 62 % pour la biologie et + 32 % pour les dentistes). Celle des actes d'auxiliaires médicaux a aussi augmenté : + 71 % pour les actes infirmiers, + 67 % pour les actes de masseurs kinésithérapeutes, + 62 % pour les actes d'orthophonistes.

La consommation de soins ambulatoires libéraux diffère selon les régions. En 2010, le nombre d'actes d'omnipraticiens variait presque du simple au double : 3 177 consultations et visites pour 1 000 habitants en Île-de-France et 5 666 pour 1 000 dans le Nord-Pas-de-Calais. L'écart de consommation des consultations et des actes techniques de spécialistes est du même ordre : 1 117 consultations pour 1 000 en Basse Normandie et 2 104 pour 1 000 en région Corse ; 1 749 actes techniques pour 1 000 habitants dans le Limousin et 3 426 pour 1 000 en Corse.

De nombreux facteurs influent sur la consommation de soins libéraux. Une partie d'entre eux sont relatifs à des facteurs sociodémographiques : le profil démographique de la population, le niveau d'éducation, l'état matrimonial, la taille du ménage, le niveau social et la position sur le marché du travail. D'autres facteurs sont relatifs à la densité des professionnels de santé libéraux et aux autres modalités de distribution de soins de même nature (ainsi les soins infirmiers au domicile des personnes âgées peuvent être délivrés par des infirmières libérales ou par des services de soins à domicile).

La chute brutale des consultations des sages-femmes depuis 2008 s'explique par un changement de cotation (transfert vers les actes SF - actes spécifiques pratiqués par une sage-femme).

De plus, la consommation de soins est inégalement répartie entre catégories sociales. De nombreuses enquêtes nationales ont montré une consommation de soins différenciée en fonction des revenus et des renoncements aux soins, notamment de médecine spécialisée, des populations économiquement précaires, avec un recours plus important aux urgences hospitalières.

Les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française. Ceci s'explique davantage par la situation sociale défavorisée des immigrés que par des différences d'âge, de sexe ou d'état de santé entre ces deux populations [4].

En ce qui concerne la consommation de soins des personnes en situation de handicap, le rapport d'audition publique de la Haute autorité de santé (HAS) d'octobre 2008 met en exergue les difficultés d'accès aux soins qui ne sont pas en rapport avec le handicap.

Repères bibliographiques et sources

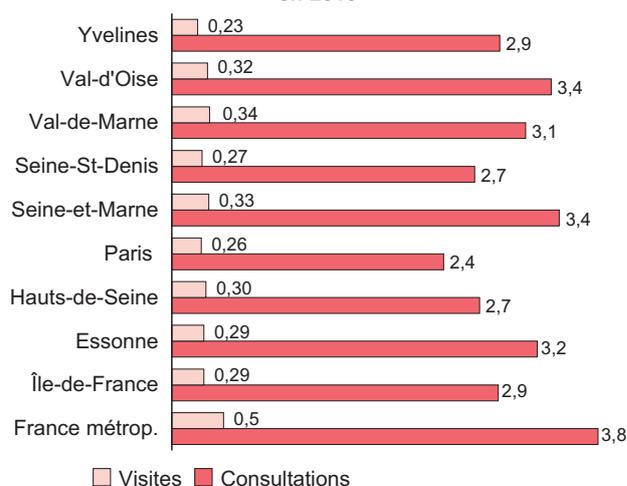
1. Fenina A., Le Garrec M.-A., KOUBI M., Les comptes nationaux de la santé en 2010, Etudes et Résultats n° 773, Drees, septembre 2011, 8 p.
2. Fenina A., Le Garrec M.-A., KOUBI M., Les comptes nationaux de la santé en 2009, Etudes et Résultats n° 736, Drees, septembre 2010, 6 p.
3. Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J., Le recours aux soins de ville des immigrés en France, Question d'économie de la santé IRDES n°146 - septembre 2009
4. IRDES, Questions d'Économie de la santé, 2009

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La consommation de soins est plus faible en Seine-Saint-Denis qu'aux niveaux régional et national, quel que soit le domaine de soins.
- > Sous réserve de résultats d'études complémentaires, prenant en compte notamment des taux standardisés par âge, cette moindre consommation semble corrélée à la faiblesse et à la diminution de la démographie des professionnels de santé généralistes ou spécialisés.

En 2010, chaque habitant de Seine-Saint-Denis a consommé en moyenne 3,0 actes d'omnipraticiens libéraux (consultations et visites). La consommation d'actes d'omnipraticiens est légèrement inférieure à la moyenne régionale (3,2) et très inférieure à la moyenne nationale (4,3). La Seine-Saint-Denis présente des nombres moyens de consultations et de visites par habitant parmi les moins élevés d'Île-de-France. Les moyennes les plus élevées s'observent en Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise.

Nombre d'actes d'omnipraticiens libéraux par habitant en 2010



Sources : CnamTs, Snir, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

L'évolution du nombre moyen de consultations effectuées par les omnipraticiens libéraux entre 2003 et 2010 marque une forte diminution en Seine-Saint-Denis (-20,6%) par rapport à l'Île-de-France (-9,4%). Le nombre de visites en Seine-Saint-Denis a aussi fortement diminué mais cette fois de façon comparable à celle d'Île-de-France (-40%).

Au total le nombre moyen d'actes d'omnipraticiens libéraux par habitant a baissé de 22,8% en Seine-Saint-Denis et de 10,3% en Île-de-France entre 2003 et 2010. Le nombre d'actes d'omnipraticiens libéraux est maintenant moins élevé en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France.

Evolution du nombre moyen d'actes effectués par les omnipraticiens libéraux par habitant entre 2003 et 2010

	Seine-Saint-Denis			Île-de-France		
	2003	2010	Evolution	2003	2010	Evolution
Consultations	3,4	2,7	-20,6%	3,2	2,9	-9,4%
Visites	0,5	0,3	-40%	0,5	0,3	-40%
Autres	0,17	0,14	-17,6%	0,17	0,17	0,0%
Total	4,07	3,14	-22,8%	3,87	3,47	-10,3%

Sources : CnamTs, Snir, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

En 2010, l'activité des omnipraticiens libéraux est plus importante en Seine-Saint-Denis (5 737 actes annuels par praticien) qu'en Île-de-France (4 461) et en France (4 816). Sur la période 2003-2010, le nombre d'actes par omnipraticiens libéraux en Seine-Saint-Denis est passé de 5 386 à 5 737, soit une hausse de l'activité de 0,9% par an. Cette croissance est comparable à celle observée en Île-de-France.

Les taux d'hospitalisation complète en soins de courte durée sont moins importants en Seine-Saint-Denis (104,1 hospitalisations pour 1 000 habitants) qu'en Île-de-France (165,5) ou en France

Activité des omnipraticiens libéraux en 2010

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métropolitaine
Nombre d'APE	971	8 930	56 613
Consultations par APE	4 985	3 861	4 090
Visites par APE	498	392	542
Nb d'actes par praticien	5 737	4 461	4 818
TCAM* 2003-2010	0,9	0,8	0,6

Source : Ameli - Exploitation ORS Île-de-France

* Taux de croissance annuel moyen

APE : Actifs à part entière.

Un professionnel à part entière est un professionnel qui a exercé une activité libérale normale sur une année complète dans un cadre conventionnel.

La part des effectifs APE est différente selon les professions de santé et les spécialités

Les effectifs APE ne comprennent pas : Ceux qui se sont installés en cours d'année, ceux qui sont encore en activité après 65 ans, ceux qui exercent à l'hôpital à temps plein et ceux qui ne sont pas conventionnés.

En 2010, le recours aux spécialistes est moins fréquent en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France avec respectivement 1,12 et 1,65 consultations par habitant toutes spécialités confondues. Par rapport à 2003, l'écart se creuse : le recours aux spécialistes a plus diminué en Seine-Saint-Denis (-33,4%) qu'en Île-de-France (-19,9%) entre 2003 et 2010.

Dans le département, seul le recours aux ophtalmologues a progressé entre 2003 et 2010 (+18,2%). Alors que le recours aux dermatologues (-35,7%), aux psychiatres (-34,8%) et aux gynécologues-obstétriciens (-32%) a fortement diminué. En Île-de-France, le recours à ces spécialistes a également diminué mais de façon moins marquée.

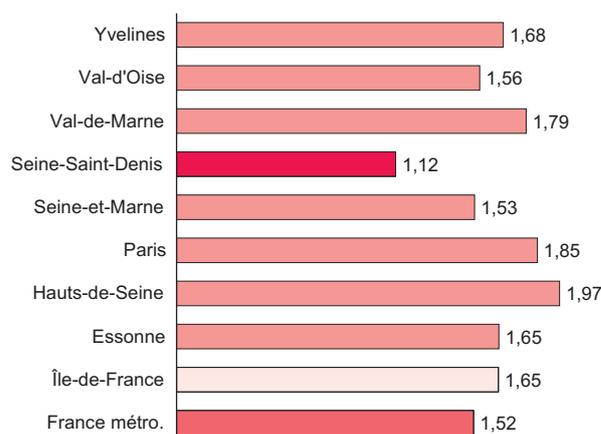
Nombre de consultations effectuées par certains spécialistes libéraux par habitant en 2003 et 2010

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	
	2003	2010	2003	2010
Cardiologues	0,13	0,10	0,12	0,10
Gynéco-obst.	0,25	0,17	0,32	0,24
Dermatologues	0,14	0,09	0,19	0,16
Psychiatres	0,23	0,15	0,34	0,29
Pédiatres	0,19	0,14	0,25	0,20
Ophtalmologues	0,11	0,13	0,26	0,20
Ensemble des spécialistes	1,68	1,12	2,06	1,65

Sources : CnamTs, Snir, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

La Seine-Saint-Denis est le département d'Île-de-France où le recours aux spécialistes libéraux est le plus faible (1,12 consultations par habitant). C'est dans les Hauts-de-Seine, Paris et le Val-de-Marne que le recours aux spécialistes libéraux est le plus élevé (respectivement 1,97, 1,85 et 1,79 consultations par habitant). On observe aussi que le nombre de consultations effectuées par des spécialistes libéraux par Séquano-Dyonisien est inférieur à ceux d'Île-de-France et de France métropolitaine.

Nombre de consultations effectuées par des spécialistes libéraux par habitant en 2010



Sources : CnamTs, Snir, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

En 2010, l'activité des spécialistes libéraux séquano-dyonisiens (volume de consultations et de visites) est largement supérieure à celles observées en Île-de-France et en France métropolitaine. Le nombre de consultations en moyenne par an par APE dans le département est de 2 120, il est de 1 704 en Île-de-France et 1 835 en France métropolitaine. Entre 2003 et 2010, le nombre d'actes par professionnel en Seine-Saint-Denis est passé de 2 268 à 2 120, soit une diminution de l'activité de 1% par an. Cette baisse est moins marquée qu'aux niveaux régional et national.

Activité des médecins spécialistes libéraux en 2010

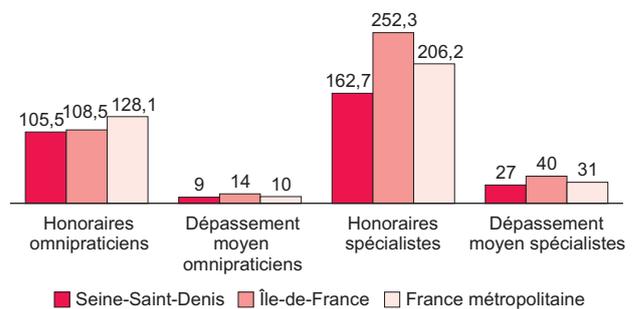
	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métropolitaine
Nombre d'APE	923	13 281	54 701
Consultations par APE	2 119	1 701	1 833
Visites par APE	1,5	2,5	1,4
Nb d'actes (consultations et visites) par APE	2 120	1 704	1 835
TCAM* 2003-2010	-1,0	-2,5	-3,0

Source : Ameli - Exploitation ORS Île-de-France

* Taux de croissance annuel moyen

En 2010, chaque Séquano-Dyonisien a dépensé en moyenne 105,5 euros en honoraires d'omnipraticiens. Cette dépense est comparable à celle des Franciliens et inférieure à celle des Français de la métropole. Le dépassement moyen, par rapport au tarif conventionnel de la consultation remboursée par la sécurité sociale, chez les omnipraticiens libéraux de Seine-Saint-Denis (9 euros) est inférieur à celui des omnipraticiens libéraux d'Île-de-France (14 euros) et de France métropolitaine (10 euros). La dépense moyenne en honoraires de spécialistes libéraux est moins élevée en Seine-Saint-Denis (162,7 euros) qu'en Île-de-France (252,3 euros) et qu'en France métropolitaine (206,2 euros). De même, le dépassement moyen des spécialistes séquano-dyonisiens est plus faible qu'aux niveaux régional et départemental.

Dépenses* en honoraires et dépassement d'omnipraticiens et de spécialistes libéraux en 2010



* Dépenses annuelles moyennes par habitant (en euros)
Sources : CnamTS, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Les taux d'hospitalisation complète en soins de courte durée sont moins importants en Seine-Saint-Denis (104,1 hospitalisations pour 1 000 habitants) qu'en Île-de-France (165,5) ou en France métropolitaine (185,3). La différence est marquée dans les secteurs de la médecine et de la chirurgie. Le taux d'hospitalisation pour 1 000 habitantes de 15-49 ans est aussi moins élevé qu'en Île-de-France et qu'en France métropolitaine mais la différence est moins importante que dans les 2 autres secteurs.

Entre 2004 et 2011, le recours à l'hospitalisation de court séjour a augmenté en Seine-Saint-Denis de 0,8%. Cette augmentation est plus faible que celles observées aux niveaux régional (+7,7%) et national (+3,3%). Le taux d'hospitalisation en médecine du département a augmenté de 30%, cette augmentation est comparable à celle d'Île-de-France. On observe une diminution en Seine-Saint-Denis (-10,2%) alors qu'il augmente en Île-de-France et en France métropolitaine (respectivement +0,5% et +3,4%). Pour le recours à l'hospitalisation complète en chirurgie, il diminue de façon comparable aux niveaux départemental, régional et national. Cette diminution est en lien avec les orientations de développement de la chirurgie ambulatoire au détriment de l'hospitalisation complète.

Evolution des entrées en hospitalisation complète dans les établissements de santé (publics et privés) entre 2004 et 2011

	Médecine	Chirurgie	Gynécologie-obstétrique	Total court séjour
Seine-Saint-Denis				
2004	37,4	43,2	87,5	103,3
2011	49,0	34,9	78,6	104,1
Evolution	+30%	-19,2%	-10,2%	+0,8%
Île-de-France				
2004	64,6	66,0	88,4	153,7
2011	84,5	57,5	91,4	165,5
Evolution	+30,8	-12,9%	+3,4%	+7,7%
France métropolitaine				
2004	79,7	78,6	87,9	179,3
2011	99,4	65,6	88,3	185,3
Evolution	+24,7%	-16,6	+0,5%	+3,3%

* Nombre d'entrées pour 1 000 habitants ou pour 1 000 habitantes entre 15 et 49 ans en ce qui concerne la gynécologie-obstétrique
Sources : Drees, SAE, Insee

Précisons que ces résultats sont établis à partir de l'enquête SAE menée auprès des établissements de santé. Elle mesure donc l'activité des établissements selon les données qu'ils déclarent. De plus, dans cette enquête, les données concernant les établissements de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) situés en Seine-Saint-Denis sont comptabilisées à Paris siège de l'AP-HP.

Contexte national

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

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

La proportion d'accouchements multiples connaît une augmentation régulière depuis le début des années 1980, et se stabilise actuellement autour de 1,6 % des accouchements [1]. Un quart à un tiers de l'augmentation des accouchements multiples provient de l'accroissement de l'âge maternel. De plus, 30 à 50 % des accouchements gémellaires et plus des trois quarts des accouchements triples surviendraient après traitements de l'infécondité [6].

La contribution des femmes étrangères est proportionnellement supérieure à leur part dans la population : les naissances de mères étrangères représentent 12,8 % des naissances alors que la population de nationalité étrangère représente 5,8 % de la population de la France en 2006.

Les enfants qui naissent hors mariage sont maintenant majoritaires : ils représentent 53 % des nouveau-nés en 2008 en France, contre seulement un sur cinq en 1985. Les variations sont importantes selon les territoires, le taux le plus élevé étant celui des départements ultra-marins où trois naissances sur quatre ont lieu hors mariage [3].

Repères bibliographiques et sources

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

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Plus de 28 000 naissances sont domiciliées en 2009 en Seine-Saint-Denis. Ce nombre est en progression régulière depuis dix ans.
- > Le département se distingue par l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) le plus élevé de tous les départements de France métropolitaine : 2,4 enfants par femme en 2009.
- > Toutes les classes d'âge contribuent au niveau élevé de la fécondité dans le département.

Le nombre annuel de naissances domiciliées¹ en Seine-Saint-Denis a connu une progression sensible au cours des dix dernières années : il est passé d'environ 23 000 en 1980 à 28 505 en 2010. La progression du nombre des naissances est particulièrement marquée à partir de 1997.

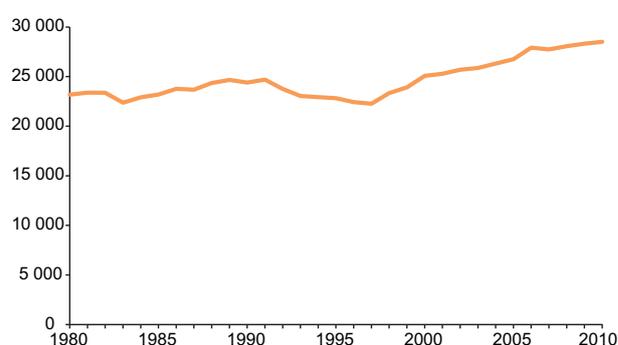
L'indice conjoncturel de fécondité² (ou nombre d'enfants par femme) est de 2,42 en Seine-Saint-Denis en 2009.

Il s'agit du plus haut niveau de fécondité de tous les départements franciliens mais aussi de tous les départements de métropole.

L'ICF est en forte progression depuis vingt ans

Le niveau de fécondité des Séquano-dyonisiennes a progressé régulièrement depuis vingt ans, à un rythme plus soutenu que celui de l'ensemble des Franciliennes.

Evolution du nombre de naissances domiciliées¹ en Seine-Saint-Denis de 1980 à 2010



Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Indice conjoncturel de fécondité² dans les départements d'Île-de-France en 2009

Seine-Saint-Denis	2,42
Essonne	2,19
Hauts-de-Seine	1,99
Paris	1,59
Seine-et-Marne	2,11
Val-de-Marne	2,09
Val-d'Oise	2,24
Yvelines	2,13
Île-de-France	2,02
France métro.	1,98

Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Evolution de l'indice conjoncturel de fécondité² entre 1981 et 2009

	1981	1991	2001	2009
Seine-Saint-Denis	2,05	2,01	2,36	2,42
Essonne	1,91	1,86	2,04	2,19
Hauts-de-Seine	1,81	1,81	1,98	1,99
Paris	1,61	1,57	1,63	1,59
Seine-et-Marne	1,97	1,90	2,00	2,11
Val-de-Marne	1,83	1,82	2,00	2,09
Val-d'Oise	1,98	1,95	2,10	2,24
Yvelines	2,01	1,94	2,03	2,13
Île-de-France	1,84	1,81	1,96	2,02
France métropolitaine	1,93	1,75	1,88	1,98

Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

¹ **Naissances domiciliées** : naissances dénombrées à partir des bulletins d'état civil, et comptabilisées au domicile de la mère. Les naissances domiciliées en Seine-Saint-Denis comprennent tous les enfants dont la mère habite le département, que cette dernière y ait accouché ou non.

² **Indice conjoncturel de fécondité (ICF)** : nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité à chaque âge observés l'année considérée demeuraient inchangés.

Les femmes de Seine-Saint-Denis ont une fécondité supérieure à la moyenne nationale à tous les âges

La courbe des taux de fécondité³ par âge des femmes de Seine-Saint-Denis est parallèle à la courbe nationale mais se situe systématiquement au-dessus. Ce qui signifie que toutes les classes d'âges contribuent au niveau élevé de la fécondité dans le département.

La courbe correspondant à la fécondité des Franciliennes est plus atypique, déformée vers la droite en raison d'une fécondité "plus tardive" dans l'ensemble de la région, notamment à Paris.

Plus de 60% des naissances sont issues de femmes âgées de 25 à 34 ans

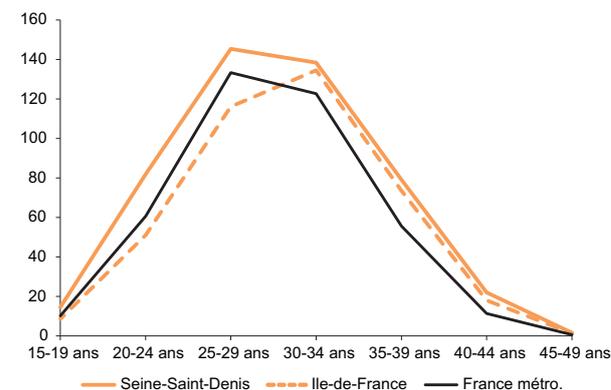
Comme les niveaux de fécondité par âge, la structure par âge des mères en Seine-Saint-Denis est proche de celle observée en France mais plus jeune que celle observée en Île-de-France.

44% de naissances sont "hors mariage"⁴

La proportion des naissances hors mariage⁴ est moins élevée en Seine-Saint-Denis et en Île-de-France qu'en France métropolitaine.

La Seine-Saint-Denis a la plus forte proportion de naissance d'enfants de mères d'origines étrangères des départements franciliens. En effet les naissances d'enfants de mères d'origines étrangères représentent près de 50% des naissances séquanodionysiennes.

Taux de fécondité³ par âge en 2008



Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Naissances domiciliées selon l'âge de la mère en 2010

	Seine-St-Denis		Île-de-France	France métropolitaine
	Effectifs	%	%	%
Moins de 20 ans	636	2,2	1,5	2,3
20-24 ans	4 345	15,2	11,4	14,8
25-29 ans	8 943	31,4	29,6	33,0
30-34 ans	8 661	30,4	33,8	30,8
35-39 ans	4 616	16,2	18,8	15,6
40 ans ou plus	1 350	4,6	4,8	3,5
Total	28 506	100,0	100,0	100,0

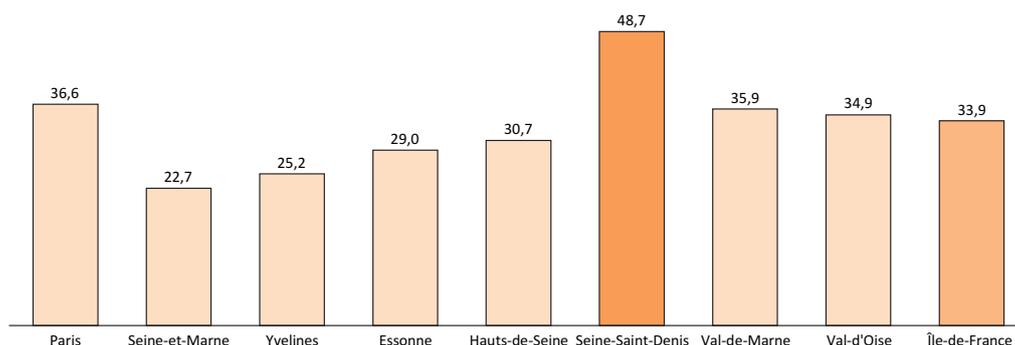
Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Naissances hors mariage⁴ en 2010

	Effectifs	%
Seine-Saint-Denis	12 485	43,8
Île-de-France	84 882	46,0
France métropolitaine	457 112	55,0

Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Proportion de naissances d'enfants de mères d'origines étrangères en 2010



Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

3 Taux de fécondité :

Le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âge) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

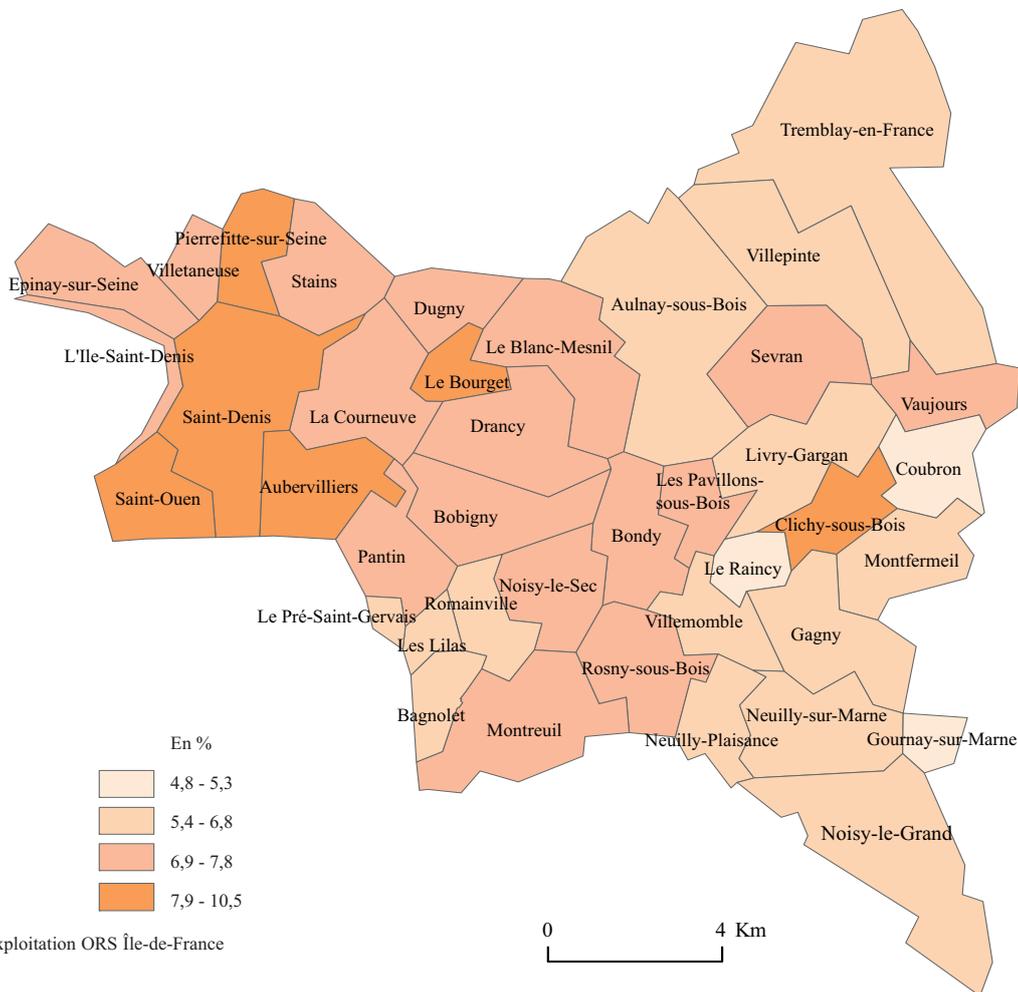
Par extension, le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (nombre moyen des femmes de 15 à 49 ans sur l'année). A la différence de l'indice conjoncturel de fécondité, son évolution dépend en partie de l'évolution de la structure par âge des femmes âgées de 15 à 49 ans.

4 Naissances "hors mariage" :

La qualité juridique d'un enfant à la naissance désigne le statut matrimonial de sa mère. Les enfants "légitimes" sont ceux dont les parents sont mariés. La naissance est qualifiée de "hors mariage" (anciennement qualifiée de "naturelle" ou encore "illégitime") dans le cas contraire. Un enfant né hors mariage dont la mère se marie est dit légitimé par le mariage.

Mais, la distinction entre enfants "légitimes" et enfants "naturels" n'existe plus en France. L'ordonnance du 5 juillet 2005, entrée en vigueur en juillet 2006, a en effet fait disparaître du code civil ces deux notions devenues caduques dans la mesure où les droits des enfants nés hors mariage sont les mêmes que ceux des enfants nés de couples mariés.

Taux de fécondité³ par commune de Seine-Saint-Denis en 2009



Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Le taux de fécondité³, défini comme le nombre de naissances rapportées à la population féminine en âge de procréer, est de 7,2 naissances pour 100 femmes en Seine-Saint-Denis contre 5,5 en France métropolitaine et 6 en Île-de-France.

Ce taux peut varier du simple au double entre les communes du département. Les taux de fécondité sont globalement plus élevés dans les communes de l'ouest de la Seine-Saint-Denis.

Contexte national

À cours des dernières décennies, les circonstances et les conditions de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement se sont profondément transformées. L'âge moyen à la maternité continue d'augmenter en France comme en Europe, et atteint désormais 30 ans [1]. En 20 ans, le nombre d'accouchements de femmes de 35 ans ou plus a presque doublé (21% en 2008 dont 4% chez les femmes de plus de 40 ans). À l'inverse, 1,8% des accouchements concernent des femmes de moins de 20 ans en 2008 contre 2,5% en 1990. Cette augmentation de l'âge moyen des mères induit des risques accrus de grossesses multiples, de prématurité, d'anomalies congénitales et de complications maternelles. Parmi les autres facteurs d'évolution défavorable, l'enquête périnatale de 2010 relève l'augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) des femmes, avec des risques plus élevés pour le déroulement de l'accouchement et la santé de l'enfant et de la mère (diabète gestationnel, hypertension...) si la femme est obèse [2]. Ainsi, 15,4% des femmes étaient en surpoids avant leur grossesse en 2003 et 17,3% en 2010. On compte 7,4% de femmes souffrant d'obésité en 2003 et 9,9% en 2010.

La majorité des femmes enceintes bénéficie d'un suivi satisfaisant. Cependant, l'enquête périnatale de 2010 relève une légère augmentation des déclarations tardives (deuxième voire troisième trimestre) qui pourrait s'expliquer par la dégradation de la situation sociale de certaines femmes. À contrario, les recommandations sur le nombre de consultations prénatales et d'échographies apparaissent aujourd'hui très largement dépassées pour la plupart des femmes. Ces examens permettent notamment le dépistage d'éventuels problèmes de santé de la mère et de l'enfant à naître. Les modalités du dépistage de la trisomie 21, anomalie chromosomique la plus fréquente, ont considérablement évolué au cours des années récentes. Depuis 2009, ce dépistage doit être proposé dès le 1^{er} trimestre de grossesse, associant dosage de marqueurs sériques et mesures à l'échographie de la clarté nucale [3, 4]. Par ailleurs, afin d'améliorer la préparation à la naissance et à la parentalité, un entretien prénatal précoce a été instauré par le plan périnatalité 2005-2007 et doit être proposé à toute femme enceinte dès le début de grossesse [5]. La consommation d'alcool et de tabac par les femmes enceintes, à l'origine de nombreuses complications obstétricales et fœtales est en baisse. Sur ce dernier point la situation s'améliore sensiblement : en 1995, 25% des femmes enceintes déclaraient fumer pendant le troisième trimestre de la grossesse dont 11% au moins 10 cigarettes par jour. Ces proportions en 2010 sont respectivement de 17% et 5% [2, 6, 7].

Les interruptions de grossesse pour motif médical (IMG) peuvent être pratiquées en cas de risque pour la santé de la mère ou de l'enfant à naître, avec accord de la mère et après avis d'une commission pluridisciplinaire [8]. En cas de risque pour le fœtus, cette commission relève d'un des 44 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal agréés [9]. Le nombre d'IMG, estimé à près de 8 000 par l'enquête SAE 2008, est très variable selon les sources [10].

Le nombre de naissances avant terme tend à augmenter : en 2010, 6,6% des enfants nés vivants sont nés prématurément contre 6,3% en 2003 [2]. En revanche, la proportion d'enfants de petits poids a légèrement baissé en 2010 alors qu'elle avait progressé entre 1995 et 2003. Les facteurs de risque de prématurité sont très variés. Les antécédents et affections obstétricales, l'âge jeune ou avancé des femmes enceintes, les grossesses multiples et la procréation médicalement assistée sont des facteurs bien identifiés [11]. Le rôle des conditions socio-économiques défavorables est également bien documenté, et peut être rapproché du moindre nombre de visites prénatales et d'examens échographiques ainsi que de la moindre fréquence de recours au diagnostic prénatal des femmes des milieux les moins favorisés [12, 13].

Près de 6% des femmes qui viennent d'accoucher ont bénéficié d'un traitement de l'infertilité pour cette grossesse. Cette proportion élevée est à mettre en lien avec les progrès techniques dans ce domaine mais aussi avec l'augmentation de l'âge à la maternité, la fertilité baissant avec l'âge pour les femmes comme pour les hommes [2]. Dans la moitié des cas, les traitements par inducteurs d'ovulation sont utilisés seuls. Concernant plus spécifiquement l'assistance médicale à procréation (AMP), elle est actuellement mise en œuvre dans 116 centres agréés [14, 15].

L'amélioration de la surveillance prénatale et des conditions de prise en charge de l'accouchement a fait chuter de manière importante la mortalité autour de la naissance. En 2009, le taux de mortalité périnatale est de 13,3 pour 1 000 naissances totales (changement législatif dans la définition des enfants sans vie en 2008). Entre 50 et 80 décès maternels sont dénombrés chaque année. Près de la moitié sont considérés comme évitables, notamment ceux liés aux hémorragies survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans le postpartum [16, 17].

95% des parturientes se déclarent très ou plutôt satisfaites du suivi de leur grossesse et du déroulement de leur accouchement. Toutefois, elles jugent souvent insuffisante l'information reçue sur les actes médicaux pratiqués au cours de l'accouchement, césariennes et épisiotomies notamment. Enfin, une femme sur cinq est insatisfaite de l'accompagnement à l'allaitement maternel [18].

Repères bibliographiques et sources

1. Pison G. (2010). France 2009 : l'âge moyen de la maternité atteint 30 ans. Population et sociétés. Ined. n° 465. 4 p.
2. La situation périnatale en France en 2010 : premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. Etudes et résultats. Drees. n° 775, octobre 2011, 8 p.
3. Arrêté du 23 juin 2009 relatif à l'information, à la demande et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels et à la réalisation du prélèvement et des analyses en vue d'un diagnostic prénatal in utero prévues à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique
4. HAS. (2007). Evaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21. Synthèse. Recommandation en santé publique. 14 p.
5. HAS. (2005). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Argumentaire. 79 p.
6. INCa. (2010). Cancers et tabac chez les femmes. 8 p.
7. Guillemont J, Rosilio T, David M et al. (2006). Connaissances des Français sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Evolutions. Inpes. n° 3. 4 p.
8. Article L. 2213-1 du Code de la santé publique modifié par ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 - art. 9
9. Agence de biomédecine (2010). Liste des établissements de santé autorisés par l'Agence de la biomédecine au 5 février 2010 : Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. 6 p.
10. Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). - www.sae-diffusion.sante.gouv.fr
11. Vilain A, de Peretti C, Herbet JB. (2005). Enquête nationale périnatale 2003. Compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Inserm. 58 p.
12. Leclerc A, Kaminski M, Lang T. (2008). Inégaux face à la santé. Ed. La Découverte. 297 p.
13. Leridon H. (2008). La baisse de la fertilité avec l'âge. Fiche d'actualité. Ined. n° 3. 3 p.
14. Agence de biomédecine (2010). Liste des établissements de santé et des laboratoires d'analyses de biologie médicale au 4 juin 2010 : Activités biologiques d'assistance médicale à la procréation. 24 p.
15. Agence de biomédecine. (2009). L'assistance médicale à la procréation en France en 2009 [dossier de presse]. 21 p.
16. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. (2010). Epidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006. BEH, InVS. n° 2-3. pp. 10-14
17. Insee, La situation démographique en 2009
18. Collet M. (2008). Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Etudes et résultats. Drees. n° 660. 6 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Une proportion relativement élevée de Séquano-dionysiennes enceintes consulte tardivement.
- > En 2009, un peu plus de 6 000 accouchements domiciliés en Seine-Saint-Denis sont réalisés par césarienne (23,3% du total).
- > Le taux de mortalité périnatale est élevé en Seine-Saint-Denis.

Le suivi d'une grossesse devrait débuter au cours du premier trimestre, permettant à la femme et au futur enfant l'accès aux dépistages recommandés et à un suivi de grossesse satisfaisant. **En 2009, en Seine-Saint-Denis, 91,7% des premières consultations ont eu lieu lors du premier trimestre.** Cette proportion est inférieure à celle de l'Île-de-France (95,2%) et celle de France (96,8%). La Seine-Saint-Denis est le département francilien ayant la part la plus faible de premières consultations dans les trois premiers mois de la grossesse, et inversement, la part la plus élevée de premières consultations tardives, effectuées lors du second ou du troisième trimestre de grossesse.

Moment de la première consultation en 2009 (en %)

	Trimestre de la 1 ^{ère} consultation		
	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}
Seine-Saint-Denis.	91,7	6,8	1,5
Paris	94,2	4,5	1,3
Seine-et-Marne	96,9	2,3	0,8
Yvelines	98,3	1,3	0,4
Essonne	95,2	3,6	1,2
Hauts-de-Seine	96,2	3,0	0,8
Val-de-Marne	93,7	5,1	1,2
Val d'Oise	97,2	2,2	0,6
Île-de-France	95,2	3,8	1,0
France	96,8	2,4	0,8

Source : Certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour, base nationale Drees exploitation ORS Île-de-France

En 2009, d'après les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour, il y a eu 27 387 naissances vivantes domiciliées en Seine-Saint-Denis dont 3,3% par accouchements multiples.

La pratique des césariennes ne cesse de progresser depuis 20 ans en France. En Seine-Saint-Denis, 6 107 accouchements ont été réalisés par césarienne (programmée ou d'urgence) en 2009 représentant 23,3% du total des accouchements. La part des accouchements par césarienne est un peu plus élevée en Seine-Saint-Denis qu'au niveau national mais légèrement au-dessous de la moyenne régionale.

Le taux d'anesthésies locorégionales pour les accouchements par voie basse est inférieur au taux régional.

Les proportions de prématurés (inférieur à 37 semaines de gestation), de poids de naissance de moins de 2 000 grammes ou de moins de 2 500 grammes sont supérieures dans le département à celles de l'Île-de-France. Plus particulièrement la proportion départementale de naissances prématurées inférieures à 28 semaines de gestation est deux fois supérieure à la proportion régionale.

Naissances et caractéristiques des accouchements domiciliés en Seine-Saint-Denis selon le type de maternité en 2009

	Type I	Type II	Type III	Total	IDF
Nombre de maternités ¹	5	6	3	14	104
Nombre de naissances vivantes	9 387	10 536	7 424	27 387	172 167
Nombre d'accouchements multiples	2,3 %	2,9 %	5,0 %	3,3 %	3,6 %
Taux de césariennes	23,8 %	23,2 %	22,7 %	23,3 %	23,2 %
Taux d'anesthésies loco-régionales (voies basses)	81,1 %	76,8 %	75,0 %	77,8 %	82,6 %
Taux de prématurés < 37 semaines de gestation	5,6 %	8,2 %	14,6 %	9,0 %	7,3 %
< 28 semaines de gestation	1,3 %	1,6 %	4,3 %	2,2 %	1,1 %
entre 28 et 36 semaines de gestation	4,3 %	6,6 %	10,3 %	6,8 %	6,2 %
Taux de poids de naissances de moins de 2 000 gr	0,7 %	2,0 %	4,3 %	2,2 %	2,0 %
Taux de poids de naissances de moins de 2 500 gr	4,7 %	6,7 %	10,3 %	7,0 %	6,7 %

Source : Certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour, base nationale Drees exploitation ORS Île-de-France

¹ source : SAE Drees

Les maternités sont classées en trois niveaux.

Type I : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique

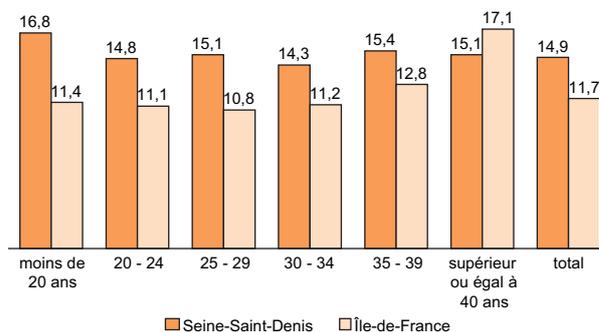
Type IIA : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique et en néonatalogie

Type IIB : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique et en néonatalogie dont soins intensifs

Type III : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique et en néonatalogie dont soins intensifs et réanimation néonatale

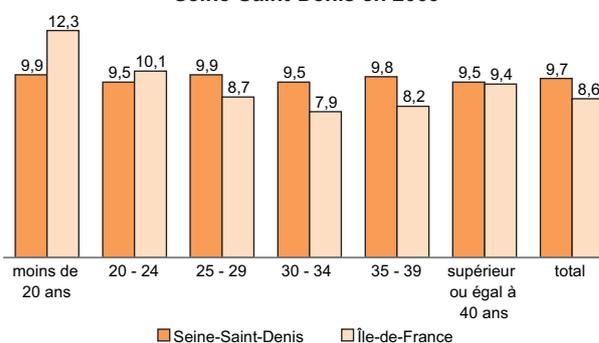
D'après les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour, la proportion de femmes ayant présenté une pathologie durant la grossesse est plus importante en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France excepté chez les femmes de plus de 40 ans (15,1% en Seine-Saint-Denis vs 17,1% en Île-de-France).

Proportion par tranche d'âge de femmes ayant présenté une pathologie au cours de la grossesse en Seine-Saint-Denis en 2009



La proportion de femmes ayant été hospitalisées durant la grossesse est plus importante en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France excepté chez les femmes de moins de 24 ans.

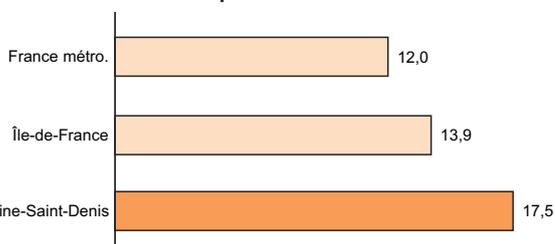
Proportion par tranche d'âge de femmes ayant été hospitalisées au cours de la grossesse en Seine-Saint-Denis en 2009



Source : Certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour, base nationale Drees exploitation ORS Île-de-France

En 2008, le taux de mortalité périnatale est de 17,5 pour 1 000 en Seine-Saint-Denis. Ce taux est sensiblement supérieur à la moyenne francilienne (13,9) et à la moyenne nationale (12,0). La mortalité périnatale peut être décomposée en mortinatalité et mortalité néonatale. Pour ces deux composantes de la mortalité périnatale, la Seine-Saint-Denis présente une situation défavorable.

Mortalité périnatale² en 2008

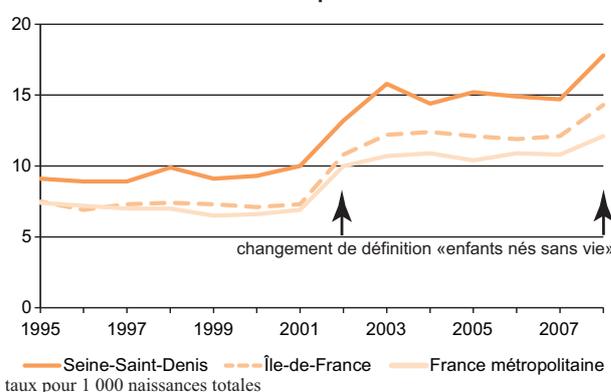


taux pour 1 000 naissances totales

Source : Insee

L'évolution du taux de mortalité périnatale est difficile à appréhender en France en raison de deux changements récents dans la définition des enfants sans vie (en 2002 et 2008). La situation de la Seine-Saint-Denis pour cet indicateur tend cependant à se dégrader en comparaison de la situation francilienne et plus encore de la situation nationale.

Evolution du taux de mortalité périnatale² entre 1995 et 2008



taux pour 1 000 naissances totales

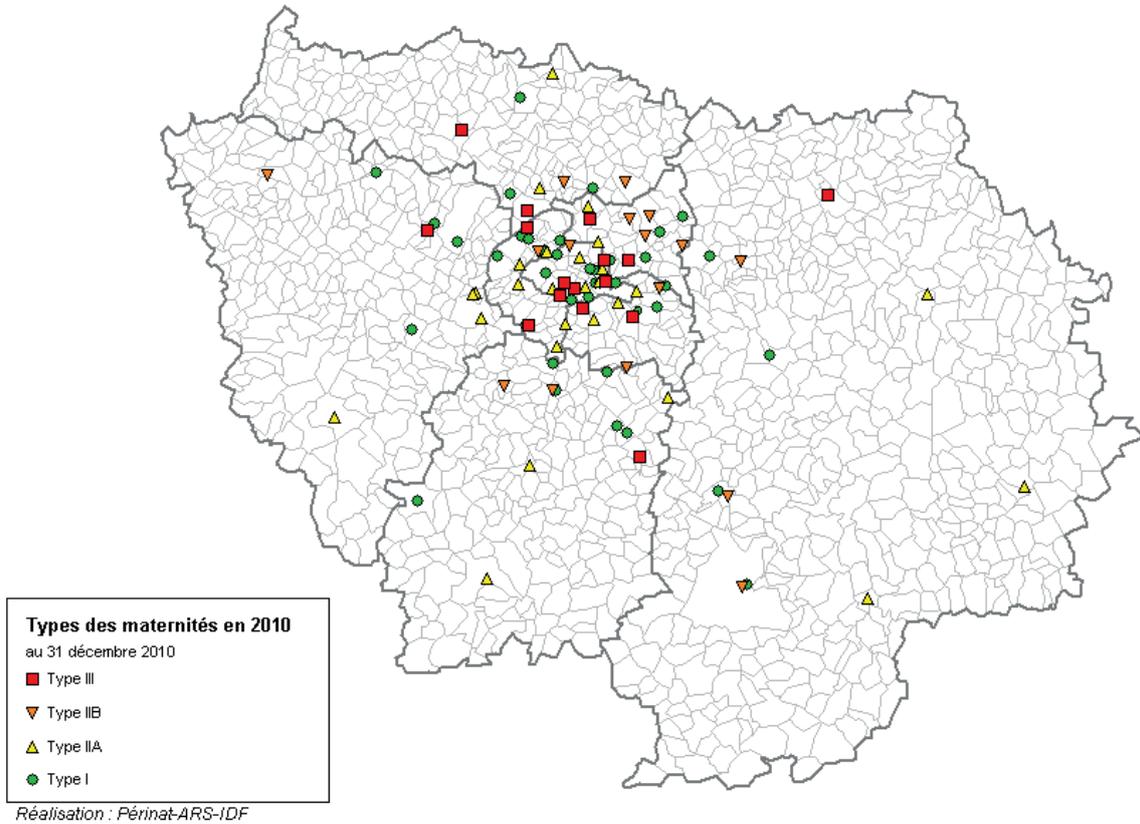
Source : Insee

²Mortalité périnatale : décès d'enfants de moins de 7 jours et enfants sans vie. Le taux est calculé pour 1000 naissances totales (nés vivants + enfants sans vie)

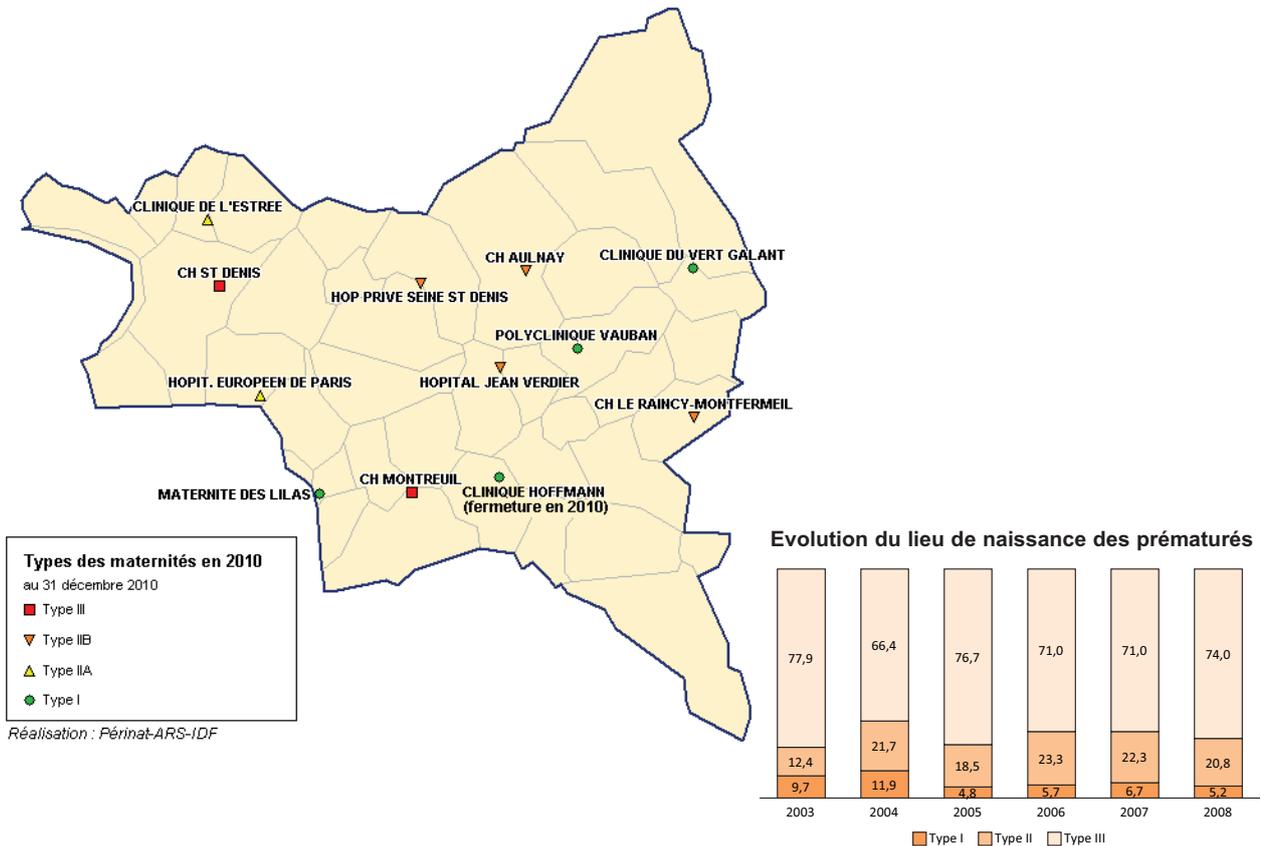
En 2008, un changement législatif a eu lieu. En effet, le décret n°2008-800 du 20 août 2008 a redéfini la notion d'enfant sans vie. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Les critères de durée de gestation, 22 semaines d'aménorrhée, ou de poids, 500 grammes, ne sont plus pris en compte.

Ce changement législatif a entraîné en 2008 puis en 2009 une augmentation du nombre d'enfants sans vie. Les séries chronologiques de mortalité périnatale ne sont par conséquent plus comparables. Par ailleurs, les données françaises sur les enfants sans vie ne peuvent plus être comparées à celles des autres pays (pour qui les critères de poids et de durée de gestation subsistent).

Cartes des maternités et services de néonatalogie d'Île-de-France en 2010



Cartes des maternités et services de néonatalogie de Seine-Saint-Denis en 2010



3.1.3 Contraception et interruptions volontaires de grossesse

Contexte national

La contraception médicale a connu depuis le début des années 1970 une diffusion considérable, qui s'est accompagnée au cours des années récentes d'une diversification de ses formes (implant, patch, contraception d'urgence, etc.) [1]. En France, selon le Baromètre santé de l'Inpes, 92,3% des femmes de 15 à 49 ans déclarent utiliser une méthode contraceptive en 2010. La pilule est la méthode la plus fréquemment utilisée (55,5%), devant le stérilet (26%), et l'usage exclusif du préservatif (10,3%) [1].

La stérilisation à visée contraceptive (ligature des trompes pour les femmes, des canaux déférents pour les hommes) a été légalisée par la loi du 4 juillet 2001. En 2010, elle concerne 2,2% des femmes de 15 à 39 ans et 4,9% des femmes de 40-49 ans [1].

Les usages contraceptifs varient beaucoup d'un pays à l'autre. Les pays d'Asie et d'Amérique latine ainsi que des pays comme l'Angleterre et les Etats-Unis utilisent beaucoup la stérilisation. Cette méthode est en revanche peu fréquente en Europe, en Afrique et au Japon. La pilule elle, est peu utilisée en Chine, en Inde et au Japon. Le Japon est le seul pays du monde où le préservatif est privilégié [2].

En cas de rapport sexuel non ou mal protégé, la contraception d'urgence est accessible en pharmacie sans prescription médicale depuis 1999 et peut être délivrée gratuitement aux mineures. En 2010, 23,9% des femmes de 15-49 ans déclarent l'avoir utilisée au moins une fois. Cette proportion atteint 39,7% chez les 15-29 ans. Le plus souvent, les femmes déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence de façon ponctuelle, principalement en raison d'un incident concernant leur contraception régulière (oubli de pilule : 37% ; problème avec le préservatif : 7%) [1].

Le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) reste, malgré ce contexte, relativement fréquent. Depuis juillet 2001, l'IVG est autorisée jusqu'à 12 semaines de grossesse, c'est-à-dire 14 semaines depuis les dernières règles. En 2005, 17% des femmes françaises de 15-54 ans déclarent avoir déjà eu recours à l'IVG au moins une fois au cours de leur vie [1]. On estime à 211 985 IVG en France métropolitaine en 2010, soit un taux annuel de recours de 14,7 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

Cela place la France à un niveau plutôt élevé en Europe juste à une meilleure position que la Suède et les nouveaux pays membres de l'Union européenne, comme la Hongrie, la Lettonie, la Bulgarie, la Roumanie et l'Estonie, où les taux sont de plus de 20 IVG pour 1 000 femmes [3].

Selon les données de l'enquête Cocon 2000, au moment où est survenue la grossesse non prévue ayant donné lieu à une IVG, 28% des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception, 22% une méthode naturelle, 19% le préservatif, 23% la pilule, l'échec étant alors six fois sur dix attribué à l'oubli de comprimés [4].

Le recours à l'IVG concerne toutes les catégories sociales, mais les femmes qui y recourent de façon répétée semblent confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières [1].

L'IVG par mode médicamenteux est possible jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (SA) en ville et neuf SA en établissement. Sa pratique est autorisée dans le cadre de la médecine de ville depuis juillet 2004 et dans les centres de planification et les centres de santé depuis 2009. En 2010, elle représente 54 % de l'ensemble des IVG [3].

Depuis le milieu des années 1990, le taux de recours à l'IVG tend à augmenter (12,3 pour 1 000 en 1995, 14,7 en 2010 en France métropolitaine) avec des recours très inégaux selon l'âge. Ceci semble traduire non pas une plus grande fréquence des grossesses non prévues, mais une hausse de la propension à recourir à l'avortement dans ce cas, notamment chez les très jeunes femmes [4].

Les recours des femmes âgées de 20 à 39 ans représentent 79,4% des IVG en 2010. Les mineurs représentent 5,5% des femmes ayant eu une IVG en 2010. Les femmes de 20-24 ans demeurent celles qui ont le plus recours à l'IVG (25%) [3].

Pour les femmes qui souhaitent réaliser une IVG en fin de délai légal (entre 12 et 14 SA, limitant l'accès à l'IVG compte-tenu des délais observés entre la demande de la femme et la programmation de l'IVG) ou qui ont dépassé les 14 semaines, le recours à une IVG dans un pays européen où la législation est différente est possible. Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) reçoit certaines de ces femmes et peut les aider à organiser leur voyage et leur prise en charge dans les pays concernés [5].

Références bibliographiques et sources

1. Enquête Baromètre santé 2010, Inpes
2. La contraception dans le monde. Ined, 2007, 1 p. (fiche pédagogique)
3. A. Vilain. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. Etudes et Résultats, Drees, n° 804, juin 2012, 6 p.
4. N. Bajos, C. Moreau, H. Leridon et al. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population & Sociétés, Ined, n° 407, décembre 2004
5. Site internet du Mouvement pour le planning familial : <http://www.planning-familial.org/ouverture.php>
6. Rossier C., Confesson A., Bringé A. La qualité des données des bulletins de 2002, http://www.ined.fr/statistiques_ivg/index.html

Pour en savoir plus

L'interruption volontaire de grossesse en France : prévention, prise en charge, conséquences. C. Belouet-Moreau. Université Paris XI, 2005, 179 p. + ann. (Thèse de santé publique)

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Afssaps, Anaes, Inpes, 2004, 234 p.

Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000.

C. Rossier, H. Leridon, Equipe Cocon. Population, Ined, vol. 59, n° 3-4, mai-août 2004, pp. 449-478

Le comportement des jeunes européens face à la santé génésique. Vol. 1. N. Bajos, A. Guillaume, O. Kontula. Ed. du Conseil de l'Europe, 2004, 150 p. (Etudes Démographiques, n° 42)

Reproductive health behaviour of young Europeans. Vol. 2 : the role of education and information. O. Kontula. Ed. du Conseil de l'Europe, 2004, 100 p. (Population Studies, n° 45)

La médicalisation croissante de la contraception en France. H. Leridon, P. Oustry, N. Bajos, Equipe Cocon. Population & Sociétés, Ined, n° 381, juillet-août 2002, 4 p.

Contraception, IVG et santé publique. N. Bajos, H. Leridon. Dans La santé en France 2002, HCSP. Ed. La Documentation française, 2002, pp. 16-109

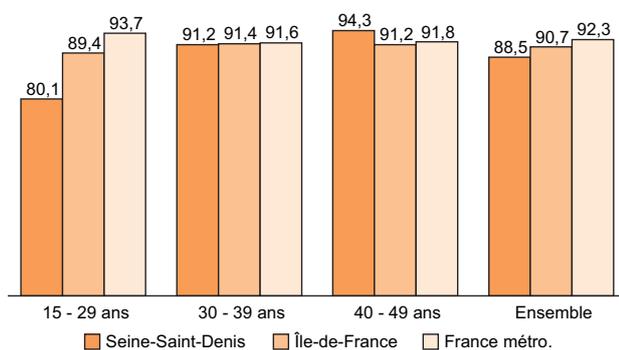
Les enjeux de la stérilisation. A. Giami, H. Leridon. Ed. Inserm, Ined, 2000, 334 p. (Coll. Questions en Santé Publique)

Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France, résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) de 2006. N. Beltzer, A. Cazenave, I. Grémy. ORS IDF ; 2008 20p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- En 2010, 88,5% des Séquano-Dionysiennes¹ de 15 - 49 ans déclarent utiliser un moyen de contraception et 84,1% des Séquano-Dionysiennes² de 15 - 29 ans déclarent avoir utilisé un moyen de contraception lors du premier rapport.
- Chaque année, environ 8 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées en Seine-Saint-Denis (7 664 en 2008).
- Plus de quatre Séquano-Dionysiennes sur 10 réalisant une IVG y ont déjà eu recours.

Proportion de femmes¹ de 15 - 49 ans déclarant utiliser un moyen de contraception en 2010 (en %)



Source : Baromètre santé Inpes - Exploitation ORS Île-de-France

La proportion de Séquano-Dionysiennes¹ déclarant utiliser un moyen de contraception est inférieure à celles des Franciliennes et des Françaises sauf dans la tranche d'âge 40 - 49 ans. Tous âges confondus, **88,5% des Séquano-Dionysiennes déclarent utiliser un moyen de contraception** contre 90,7% en Île-de-France et 92,3% en France métropolitaine.

84,1% des femmes² résidant en Seine-Saint-Denis de 15 - 29 ans déclarent avoir utilisé un moyen de contraception lors du premier rapport. Cette proportion est nettement inférieure à celles régionale et nationale (respectivement 86,0% et 87,6%).

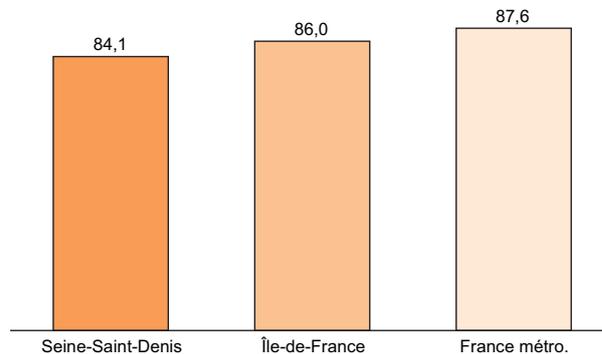
Tous âges confondus, 29,0% des Séquano-Dionysiennes³ déclarent avoir déjà utilisé la contraception d'urgence au cours de leur vie. Cette proportion est inférieure au niveau régional (32,0%) et supérieure au niveau national.

¹ : parmi les femmes sexuellement actives 12 mois, non enceintes, en couple ou déclarant une relation amoureuse stable avec un homme, non stériles et ne cherchant pas à avoir d'enfant

² : parmi les femmes ayant déjà eu au moins un rapport sexuel et non homosexuelles

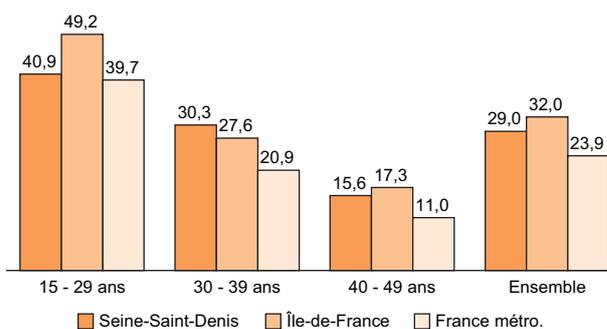
³ : parmi les femmes ayant déjà eu au moins un rapport sexuel au cours de leur vie

Proportion de femmes² de 15 - 29 ans déclarant avoir utilisé un moyen de contraception lors du 1er rapport en 2010 (en %)



Source : Baromètre santé Inpes - Exploitation ORS Île-de-France

Proportion de femmes³ de 15 - 49 ans déclarant avoir utilisé une contraception d'urgence au moins une fois dans leur vie comme moyen de contraception en 2010 (en %)



Source : Baromètre santé Inpes - Exploitation ORS Île-de-France

Le Pass contraception mis en place par le Conseil régional d'Île-de-France

Conçu sous forme de chéquier avec des coupons, le Pass' contraception donne accès à une première contraception gratuite et anonyme pour les jeunes en classe de seconde ou niveau équivalent pour les jeunes en lycées professionnels, CFA ou en formation sanitaire ou sociale. Environ 77 000 filles et 82 000 garçons sont concernés.

Les coupons

Le premier coupon propose une consultation dans un centre de planification et d'éducation ou chez un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme. Le deuxième permet au jeune de faire une prise de sang et/ou des analyses. Le troisième permet d'obtenir le contraceptif choisi en accord avec le praticien dans une pharmacie ou dans un centre de planification et d'éducation familiale. Le quatrième coupon donne accès à une deuxième consultation médicale. Quant au cinquième, il est prévu pour le renouvellement du contraceptif.

Qui peut le délivrer?

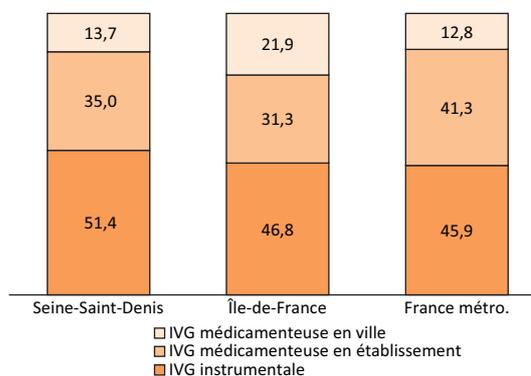
Gratuit et anonyme, le carnet est délivré depuis avril 2011 par les infirmières scolaires dans les lycées, les référents santé dans les centres de formation d'apprentis (CFA) et les instituts de formation sanitaire ou sociale. Il est valable chez l'ensemble des professionnels médicaux de la région.

Entre 2008 et 2010, plus 9 500 interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées en moyenne chaque année en Seine-Saint-Denis (9 691 en 2010). Il s'agit des IVG pratiquées en Seine-Saint-Denis et non du nombre de Séquano-Dyonisiennes ayant eu recours à l'IVG. Le taux de recours à l'IVG en 2010 serait de 24,8 pour 1 000 Séquano-Dyonisiennes de 15 à 49 ans, bien supérieur à celui de la région (18,6 pour 1 000) et à celui national (14,7 pour 1 000).

En 2010, l'IVG instrumentale représente plus de la moitié (51,4%), des IVG réalisées en Seine-Saint-Denis (46,8% en Île-de-France et 45,9% en France métropolitaine). La Seine-Saint-Denis se caractérise par une faible proportion d'IVG médicamenteuses en médecine de ville par rapport au niveau en Île-de-France (13,7% vs 21,9%).

De manière générale, la part des IVG médicamenteuses tend à progresser en France.

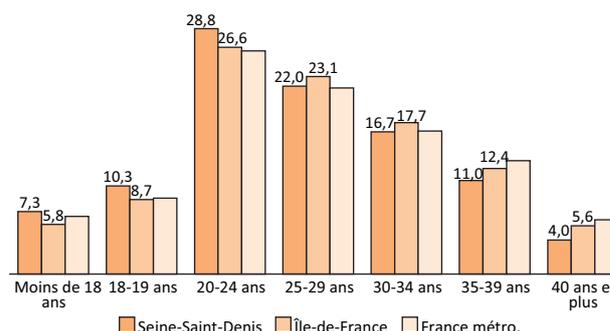
Répartition des IVG selon la technique utilisée en 2010 (en %)



Source : SAE, CnamTS - Exploitation ORS Île-de-France

L'exploitation des bulletins de grossesse (BIG - cf encadré page suivante) de 2008 renseigne sur les caractéristiques des Séquano-Dyonisiennes ayant eu recours à une IVG cette année là. Il apparaît que les femmes de moins de 25 ans sont sur-représentées en Seine-Saint-Denis (46,4% contre 41,1% en Île-de-France et 41,8% en France métropolitaine). A l'inverse, les femmes de 25 à 40 ans et plus sont sous-représentées par rapport aux niveaux régional et national.

Répartition des IVG domiciliées en 2008 selon l'âge de la femme (en %)



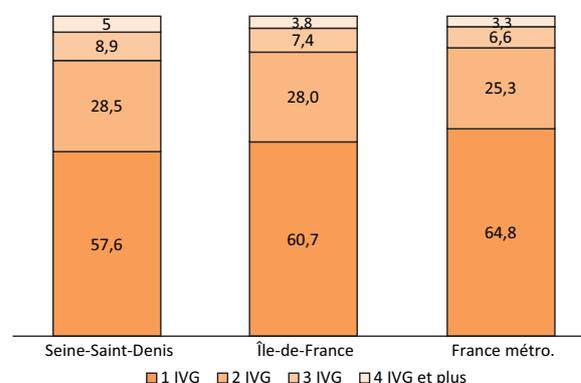
Source : BIG, Ined - Exploitation ORS Île-de-France

Plus de quatre Séquano-Dyonisiennes sur 10 réalisant une IVG y ont déjà eu recours.

Tous âges confondus, 42,4% des Séquano-Dyonisiennes ayant réalisé une IVG en 2008 avaient déjà eu une IVG antérieurement. Elles sont 39,2% dans ce cas en Île-de-France et 35,2% en France métropolitaine.

Pour 28,5% d'entre elles, il s'agit d'un second recours et pour plus d'une sur 10 (13,9%) le nombre total d'IVG est de trois ou plus.

Nombre total d'IVG réalisées par les femmes incluant l'IVG réalisée en 2008 (en %)



Source : BIG, Ined - Exploitation ORS Île-de-France

Les IVG au-delà du délai légal : une information difficilement quantifiable

Pour les femmes qui souhaitent réaliser une IVG en France et qui sont en fin de délai légal de 14 semaines ou qui l'ont dépassé, le recours à une IVG à l'étranger est possible (compte tenu des législations différentes sur les délais de réalisation d'une IVG).

Les Pays-Bas autorisent l'IVG jusqu'à 22 SA. L'Angleterre l'autorise jusqu'à 24 SA et l'Espagne peut autoriser l'IVG sans délai en cas de danger grave pour la santé physique ou psychique de la femme. Le motif « santé psychique » peut ainsi prendre en compte les situations de difficultés psychosociales, notamment un déni de grossesse ou viol n'ayant pas fait l'objet d'un dépôt de plainte.

Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) reçoit certaines de ces femmes et peut les aider à organiser leur voyage et leur prise en charge dans les pays concernés. Les chiffres communiqués par la Commission avortement du MFPF indiquent qu'en 2008, 120 femmes ont fait une

demande à l'antenne départementale de Seine-Saint-Denis pour une IVG en fin ou en dépassement de délai.

En Île-de-France, c'est à Paris que le nombre de demandes est le plus élevé (278 demandes). Les autres départements franciliens connaissent nettement moins de demandes (35 dans le Val-d'Oise, 12 dans le Val-de-Marne, les chiffres ne sont pas communiqués pour les autres départements).

Ces chiffres sont des minima car les fiches de demandes d'IVG à l'étranger ne sont pas remontées de manière exhaustive au niveau national. Par ailleurs, ceux-ci ne concernent que les femmes qui se sont adressées au MFPF.

Enfin, il s'agit ici de demandes, ce qui ne permet pas de déterminer si les femmes sont allées au bout de la démarche et ont effectivement réalisé l'IVG.

Présentation des Centres de planification familiale de Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, 121 centres de planification (plus du 10e des centres de France) assurent des consultations de contraception, de dépistage et de traitement des IST, de dépistage du Sida, et des IVG médicamenteuses pour 47 d'entre eux, les entretiens pré et post IVG, mais également des entretiens concernant la sexualité, la contraception, les IST, les violences conjugales, familiales, les violences sexuelles et les mutilations sexuelles.

Par ailleurs, les Centres de planification assurent des séances de prévention collective sur ces questions dans les établissements scolaires, les missions locales, les entreprises et autres organismes sur demande.

Ces centres sont intégrés dans les centres de Protection Maternelle et infantile (PMI), centres de santé, associations (MFPF), Hôpitaux ou encore dans les Universités (Paris 8- Saint Denis et Paris 13 - Villetaneuse)

Concernant l'IVG médicamenteuse, parmi les centres non intégrés aux hôpitaux, 40 la pratiquent, jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, grâce à des conventions avec les hôpitaux.

Pour être reçue pour pratiquer une IVG dans un de ces centres, la femme doit habiter à moins d'une heure du centre.

Sources d'information et limites

Les statistiques sur les IVG émanent de plusieurs sources :

- les Bulletins d'IVG (BIG), dont le remplissage est prévu par la loi depuis 1975. Ils sont collectés depuis 1976 ;
- la Statistique annuelle des établissements (SAE) ;
- les données du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI, base de données hospitalière) ;
- les données de la CnamTS pour les forfaits correspondant à des IVG médicamenteuses réalisées en ambulatoire (dites IVG "en ville") ;

Aujourd'hui, les statistiques des IVG réalisées en France sont publiées par la Drees, à partir des données de la SAE et de la CnamTS (IVG en ville). Celles-ci n'incluent donc pas les IVG réalisées à l'étranger par des femmes résidant en France.

Des sources d'information parfois non exhaustives....

Les données de la SAE consultables en ligne sont celles transmises par les établissements de santé. Certaines informations peuvent être manquantes, et conduire à des estimations. Ainsi, pour les données IVG, lorsque des incohérences sont observées (un établissement manquant par exemple), des corrections sont apportées par la Drees pour les publications, notamment à partir des données du PMSI.

Les BIG souffrent d'un très net sous-enregistrement depuis leur mise en place (sous enregistrement de 33% en 1997 et de 19% en 2005), en particulier dans les établissements privés. Une étude sur les bulletins de 2002 avait cependant montré que malgré ce sous-enregistrement, les caractéristiques socio-démographiques des femmes analysées à partir des BIG restaient représentatives de celles de l'ensemble des femmes réalisant une IVG. Ces données sont exploitées par l'Ined.

... avec une territorialité basée sur le site du recours

La SAE comptabilise les IVG selon le lieu de l'intervention et non selon le domicile de la femme. Les données de la CnamTS comptabilisent les IVG selon la domiciliation du médecin. A l'inverse, les données de BIG permettent des exploitations à la fois selon le domicile des femmes et le lieu d'intervention.

Une définition qui inclut parfois les interruptions médicales de grossesse (IMG)

Les statistiques d'IVG publiées par l'Ined incluent toujours les IMG. Ces dernières représentent en 2006, parmi les interruptions de grossesse renseignées pour cet item, 4,7% des avortements à Paris (4,3% en Île-de-France et 4,2% en France métropolitaine). De même, les données du PMSI, qui permettent de comptabiliser les IVG selon le domicile de la femme, comprennent également les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical.

Contexte national

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

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

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

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

Environ 3 000 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en France en 2007. Cela correspond à un taux de mortalité infantile de 3,8 décès pour 1 000 naissances vivantes, près de deux fois inférieur à celui observé au début des années 90. Pour cet indicateur, la France occupe une position moyenne en Europe [10]. 45 % de ces décès surviennent lors de la première semaine de vie, et 67 % le premier mois [4]. 59 % des enfants qui décèdent avant un an sont des garçons. 49 % des décès de moins d'un an sont dus à des affections périnatales (prématurité, hypotrophie...), et 22 % à des anomalies congénitales ou chromosomiques [11]. 8 % des décès sont rattachés au syndrome de mort subite du nourrisson (MSN) [11]. Leur fréquence est en recul [12], notamment depuis la préconisation de mesures de prévention, en particulier le couchage sur le dos. La MSN reste toutefois plus fréquente en France que dans les autres pays européens [13-15]. Enfin, une étude récente souligne la sous-estimation des homicides parmi les causes de décès des nourrissons [16].

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

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

Repères bibliographiques et sources

1. Article R. 2132-1 du Code de la santé publique
2. Article R. 1131-21 du Code de la santé publique
3. InVS. (2010). Le calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2010 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n°14-15. pp. 121-172
4. Insee. Etat civil
5. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes
6. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes
7. Carrasco V, Baubeau D. (2003). Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats. Drees. n° 212. 8 p.
8. Baubeau D, Carrasco V. (2003). Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et résultats. Drees. n° 215. 12 p.
9. ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees
10. Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
11. Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation Fnors - ORS
12. Branger B, Goupil MC, Tallec A. Périnatalité dans les Pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateurs. Edition 2010. ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire
13. Aouba A, Péquignot F, Bovet M et al. (2008). Mort subite du nourrisson : situation en 2005 et tendances évolutives depuis 1975. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n°3-4. pp. 18-21
14. HAS. (2007). Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Argumentaire. 92 p.
15. Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS et al. (2004). Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe : case control study. The Lancet. vol. 363, n°9404. pp. 185-191
16. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P et al. (2008). Etude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France : quelle est la part des homicides ? Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n°3-4. pp. 25-28
17. Scheidegger S, Raynaud P. (2007). Les caractéristiques des handicaps en fonction de leur période de survenue. Etudes et résultats. Drees. n°559. 8 p.
18. Cans C, Makdessi-Raynaud Y, Arnaud C. (2010). Connaître et surveiller les handicaps de l'enfant. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n°16-17. pp. 174-180
19. De Vigan C, Khoshnood B, Cadio E et al. (2008). Le Registre des malformations de Paris : un outil pour la surveillance des malformations et l'évaluation de leur prise en charge. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 28-29. pp. 250-253
20. Ancel PY, Bréart G, Kaminski M et al. (2010). Devenir à l'âge scolaire des enfants grands prématurés. Résultats de l'étude Epipage. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n°16-17. pp. 198-200
21. Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Bréart G. (2005). Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Ministère des solidarités de la santé et de la famille, Inserm. 51 p.
22. Euro-Peristat Project. (2008). European perinatal health report. 280 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > En 2009, 142 enfants sont décédés avant l'âge d'un an.
- > Le département présente le taux de mortalité infantile le plus élevé d'Île-de-France.
- > Les affections "dont l'origine se situe dans la période périnatale" sont la principale cause de décès des enfants de moins d'un an.
- > Le taux de mort-nés est plus élevé en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France et qu'en France métropolitaine.

La mortalité infantile concerne les décès des enfants nés vivants jusqu'à l'âge d'un an.

Le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an est en légère baisse en Seine-Saint-Denis : **il est passé de 156 en 2000 à 142 en 2009 soit une baisse de 9%**. Cette diminution est également observée en Île-de-France et en France métropolitaine mais de façon plus prononcée, respectivement -19% et -18%.

Les décès qui ont lieu avant la "naissance vivante" sont des avortements spontanés ou des mort-nés selon qu'ils surviennent avant ou après la présomption de viabilité des enfants. Les modifications législatives intervenues depuis une quinzaine d'années dans ce domaine ont pour conséquence d'accorder plus fréquemment le statut "d'enfant sans vie". Ces modifications législatives expliquent notamment les fortes augmentations du nombre de mort-nés constaté en France (et en Seine-Saint-Denis) à partir de 2002.

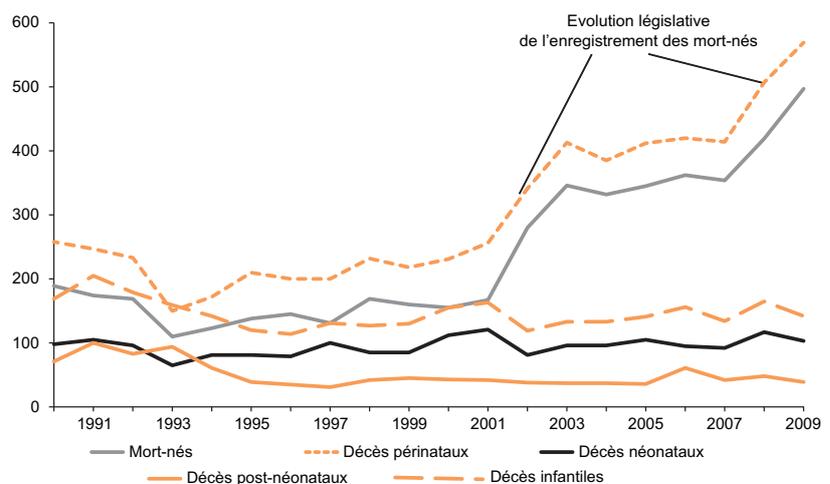
Evolution législative de l'enregistrement des mort-nés :

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

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

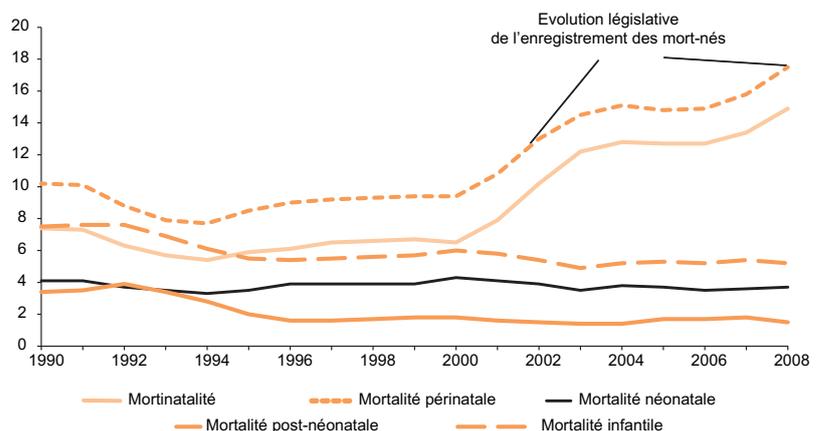
En 2008, un nouveau changement législatif a eu lieu. En effet, le décret n°2008-800 du 20 août 2008 a redéfini la notion d'enfant sans vie. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Les critères de durée de gestation, 22 SA, ou de poids, 500 grammes,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

Décès des enfants de moins d'un an en Seine-Saint-Denis de 1990 à 2009



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

Taux de mortalité des enfants de moins d'un an en Seine-Saint-Denis entre 1990 et 2008



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

Le taux de mort-nés est de 14,9 décès sur 1 000 naissances en Seine-Saint-Denis, 12,1 en Île-de-France et 10,3 en France métropolitaine.

Une grande partie des décès infantiles se produit pendant le premier mois de la vie, c'est ce qu'on appelle la mortalité "néonatale". Dans le département, cette mortalité concerne 3,7 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le taux départemental est supérieur au taux régional (+42%) et au taux national (+54%).

Les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale représentent la première cause de décès des moins d'un an. En Seine-Saint-Denis la proportion est de 24,8% de l'ensemble des décès de moins d'un an, part légèrement inférieure à la région (26,6%) et à la France (25,9%). Viennent ensuite les anomalies congénitales responsables de 13% des décès séquan-dionysiens puis les symptômes et états de morbidité mal définis.

La Seine-Saint-Denis est le département d'Île-de-France où le taux de mortalité infantile est le plus élevé. En effet il est de 5,2 décès pour 1 000 naissances alors que pour les autres départements il tourne autour de 3,5-4 décès pour 1 000 naissances. Cette importante surmortalité infantile apparaît principalement avant un mois (mortalité néonatale).

- ¹ **Mortalité périnatale** : somme des mortinatalités et des décès de la période néonatale précoce
- ² **Mortalité infantile** : décès d'enfants de moins d'un an
- ³ **Mortinatalité** : décès d'enfants survenant entre la présomption de viabilité et la naissance vivante
- ⁴ **Mortalité néonatale précoce** : décès d'enfants de moins de 7 jours
- Mortalité néonatale tardive** : décès d'enfants entre 7 et 27 jours
- ⁵ **Mortalité néonatale** : décès d'enfants de moins de 28 jours
- ⁶ **Mortalité post-néonatale** : décès d'enfants entre 28 jours et un an

Composantes de la mortalité périnatale¹ et infantile² en 2008

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métro.
	Effectif	Taux*	Taux*	Taux*
Mortalité périnatale	507	17,5	13,9	12,0
dont mortinatalité ³	419	14,9	12,1	10,3
dont mortalité néonatale précoce ⁴	88	2,6	1,8	1,7
Mortalité infantile	165	5,2	3,8	3,6
dont mortalité néonatale ⁵	117	3,7	2,6	2,4
dont mortalité post-néonatale ⁶	48	1,5	1,2	1,2

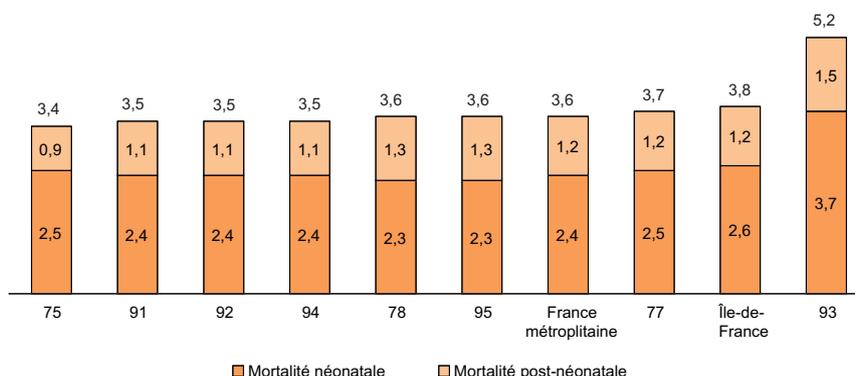
Source : Insee Etat-civil - Exploitation ORS Île-de-France
* Taux pour 1 000 naissances

Causes de décès des enfants de moins d'un an en 2009

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métro.
	Effectif	Répartition*	Répartition*	Répartition*
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	65	24,8	26,6	25,9
Anomalies congénitales	34	13,0	12,5	12,0
Symptômes et états morbides mal définis	24	9,2	7,5	8,9
Traumatismes et empoisonnement	0	0,0	0,9	1,3
Autre	139	53	52,5	51,9
Total	262	100,0	100,0	100,0

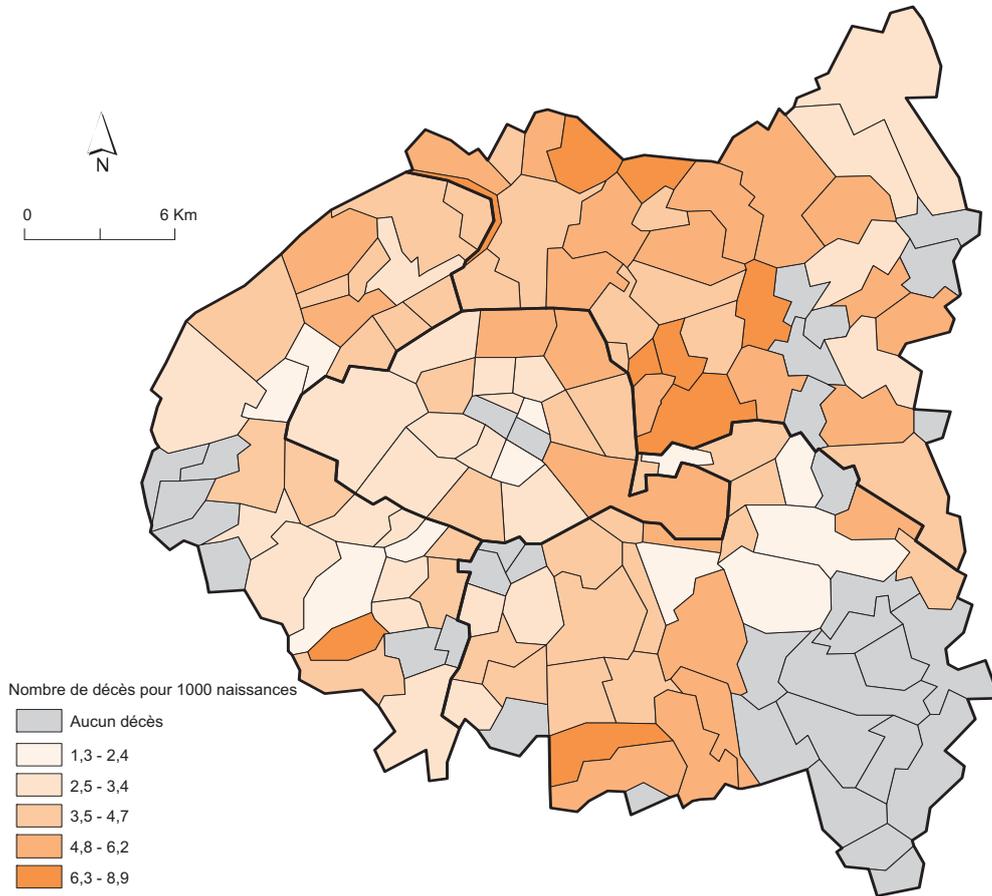
Source : Insee Etat-civil - Exploitation ORS Île-de-France
* En %

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



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

Taux de mortalité infantile domiciliée dans les communes de la petite couronne en 2003 - 2007



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

Contexte national

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

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

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

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

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

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

Repères bibliographiques et sources

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

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Les admissions en ALD sont relativement élevées chez les moins de 15 ans de Seine-Saint-Denis.
- > Baisse importante du nombre de cas de saturnisme dans le département qui présente le plus fort taux annuel d'enfants de moins de 17 ans primo-dépistés en 2009.
- > Les taux de couverture vaccinale sont élevés.

Les décès entre 1 et 15 ans sont rares, cependant 46 Séquano-Dionysiens de cette tranche d'âge sont décédés en moyenne chaque année entre 2006 et 2008. **Les principales causes de décès à ces âges sont les accidents et les tumeurs.**

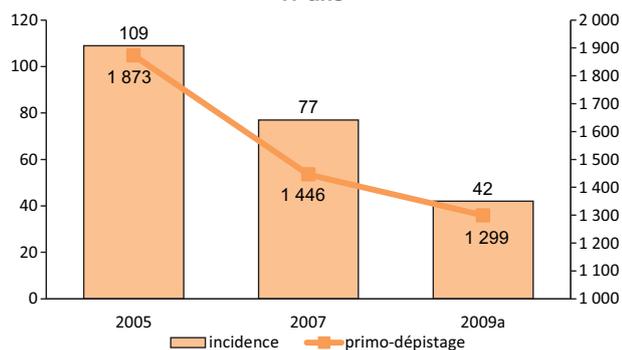
Près de 1 400 Séquano-Dionysiens âgés de moins de 15 ans ont été admis en affection de longue durée (ALD) en moyenne chaque année entre 2006 et 2008. Les garçons sont majoritaires (58,7%). **Les motifs les plus fréquents d'admission sont les affections psychiatriques** pour les deux sexes (13,7 pour 10 000 chez les garçons et 5,1 chez les filles) **suivis par les insuffisances respiratoires chroniques graves.** Ces insuffisances respiratoires sont 3 fois plus fréquentes en Seine-Saint-Denis qu'au niveau national. L'ALD n°7 (déficit immunitaire grave ou infection par le VIH) est le troisième motif d'inscription en ALD pour cette tranche d'âge en Seine-Saint-Denis, beaucoup plus fréquent également qu'en France métropolitaine.

En Seine-Saint-Denis une importante activité de dépistage du saturnisme a été mise en place dans le cadre d'une politique de lutte contre l'habitat insalubre. 1 299 plombémies de primo-dépistage ont été réalisées en 2009 chez des enfants de moins de 17 ans, soit 23% des primo-dépistages du saturnisme réalisés en France métropolitaine et 32% de ceux réalisés en Île-de-France. Primo-dépistages et suivis confondus représentent 2 261 plombémies en 2009 (27% du total national et 35% du total francilien).

La Seine-Saint-Denis présente le plus fort taux annuel d'enfants de moins de 17 ans primo-dépistés pour le saturnisme en 2009 devant Paris.

Les années récentes ont été marquées par une baisse du nombre de cas incidents de saturnisme. Ainsi, sur les trois dernières années, les cas d'enfants présentant une plombémie supérieure ou égale à 100µg/l qui ont été diagnostiqués en Seine-Saint-Denis sont passés de 109 en 2005 à 42 en 2009. Plus de la moitié de ces cas ont été diagnostiqués lors du primo-dépistage. La baisse du nombre de cas incidents est également observée dans la plupart des autres départements franciliens.

Nombre de plombémies de primodépistage et cas incidents de saturnisme de 2005 à 2009 chez les enfants de moins de 17 ans



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

Nombre annuel moyen de décès d'enfants âgés de 1 à 14 ans en 2006-2008

	Garçons	Filles	Ensemble
Traumatisme et empoisonnement	10	3	13
Tumeurs malignes	4	4	8
Malformations congénitales	3	1	4
Autres	9	12	21
Total	26	20	46

Source : Insem CépiDC - Exploitation ORS Île-de-France
Autres : toutes les autres causes de décès

Principaux motifs d'admission en ALD chez les moins de 15 ans en 2006-2008

Garçons	Nb	Taux*	Taux* Fr métro.
Affections psychiatriques de longue durée	231	13,7	12,3
Insuffisance respiratoire chronique grave	203	12,1	3,9
Déficit immunitaire grave, VIH	75	4,5	1,0
Maladies cardio-vasculaires	57	3,4	3,2
Forme grave des affections neurologiques et musculaires	64	3,8	3,7
Autres	180	10,7	7,8
Total	810	48,1	32,2
Filles	Nb	Taux*	Taux* Fr métro.
Affections psychiatriques de longue durée	83	5,1	5,9
Insuffisance respiratoire chronique grave	121	7,5	2,4
Déficit immunitaire grave, VIH	74	4,6	0,9
Maladies cardio-vasculaires	49	3,0	2,9
Forme grave des affections neurologiques et musculaires	51	3,2	3,1
Autres	193	12,0	4,7
Total	571	35,4	25,7

Source : Cnamts, MSA, Canam - Exploitation ORS Île-de-France
* Taux pour 10 000

Autres : toutes les autres causes d'admission en ALD

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

Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour une maladie fournit une évaluation de l'incidence de celle-ci. Cependant, les ALD ne sont pas déclarées aux caisses d'assurance maladie dans un but épidémiologique et cette incidence, aussi qualifiée «d'incidence médico-sociale», comporte des biais. Ceux-ci conduisent le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle mais aussi, dans certains cas, à une sur-déclaration. Il est probable que les personnes économiquement défavorisées sollicitent plus fréquemment et de façon plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour ALD.

Plombémie de primo-dépistage : première plombémie réalisée chez un enfant.

Plombémie de suivi : plombémie réalisée chez un enfant ayant déjà bénéficié d'au moins une plombémie antérieurement.

Cas incident de saturnisme : enfant dont la plombémie atteint ou dépasse 100 µg/l pour la première fois (plombémie réalisée lors d'un primo-dépistage, d'un suivi, ou d'une enquête de prévalence). C'est la date du prélèvement sanguin qui est prise en compte pour la comptabilisation des cas par année. L'attribution d'un cas à un département est fonction du lieu d'habitation de l'enfant au moment du prélèvement.

L'obligation vaccinale du BCG des enfants et adolescents a été suspendue par le décret du 17 juillet 2007 et remplacée par une recommandation forte sur certains territoires, en particulier l'Île-de-France et de fait la Seine-Saint-Denis, compte tenu de la prévalence de la tuberculose. **Les taux de couverture vaccinale en Seine-Saint-Denis sont élevés** d'après le certificat de santé du 9^{ème} mois (96,4% en 2011).

Concernant la vaccination contre l'hépatite B, **on observe que plus de 75 % des enfants de Seine-Saint-Denis seraient intégralement vaccinés contre l'hépatite B à 9 mois et 77% à 24 mois.**

Selon des données collectées lors du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire (sur des échantillons représentatifs aux niveaux national et régional), la région Île-de-France se distingue par le meilleur taux de couverture vaccinale de métropole avec 56% d'enfants vaccinés.

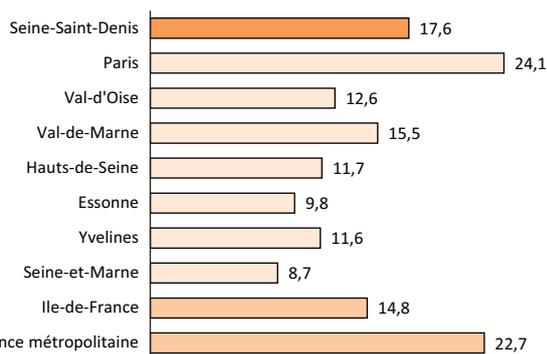
Les certificats de santé (CS) :

Si les 3 CS (8ème jour, 9ème et 24ème mois) représentent une source de données "obligatoire" en population générale infantile, plusieurs limites doivent être précisées comme un manque d'exhaustivité des informations reçues. Pour les certificats du 9ème et du 24ème mois, 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.

En 2010, la circulation de la rougeole s'est intensifiée en France. Des cas groupés sont survenus principalement en crèches, en collectivités scolaires, parmi les étudiants, les gens du voyage. En 2011, la Seine-Saint-Denis a un taux d'incidence de 17,6 cas pour 100 000 habitants, supérieur à celui d'Île-de-France mais inférieur à celui de France métropolitaine.

D'après les certificats de santé du 24^{ème} mois, **la couverture vaccinale "2 doses" est de 76% en 2011 et 94% pour la couverture vaccinale "1 dose"**.

Taux d'incidence de la rougeole en 2011



Source : MDO/InVS - Exploitation ORS Île-de-France
taux pour 100 000 habitants

Couverture vaccinale par le BCG (%)

Couverture vaccinale	2007 n =	2008 n =	2009 n =	2010 n =	2011 n =
BCG	1 851	1 675	1 730	1 979	2 065
	94,3	91,9	94,4	96,2	96,4

Source : CS9, CG Seine-Saint-Denis - Exploitation ORS Île-de-France

Couverture vaccinale contre l'hépatite B (%)

	2007 n =	2008 n =	2009 n =	2010 n =	2011 n =
à 9 mois	1 851	1 675	1 730	1 979	2 065
Hépatite B 2 doses*	34,1	40,5	58,3	69,8	75,4
à 24 mois	1 439	1 375	1 290	1 467	1 542
Hépatite B au moins 3 doses**	50,7	51,1	75,8	72	77

Source : CS9, CS24, CG Seine-Saint-Denis - Exploitation ORS Île-de-France

Le schéma vaccinal recommandé contre l'hépatite B prévoit une première dose à deux mois, une seconde à quatre mois et enfin une troisième entre seize et dix-huit mois.

Ainsi, selon l'âge des enfants, l'adéquation entre le nombre de doses reçues et le nombre recommandé permet d'identifier les enfants pour lesquels la couverture vaccinale est satisfaisante.

Couverture vaccinale contre la rougeole (%)

Couverture vaccinale à	2006 n =	2007 n =	2008 n =	2009 n =	2010 n =	2011 n =
à 24 mois	1 548	1 439	1 375	1 290	1 467	1 542
"1 dose"	95	94	93	95	95	94
"2 doses"	-	-	-	65	74	76

Source : CS24, CG Seine-Saint-Denis - Exploitation ORS Île-de-France

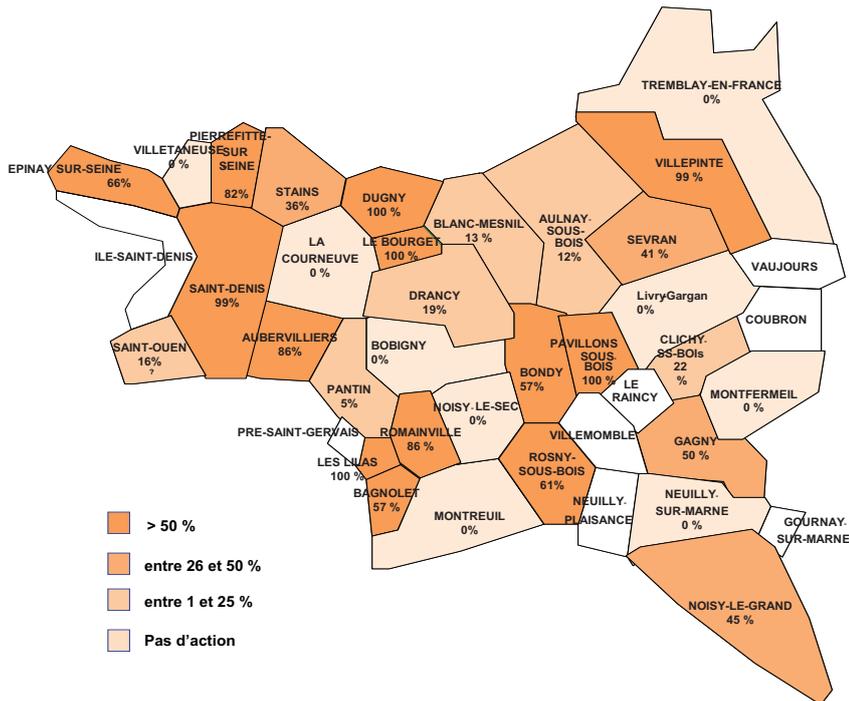
Le schéma vaccinal contre la rougeole recommande une dose de vaccin contre la rougeole à 12 mois et une deuxième dose entre 13 et 24 mois. Pour les enfants accueillis en collectivités, la première dose est recommandée à 9 mois et la seconde entre 12 et 15 mois.

La santé bucco-dentaire des enfants de 0 à 12 ans

32 villes participent au programme départemental bucco-dentaire sur la base d'une convention avec le Conseil Général, représentant une couverture de plus de 80% du territoire départemental. Chaque année, ce sont environ 45 000 enfants qui bénéficient des actions de prévention, notamment d'éducation à la santé. Un réseau de partenaires divers contribue à son animation : les équipes techniques locales (ETL) des villes participantes au programme, l'éducation nationale et l'assurance maladie. A ceux-là s'ajoutent l'ARS, les universités (Paris V et VII) dont les étudiants sont accueillis en stage dans les villes partenaires.

Pour des raisons de faisabilité mais aussi de personnel opérationnel dans chaque ville, deux cibles sont généralement privilégiées : les enfants âgés de 5 ans (Grande section école maternelle) et 6 ans (classes de CP).

**Programme départemental de prévention bucco-dentaire
Bilan d'apprentissage en Grande section en 2011 (31 villes concernées)**



Source : CG93

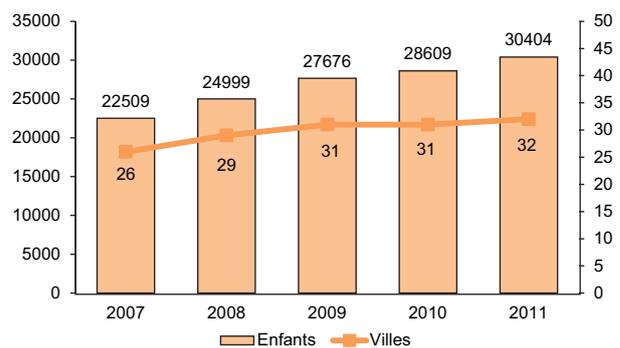
Le taux de couverture, en 2011, atteint 96% des enfants de CP dans les villes participant au programme, taux quasi identique qu'en 2010 (97%).

Des activités de brossage à la pause méridienne sont organisées et concernent 12 756 enfants de 5 et 6 ans en 2011, soit des taux de couverture de 23% et 34,5% respectivement. Ceci s'explique par des difficultés de mise en œuvre liées aux contraintes organisationnelles (locaux adaptés, personnels d'encadrement disponibles, lieux de stockage des brosses à dents, dentifrice et gobelets adéquats, volonté de pérenniser l'action). Afin de minimiser ces contraintes, certaines équipes développent cette action de brossage à la pause méridienne en centres de loisirs. C'est ainsi que près de 7 397 enfants ont bénéficié de cette action dans ce cadre.

D'autres âges sont également concernés mais dans une moindre mesure, avec 4 781 enfants des classes de CE1 (âgés de 7 ans), suivis de ceux de 4 ans (2 510 enfants) en moyenne section maternelle. Les enfants de 11 ans (248 enfants) sont les moins touchés par ces actions.

L'implication des parents demeure une des priorités du programme. En 2011, environ 1 545 parents ont été sensibilisés par les équipes techniques locales à la santé bucco-dentaire de leurs enfants.

Evolution du programme départemental bucco-dentaire dans le temps auprès des enfants de grande section maternelle et de CP



Source : Conseil général de Seine-Saint-Denis

L'incitation aux soins et à la dédramatisation de ceux-ci est encouragée par le biais de visites de cabinet dentaire (10 064 enfants bénéficiaires en 2011) d'une part et du projet d'accompagnement du dispositif national M'T dents de l'Assurance Maladie. Un accompagnement spécifique est proposé aux enfants scolarisés en classes de CP. C'est ainsi qu'en 2011, 21 269 enfants ont été sensibilisés par des actions spécifiques en classe de CP en Seine-Saint-Denis. Le dispositif M'T Dents de l'Assurance maladie concerne les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans auxquels est proposée une consultation gratuite avec prise en charge des soins si nécessaire.

Contexte national

Les familles avec des enfants âgés de moins de 3 ans sont confrontées à un problème de garde lorsque les parents ont une activité professionnelle.

A la fin de l'année 2010, 11 200 établissements en France métropolitaine accueillaient des jeunes enfants. Ils offrent globalement près de 362 000 places, soit 9 600 places de plus qu'en 2009. Les établissements d'accueil collectif proposent aux familles 84% de l'ensemble des places (crèches collectives, haltes-garderies, jardins d'enfants et établissements multi-accueil) contre 16% dans les services d'accueil familial (crèches familiales)[1]. A eux seuls, les établissements multi-accueil offrent 60% des places dans les structures d'accueil collectif. Les disparités de taux d'équipements entre départements persistent. Ceux de la région parisienne et ceux du sud de la France disposent d'un nombre de places d'accueil collectif et familial supérieur à la moyenne nationale, les départements de la moitié nord de la France étant moins bien dotés. Au niveau national, le nombre d'assistantes maternelles, plus de deux fois supérieur à celle de l'accueil collectif et familial et la scolarisation des enfants de deux ans, modifient la physionomie de la répartition territoriale de l'offre d'accueil. Cette dernière est plus développée autour d'un axe allant des Pays de la Loire à la Franche-Comté et couvrant les contreforts du Massif central [1,2].

Le développement du nombre de structures doit se faire, entre autres, grâce à la rénovation du cadre réglementaire des modes d'accueil (décret du 1er août 2000), qui offre une plus grande souplesse pour la création de structures (notamment de multi-accueil). La réforme du financement des crèches (prestation de service unique : PSU) favorise l'accès à un mode d'accueil pour l'ensemble des familles en fonction de leur demande (les conditions d'activité professionnelle et de fréquentation minimale sont supprimées) et la mise en place d'un fonds d'investissement qui permet de soutenir les créations de places. L'amélioration qualitative de l'accueil passe par l'adaptation aux rythmes de travail en élargissant l'amplitude des horaires d'ouverture et en proposant des solutions combinant accueil permanent et temporaire.

Un autre mode de garde existe : les assistantes maternelles. Les Conseils généraux délivrent les agréments pour l'exercice du métier d'assistante maternelle. L'agrément, valable cinq ans, peut ensuite être renouvelé. Une multitude de critères permettent aux Conseils généraux d'évaluer la qualité de l'assistant maternel avant d'attribuer un agrément. Parmi les critères examinés pour évaluer les demandes, le logement de l'assistante maternelle et les réponses aux besoins de l'enfant font l'objet d'une attention toute particulière. La moitié environ des assistants maternels reçoit l'agrément pour l'accueil simultané de trois enfants ou plus. À cet égard, la période suivant le premier agrément permet d'évaluer le professionnalisme des nouveaux assistants maternels, qui pourront obtenir ensuite une extension pour accueillir plus d'enfants ou une dérogation pour des accueils ponctuels. Le motif de restriction à l'agrément est le plus souvent dû à un logement inadapté ou bien au fait que l'assistant maternel a lui-même de jeunes enfants [3].

Depuis la loi de 2009, les assistants maternels peuvent désormais garder simultanément quatre enfants. Les Conseils généraux se disent sensibles au maintien de la qualité de l'accueil pour accorder ces agréments étendus [3].

L'école maternelle occupe aussi une place importante dans l'accueil des jeunes enfants puisque l'école pré-élémentaire accueille les enfants à partir de 2 ans et représente plus de la moitié des places offertes en équipements collectifs (205 000 enfants de moins de 3 ans sont scolarisés à la rentrée 2004). En septembre 2005, le taux de scolarisation à 2 ans est évalué par le Ministère de l'Éducation nationale à 25 %. Cette intégration précoce des enfants en maternelle constitue une spécificité française, toutefois inégalement répartie sur le territoire (de 4 % à 66 % des enfants de 2 ans scolarisés selon les départements) [4].

Repères bibliographiques et sources

1. Borderies F., L'offre d'accueil des enfants de moins de trois ans en 2010. Etudes et résultats, Drees n°803 - juin 2012
2. Borderies F., L'offre d'accueil collectif des enfants de moins de trois ans en 2010. Document de travail Drees Série statistiques, n°174 - octobre 2012
3. Pillayre H., Robert-Bobée I., Conditions d'attribution des agréments des assistants maternels d'après deux études qualitatives. Etudes et résultats, Drees n°719 - février 2010
4. Legendre E., Les enfants scolarisés à 2 ans vont à l'école surtout le matin et rarement l'après-midi. Etudes et résultats, Drees n°779 - octobre 2011

Pour en Savoir plus :

Baromètre d'accueil du jeune enfant 2012, Caisse nationale des Allocations familiales, Direction des statistiques, des études et de la recherche n° 129 - novembre 2012
L'accueil du jeune enfant Données statistiques en 2011. Observatoire national de la petite enfance Données statistiques; Caisses nationales d'allocations familiales.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- Entre 2004 et 2010, le taux d'équipement en accueil collectif pour 100 enfants de moins de 3 ans a augmenté de près de 2 points en Seine-Saint-Denis comme en Île-de-France et en France métropolitaine.
- La Seine-Saint-Denis présente un déficit en modes d'accueil de l'enfant, portant particulièrement sur l'accueil collectif.

En 2009, le nombre d'enfants de moins de 6 ans vivant en Seine-Saint-Denis est de 147 528 dont 75 865 enfants âgés de moins de 3 ans. De plus, 49% des enfants de moins de 7 ans ont deux parents (ou le parent isolé) actifs, parmi l'ensemble des enfants de cet âge contre 63% en Île-de-France et 62% en France métropolitaine.

D'après la PMI de Seine-Saint-Denis, en 2012, le département totalise 13 493 places d'accueil collectif (crèche collectives, jardins d'enfants, haltes-garderies). Le nombre de places d'accueil collectif du département a augmenté depuis 2010 (cf tableau ci-contre).

A cette offre s'ajoute, en 2012, 6 272 assistantes maternelles agréées pour 16 539 places d'accueil théoriques (6 077 assistantes maternelles en 2010 pour 15 720 places théoriques).

En Seine-Saint-Denis, le nombre de places pour 100 enfants de moins de 3 ans est de 13,8 en accueil collectif, 2,1 en accueil familial et 12,3 chez les assistantes maternelles (respectivement 13,7, 1,7 et 16,8 en 2012). Quel que soit le mode de garde considéré, l'offre dans le département est parmi les plus faibles d'Île-de-France. On remarque que le taux d'équipement en accueil collectif du département est supérieur à celui de France métropolitaine contrairement aux taux d'équipement en accueil familial et en assistantes maternelles.

Entre 2004 et 2010, le taux d'équipement en accueil collectif pour 100 enfants de moins de 3 ans a augmenté de près de 2 points en Seine-Saint-Denis comme en Île-de-France et en France métropolitaine. Le taux de Seine-Saint-Denis (13,8 pour 100 enfants de moins de 3 ans) se situe toujours entre celui d'Île-de-France (17,2 pour 100 enfants de moins de 3 ans) et de France métropolitaine (12,7 pour 100 enfants de moins de 3 ans).

L'accueil des enfants dès deux ans - préélémentaire se fait en fonction des places disponibles et est donc fortement dépendant de l'évolution des effectifs des enfants âgés de trois à cinq ans. En 2011, le taux de scolarisation à deux ans est inférieur à 3% en Seine-Saint-Denis comme à Paris alors qu'il dépasse 40% dans les départements de la Lozère, de la Haute-Loire et du Morbihan.

Nombre total de places d'accueil collectif au 1er janvier 2010

	Crèches collectives (y compris parentales)	Haltes garderies	Jardins d'enfants	Multi-accueil	Total
Seine-Saint-Denis	4 146	638	50	6 091	10 925
Île-de-France	58 087	8 766	3 432	30 351	100 636
France métropolitaine	86 825	30 484	8 030	177 984	303 323

Sources : DREES - CG93 service de la PMI

Nombre de places par mode d'accueil pour 100 enfants de moins de 3 ans en 2010

	Accueil collectif	Accueil familial	Assistante maternelle*
Paris	34,2	2,8	6,3
Seine-et-Marne	8,0	5,9	35,0
Yvelines	17,3	10,6	25,2
Essonne	12,1	9,1	29,4
Hauts-de-Seine	29,4	3,4	14,2
Seine-Saint-Denis	13,8	2,1	12,3
Val-de-Marne	22,5	2,6	15,8
Val-d'Oise	8,9	6,7	25,5
France métropolitaine	12,7	2,6	36,9

* hors accueil familial

Sources : DREES - CG93 service de la PMI

Evolution du taux d'équipement* en accueil collectif pour 100 enfants de moins de 3 ans entre 2004 et 2010

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métropolitaine
2004	12,0	15,3	10,1
2010	13,8	17,2	12,7

* les places en jardins d'enfants (3-6 ans) ne sont pas incluses dans le taux

Sources : DREES - CG93 service de la PMI

Les modes d'accueil collectif et familial des jeunes enfants en France

Les établissements et les services d'accueil, outre leur fonction d'accueil, ont pour mission de veiller à la santé, à la sécurité, au bien-être ainsi qu'au développement des enfants qui leur sont confiés (cf. le dernier décret n°2010-613 du 7 juin 2010 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans). La création de ces établissements est préalablement soumise à autorisation du président du Conseil général pour les structures de droit privé, et avis pour celles créées par les collectivités publiques. La prise en charge des enfants est assurée par une équipe pluridisciplinaire, composée notamment d'éducateurs de jeunes enfants, d'auxiliaires de puériculture et dirigée par un médecin, une puéricultrice ou un éducateur de jeunes enfants.

Une gestion qui relève principalement des communes

La gestion des établissements d'accueil collectif relève pour l'essentiel des collectivités territoriales (principalement les communes) ou des associations du type loi 1901. D'autres organismes tels que les Caisses d'allocations familiales (CAF), les organismes privés à but lucratif, les mutuelles, les comités d'entreprises peuvent également intervenir, mais le font beaucoup plus rarement. En 2010, 66 % des crèches collectives sont gérées par des collectivités territoriales (dont 56 % par des communes et 6 % par les départements), 27 % par des associations, 7 % par d'autres organismes. Concernant les haltes-garderies, 60 % sont gérées par des communes, 33 % par des associations, 3 % par les CAF, 4 % par d'autres organismes. Aujourd'hui, 36 % des structures mono-accueil sont prises en charge par le secteur privé. Les communes sont aussi, à 88 %, responsables de la gestion des services d'accueil familial.

Enfin, 55 % des établissements multi-accueil relèvent des communes, 33 % d'associations et 12 % d'autres organismes. Les structures parentales adoptent dans leur totalité un mode de gestion associatif. Le secteur privé gère 42 % de ces établissements.

Les crèches collectives (accueil régulier d'enfants de moins de trois ans)

Les crèches collectives sont conçues et aménagées pour recevoir les enfants dans la journée, collectivement et de façon régulière.

- Les crèches traditionnelles de quartier sont implantées à proximité du domicile de l'enfant et ont une capacité d'accueil limitée à 60 places par unité. Elles sont ouvertes de 8 à 12 heures par jour, fermées la nuit, le dimanche et les jours fériés.
- Les crèches de personnel sont implantées sur le lieu de travail des parents et adaptent leurs horaires à ceux de l'entreprise ou de l'administration (par exemple l'hôpital). Leur capacité d'accueil est également de 60 places maximum par unité.
- Les crèches parentales sont gérées par les parents eux-mêmes : regroupés en association de type loi 1901, ils s'occupent à tour de rôle des enfants. La capacité d'accueil de la structure, de 20 places maximum, peut à titre exceptionnel être portée à 25 places, eu égard aux besoins des familles.

Les micro-crèches

En vertu du décret 2010-613 du 7 juin 2010, ces structures peuvent accueillir collectivement simultanément dix enfants au maximum. L'ouverture est subordonnée à l'avis ou l'autorisation délivrée par le Président du Conseil général après avis de la PMI. Le gestionnaire peut être public ou privé, à but lucratif ou non-lucratif.

Elles bénéficient de conditions particulières s'agissant notamment de la fonction de direction et des modalités d'encadrement, leur conférant ainsi une relative souplesse de fonctionnement (les horaires par exemple).

Les haltes-garderies (accueil occasionnel d'enfants de moins de 6 ans)

Elles permettent notamment d'offrir aux enfants de moins de trois ans des temps de rencontre et d'activités communs avec d'autres enfants, les préparant progressivement à l'entrée à l'école maternelle. Comme pour les crèches collectives, on distingue les haltes-garderies traditionnelles de quartier pouvant offrir au maximum 60 places par unité et les haltes-garderies à gestion parentale, limitées à 20 places (25 places par dérogation).

Les jardins d'enfants (accueil régulier d'enfants de 2 à 6 ans)

Les enfants sont non scolarisés ou scolarisés à temps partiel. Les jardins d'enfants sont conçus comme pouvant être une alternative à l'école maternelle ; le personnel qualifié (éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture, ...) propose des activités favorisant l'éveil des enfants (développement physique et psychomoteur, éveil et socialisation). Leur capacité d'accueil peut atteindre 80 places par unité.

Les établissements multi-accueil

Ils proposent au sein d'une même structure différents modes d'accueil d'enfants de moins de 6 ans. Plusieurs modes d'accueil collectifs coexistent : accueil régulier ou occasionnel, accueil à temps plein ou partiel. Ces structures peuvent être gérées de façon traditionnelle ou être à gestion parentale : leurs capacités d'accueil s'élèvent dans le premier cas au maximum à 60 places et dans le second à 20 places (25 par dérogation). Certains de ces établissements assurent aussi à la fois de l'accueil collectif et familial : dans ce cas, leur capacité globale d'accueil est limitée à 100 places.

Les services d'accueil familial (crèches familiales)

Les services d'accueil familial regroupent des assistantes maternelles agréées qui accueillent les enfants à leur domicile en journée et se rendent à intervalles réguliers dans un établissement collectif pour différentes activités. Elles sont supervisées et gérées comme les crèches collectives. Les assistantes maternelles sont rémunérées par la collectivité locale ou l'organisme privé qui les emploie. La capacité d'accueil des crèches familiales ne peut être supérieure à 150 places.

Autres modes d'accueil : les structures expérimentales

Il existe certaines structures, de type expérimental, non recensées dans les catégories d'établissements détaillées précédemment, dont :

- **Les jardins d'éveil (accueil régulier d'enfants de 2 à 3 ans)** [art 25 du décret n°2010-613]

Les jardins d'éveil, qui sortent du cadre expérimental pour les données de 2011, accueillent de façon régulière par demi-journée 24 enfants, sur la base de 2 unités de 12 enfants maximum. Leur objectif est de faciliter l'intégration des enfants dans l'enseignement du premier degré.

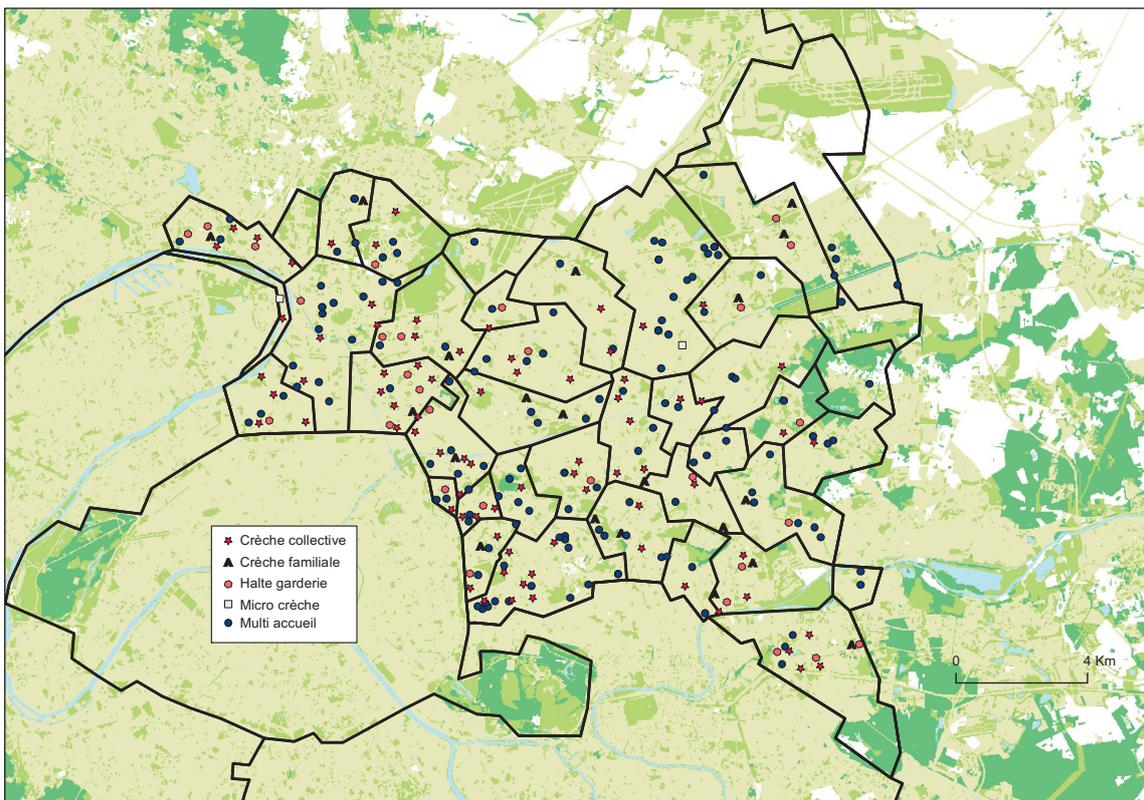
- **Les classes passerelles (accueil régulier d'enfants de 2 à 3 ans)**

Afin de faciliter l'adaptation des enfants à l'école maternelle, des expériences ont été développées, notamment dans certains quartiers défavorisés, autour de «classes passerelles» dont la vocation est de créer les conditions d'une première socialisation, de favoriser une séparation progressive avec la famille et de soutenir les parents dans l'exercice de la fonction parentale.

Sur les 90 départements ayant renseigné cette rubrique de l'enquête annuelle menée auprès des PMI par la DREES, 31 d'entre eux accueillent des structures expérimentales. En France métropolitaine, 57 établissements de type expérimental sont dénombrés pour moins de 780 places, dont 14 jardins d'enfants (pour 246 places) et 17 classes passerelles (pour 251 places). Les autres structures expérimentales existantes ne sont pas détaillées dans cette enquête.

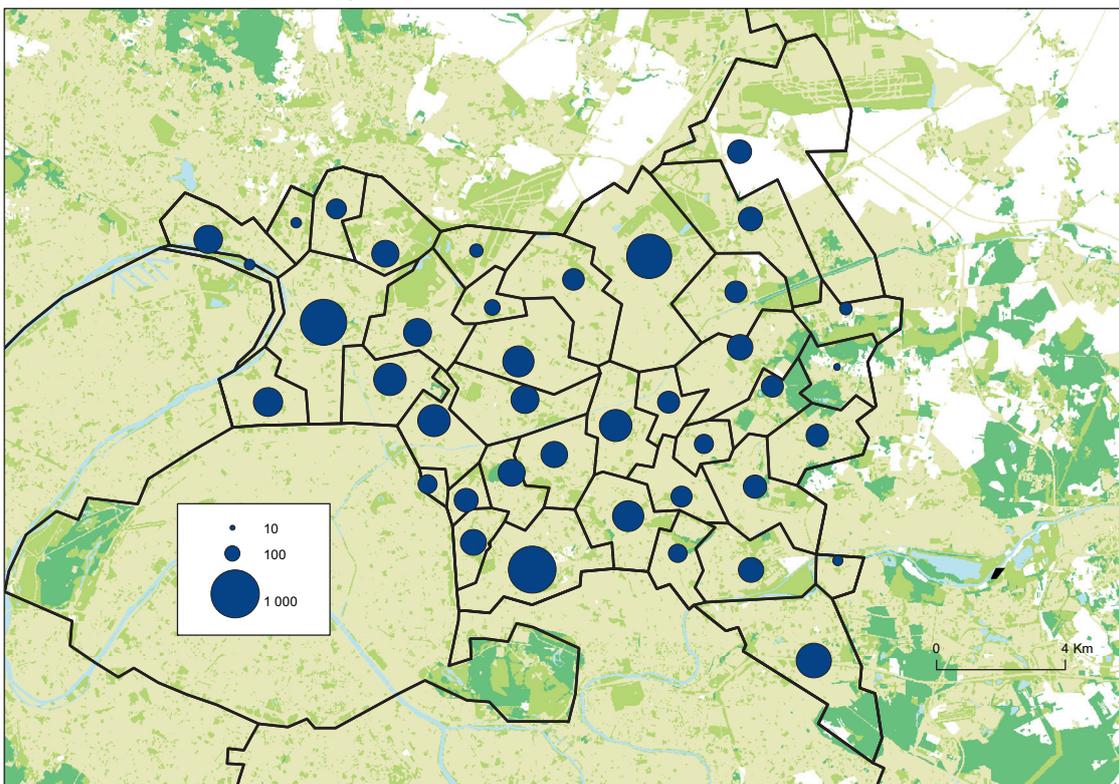
Source : Broderies F. L'offre d'accueil des enfants de moins de trois ans. Drees Etudes et résultats. n° 803 juin 2012 8p

Mode de garde des enfants en Seine-Saint-Denis en 2011



Sources : CG93 service de la PMI

Capacité totale d'accueil en accueil collectif 2011



Sources : CG93 service de la PMI

Contexte national

La réduction de la mortalité et de la morbidité au cours des premières années de la vie et la prévention d'une grande partie des handicaps de l'enfant impliquent une sécurité maximale dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Les taux de mortalité maternelle, périnatale et infantile sont, en règle générale, un reflet fidèle du niveau de développement du système de santé d'un pays.

En France, des efforts significatifs ont été accomplis dans ce domaine au cours des dernières décennies. Le dispositif actuel de soins et de prévention pour la mère et l'enfant fait intervenir une grande variété d'acteurs : médecins et professionnels de santé libéraux, établissements hospitaliers, services de Protection maternelle et infantile (PMI), services de santé scolaire, etc. Le suivi des grossesses s'est beaucoup amélioré : la majorité des femmes bénéficient aujourd'hui des sept examens prénatals obligatoires réalisés par un médecin ou une sage-femme. Ce suivi médical est complété par une préparation à la naissance au cours de séances collectives ("séances préparatoires à l'accouchement psycho-prophylactique"), dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés (décret du 14 février 1992). Depuis 2005, un entretien individuel et/ou en couple est systématiquement proposé à toutes les femmes au cours du 4^{ème} mois de grossesse. Selon l'enquête nationale périnatale 2010, le suivi de la grossesse apparaît bon, bien au-delà des recommandations. Même si la part des déclarations tardives de grossesse s'accroît également, les consultations et les échographies sont en augmentation. L'état de santé des nouveau-nés demeure globalement satisfaisant. De nombreuses recommandations de santé publique à l'attention des femmes enceintes paraissent bien suivies (concernant la consommation d'alcool, de tabac, la prise d'acide folique ou le dépistage de la trisomie 21), même si les recommandations vaccinales contre la coqueluche se diffusent très lentement [1].

La médecine de ville est fortement impliquée dans la surveillance de la grossesse, que ce soit par les médecins généralistes ou les gynécologues. En matière de prise en charge hospitalière de l'accouchement, des mesures successives instaurées depuis une dizaine d'années ont considérablement renforcé l'encadrement médical, imposant notamment une présence médicale permanente dans les services pratiquant des accouchements. Les maternités ne disposant pas de bloc opératoire ont été équipées ou fermées. De même, celles qui pratiquent un nombre insuffisant d'accouchements (moins de 300 par an) ont été amenées à fermer ou à se regrouper, mis à part des situations d'accessibilité routière particulièrement difficiles. Des centres périnatals de proximité ont été mis en place dans les secteurs distants d'une maternité afin d'assurer le suivi des femmes enceintes. L'organisation des soins en réseaux coordonnés, mise en place pour améliorer la sécurité de la naissance et encadrée par le décret périnatalité du 9 octobre 1998 distingue trois niveaux parmi les maternités afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la mère et du nouveau-né et l'environnement humain et matériel de la maternité d'accueil. Selon l'enquête nationale périnatale 2010 et par rapport à l'enquête de 2003, les réponses des établissements témoignent d'une meilleure organisation, avec davantage de personnel et une présence renforcée des médecins spécialistes. Les sages-femmes prennent désormais en charge 80 % des accouchements par voie basse, plus souvent dans le secteur public que privé. Toutes les maternités appartiennent à un réseau de santé périnatal, mais 62 % organisent le suivi prénatal de façon autonome. Les établissements différencient également davantage le suivi des femmes en consultation prénatale. La possibilité de consulter un psychologue a en outre nettement progressé depuis 2003 et une femme sur cinq a bénéficié d'un entretien prénatal précoce du 4^{ème} mois. La prise en charge des femmes à la sortie de la maternité concerne cependant un public de femmes relativement restreint [2].

Le suivi des enfants est assuré par les médecins généralistes et les pédiatres. Des examens obligatoires sont pratiqués au 8^{ème} jour puis aux 9^{ème} et 24^{ème} mois. Les services de PMI placés sous la responsabilité des Conseils généraux assurent annuellement environ 350 000 consultations prénatales et 2 700 000 examens d'enfants jusqu'à 6 ans. La PMI prend en charge également le suivi des enfants à l'école maternelle. Le suivi des enfants scolarisés est assuré par le Service de promotion de la santé en faveur des élèves qui dépend de l'Education nationale. Outre des examens systématiques, le suivi de certaines situations médicales spécifiques et des soins d'urgence en milieu scolaire, ce service est amené à mettre en œuvre, avec différents partenaires, des actions d'éducation pour la santé.

Repères bibliographiques et sources

1. Blondel B., Kermarrec M., La situation périnatale en France en 2010 Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et résultats, Drees n°775 - Octobre 2011
2. Villain A., Les maternités en 2010 Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et résultats, Drees n°776 - Octobre 2011

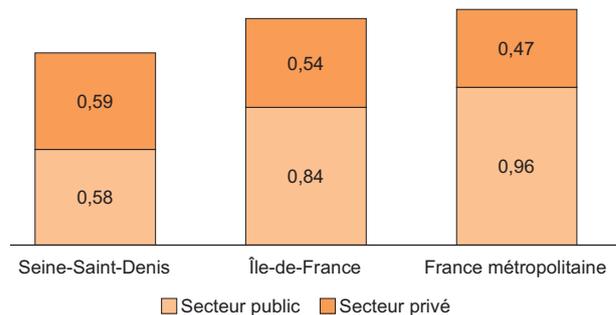
Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Les densités de professionnels de santé libéraux spécialisés pour la mère et l'enfant en Seine-Saint-Denis sont particulièrement faibles.
- > L'offre de soins en PMI, dont les missions principales sont la prévention, est particulièrement développée dans le département. En revanche elle ne compense pas le déficit en effectifs de l'offre libérale.
- > L'offre hospitalière en gynécologie-obstétrique est inférieure aux taux régional et national.

En 2011, le département de Seine-Saint-Denis compte 11 maternités et dispose de 456 lits d'hospitalisation complète en gynécologie-obstétrique. L'offre départementale se répartit à parts égales entre le secteur privé et le secteur public. Rapportée à la population des femmes en âge de procréer (les femmes de 15 à 49 ans), l'offre départementale est de 1,17 lit pour 1 000 femmes. Elle est inférieure à la moyenne régionale (1,38 lit pour 1 000 femmes) et à la moyenne nationale (1,43 lit pour 1 000 femmes).

Cette capacité a diminué en Seine-Saint-Denis comme en France, depuis les dix dernières années, dans le cadre de la restructuration de l'offre de soins en gynécologie-obstétrique qui a entraîné la fermeture ou le regroupement de maternités sur tout le territoire.

Nombre de lits en gynécologie-obstétrique en 2011 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans



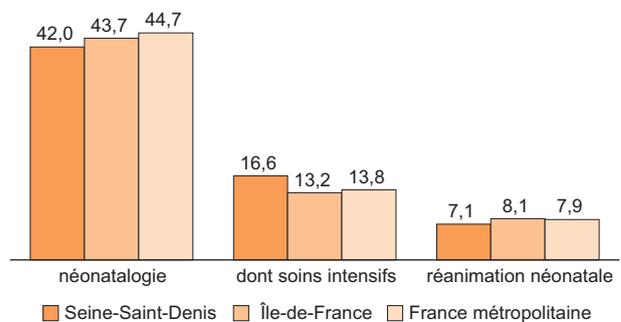
Sources : SAE données administratives - Ministère chargé de la santé, DREES - Exploitation ORS Île-de-France

En France, les maternités sont classées selon leur niveau d'équipement et leur aptitude à prendre en charge les cas difficiles (cf encadré ci-dessous). En 2011, le département de Seine-Saint-Denis compte 3 maternités de type I, 6 de type II et 2 de type III. La Seine-Saint-Denis dispose de 119 lits en néonatalogie, dont 47 en soins intensifs aux nouveau-nés et 20 places en réanimation néonatale.

Le taux d'équipement départemental en néonatalogie s'élève à 42 lits pour 10 000 naissances. Ce taux est légèrement inférieur aux taux régional (43,7) et national (44,7). Parmi ces lits, une part est autorisée à administrer des soins intensifs aux nouveau-nés : 16,6 lits pour 10 000 naissances domiciliées en Seine-Saint-Denis contre 13,2 en Île-de-France et 13,8 en France métropolitaine.

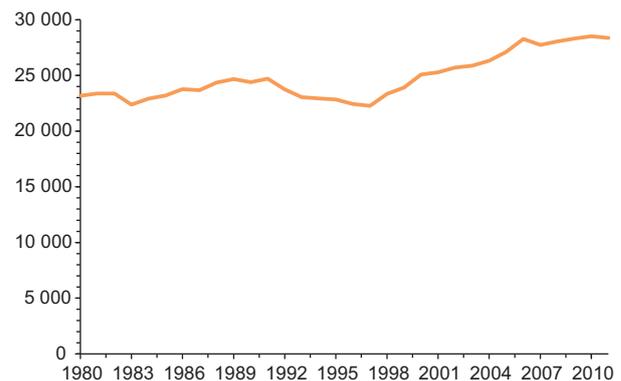
Pour la réanimation néonatale, la Seine-Saint-Denis est en dessous de la moyenne avec 7,1 lits pour 10 000 naissances (8,1 en Île-de-France et 7,9 en France métropolitaine).

Taux d'équipement en lits de néonatalogie en 2011 (Nombre de lits pour 10 000 naissances domiciliées)



Sources : SAE données administratives - Ministère chargé de la santé, DREES - Exploitation ORS Île-de-France

Evolution du nombre de naissances domiciliées en Seine-Saint-Denis entre 1980 et 2011



Sources : SAE données administratives - Ministère chargé de la santé, DREES - Exploitation ORS Île-de-France

Les maternités sont classées en trois niveaux.

Type I : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique

Type IIA : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique et en néonatalogie

Type IIB : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique et en néonatalogie dont soins intensifs

Type III : Etablissements ayant une autorisation d'activité en obstétrique et en néonatalogie dont soins intensifs et réanimation néonatale

La prise en charge médicale des futures mères et des naissances est assurée par les médecins généralistes, par les gynécologues-obstétriciens et par les sages-femmes.

En 2012, les médecins généralistes (libéraux et salariés) sont 1 956 dans le département, les gynécologues-obstétriciens (gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique) sont 174 et les sages-femmes 321.

Les densités (nombre de professionnels pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans) pour chacun de ces professionnels sont plus faibles en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France et qu'en France métropolitaine.

L'offre médicale pour les femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans) en 2012

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métro.
	nombre	densité*	densité*	densité*
Généralistes	1956	500,7	618,5	691,5
Gynéco-obstétriciens**	174	44,5	69,0	53,1
Sages-femmes	321	82,2	103,0	129,7

*Nombre de professionnels (libéraux et salariés) pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

** gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique

Sources : D.R.E.E.S. - ARS - ADELI - FINESS - ASIP-RPPS - Exploitation ORS Île-de-France

L'offre médicale pour assurer le suivi des enfants de moins de 15 ans en Seine-Saint-Denis est faible.

En 2012, les généralistes sont 575,1 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans contre 803,7 en Île-de-France et 860,3 en France métropolitaine. Les pédiatres sont 54,4 contre 93 en Île-de-France et 62,8 en France métropolitaine.

L'offre médicale pour les enfants en 2012

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métro.
	nombre	densité*	densité*	densité*
Généralistes	1956	575,1	803,7	860,3
Pédiatres	185	54,4	93	62,8

*Nombre de professionnels (libéraux et salariés) pour 100 000 enfants de moins de 15 ans

Sources : D.R.E.E.S. - ARS - ADELI - FINESS - ASIP-RPPS - Exploitation ORS Île-de-France

On observe que les centres de Protection maternelle et infantile (PMI) sont très développés en Seine-Saint-Denis. Ils facilitent les consultations prénatales et les suivis à domicile notamment pour les populations les plus précarisées.

Le nombre de médecins exerçant dans les services de PMI du département est de 163,5 "équivalent temps plein" en 2012, le nombre de sages-femmes est de 53 ETP, celui d'infirmières de 42 ETP et le nombre de puéricultrices de 164 ETP.

Pour chacun de ces professionnels, les densités (nombre de professionnels pour 100 000 femmes enceintes ou 100 000 naissances) sont très supérieures à celles d'Île-de-France et de France métropolitaine.

La densité de médecins de PMI (nombre de professionnels pour 100 000 femmes enceintes) est de 576,5 en Seine-Saint-Denis. Elle est beaucoup plus importante que celle d'Île-de-France et de France métropolitaine.

La densité de puéricultrices en Seine-Saint-Denis est de 578,2 contre 394,8 en Île-de-France et 422,6 en France métropolitaine.

Professionnels du soin à la mère et à l'enfant en PMI en 2012 pour la Seine-Saint-Denis et en 2010 pour la France métropolitaine et l'Île-de-France

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métro.
	ETP*	densité	densité	densité
Médecins**	163,5	576,5	312,5	216,3
Sages-femmes**	53,0	186,9	88,9	93,7
Infirmières**	42,0	148,1	128,9	126,2
Puéricultrices***	164,0	578,2	394,8	422,60

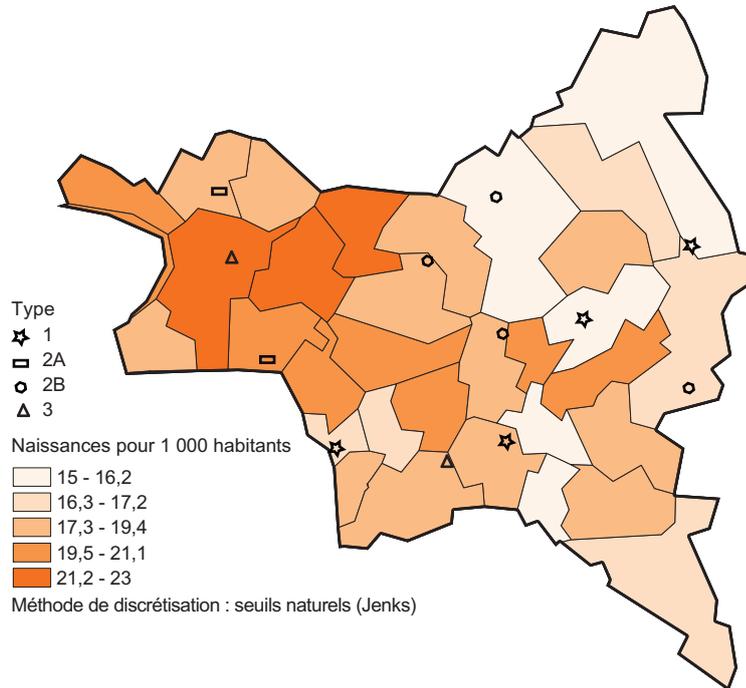
* ETP : équivalent temps plein

** Nombre de professionnels pour 100 000 femmes enceintes

*** Nombre de professionnels pour 100 000 naissances

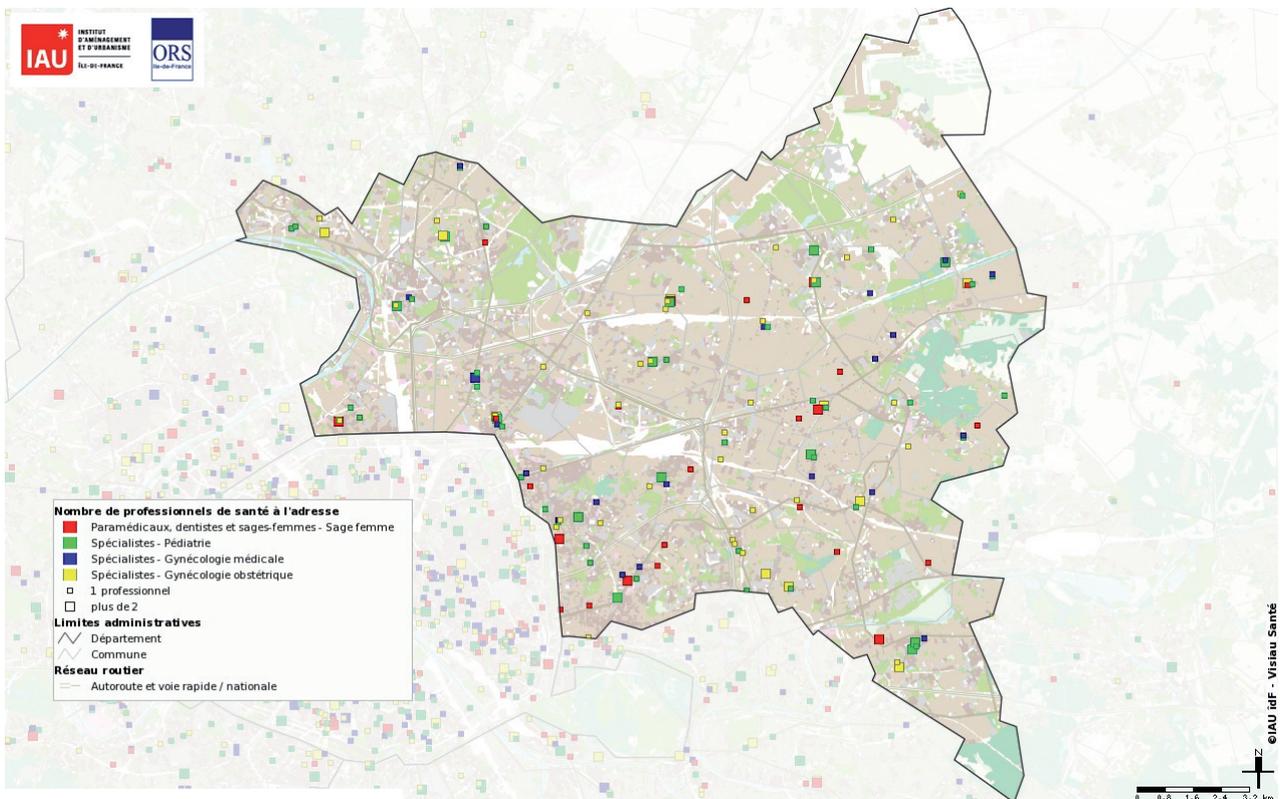
Sources : CG 93 année 2012, Enquête PMI Drees année 2010 pour la France métropolitaine et l'Île-de-France avec des données manquantes pour certains départements - Exploitation ORS Île-de-France

Carte des maternités et services de néonatalogie de Seine-Saint-Denis en 2010



Sources : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Répartition des pédiatre, sages-femmes et gynécologues en 2009



Sources : FNPS Assurance Maladie - URCAM 2009

Contexte national

La France métropolitaine compte, en 2008, 5,4 millions de personnes âgées de 75 ans et plus représentant 9 % de la population. 1,4 million d'entre elles sont âgées de 85 ans ou plus. Les femmes, qui ont une espérance de vie plus élevée, sont 1,7 fois plus nombreuses que les hommes parmi les 75 ans et plus. Grâce au gain d'espérance de vie, le nombre de personnes dans cette classe d'âge ne cesse d'augmenter (+ 40 % depuis 1990) [1]. D'ici 2040, leur effectif devrait doubler (10,4 millions) et celui des plus de 85 ans tripler (3,9 millions) [2]. Les personnes âgées vivent plus longtemps mais également en meilleure santé, l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité ayant progressé au cours des dernières décennies [3, 4]. En 2006-2008, l'espérance de vie à 75 ans atteint 11 ans pour les hommes et 14 ans pour les femmes [5]. En 2008, un quart des plus de 75 ans vivant à domicile se considèrent en bonne ou très bonne santé [6].

La fréquence des affections augmente avec l'âge, les situations de polyopathologies étant fréquentes chez les personnes âgées [7]. Les altérations physiques, sensorielles ou psychiques qui en résultent s'ajoutent à celles liées à la sénescence, contribuant à la survenue de déficiences, de limitations fonctionnelles et restrictions d'activité. Ainsi, à 75 ans, une personne sur quatre vivant à domicile se déclare fortement limitée dans ses activités quotidiennes en raison d'un problème de santé [6]. Avec la croissance des limitations fonctionnelles, les besoins d'aides, de la part de l'entourage ou de services professionnels, s'amplifient. Certaines personnes, notamment les plus isolées et âgées, sont amenées à entrer en institution. Fin 2007, 660 000 personnes résident en établissement d'hébergement pour personnes âgées [8]. Mais la majorité des personnes âgées vit à domicile, y compris jusqu'aux grands âges [9].

Les recours aux soins sont également plus fréquents avec l'âge. Les personnes de plus de 75 ans vivant à domicile consultent en moyenne un médecin généraliste 7 à 8 fois dans l'année, et un quart d'entre elles sont hospitalisées au moins une nuit dans l'année [6]. En 2007, 3,2 millions de séjours hospitaliers en court séjour concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus (20 % de l'ensemble des séjours). Le taux standardisé d'hospitalisation dans cette classe d'âge a progressé (+ 4,5 %) entre 2000 et 2007 [10].

Parmi les principales pathologies qui affectent les personnes âgées, les maladies cardiovasculaires sont au premier plan. Elles représentent 65 % des motifs de séjours de soins de ville pour ce groupe d'âge, 45 % des motifs d'admission en affection longue durée (ALD30), et 34 % des causes médicales de décès en 2007 [11-13]. L'augmentation de l'espérance de vie aux âges élevés s'explique, pour une large part, par une baisse de la mortalité cardiovasculaire, due à l'amélioration de la prise en charge de ces pathologies [13].

Les cancers constituent l'autre grande cause de morbidité et de mortalité après 75 ans, avec 19 % des admissions en ALD30, et 21 % des décès de ce groupe d'âge [12, 13]. Parmi les troubles mentaux, les démences, et notamment la maladie d'Alzheimer, touchent une proportion relativement importante des plus de 75 ans (13 % des hommes et 20 % des femmes, selon l'enquête Paquid) [14]. Elles sont à l'origine de 12 % des admissions en ALD30 en 2007 [12]. La pathologie accidentelle, liée aux chutes en particulier, a des conséquences importantes en termes d'hospitalisation et de décès. En 2007, les fractures ont constitué le diagnostic principal de 136 000 hospitalisations chez les 75 ans et plus (dont 66 000 pour fractures du col du fémur) [10]. Par ailleurs, près de 3 900 chutes accidentelles étaient mentionnées comme principale cause de décès dans cette classe d'âge [13].

Divers problèmes de santé sont également susceptibles d'affecter la qualité de vie des personnes âgées et font l'objet d'une prise en charge par le système de soins. La cataracte est ainsi à l'origine de 313 000 séjours hospitaliers pour ce groupe d'âge en 2007 (10 % de l'ensemble des séjours) [10]. L'implantation de prothèses articulaires (hanche et genou notamment) est également fréquente.

La prévention des incapacités et des pathologies liées à l'âge passe par une meilleure reconnaissance et/ou prise en compte de certains problèmes de santé des personnes âgées. C'est notamment le cas de l'ostéoporose, à l'origine d'une proportion importante des fractures, de la dénutrition, particulièrement fréquente en institution, ou encore de la iatrogénie médicamenteuse [15]. La prévention primaire, notamment en matière de nutrition et d'activité physique, joue également un rôle essentiel et doit faire l'objet d'une attention particulière chez les personnes âgées mais aussi chez les personnes vieillissantes [16, 17].

Repères bibliographiques et sources

1. Insee. Site de l'Institut national de la statistique et des études économiques. www.insee.fr
2. Blanpain N, Chardon O. (2010). Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. Insee première. Insee. n° 1320. 4p.
3. Meslé F. (2006). Progrès récents de l'espérance de vie en France : les hommes combrent une partie de leur retard. Population. Ined. vol. 61, n° 4. pp. 437-462.
4. Cambois E, Clavel A, Robine JM. (2006). L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter. Solidarité et santé. Drees. n° 2. pp. 7-20.
5. Ined. Site de l'Institut national d'études démographiques. www.ined.fr
6. Montaut A. (2010). Santé et recours aux soins des femmes et des hommes : premiers résultats de l'enquête Handicap-santé 2008. Etudes et résultats. Drees. n° 715. 8 p.
7. Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. (2005). L'état de santé en France en 2003 : santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale de santé. Etudes et résultats. Drees. n° 436. 12 p.
8. Prévot J. (2009). Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et résultats. Drees. n° 699. 8 p.
9. Blanpain N. (2010). 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060 ? Insee première. Insee. n° 1319. 4 p.
10. ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
11. Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.
12. Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
13. Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
14. Inserm. (2007). Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Les éditions Inserm. 654 p. (Expertise collective).
15. Trivalle C. (2002). Gérontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique. Ed. Masson. 473 p. (Abrégés).
16. Ministère de la santé et des solidarités, Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative. (2007). Plan "Bien vieillir" 2007-2009. 32 p.
17. Inserm. (2008). Activité physique : contextes et effets sur la santé. Les éditions Inserm. 811 p. (Expertise collective).

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La proportion de personnes âgées en Seine-Saint-Denis est moins élevée qu'en Île-de-France et en France métropolitaine.
- > Le nombre de personnes âgées devrait fortement augmenter durant les 25 prochaines années en Seine-Saint-Denis.
- > Les principales causes de décès sont les tumeurs pour les 65-84 ans et les maladies de l'appareil circulatoire pour les 85 ans et plus.

En 2008, la population âgée de 60 ans et plus est de 223 646 Séquanais-Dionysiens, soit 14,8% de la population totale du département.

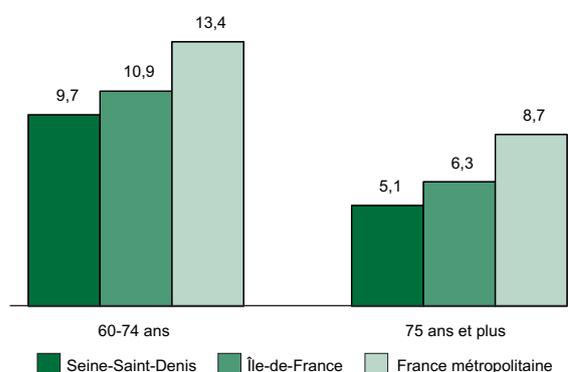
Cette proportion est inférieure à celle d'Île-de-France (17,2%) et surtout à celle de France métropolitaine (22,1%). La Seine-Saint-Denis fait partie des départements les plus jeunes de France métropolitaine.

La faible proportion de personnes âgées dans le département recouvre toutefois de fortes disparités communales, qui tiennent notamment aux caractéristiques des logements et des hébergements disponibles. Les communes les plus favorisées économiquement comptent le plus souvent une proportion de personnes âgées supérieure à la moyenne.

La population de 60 ans ou plus a progressé à un rythme modéré entre 1990 et 2005 en Seine-Saint-Denis. Les projections réalisées par l'Insee montrent une augmentation beaucoup plus importante au cours des 25 prochaines années. Selon ces projections, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus pourrait atteindre 315 000 en 2030, dont 38 000 âgées de 85 ans ou plus (soit le double d'aujourd'hui).

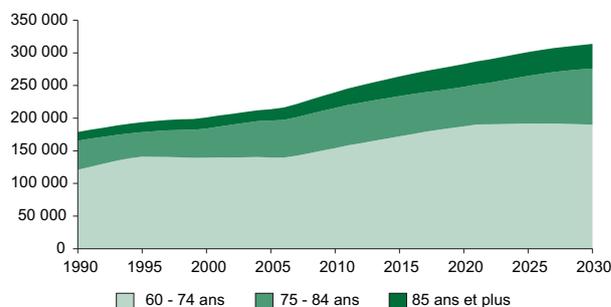
En Seine-Saint-Denis, l'espérance de vie à 60 ans est de 21,9 ans pour les hommes et 26,7 ans pour les femmes. Ces chiffres sont inférieurs à ceux de la région mais équivalents à ceux de la France métropolitaine. L'écart d'espérance de vie à 60 ans entre les hommes et les femmes reste élevé mais tend à se réduire (en France, il était de 5,1 ans en 1999 contre 4,3 ans en 2008).

Proportion de personnes âgées dans la population totale en 2008



Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Evolution de la population âgée de 60 ans ou plus en Seine-Saint-Denis



Source : Insee estimations localisées de population 1990-2008 et projections de population 2008-2030 - Exploitation ORS Île-de-France

Espérance de vie à 60 ans en 2008 (en année)

	Hommes	Femmes	Ecart homme-femme
Seine-Saint-Denis	21,9	26,7	4,8
Île-de-France	22,9	27,2	4,3
France métro.	22,0	26,7	4,7

Source : Insee - Exploitation ORS Île-de-France

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

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

Principales causes de décès chez les 65 ans et plus en 2006-2008

		Hommes				Femmes			
		Seine-St-Denis		IdF	Fr. métro.	Seine-St-Denis		IdF	Fr. métro.
		Effectifs	%	%	%	Effectifs	%	%	%
65-84 ans	Tumeurs	842	40,8	41,0	38,7	527	32,8	36,0	32,9
	Maladies de l'appareil circulatoire	508	24,6	23,7	26,8	427	26,5	24,2	28,1
	Symptômes, signes et résultats anormaux examen cliniques et laboratoire	150	7,3	6,5	4,3	128	7,9	7,6	5,2
	Autres*	563	27,3	28,8	30,2	527	32,8	32,2	33,8
	Total	2 063	100,0	100,0	100,0	1 609	100,0	100,0	100,0
85 ans et plus	Maladies de l'appareil circulatoire	231	32,7	32,4	35,2	505	35,0	34,3	38,1
	Tumeurs	149	21,1	21,1	20,3	203	14,1	13,7	12,4
	Symptômes, signes et résultats anormaux examen cliniques et laboratoire	77	10,8	8,6	7,0	184	12,7	11,8	10,1
	Autres*	250	35,3	37,9	37,5	551	38,2	40,2	39,4
	Total	707	100,0	100,0	100,0	1 443	100,0	100,0	100,0

Source : CépiDC Inserm- Exploitation ORS Île-de-France - nombre annuel moyen de décès - Exploitation ORS Île-de-France

* autres : toutes les causes de décès non citées dans ce tableau

Principaux diagnostics d'hospitalisation des 65 ans et plus en 2008

		Hommes				Femmes			
		Seine-St-Denis		IdF	Fr. métro.	Seine-St-Denis		IdF	Fr. métro.
		Effectifs	%	%	%	Effectifs	%	%	%
65-84 ans	Maladies de l'appareil circulatoire	6 081	16,0	15,6	16,6	4 664	12,0	10,4	12,0
	Maladies de l'appareil digestif	4 375	11,5	11,5	10,8	4 415	11,3	11,4	11,0
	Tumeurs	4 995	13,1	13,4	12,9	3 650	9,4	9,9	9,3
	Autres*	22 632	59,4	59,5	59,7	26 187	67,3	68,3	67,7
	Total	38 083	100,0	100,0	100,0	38 916	100,0	100,0	100,0
85 ans et plus	Maladies de l'appareil circulatoire**	841	18,3	18,2	19,7	1 719	19,1	16,7	18,7
	Surveil.post traitement med.ou chir.	640	14,0	10,9	7,3	953	10,6	11,0	6,5
	Lésions traumatiques et empoisonnements	232	5,1	5,7	6,5	950	10,5	11,1	12,5
	Autres*	2 873	62,6	65,2	66,5	5 386	59,8	61,2	62,3
	Total	4 586	100,0	100,0	100,0	9 008	100,0	100,0	100,0

Source : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées - Exploitation ORS Île-de-France

* autres : toutes les causes d'hospitalisation non citées dans ce tableau

** Séjours pour lesquels une maladie de l'appareil respiratoire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapie et de radiothérapie)

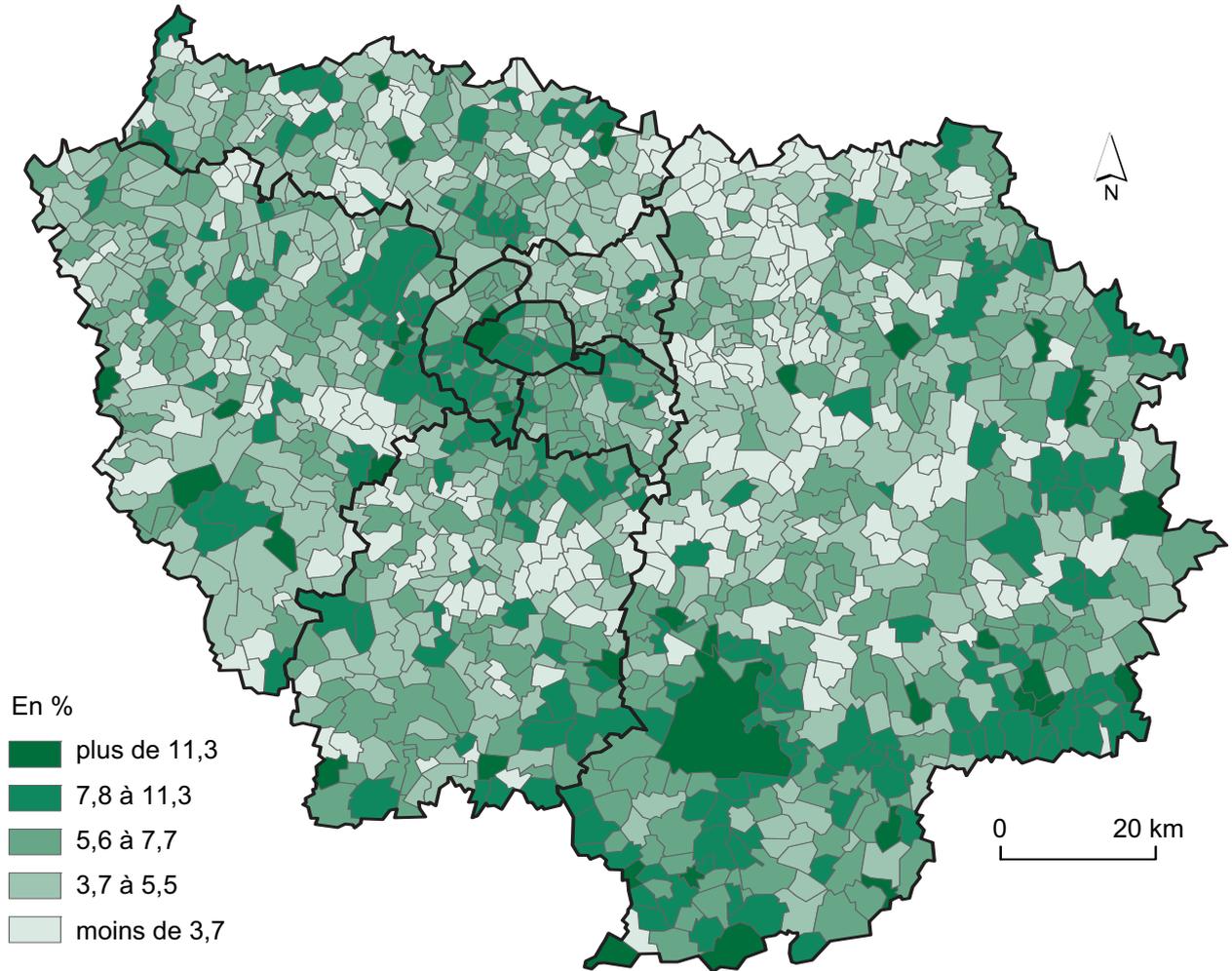
Principaux motifs d'admission en affection de longue durée des personnes de 65 ans et plus en 2006-2008

		Hommes				Femmes			
		Seine-St-Denis		IdF	Fr. métro.	Seine-St-Denis		IdF	Fr. métro.
		Effectifs	%	%	%	Effectifs	%	%	%
65-84 ans	Tumeur maligne	1 182	26,2	27,5	28,7	844	19,4	22,1	21,1
	Hypertension artérielle sévère	652	14,4	14,1	11,6	875	20,1	19,1	16,7
	Diabète (type 1 et 2)	783	17,3	14,4	13,9	743	17,0	13,1	13,9
	Autres*	1 901	42,1	44,0	45,8	1 898	43,5	45,7	48,3
	Total	4 518	100,0	100,0	100,0	4 360	100,0	100,0	100,0
85 ans et plus	Maladie d'Alzheimer et autres démences	53	11,9	12,9	12,9	200	19,2	21,4	21,5
	Hypertension artérielle sévère	52	11,8	12,4	9,7	183	17,5	17,4	14,2
	Insuffisance cardiaque	67	15,2	15,9	18,0	157	15,0	15,4	17,9
	Autres*	270	61,1	58,8	59,4	505	48,3	45,8	46,4
	Total	442	100,0	100,0	100,0	1045	100,0	100,0	100,0

Source : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Île-de-France - Nombre annuel moyen d'inscriptions en ALD - Exploitation ORS Île-de-France

* autres : toutes les causes d'admission en ALD non citées dans ce tableau

La part des 75 ans ou plus dans les communes d'Île-de-France en 2009



Source : Insee 2011 - Exploitation ORS Île-de-France

Contexte national

À u 31 décembre 2009, un peu plus de 10 000 structures assurent l'hébergement permanent de personnes âgées (Ehpa), qui proposent 689 000 places sur l'ensemble du territoire national [1, 2]. Suite à la réforme de la tarification engagée depuis 1997, ces établissements sont maintenant répartis en deux grandes catégories : d'une part les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les unités de soins de longue durée (USLD) et d'autre part les structures qui accueillent essentiellement des personnes autonomes ou peu dépendantes.

Les Ehpad, qui sont des structures médico-sociales, et les USLD, qui sont des structures sanitaires, partagent le même mode de tarification avec trois composantes : un prix de journée hébergement (supporté par les familles ou l'aide sociale départementale pour les personnes qui ne peuvent financer leur séjour), un forfait soins (financé par l'assurance maladie) et un forfait dépendance (financé partiellement par les Conseils généraux au titre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)). Progressivement, le contenu du forfait soins s'élargit aux dépenses habituellement remboursées individuellement à chaque résident [4]. Les Ehpad et USLD signent avec le Conseil général et l'Agence régionale de santé une convention tripartite qui fixe les "objectifs qualité" que l'établissement s'engage à atteindre, et détermine l'importance de la participation des différents financeurs. On dénombre fin 2009 près de 7 000 établissements ayant signé une convention tripartite, qui représentent 75% du total des capacités d'accueil. Le mouvement de transformation en Ehpad n'était pas achevé au moment où ces données ont été recueillies, et le nombre de places en Ehpad en 2011 est sans doute supérieur à ces chiffres.

L'activité des Ehpad s'est adaptée pour répondre notamment aux besoins d'accueil de personnes âgées dépendantes, à travers la création d'unités spécialisées mais aussi d'accueils de jour (9 000 places installées fin 2009) ou d'hébergement temporaire.

Les USLD s'adressent spécifiquement aux personnes qui cumulent une situation de grande dépendance et nécessitent également des soins médicaux et une surveillance médicale permanente. Leur capacité a considérablement diminué, de 76 300 lits en 2005 à 44 000 fin 2009, la majorité des équipements ayant été transformée en Ehpad.

Dans les USLD, installées dans les établissements de santé, le suivi médical des résidents est effectué par des praticiens hospitaliers, salariés de l'établissement. Dans les Ehpad en revanche, ce suivi est partagé entre le médecin traitant, dont l'activité est rémunérée à l'acte, et un médecin coordonnateur salarié de l'établissement.

Les Ehpa qui accueillent essentiellement des personnes peu dépendantes (143 000 places en 2009) n'ont pas vocation quant à eux à être transformés en Ehpad ; il s'agit le plus souvent de logements-foyers.

Plus de la moitié (58%) de la capacité d'accueil globale des Ehpa relève du secteur public, 26% du secteur non lucratif (association, mutuelle, fondation...), et 16% du secteur commercial. Les établissements de santé (USLD) restent un acteur important de l'accueil des personnes âgées avec près de 170 000 lits d'accueil, soit le quart de l'équipement total. Il s'agit essentiellement d'établissements publics [1, 2]. Même si l'âge d'entrée en Ehpa recule (83 ans et 5 mois en 2007), ces établissements continuent d'accueillir une proportion non négligeable de personnes de moins de 75 ans (14% en 2007 contre 16% en 2003). La part des personnes dépendantes augmente : dans les Ehpad et les USLD, 84% des résidents sont dépendants, un peu plus de la moitié étant classés en Gir 1 et Gir 2. Un peu plus du quart des résidents accueillis dans les Ehpa est placé sous régime de protection juridique (43% en USLD) [4]. Globalement, les Ehpa emploient fin 2007 près de 340 000 personnes (ETP) pour un taux d'encadrement moyen de 57 agents pour 100 places en Ehpad (78 en USLD). Les services généraux, les agents de service et les aides-soignants représentent 75% des emplois. L'emploi est très fortement féminisé (88%). Les moyens en personnel soignant des établissements (aide-soignant, infirmier, médecin coordonnateur...) ont été renforcés, le taux d'encadrement global ayant progressé de six points entre 2003 et 2007 [1].

En 2009, le taux d'équipement moyen de France métropolitaine (tout type de structures confondu) est de 128 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, mais varie de un à trois selon les régions : 167 places en Pays de la Loire, contre 48 en Corse. Le taux d'équipement est en baisse par rapport à celui de 1996, la croissance du nombre de places en établissements pour personnes âgées n'ayant pas compensé l'augmentation de l'effectif des 75 ans ou plus. Cette tendance doit cependant être relativisée dans la mesure où la croissance de la population âgée ne signifie pas forcément une augmentation équivalente du nombre de personnes dépendantes.

Repères bibliographiques et sources

1. Prévot J. (2009). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et résultats. Drees. n° 689. 8 p.
2. Drees, ARS, Base Statistis 2010
3. Perrin-Haynes J. (2010). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées, Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007. Document de travail. Série statistiques. Drees. n° 142. 160 p.
4. Article L. 314-2 du Code de l'action sociale et des familles
5. Prévot J. (2009). Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et résultats Drees. n° 699. 8 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Depuis 1995, la capacité d'accueil dans les hébergements pour personnes âgées a augmenté de près de 19%.
- > Le taux d'équipement global en places d'hébergement pour personnes âgées est inférieur au taux national et régional.
- > L'offre médicalisée est en forte augmentation dans le département et en France.

En Seine-Saint-Denis au 1er janvier 2011, on recense près de 7 500 places dans les établissements pour personnes âgées. Depuis 1995, près de 1 200 places d'hébergement permanent ont été créées dans le département, soit une augmentation de capacité d'accueil globale de près de 19%.

En 2010 et 2011, la diminution du nombre de places en unités de soins de longue durée (USLD) est due à la transformation de places USLD en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Rapporté à la population âgée de 75 ans et plus, le taux d'équipement global en places d'hébergement pour personnes âgées est de 95,2 places pour 1 000. Ce taux départemental est inférieur à celui observé en Île-de-France (117,2 pour 1 000) ou en France métropolitaine (126,1 pour 1 000).

Pour soulager les familles qui aident un parent âgé, des dispositifs spécifiques se développent progressivement. Il s'agit principalement de structures proposant des places d'hébergement temporaire ou d'accueil à la journée. Ces dernières sont souvent réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées).

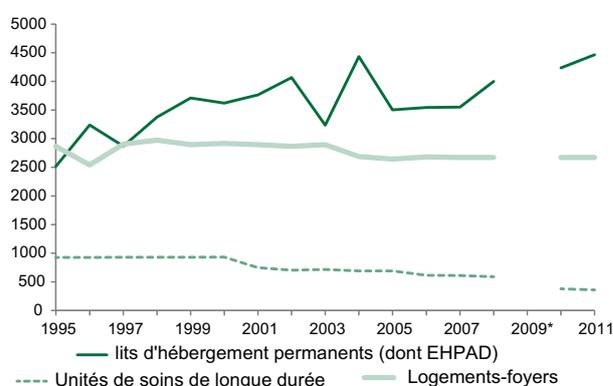
En 2011, le département de Seine-Saint-Denis compte 91 places d'hébergement temporaire, en maison de retraite ou en logement-foyer, soit 1,2 place pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (1,7 place pour 1 000 en France métropolitaine). De plus, 100 places sont dédiées à l'accueil de jour, soit 1,3 place pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus (1,9 au niveau national).

Les places en **hébergement permanent** sont consacrées à l'accueil en continu des personnes âgées.

Les places en **hébergement temporaire** sont consacrées à l'accueil des personnes âgées pour une durée limitée de quelques semaines à quelques mois.

Les places en **accueil de jour** permettent d'accueillir pour une ou plusieurs journées par semaine, voire des demi-journées des personnes âgées demeurant habituellement à domicile. L'accueil de jour peut être proposé par un établissement autonome ou par un établissement qui propose aussi de l'hébergement permanent.

Evolution de l'offre d'hébergement permanent en Seine-Saint-Denis entre 1995 et 2011



* Les données 2009 ne sont pas publiées dans Statiss

Source : DREES - Enquête EHPA, FINESSE, SAE. Exploitation ORS Île-de-France

Places d'hébergement permanent pour personnes âgées en 2011

	Maison de retraite	Logement foyer	USLD	Total	Taux équip. ¹
Seine-Saint-Denis	4 462	2 670	357	7 489	95,2
Île-de-France	55 316	26 175	5 601	87 092	117,2
France-métro.	515 573	140 882	33 579	690 034	126,1

Source : Dress - ARS - Finess - SAE, Insee - Estimations 2009
Exploitation ORS Île-de-France

¹ : Taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

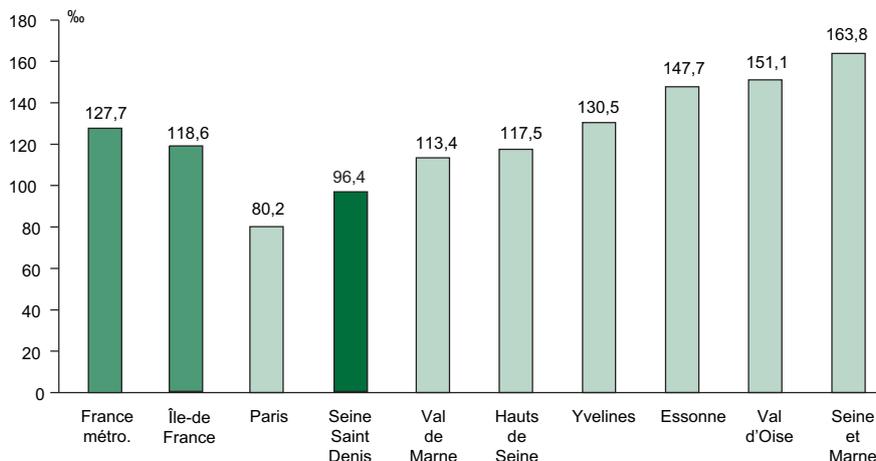
L'offre d'hébergement pour personnes âgées en 2011

	Nombre de lits et places dans le 93	Taux d'équipement ¹		
		Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métro.
Hébergement permanent	7 489	95,2	117,2	126,1
Hébergement temporaire	91	1,2	1,3	1,7
Accueil de jour	100	1,3	1,9	1,9
Total	7 680	97,6	120,5	129,6

Source : Dress - ARS - Finess - SAE, Insee - Estimations 2009
Exploitation ORS Île-de-France

¹ : Taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Taux d'équipement² en structures d'hébergement complet pour personnes âgées en 2011 en Île-de-France**



Source : DRASS - Enquête EHPA - FINESS - SAE - Exploitation ORS Île-de-France

² : Taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

**Lits maison de retraite, lits de logements-foyers, lits hébergement temporaire et lits USLD

Le taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour la région est inférieur à celui de la France métropolitaine (118,6 contre 127,7 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus). Parmi les départements d'Île-de-France, Paris présente le taux le plus bas (80,2 pour 1000) et la Seine-et-Marne le taux le plus élevé (163,8 pour 1000).

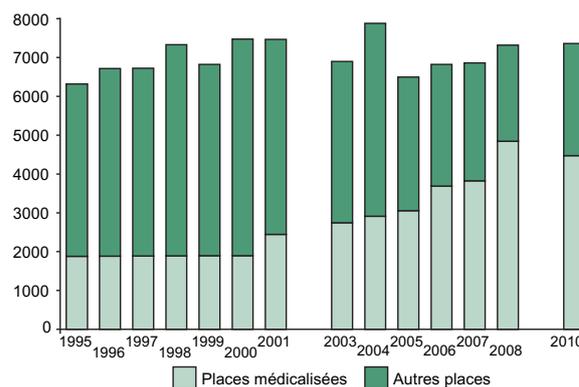
Les quatre départements de grande couronne ont des taux d'équipement supérieurs à la moyenne nationale.

La Seine-Saint-Denis présente un taux d'équipement de 96,4 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus : c'est un des plus bas taux de la région, juste après Paris.

Si l'on considère l'offre médicalisée, soit la somme des places en Ehpad et en USLD, le département est plus équipé qu'en moyenne dans la région (91,2 places pour 1 000 Séquanodionysiens contre 83,7 places pour 1 000 Franciliens). Toutefois, la Seine-Saint-Denis reste moins équipée qu'en moyenne en France métropolitaine (102,6 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus).

L'augmentation de l'offre médicalisée est particulièrement marquée : le nombre total de places "médicalisées" est passé d'un peu plus de 1 880 en 1995 à plus de 6 800 en 2011. Cette forte augmentation n'est pas spécifique à la Seine-Saint-Denis, elle est due à la modification du statut des maisons de retraite avec section de cure médicale en Ehpad, et de la transformation de certaines USLD en Ehpad (voir encadré bas de page).

Evolution des places d'hébergement permanent médicalisées dans l'offre totale d'hébergement entre 1995 et 2010 en Seine -Saint-Denis



Source : DRASS - Enquête EHPA - FINESS - SAE -

Exploitation ORS Île-de-France

Statiss ne fournit pas de données de places médicalisées pour la Seine-Saint-Denis pour 2002 et 2009.

Nombre de places médicalisées pour personnes âgées en 2011

	Ehpad	USLD	Total	Taux équip. ¹
Seine-Saint-Denis	6 820	357	7 177	91,2
Île-de-France	56 558	5 601	62 159	83,7
France métro.	527 791	33 579	561 851	102,6

Source : Dress - ARS - Finess - SAE, Insee - Estimations 2009

Exploitation ORS Île-de-France

¹ : taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Rappel sur la notion d'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

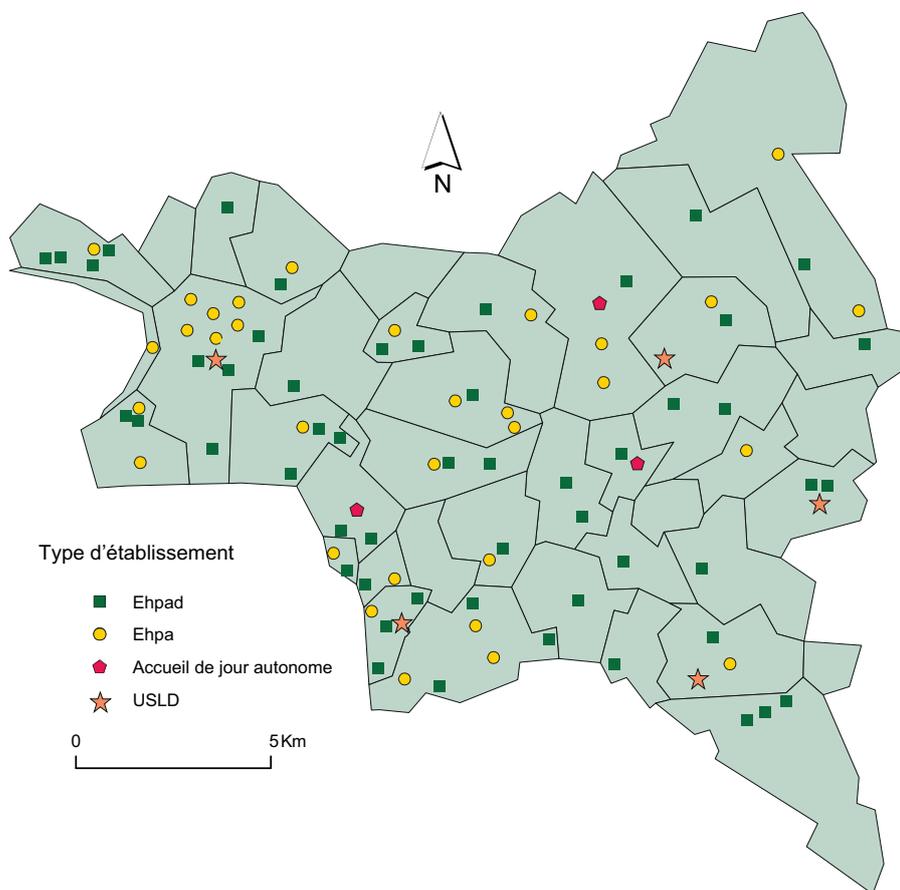
Jusqu'en 1996, la tarification en vigueur dans les établissements hébergeant des personnes âgées comportait une ou deux composantes suivant la médicalisation ou non des places dans l'établissement.

A partir de 1997, les établissements médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées dépendantes sont tenus de conclure une convention pluriannuelle avec le Conseil général et l'autorité compétente de l'Etat en matière de tarification des soins.

La mise en application de la réforme s'est étalée sur plusieurs années. La dernière étape touchant les USLD a commencé en 2009.

La réforme étend la capacité de dispenser des soins à la totalité de la capacité d'hébergement autorisée. Elle a pour principale conséquence une augmentation de l'offre de prise en charge de la dépendance en institution.

Localisation des établissements pour personnes âgées en Seine-Saint-Denis début 2012



Source : Conseil général de Seine-Saint-Denis, ARS Île-de-France, Exploitation ORS Île-de-France

L'offre d'hébergement en places habilitées à l'aide sociale* dans les établissements pour personnes âgées en Seine-Saint-Denis au 31 avril 2012

	Ehpad				Ehpa			
	Nombre d'établissements	Nombre de lits	Nombre de lits HAS*	% de lits HAS*	Nombre d'établissements	Nombre de lits	Nombre de lits HAS*	% de lits HAS*
Public	8	946	940	99 %	27	1374	1374	100 %
Privé non lucratif	27	2370	2236	93 %	4	200	200	100 %
Privé commercial	19	1585	208	22 %	0	0	0	100 %
Total	54	4901	3384	69 %	31	1574	1574	100 %

Source : Conseil général de Seine-Saint-Denis, Exploitation ORS Île-de-France

* : HAS : habilité à l'aide sociale

En avril 2012, selon les données du Conseil général de Seine-Saint-Denis, près de 70 % des places en Ehpad sont habilitées à l'aide sociale. On observe que 32 % des places en Ehpad sont gérées par le secteur privé commercial, 22 % de ces places sont habilitées à l'aide sociale. L'offre en Ehpa est essentiellement publique et la totalité des lits est habilitée à l'aide sociale.

Contexte national

Pour faire face aux besoins d'aide et de soins des personnes âgées dépendantes, différents dispositifs d'intervention publique ont vu le jour, reposant sur des sources de financement et des lieux de décision distincts. Les politiques en faveur du maintien à domicile des personnes âgées, qui se sont développées dès le début des années 1960, ont connu un nouvel essor depuis une quinzaine d'années. Diverses mesures ont ainsi été adoptées pour favoriser le développement des emplois familiaux : simplification des modalités d'embauche, réduction du coût du travail par l'exonération de certaines cotisations sociales d'employeurs, déductions fiscales pour les particuliers employeurs, solvabilisation des ménages par l'instauration de nouvelles prestations (allocation personnalisée d'autonomie...). Selon la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (Dares), les emplois à domicile représenteraient 1,6 million d'emplois salariés en 2008, la majorité des heures travaillées correspondant aux interventions en faveur des personnes âgées dépendantes [1]. Le nombre de personnes intervenant dans le cadre de ces services auprès des populations fragiles est estimé à 518 000 personnes [2]. L'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), créée en 2002, est une aide en nature dont l'attribution dépend des Conseils généraux. Elle est attribuée aux personnes de 60 ans ou plus, en fonction de leur niveau de perte d'autonomie, déterminé par l'appartenance à un Groupe iso-ressources (Gir, cf. dernière page). Son montant varie selon les ressources financières du demandeur. Cette aide abonde principalement des heures d'aide à domicile pour les personnes demeurant à domicile et tout ou partie du tarif "dépendance" pour les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Plus d'1,1 million de personnes percevaient l'Apa au 30 septembre 2009, ce qui correspond à une proportion de 208 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Depuis la création de cette allocation, le nombre de bénéficiaires est en constante augmentation. Parmi ces bénéficiaires, 61% vivent à domicile et 39% en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Près de la moitié d'entre eux (45%) correspondent à un Gir 4, 19% à un Gir 3, 28% à un Gir 2 et 8% à un Gir 1, cette répartition étant différente selon le lieu de vie (domicile ou institution) [3]. Une analyse comparative du nombre de bénéficiaires pour 1 000 habitants âgés de 75 ans ou plus fait apparaître des écarts très sensibles entre départements : le taux de bénéficiaires varie de un à quatre en 2008, de 122 dans les Yvelines à 497 à la Réunion [4]. Selon les études menées par la Drees, ces écarts s'expliquent à plus de 60% par la structure sociodémographique des départements, le nombre de bénéficiaires de l'Apa étant plus élevé dans les départements où la part des agriculteurs et des ouvriers dans la population est grande et dans ceux ayant une forte proportion de retraités percevant le minimum vieillesse [5, 6].

Les soins infirmiers délivrés par des infirmiers libéraux, des infirmiers salariés des centres de soins ou des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) jouent un rôle primordial dans la prise en charge sanitaire quotidienne des personnes âgées dépendantes. Ce type de soins représente une part importante de l'activité des 60 000 infirmiers libéraux, avec 158 millions d'actes en 2008 [7]. Les 2 100 Ssiad ont quant à eux effectué 35 millions de journées d'intervention en 2008, qui peuvent être assimilées à 70 millions de toilettes. Ces services emploient 24 000 salariés (ETP), principalement des aides-soignants (18 600) pour les soins de type nursing (toilettes...), mais près de 20 000 infirmiers libéraux ont également collaboré avec ces services en 2008, pour des soins techniques. La densité d'infirmiers libéraux comme le taux d'équipement en Ssiad varie fortement selon les départements [7]. Mais ces interventions auprès des personnes âgées dépendantes ne sont pas du seul ressort des professionnels de santé, et il n'existe pas de frontière étanche entre l'activité de soins infirmiers et celle d'aides à domicile, qui effectuent parfois aussi des toilettes [8]. Pourtant, ces activités ne relèvent pas des mêmes sources de financement ni des mêmes lieux de décision. Les soins infirmiers, qui sont effectués sur prescription médicale, sont financés par l'Assurance maladie avec prise en charge à 100% pour les patients en affection de longue durée (ALD). Le coût des aides à domicile est quant à lui supporté par les particuliers, les Conseils généraux au titre de l'Apa ou de la prestation d'aide ménagère départementale, les caisses de retraite... Plus généralement, cette ligne de partage entre l'aide et le soin recouvre des clivages aussi bien professionnels (travailleurs sociaux et professionnels de santé n'ont pas les mêmes cultures professionnelles), qu'administratifs et institutionnels. Les politiques en faveur des personnes âgées dépendent au plan national de deux ministères différents (Ministère chargé de la santé, Ministère chargé de la cohésion sociale). La Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) joue également un rôle primordial dans ce domaine, à travers notamment la détermination des budgets attribués aux Conseils généraux et aux Agences régionales de santé (ARS) pour le financement des aides (Apa) et des budgets soins (Ssiad, Ehpad). Ce partage institutionnel se retrouve également dans les régions, entre les ARS qui décident de la répartition des budgets de l'Assurance maladie et les Conseils généraux qui ont en charge les politiques en faveur des personnes âgées. Enfin, même si le nombre de professionnels intervenant auprès des personnes âgées dépendantes est en constante augmentation, l'aide apportée par l'entourage reste prépondérante. Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, une sur deux reçoit une aide en raison d'un handicap ou d'un problème de santé, près de la moitié de ces personnes étant aidées uniquement par leur entourage [9, 10].

Repères bibliographiques et sources

- Ould Younes S. (2010). Les services à la personne : une croissance vive en 2007, atténuée en 2008. Dares analyses. Dares. n° 20. 10 p
- Marquier R. (2010). Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008. Etudes et résultats. Drees. n° 728. 8 p.
- Debout C, Lo SH. (2009). L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. Etudes et résultats. Drees. n° 710. 6 p.
- Ministère de la santé et des sports. (2010). L'allocation personnalisée d'autonomie (APA). [page internet]. www.sante-sports.gouv.fr/l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa.html
- Jeger F. (2005). L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003. Etudes et résultats. Drees. n° 372. 8 p.
- Michèle Mansuy, sous-direction Observation de la solidarité, Drees, Stève Lacroix, division Statistiques régionales, locales et urbaines, Insee, Aides sociales à l'insertion et aux personnes âgées, Les situations contrastées des départements, Insee Première N° 1346, Avril 2011
- Cnamts. Snir 2008 (système national inter-régimes)
- Bertrand D. (2010). Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. Etudes et résultats. Drees. n° 739. 8 p.
- Marquier R. (2010). Les activités des aides à domicile en 2008. Etudes et résultats. Drees. n° 741. 8 p
- Dutheil N. (2001). Les aides et les aidants des personnes âgées. Etudes et résultats. Drees. n° 142. 11 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

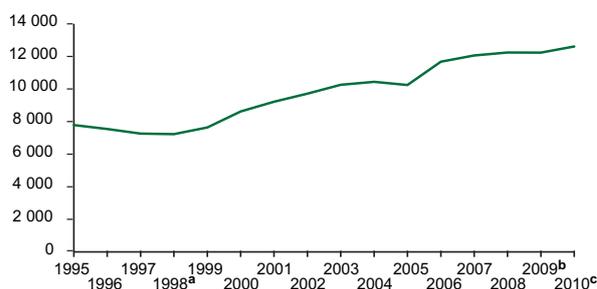
- Le taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est presque une fois et demi plus élevé dans le département qu'en France métropolitaine.
- La proportion de bénéficiaires de l'aide ménagère départementale est plus faible en Seine-Saint-Denis (1,3 % personnes de 65 ans et plus) qu'en Île-de-France et en France métropolitaine.

Au 31 décembre 2010 (données provisoires), **près de 12 600 Séquano-Dionysiens perçoivent des allocations du minimum vieillesse, soit 5,5 % des personnes âgées de 60 ans ou plus du département.** Cette proportion est supérieure au taux régional (3,6 %) et au taux national (3,5 %).

Contrairement à ce que l'on observe au niveau national, en Île-de-France comme en Seine-Saint-Denis, le nombre de bénéficiaires est en augmentation constante depuis 1995.

Les allocations du minimum vieillesse permettent aux personnes âgées les moins favorisées, ayant au moins 65 ans (60 ans et plus en cas d'incapacité au travail), d'atteindre un seuil minimal de revenu. Depuis 2007, deux allocations permettant d'atteindre le niveau du minimum vieillesse coexistent : l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) et l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) qui est entrée en vigueur le 13 janvier 2007. Elle se substitue, pour les nouveaux bénéficiaires, aux anciennes allocations du minimum vieillesse, notamment à l'ASV.

Evolution du nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse entre 1995 et 2010 en Seine-Saint-Denis



Attention : ces données sont estimées.

Sources : estimation DREES, FSV (Fonds Solidarité Vieillesse) et enquête DREES auprès de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), du régime social des indépendants (RSI), de la MSA, de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), de l'établissement national des invalides de la marine (ENIM), de la société nationale des chemins de fer (SNCF), de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) pour la France métropolitaine ; estimation DREES, CNAV pour les DOM.

Exploitation ORS Île-de-France

^a - Données relatives à l'année 1998 modifiées en mai 2010.

^b - Avant 2009, les allocataires résidant à l'étranger étaient ventilés dans chaque département.

^c - Données provisoires pour 2010

En 2009, plus de 200 Séquano-Dionysiens âgés de 65 ans et plus demeurant à domicile bénéficient de l'aide ménagère départementale. Cette prestation est financée par le régime général de l'Assurance maladie ou, dans une moindre mesure, par les Conseils généraux. La proportion de bénéficiaires de cette aide, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus dont la dépendance est évaluée au niveau d'un GIR 5 ou 6 (ne relevant pas de l'APA), est relativement faible en Seine-Saint-Denis (1,3 pour 1000 des Séquano-Dionysiens âgés de 65 ans et plus en bénéficient, contre 2,3 en Île-de-France et 2,0 pour 1000 en France métropolitaine).

Effectifs des mesures d'aide ménagère départementale au 31/12/2009

	Nombre	Taux*
Seine-Saint-Denis	215	1,3
Île-de-France	3 431	2,3
France métr.	20 729	2,0

Source : Dress, Insee estimation 2009 - Exploitation ORS Île-de-France

* taux pour 1000 personnes âgées de 65 ans ou plus

L'aide ménagère départementale (AMD) et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) sont deux prestations attribuées par le Conseil général aux personnes de 65 ans ou plus, sous conditions de ressources et récupérables sur succession, ce que n'est pas l'APA (l'allocation personnalisée d'autonomie).

L'aide ménagère départementale sert à acquitter des heures d'aide à domicile (entretien, courses, portages de repas, démarches simples et courantes...) Elle est attribuée au titre de l'aide sociale à des personnes âgées dont la dépendance est évaluée au niveau d'un GIR 5 ou 6 et qui ne peuvent de ce fait ouvrir droit à l'APA. Cette prestation est accordée si les ressources mensuelles du bénéficiaire ou du couple sont inférieures aux barèmes fixés par le Conseil Général.

Si les ressources mensuelles sont supérieures, la prise en charge est assurée par la caisse de retraite. Dans chacun des cas, une participation financière, déterminée en fonction des ressources, peut être demandée.

L'aide sociale à l'hébergement permet aux personnes résident en établissement d'hébergement pour personnes âgées d'acquitter tout ou partie du tarif hébergement de l'établissement (frais de séjour).

Les personnes âgées, lorsqu'elles ne peuvent plus rester à domicile, ont la possibilité de bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) versée par le Conseil général.

En Seine-Saint-Denis, la proportion de bénéficiaires de cette aide parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus est relativement élevée : 3,1 % des Séquano-Dionysiens âgés de 75 ans ou plus en bénéficient contre 2,5 % en Île-de-France et 2,1 % en France métropolitaine.

Bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement au 31/12/2009

	Nombre	Taux*
Seine-Saint-Denis	2 476	31
Île-de-France	18 716	25
France métro.	116 055	21

Source : Dress, Insee Estimation 2009 - Exploitation ORS Île-de-France
* Taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Depuis 1995, le nombre de places dans les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) a beaucoup progressé en Seine-Saint-Denis, passant de 599 places à 1 522 en 2011. L'augmentation du taux d'équipement du département entre 2003 et 2011 reflète deux phénomènes : l'augmentation marquée du nombre de places et la faible augmentation des 75 ans et plus sur la période. L'offre Ssiad est, en 2011, de 19,3 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, soit un taux légèrement moins élevé qu'en Île-de-France (20,5 pour 1000) et qu'en France métropolitaine (19,8 pour 1000).

Depuis 2004 il existe des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) mis en place pour les gestionnaires dirigeant à la fois un Ssiad et un service d'aide à domicile. La circulaire n°DGAS/2C/2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile précise qu'au-delà de la reconnaissance, cette disposition vise à favoriser la coordination des interventions autour de la personne. Les Spasad assurent un accompagnement polyvalent associant une aide non médicalisée et des soins coordonnés aux personnes. Ces services polyvalents sont amenés à mettre en place des structures d'accompagnement et de répit (accueil de jour, garde itinérante, accueil de nuit...).

Evolution de l'offre de services de soins infirmiers à domicile

	Nombre de services	Nombre de places	Taux* équip. Seine-St-Denis	Taux* équip. Île-de-France	Taux* équip. Fr. métro
1995	20	599	9,2	10,3	12,1
2003	26	950	13,5	14,0	14,9
2011	32	1 522	19,3	20,5	19,8

Source : Dress - ARS - Finess - Insee Estimation 2009
Exploitation ORS Île-de-France
* Taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Fin 2011, plus de 19 000 Séquano-Dionysiens perçoivent l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit un taux de bénéficiaires de 242 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. Cette proportion est 1,4 fois plus élevée qu'en Île-de-France où on dénombre 173 bénéficiaires pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. En Seine-Saint-Denis, près des trois-quarts (72,4%) des bénéficiaires de l'APA demeurent à domicile. Ils sont un peu plus nombreux à être en établissement d'hébergement pour personnes âgées que dans la région et en France (environ 40%).

Bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2011

	Effectif à domicile	Effectif en établissement	Effectif total	Taux*
Seine-St-Denis	13 797	5 249	19 046	242,5
Île-de-France	73 323	50 504	123 827	172,5
France métro.	694 279	446 815	1 141 094	216,5

Source : Conseils généraux, CNAV, Drees - Insee Estimation 2009
Exploitation ORS Île-de-France
* taux pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus

Bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) en Seine-Saint-Denis - Exercice 2011

En 2011, les données fournies par le Conseil général de Seine-Saint-Denis montrent qu'il a versé une allocation personnalisée d'autonomie à 20 517 personnes. Parmi ces dernières, 27,8 % vivaient en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Les bénéficiaires de l'APA à domicile sont dans l'ensemble beaucoup moins dépendants que ceux vivant en établissement : en Seine-Saint-Denis 23,5 % des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile sont en Gir 1 ou Gir 2 (niveaux de dépendance les plus sévères), alors que cette proportion est de 60,8 % en établissement. Le taux de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile est proche de celui observé en Île-de-France (28,7 %) mais bien supérieur à celui constaté en France métropolitaine (20,2 %).

Bénéficiaires de l'Apa en établissement en Seine-Saint-Denis en 2011

	GIR1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
60 à 69 ans	33	118	58	84
70 à 79 ans	117	406	162	213
80 à 89 ans	395	1211	410	628
90 ans et plus	326	866	283	405
Total	871	2 601	913	1330

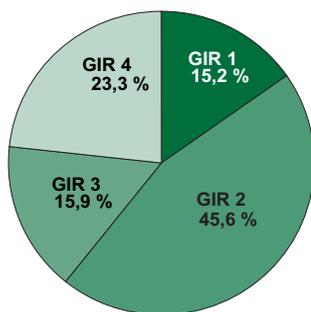
Source : Conseil général de Seine-Saint-Denis

Bénéficiaires de l'Apa à domicile en Seine-Saint-Denis en 2011

	GIR1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
60 à 69 ans	22	226	298	826
70 à 79 ans	117	688	849	2 263
80 à 89 ans	219	1 452	1 621	3 780
90 ans et plus	128	624	656	1 033
Total	486	2 990	3 424	7 902

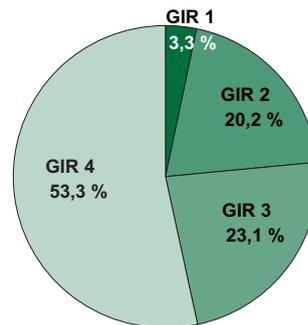
Source : Conseil général de Seine-Saint-Denis

Répartition du nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement par groupe Aggir en 2011 en Seine-Saint-Denis



Source : Conseil général de Seine-Saint-Denis

Répartition du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile par groupe Aggir en 2011 en Seine-Saint-Denis



Source : Conseil général de Seine-Saint-Denis

La grille Aggir (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) répartit les personnes selon leur niveau d'autonomie, à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne effectués. Le "classement" en Gir 1 à 4 ouvre le droit à l'Apa :

Gir 1 : personnes confinées au lit et au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Gir 2 : personnes confinées au lit et au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour les actes essentiels de la vie courante, et personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé des capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du logement est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

Gir 3 : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

Gir 4 : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules. Ce groupe comprend les personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Gir 5 : personnes autonomes dans leur déplacement chez elles, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Gir 6 : personnes autonomes pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

5.1 Les enfants handicapés

Contexte national

La loi du 11 février 2005 [1] a établi le droit à la scolarisation des enfants et jeunes handicapés, considérant que l'Etat devait mettre en place les moyens financiers et humains nécessaires à leur scolarisation en milieu ordinaire. Pour atteindre cet objectif, chaque enfant handicapé peut bénéficier d'un plan personnalisé de scolarisation (PPS), qui définit les modalités du déroulement de sa scolarité et notamment les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant à ses besoins particuliers. Le PPS détermine également les aides techniques nécessaires au bon suivi de la scolarité et l'attribution de matériels pédagogiques destinés à compenser le handicap. Validé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) constituée dans chaque département, ce plan est élaboré en lien avec la famille, par les équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), instances administrées par les conseils généraux, créées par la loi du 11 février 2005. Une équipe de suivi de scolarisation, réunie et animée par l'enseignant référent dont dispose chaque enfant handicapé, est chargée de favoriser la continuité et la cohérence de la mise en œuvre du PPS tout au long de la scolarité [2].

Parmi les différentes modalités d'accompagnement prévues par le PPS, l'auxiliaire de vie scolaire individuel (AVS.i) a pour mission d'aider l'élève handicapé dans sa vie quotidienne à l'école (aide aux déplacements et à l'installation dans la classe, aide à la manipulation de matériel pédagogique, aide à la prise des repas et aux gestes d'hygiène, ...) et de faciliter sa communication et sa socialisation. D'autres mesures d'accompagnement sont prévues pour faciliter la scolarisation des enfants handicapés : temps de soutien scolaire, prise en charge des frais de transport, accessibilité des locaux, aménagement des conditions d'examens et de concours... [2].

Près de 190 000 élèves en situation de handicap sont accueillis dans les écoles et les établissements scolaires au plan national en 2009-2010 [3]. Ils représentent 1,8 % des effectifs dans le premier degré et 1,3 % dans le second degré. 68 % d'entre eux fréquentent une "classe ordinaire", alors que les autres sont scolarisés en "intégration collective" dans les classes d'inclusion scolaire du premier degré (CLIS) ou dans les unités pédagogiques d'intégration (UPI) du second degré devenues « Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) » [4]. Toutes modalités de scolarité confondues, les élèves souffrant d'un trouble intellectuel ou mental constituent 66 % des effectifs dans le premier degré, et 51 % dans le second degré [3].

L'Allocation d'éducation spéciale (AES), devenue le 1er janvier 2006 l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), est versée par les caisses d'allocations familiales (CAF et MSA) afin de compenser les frais et aides nécessaires à un enfant, en lien avec son handicap. Cette allocation, accordée sans conditions de ressources, a concerné, en 2008, 160 000 familles pour 168 500 enfants bénéficiaires soit 10,6 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans. Le nombre d'allocataires, qui progresse de manière continue, est en forte augmentation depuis 2002 (+ 26 %). On observe des variations géographiques importantes en termes de taux de bénéficiaires avec les situations extrêmes de l'Ardèche (5 pour 1 000) et de la Corse du Sud (14 pour 1 000).

Les familles peuvent également bénéficier en complément de cette allocation d'éléments de la prestation de compensation du handicap (PCH), instaurée par la loi du 11 février 2005. L'instruction des demandes d'AEEH et de PCH dépend des MDPH, qui exercent une mission générale d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des jeunes handicapés et de leur famille, l'instance décisionnaire étant la CDAPH [2].

Les services de soins et d'éducation spéciale à domicile (Sessad), dont les capacités d'accueil (34 000 places fin 2006) ont doublé depuis 2001, ont été créés pour faire face aux besoins d'accompagnement et de soins des enfants et jeunes handicapés dans leurs différents lieux de vie (école, domicile...) [5]. Le Sessad est cependant rarement le seul acteur à intervenir dans le parcours de soins d'un enfant handicapé qui peut mobiliser également des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers, un centre d'action médico-social précoce (CAMSP) [6], un centre médico-psychologique (CMP) rattaché à un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)... Les CMPP et les CAMSP accueillent les enfants pour des consultations en ambulatoire. Créés à partir de 1946 sous l'impulsion d'enseignants et de soignants, les CMPP se situent à la frontière du secteur médico-social et de la psychiatrie. Ces structures s'adressent aux enfants et aux adolescents de 0 à 20 ans présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement. Elles ont pour fonction de pratiquer le dépistage précoce par des bilans, le diagnostic d'éventuelles manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action thérapeutique ou rééducative sous la responsabilité d'un médecin. Les CAMSP accueillent les enfants de moins de six ans. Fin 2006, l'enquête "ES" dénombrait 450 CMPP et 273 CAMSP en France.[7]. Malgré la forte progression du nombre de jeunes scolarisés en milieu ordinaire, un nombre important de jeunes handicapés sont suivis dans les établissements médico-sociaux : 107 000 en 2006. La majorité d'entre eux (80%) bénéficient d'un temps de scolarisation, qui est dispensé en général par des enseignants de l'Education nationale mis à disposition. La scolarisation est parfois aussi organisée de manière alternée entre l'école et l'établissement [8].

Repères bibliographiques et sources

1. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
2. CNSA. (2010). Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Edition 2009. 290 p.
3. Ministère de l'éducation nationale, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance. (2010). Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. Edition 2010. Ed. DEPP. 424 p.
4. Circulaire n° 2010-088 du 18-6-2010 : Scolarisation des élèves handicapés : Dispositif collectif au sein d'un établissement du second degré.
5. Le Duff R, Raynaud P. (2007). Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention. Etudes et résultats. Drees. n°574. 8 p.
6. CNSA. (2008). Les CAMSP : Centres d'action médico-sociale précoce. Résultats de l'enquête quantitative menée en 2008. 35 p.
7. Drees, Dossiers solidarité et santé, N°20, 2011
8. Mainguené A. (2008). Les structures pour enfants handicapés en 2006 : un développement croissant des services à domicile. Résultats de l'enquête ES 2006. Etudes et résultats. Drees. n° 669. 8 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

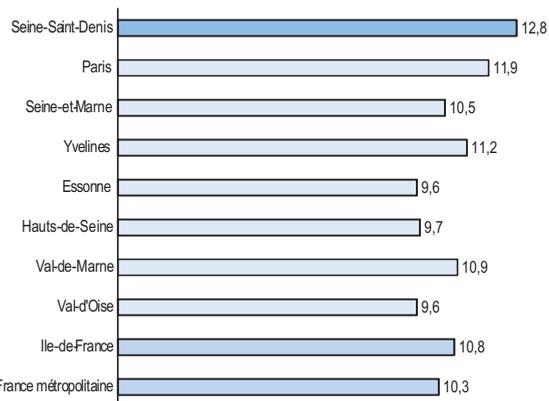
- > Près de 5 600 familles séquanodionysiennes sont bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Le département recense 12,8 bénéficiaires de cette allocation pour 1000 jeunes, soit le taux le plus élevé d'Ile-de-France
- > Forte progression du nombre d'élèves handicapés scolarisés
- > La Seine-Saint-Denis est le moins bien pourvu des départements français en structures de prise en charge des enfants handicapés (toutes structures confondues)

En Seine-Saint-Denis, fin 2009, 5 597 enfants sont bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH).

Rapporté à la population de moins de 20 ans, le département recense **12,8 bénéficiaires pour 1 000 jeunes**, soit le taux le plus élevé d'Ile-de-France.

Ce taux est de 10,8‰ en Ile-de-France et de 10,3‰ en France métropolitaine.

Bénéficiaires* de l'AEEH au 31 décembre 2009

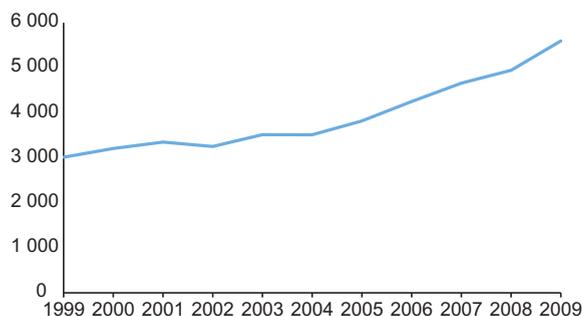


Source : Cnaf, Insee - exploitation ORS Ile-de-France
*Taux pour 1 000 enfants et adolescents âgés de moins de 20 ans

Entre 1999 et 2009, le nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé a fortement progressé en France.

C'est particulièrement vrai en Seine-Saint-Denis où ce nombre est passé de 2 964 à 5 597, soit une progression de 89%, sensiblement supérieure à celles observées au niveau régional (70%) et au niveau national (57%).

Evolution du nombre de familles bénéficiaires de l'AEEH en Seine-Saint-Denis entre 1999 et 2009



Source : Cnaf - exploitation ORS Ile-de-France

En 2010, on dénombre **20 Services d'éducation spéciale et de soins à domicile** (Sessad) en Seine-Saint-Denis, offrant un total de 947 places. Le taux d'équipement s'élève à 2,16 places pour 1 000 enfants ou adolescents âgés de moins de 20 ans. Il est supérieur au taux francilien (1,97%).

Les Sessad prenant en charge majoritairement les enfants atteints de déficience intellectuelle représentent 33% des places.

Les Sessad en Seine-Saint-Denis en 2010

	Nombre d'étab.	Capacité autorisée	Taux d'équip.*
Déficience auditive	2	102	0,23
Déficience grave de la communication	2	49	0,11
Déficience intellectuelle	7	290	0,66
Déficience motrice	3	205	0,47
Déficience visuelle	1	81	0,18
Polyhandicap	1	50	0,11
Troubles du caractère et du comportement	3	150	0,34
Retard mental profond ou sévère	1	20	0,05
Total	20	947	2,16

Source : Statiss (Drees), exploitation ORS Ile-de-France
*Taux pour 1 000 enfants et adolescents âgés de moins de 20 ans

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) peuvent accueillir des enfants de moins de six ans porteurs de déficiences de tous types ou être spécialisés dans un type de déficience (auditive par exemple). En accord avec les parents de l'enfant, des actions concertées peuvent être réalisées dans les milieux fréquentés par l'enfant (crèche, école, centre de loisir, ...). Les **Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)** favorisent le maintien de l'enfant ou de l'adolescent dans un milieu familial, scolaire et social. En Seine-Saint-Denis, on dénombre 3 CAMSP et 12 CMPP en 2009.

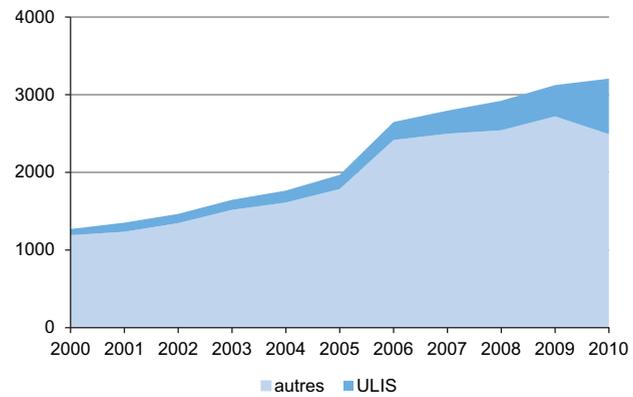
Nombre de centres médico-psycho-pédagogique et de centres d'action médico-sociale précoce en 2009

	Seine-Saint-Denis	Ile-de-France
CAMSP*	3	26
CMPP**	12	108

Source : Finess (consultation octobre 2011)
 *Centres d'Action Médico-Social-Précoce
 **Centres médico-Psycho-Pédagogiques

Depuis une dizaine d'années, la **priorité est donnée à la scolarisation des élèves en situation de handicap**. En Seine-Saint-Denis, le nombre des élèves dans les écoles, collèges et lycées est passé de 1 350 en 2000 à 3 200 en 2010. La progression est particulièrement marquée dans le second degré : le nombre d'élèves dans les unités localisées pour l'inclusion scolaire, (ULIS) a été pratiquement multiplié par dix, passant de 79 à 715 entre 2000 et 2010.

Nombre d'élèves handicapés scolarisés dans les écoles, collèges et lycées de Seine-Saint-Denis



Source : Inspection académique de Seine-Saint-Denis / Pôle handicap

Les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) sont des dispositifs collectifs installés dans le premier degré, les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI) sont les dispositifs collectifs du second degré situés en collèges ou lycées professionnels. Les CLIS et les UPI sont des dispositifs collectifs, souples et évolutifs : Ce sont des regroupements, confiés à un enseignant spécialisé, qui comptent 10 élèves. Ces élèves, en fonction de leurs compétences et de leurs progrès, ont vocation à être intégrés dans les classes ordinaires, à des niveaux correspondant à leur tranche d'âge. L'enseignant spécialisé prépare l'intégration dans la classe ordinaire et soutient l'élève. Chaque dispositif fonctionne en partenariat avec un service du secteur médico-social.

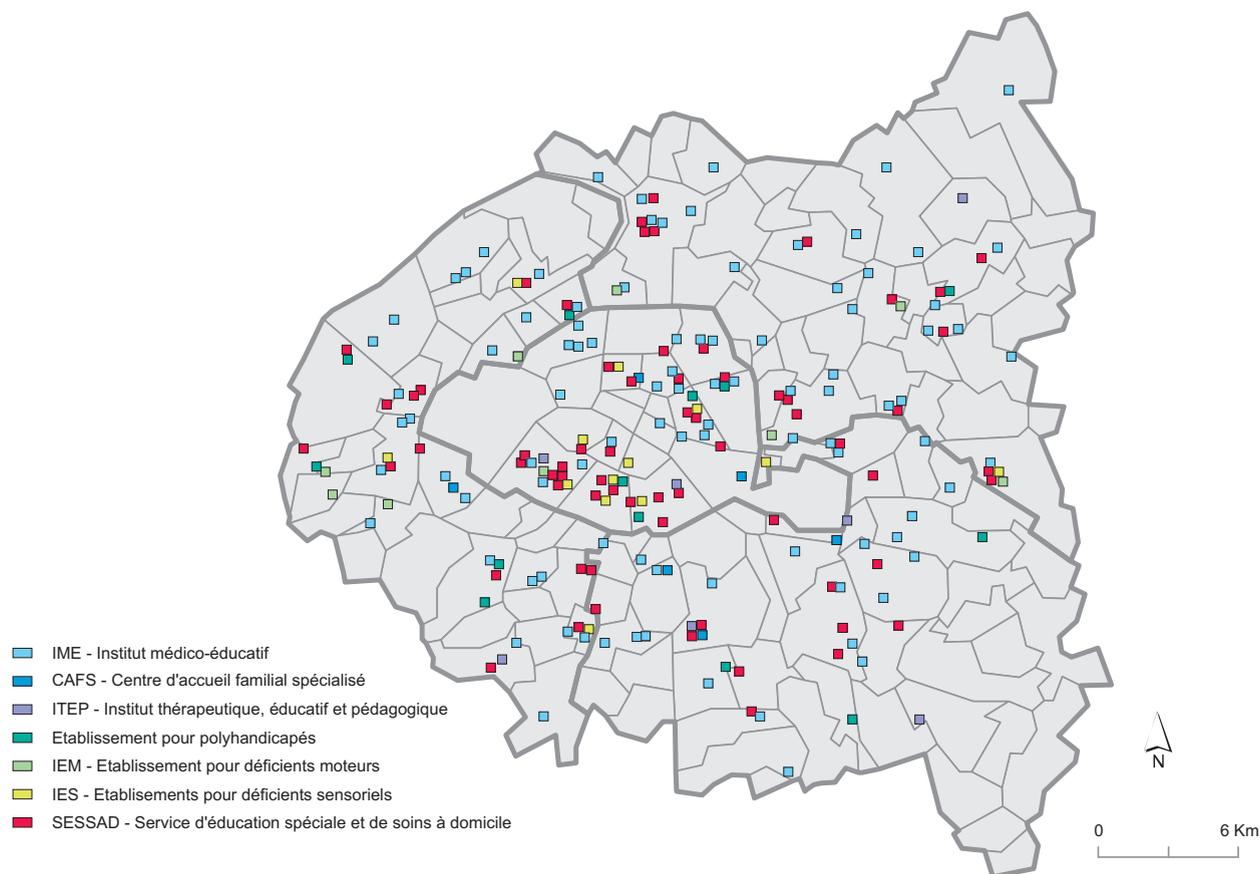
En 2010, en Seine-Saint-Denis, on dénombre **54 établissements ou centres d'accueil familial pouvant accueillir des enfants handicapés**. L'ensemble de ces établissements représente 2 809 places (capacité installée), soit un **taux d'équipement global de 6,4 places pour 1 000 enfants ou adolescents âgés de moins de 20 ans**. Ce taux est légèrement inférieur au taux francilien, qui s'élève à 6,7 pour 1 000 enfants mais très inférieur à celui de la France (9,2 places pour 1 000). Selon la dernière enquête de la Drees auprès des structures pour enfants et adolescents handicapés (ES 2006), l'Ile-de-France était la moins bien pourvue des régions de France et la Seine-Saint-Denis le moins bien pourvu des départements français en structures pour enfants handicapés (toutes structures confondues).

Les établissements pour enfants handicapés en 2010

	Seine-Saint-Denis		Ile-de-France	France métro
	Nombre étab.	Cap. installée	Taux équip.*	Taux équip.*
Instit. médico-éducatifs	27	1 563	3,57	4,38
Etab. polyhandicaps	1	20	0,05	0,33
Instit. thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques	1	56	0,13	0,96
Etab. déficients moteurs	4	181	0,41	0,48
Etab. déficients sensoriels	1	72	0,16	0,62
Sessad	20	917	2,09	2,39
Total	54	2 809	6,42	9,17

Source : Statiss 2010
 *Taux pour 1 000 enfants et adolescents âgés de moins de 20 ans

Etablissements pour enfants handicapés à Paris et en proche couronne en 2008



Source : ORS Ile-de-France

CAMSP : Centres d'action médico-sociale précoce

Les CAMSP accueillent les enfants de zéro à six ans et leur famille. Ils interviennent pour le dépistage précoce du handicap, la cure ambulatoire et la rééducation de l'enfant, ainsi que l'accompagnement des proches. Ils proposent des consultations, des rééducations ou des activités individuelles ou collectives favorisant le développement de l'enfant et son intégration sociale.

CMPP : Centres médico-psycho-pédagogiques

Les CMPP ont une activité de diagnostic et de traitement en cure ambulatoire des enfants de 3 à 18 ans (ou 20 ans selon les cas) dont les difficultés sont liées à des troubles psychologiques, des troubles des apprentissages ou des troubles du développement. Ils proposent une prise en charge médico-psychologique, des rééducations psychothérapeutiques ou psychopédagogiques sous autorité médicale.

CLIS : Classe d'intégration scolaire

La CLIS est une classe de l'école et son projet intégratif est inscrit dans le projet d'école. Elle a pour mission d'accueillir de façon différenciée dans certaines écoles élémentaires, voire maternelles, des élèves en situation de handicaps afin de leur permettre de suivre un cursus scolaire ordinaire. L'admission en CLIS d'un élève est subordonnée à la décision d'une commission d'éducation spéciale.

ULIS (ex UPI) : unités localisées pour l'inclusion scolaire

Dispositif permettant le regroupement pédagogique, au sein des collèges ordinaires, d'enfants âgés de 11 à 16 ans présentant un handicap mental. L'effectif des ULIS est limité à dix élèves.

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

Ces services d'accompagnement des enfants handicapés en milieu ordinaire et/ou spécialisé peuvent être rattachés ou non à un établissement. Ils sont constitués par une équipe pluridisciplinaire qui a pour objectif la prise en charge précoce de l'enfant et l'accompagnement de sa famille, le soutien à la scolarisation et à l'acquisition de l'autonomie. Ils peuvent intervenir dans différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, établissement scolaire, milieu familial...).

CAFS : Centre d'accueil familial spécialisé

Les CAFS sont exclusivement rattachés à un établissement médico-social. L'accueil en famille est un dispositif d'accueil complémentaire mis à la disposition des enfants ou adolescents, leur proposant un environnement psychologique, éducatif et affectif autre que celui de leur propre entourage.

Etab. polyhandicapés : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés

Ils accueillent des enfants qui souffrent d'un polyhandicap (association d'une déficience mentale grave à une déficience motrice importante) entraînant une réduction notable de leur autonomie.

IES : Institut d'éducation sensorielle; IDV : Institut pour déficients visuels; IDA : Institut pour déficients auditifs

Il s'agit d'établissements d'éducation spécialisés accueillant des enfants déficients auditifs, ou déficients visuels, ou les deux.

IEM : Institut d'éducation motrice

Les IEM assurent la prise en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice nécessitant des moyens particuliers pour assurer un suivi médical, une éducation adaptée et une formation générale et professionnelle.

IME : Institut médico-éducatif

Les IME proposent une prise en charge éducative, thérapeutique et pédagogique qui favorise le développement de l'enfant ou de l'adolescent, l'acquisition de l'autonomie, les apprentissages scolaires ou préprofessionnels. Autant que possible l'intégration scolaire en milieu ordinaire est recherchée en complément de l'accueil en IME.

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

Appelés encore récemment Institut de rééducation (IR), ils mettent en oeuvre le projet pédagogique éducatif et thérapeutique de jeunes souffrant de difficultés psychologiques qui perturbent la socialisation et l'accès aux apprentissages. Un enseignement est dispensé soit dans l'établissement par des enseignants spécialisés, soit en intégration dans des classes (ordinaires ou spécialisées) d'établissements scolaires proches. Un accompagnement adapté favorise le maintien du lien avec le milieu familial et social, et privilégie à ce titre l'intégration en milieu scolaire ordinaire ou adapté.

5.2 Les adultes handicapés

Contexte national

Les personnes affectées par un handicap bénéficient de prestations sociales spécifiques dont le montant et la nature diffèrent profondément selon que le handicap est survenu en période d'activité ou non.

En cas de survenue du handicap en période d'activité, les assurés sociaux reçoivent un revenu de remplacement de leur régime de sécurité sociale. Le mode de reconnaissance du handicap, comme l'importance de l'indemnisation varient selon le régime d'appartenance de l'assuré, l'importance des séquelles, et selon que le handicap est considéré comme la conséquence d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, ou non.

S'il est établi que le handicap est la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP), l'assuré reçoit une rente de la sécurité sociale au titre de ce risque. Dans les autres cas, les prestations sont servies au titre de l'assurance invalidité. En 2009, près de 600 000 personnes ont perçu au plan national une pension d'invalidité pour le seul régime général de sécurité sociale. L'autre voie d'attribution d'aides légales en matière de handicap dépend des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Administrées par les conseils généraux et soutenues par la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), les MDPH ont été instituées par la loi du 11 février 2005 [1] qui a introduit de nouvelles dispositions destinées à faciliter la vie quotidienne et l'insertion sociale des personnes en situation de handicap (formation, accessibilité des logements et des locaux publics, emploi...). Les MDPH exercent une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille. Elles instruisent les demandes d'aides légales (AAH, ACTP, PCH...)*, évaluent les besoins de compensation et proposent aux personnes handicapées les solutions d'accompagnement adaptées à leurs besoins (établissements et services sociaux et médico-sociaux notamment). L'attribution des aides comme les décisions d'orientation relèvent de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées constituée dans chaque département [2]. L'AAH, aide financière destinée aux personnes handicapées âgées de 20 à 59 ans ayant de faibles ressources, concerne 885 000 personnes fin 2010 en France métropolitaine (915 000 France entière). Le taux de bénéficiaires (27 pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans) varie fortement selon les départements : les deux tiers de ces écarts peuvent s'expliquer par des facteurs sociodémographiques alors qu'un tiers semblent lié à des pratiques d'évaluation différentes selon les MDPH [3].

Créée par la loi du 11 février 2005 [1], la PCH vise à répondre aux besoins de compensation des personnes handicapées présentant une difficulté absolue ou deux difficultés graves à réaliser des activités de la vie quotidienne : en 2010, 112 700 personnes (tous âges) ont été payées au titre de la prestation de compensation du handicap, soit une augmentation de 32% par rapport à décembre 2009. La PCH remplace progressivement l'ACTP, perçue par 87 600 personnes fin 2010, soit 7% de moins qu'en décembre 2009 [4, 5]. Les MDPH sont chargées également de la reconnaissance de « travailleur handicapé ». Le code du travail reconnaît comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques » [6]. Parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans en emploi, 1,8 million déclarent avoir une reconnaissance administrative de leur handicap, leur permettant de bénéficier de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé [7].

Même si l'obligation d'emploi instituée par la loi du 10 juillet 1987 [8] a fait progresser l'emploi des personnes handicapées, les personnes reconnues travailleurs handicapés restent peu présentes sur le marché du travail. Leur taux d'activité (rapport entre le nombre d'actifs occupés et chômeurs et l'ensemble de la population correspondante) est de 44 % contre 71 % pour l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans [7]. Leur taux de chômage (fin 2007) est plus du double de celui de l'ensemble des personnes actives de 15 à 64 ans (19 % versus 8 %) [8].

Les personnes les plus lourdement handicapées sont accueillies en fonction de la gravité de leur handicap dans les foyers de vie (39 000 places), les foyers d'accueil médicalisés (10 550 places), et les maisons d'accueil spécialisées (16 500 places) [8]. La répartition de ces équipements sur l'ensemble des départements reste peu homogène [11]. Pour répondre aux besoins d'accompagnement des personnes handicapées et de restauration des liens sociaux sur leur lieu de vie, de nombreux SAVS* et des SAMSAH* ont vu le jour depuis une dizaine d'années [2].

*Définitions et sigles en page 4

Repères bibliographiques et sources

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- CNSA. (2010). Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Edition 2009. 290 p.
- CNSA. (2010). Rapport d'activité 2009. 106 p.
- Debout C, Lo SH. (2009). L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. Etudes et résultats. Drees. n° 710. 6 p.
- PCH - Résultats de l'enquête trimestrielle N°1, Drees, 2011
- Article L. 5213-1 du Code du travail.
- Nguyen KN, Ulrich V. (2008). L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2007. Premières synthèses. Dares. n° 47.1. 10 p.
- Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.
- Dares. (2009). Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées. Edition 2009. 87 p.
- Mainguéné A. (2008). Les établissements pour adultes handicapés : des capacités d'accueil en hausse. Résultats provisoires de l'enquête ES 2006. Etudes et résultats. Drees. n° 641. 8 p.
- Vanovermer S. (2005). L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés. Etudes et résultats. Drees. n° 419. 8 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Près de 20 000 Séquano-dionysiens bénéficiaires de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH). Ce chiffre est en hausse régulière depuis quinze ans. Le taux de bénéficiaires (23 pour 1 000 personnes de 20-59 ans) est compris entre celui de l'Ile-de-France et celui de la France
- > 5 000 Séquano-Dionysiens sont bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH)
- > Le département est mal pourvu en structures d'insertion professionnelle pour handicapés et en établissement d'hébergement pour adultes handicapés

En Seine-Saint-Denis, l'allocation pour adulte handicapé (AAH) a été versée à 19 841 personnes en 2010, soit **23,2 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans** (d'autres allocations ont été instaurées pour les personnes âgées de 60 ans ou plus en situation de handicap). Ce taux de bénéficiaires est supérieur au taux régional (17,8%) mais inférieur à la moyenne nationale (26,7%).

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé a progressé en France métropolitaine **entre 1995 et 2010**. C'est particulièrement vrai en Seine-Saint-Denis, où ce nombre est passé de 9 304 en 1995 à 19 841 en 2010, soit **une augmentation de 113%**, sensiblement supérieure à celle observée en Ile-de-France (+76%) et en France (+38%). Voir l'encadré sur le domicile de secours en page 3.

Un peu plus de **5 000 Séquano-dionysiens sont bénéficiaires de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH)** fin 2010. Ces prestations (la seconde remplace progressivement la première) visent à compenser les dépenses supplémentaires liées à l'emploi d'une personne à domicile ou le manque à gagner d'un proche qui se rend disponible pour aider la personne handicapée. Elle peuvent être versées à domicile ou en établissement (voir définitions ci-dessous). Le taux de bénéficiaires de ces deux prestations est de 4,8 pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans en Seine-Saint-Denis. Ce taux est légèrement supérieur à celui de l'Ile-de-France et de la France métropolitaine.

Bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH

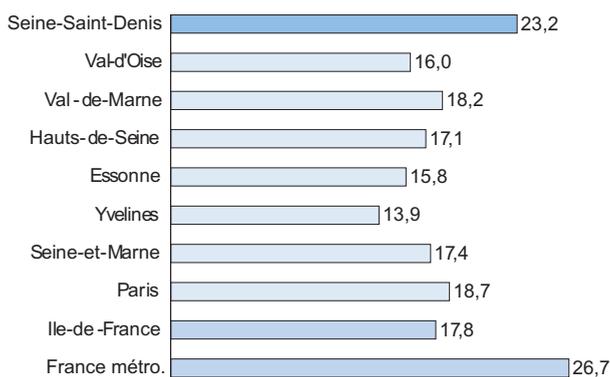
	ACTP	PCH
Seine-Saint-Denis		
nombre (fin 2010)	2 524	2 483
Taux (fin 2010)*	2,9	2,9
Taux (fin 2008)*	3,4	2,0
Ile-de-France (taux fin 2008)*	2,7	1,4
France métro. (taux fin 2008)*	2,6	2,0

*Taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

Sources : Conseil général de Seine-Saint-Denis 2010, Statiss 2009 pour Ile-de-France et France, Insee

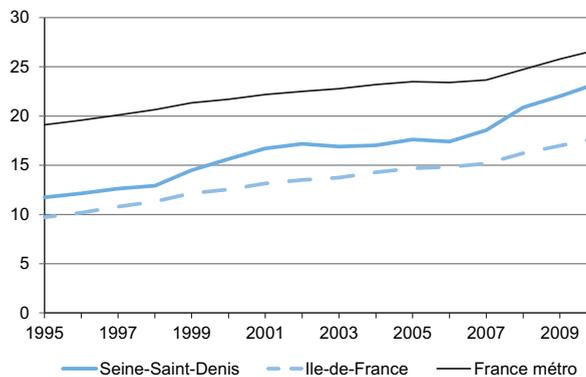
La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a instauré le droit à la compensation du handicap. La prestation de compensation du handicap (PCH) a été mise en place dans ce cadre : cette prestation est vouée à remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), mise en place par la loi d'orientation du 30 juin 1975. Alors que l'ACTP est une aide financière qui ne prend en charge que le recours à une aide humaine, la PCH a un champ d'action plus vaste, qui intègre l'aide humaine mais aussi d'autres aides, comme des aides techniques ou des aménagements du logement. Depuis 2006, les nouvelles demandes d'allocation de compensation adressées aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ne portent que sur la PCH. Les bénéficiaires de l'ACTP peuvent continuer à bénéficier de cette allocation ou opter pour la PCH. S'ils optent pour la PCH, ce choix est définitif. L'ACTP est ainsi vouée à disparaître au bénéfice de la PCH.

Taux de bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre 2010 (en %)



Source : Cnaf - exploitation ORS Ile-de-France

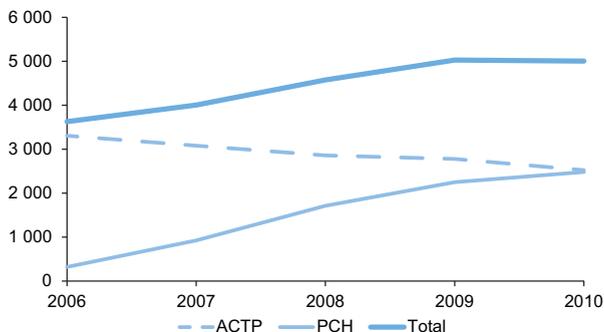
Evolution du taux de bénéficiaires de l'AAH* entre 1995 et 2010



* Nombre de bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

Source : Cnaf, Insee, exploitation ORS Ile-de-France

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH en Seine-Saint-Denis



Sources : Conseil général de Seine-Saint-Denis 2010, Statiss 2009 pour Ile-de-France et France

En 2008, on dénombre **28 structures pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées en Seine-Saint-Denis**, dont 20 établissements et service d'aide au travail (Esat), 6 Entreprises adaptées et 2 centres de réadaptation professionnelle (CRP). Ces 28 structures représentent un total de 2 431 places. Le taux global d'équipement s'élève à 2,9 places pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans. Les taux d'équipement en établissements et services d'aide au travail et en entreprises adaptées en Seine-Saint-Denis sont relativement faibles en comparaison des moyennes régionales et nationales. La Seine-Saint-Denis est en effet le troisième département le plus mal équipé de l'Ile-de-France derrière la Seine-et-Marne et Paris.

En 2009, on dénombre **42 établissements d'hébergement pour adultes handicapés dans le département**, offrant un total de 1 314 places. Le taux d'équipement global s'élève à 1,5 place pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans, nettement inférieur au taux national (3,7 places pour 1 000 adultes). Le taux parisien est le plus bas parmi les huit départements franciliens mais les départements de proche couronne et notamment la Seine-Saint-Denis sont également mal pourvus. Seuls les départements de l'Essonne (2,6 places pour 1 000) et surtout des Yvelines (3,4) se rapprochent de la moyenne nationale.

Conséquence de ce faible taux d'équipement, un nombre important de Séquanodionysiens sont accueillis en dehors du département : en 2010, 2 225 personnes bénéficiaient d'une prise en charge à l'aide sociale de leurs frais de séjour en établissement par le Département de Seine-Saint-Denis. Parmi ceux-ci, 44% étaient hébergés dans un établissement en Seine-Saint-Denis, 23% dans un établissement situé en Ile-de-France (hors de la Seine-Saint-Denis) 21% dans un établissement en province et 12% dans un établissement se trouvant en Belgique. Voir l'encadré sur le domicile de secours ci-contre

Les structures d'insertion professionnelle des personnes handicapées

	ESAT (ex CAT)		Entreprise adaptée	
	Nombre de places	Taux* équip.	Nombre de places	Taux* équip.
Seine-Saint-Denis	1 900	2,2	163	0,2
Paris	2 575	1,9	188	0,1
Seine-et-Marne	1 139	1,6	88	0,1
Yvelines	1 866	2,4	223	0,3
Essonne	1 616	2,4	143	0,2
Hauts-de-Seine	1 793	2,0	433	0,5
Val-de-Marne	2 107	2,8	117	0,2
Val-d'Oise	1 643	2,5	208	0,3
Ile-de-France	15 285	2,2	1 563	0,2
France métro.	111 174	3,3	18 635	0,6

Source : Statiss 2010 pour les Esat et Statiss 2009 pour les entreprises adaptées
* Taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

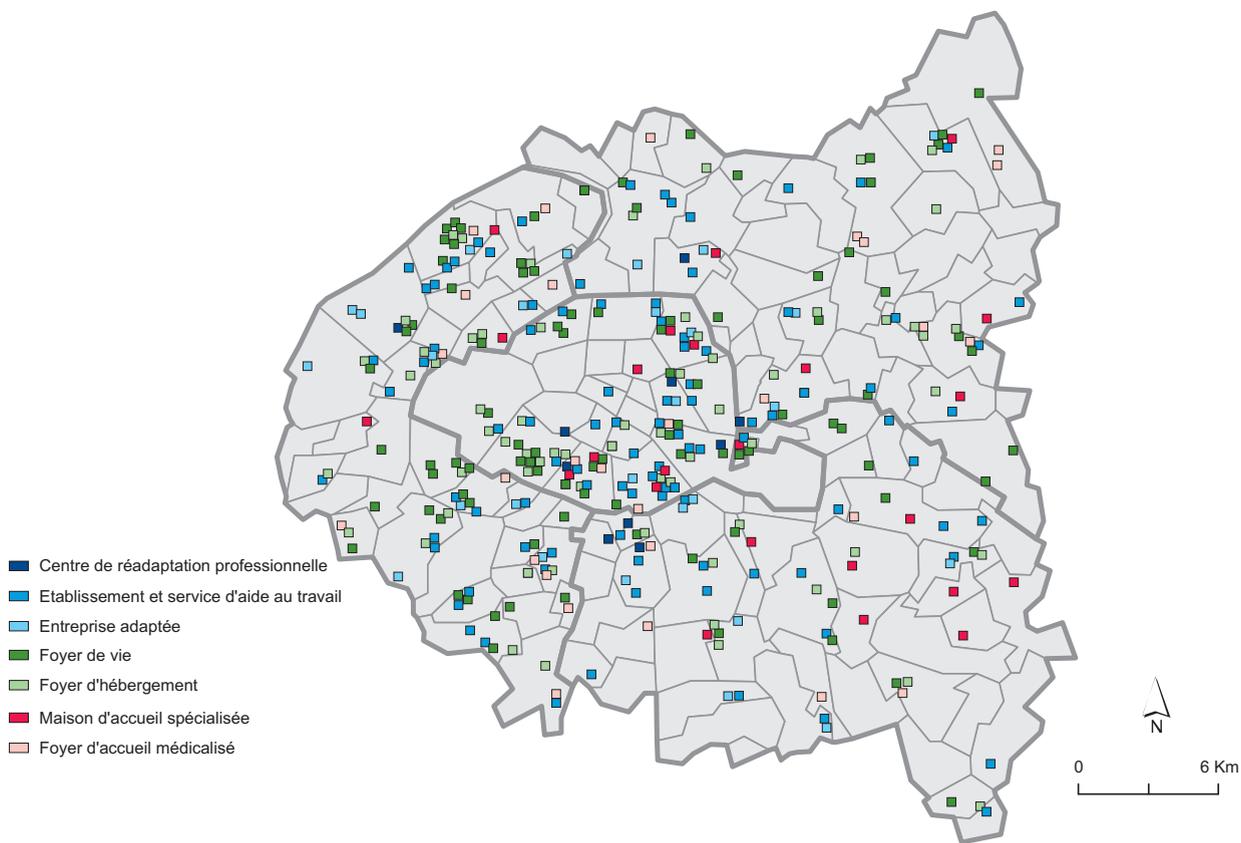
Le domicile de secours est utilisé en matière d'aide sociale comme critère d'imputation des dépenses. Il détermine la collectivité qui prendra en charge les dépenses d'aide sociale engagées en faveur d'une personne. Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans le département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation.
Selon la source, les données concernant les bénéficiaires d'une prestation sociale peuvent retenir le lieu de résidence de la personne, c'est à dire le département de domicile ou d'implantation de la structure d'accueil (c'est le cas des données issues des Caf) ou le département du domicile de secours (c'est le cas des données des Conseils généraux centralisées à la Drees).
Cette notion de domicile de secours peut contribuer aux taux de bénéficiaires de l'AAH relativement faibles constatés en Ile-de-France et notamment en Seine-Saint-Denis (bénéficiaires franciliens accueillis dans des structures situées hors de l'Ile-de-France).

Les établissements d'hébergement pour adultes handicapés en 2010

	Foyer d'hébergement		Foyer de vie		FAM		MAS		Total	
	Nombre de places	Taux* équip.	Nombre de places	Taux* équip.	Nombre de places	Taux* équip.	Nombre de places	Taux* équip.	Nombre de places	Taux* équip.
Seine-Saint-Denis	290	0,3	496	0,6	253	0,3	275	0,3	1 314	1,5
Paris	593	0,4	639	0,5	206	0,1	277	0,2	1 715	1,3
Seine-et-Marne	427	0,6	461	0,6	221	0,3	572	0,8	1 681	2,3
Yvelines	680	0,9	718	0,9	780	1,0	345	0,4	2 523	3,3
Essonne	537	0,8	710	1,1	140	0,2	522	0,8	1 909	2,9
Hauts-de-Seine	574	0,6	575	0,6	356	0,4	101	0,1	1 606	1,8
Val-de-Marne	504	0,7	252	0,4	68	0,1	467	0,6	1 291	1,8
Val-d'Oise	165	0,3	498	0,8	114	0,2	329	0,5	1 106	1,7
Ile-de-France	3 770	0,6	4 349	0,7	2 138	0,3	2 888	0,4	13 145	2,0
France métro.	39 764	1,2	43 557	1,3	16 791	0,5	21 221	0,6	121 333	3,7

Source : STATISS 2010
* Taux pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans

Etablissements pour adultes handicapés en 2008



Source : ORS Ile-de-France

AAH : l'allocation aux adultes handicapés est versée sous conditions de ressources aux personnes âgées de 20 à 59 ans, dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 %, ou compris entre 50 et 80 % si la personne se trouve dans l'incapacité de se procurer un travail.

ACTP : l'allocation compensatrice tierce personne est versée aux personnes âgées de 20 à 59 ans dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 %, et qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour la vie quotidienne. **L'ACTP a été remplacée par la prestation de compensation.**

PCH : la prestation de compensation vise à répondre aux besoins de compensation des personnes handicapées présentant une difficulté absolue ou deux difficultés graves à réaliser une ou plusieurs activités parmi les 19 activités du référentiel d'accès à la PCH, en sus des prestations existantes. Elle comprend cinq éléments : les aides humaines (élément 1), les aides techniques (élément 2), l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport (élément 3), les charges spécifiques ou exceptionnelles (élément 4), les aides animales (élément 5).

SAVS, Samsah : les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) proposent un accompagnement pour favoriser le maintien ou la restauration des liens sociaux. Les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) proposent, en sus, des soins réguliers et un accompagnement médical et paramédical.

Les établissements et service d'aide au travail (Esat) sont les anciens Centres d'Aide par le Travail (CAT). Etablissements médico-sociaux, ils permettent à des adultes handicapés ayant des capacités de travail limitées d'exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leur handicap. Ils proposent des conditions de travail aménagées et la possibilité d'insertion en entreprise adaptée ou en milieu ordinaire. L'accueil peut être à temps plein ou partiel.

Les entreprises adaptées sont des unités de production intégrées à l'économie de marché. Elles permettent à des travailleurs handicapés, ayant une capacité de travail au moins égale au tiers de la capacité normale, d'exercer une activité professionnelle salariée. Ces entreprises peuvent favoriser l'accès des personnes handicapées à des emplois en milieu ordinaire de production.

Les établissements de réadaptation fonctionnelle regroupent les centres de pré-orientation qui proposent, à partir d'un diagnostic préalable, l'orientation des personnes handicapées et les centres de réadaptation professionnelle (CRP).

Les foyers d'hébergement pour personnes handicapées aptes au travail offrent aux travailleurs handicapés un hébergement adapté. Les personnes hébergées travaillent, soit en établissement de travail protégé, soit en milieu ordinaire ou encore en centre de réadaptation professionnelle. Les résidents bénéficient d'un suivi médico-social visant à maintenir, voire à développer, leurs acquis et leurs capacités. Ces foyers peuvent prendre la forme d'hébergement éclaté en appartements.

Les foyers de vie ou occupationnel pour personnes handicapées regroupent les foyers occupationnels, les foyers de vie et les centres d'initiative de travail et de loisirs (CITL). Ces foyers accueillent des adultes handicapés qui ne peuvent pas travailler en milieu protégé (de façon permanente ou momentanée) mais qui disposent d'une autonomie (physique et intellectuelle).

Les foyers d'accueil médicalisés, anciennement dénommés foyers à double tarification, ont vocation à accueillir des personnes lourdement handicapées. Les résidents ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence ainsi que d'une surveillance et de soins constants.

Les maisons d'accueil spécialisées reçoivent des personnes lourdement handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Contexte national

Les indicateurs les plus couramment utilisés pour évaluer la situation de pauvreté, sont de type monétaire. Ainsi, un individu est considéré pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, relatif ou absolu. En terme relatif, le seuil est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. La France, comme les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que les Etats-Unis ou le Canada ont une approche absolue. La France utilise dorénavant un seuil égal à 60 % de la médiane des niveaux de vie, comme la plupart des pays européens. En 2012, ce seuil s'établit à 1 001 euros par mois par "unité de consommation" [1]. Selon cette définition, 8,7 millions de personnes sont concernés en France en 2011, soit 14,3% de la population, contre 14,0% en 2010, plus haut niveau atteint depuis 1997. La moitié de ces personnes a un niveau de vie inférieur à 790 euros par mois. A titre de comparaison, pour une personne seule, le socle de Revenu de solidarité active (RSA) s'élève à 467 euros et l'Allocation de solidarité pour personnes âgées (ASPA) à 742 euros (au 1er avril 2011), sachant que d'autres prestations complètent souvent le revenu disponible de ces allocataires. La composition de la population la moins favorisée se modifie un peu : parmi les adultes pauvres, la part des retraités diminue, quand celle des actifs augmente. La pauvreté s'accroît davantage parmi les chômeurs et les jeunes actifs de 18 à 29 ans. L'augmentation des durées de chômage et des conditions d'emplois moins favorables expliquent pour partie que ces populations soient plus affectées. Près d'un quart des personnes pauvres vivent au sein d'une famille monoparentale, soit près de 1,2 million de personnes. Très souvent, il s'agit de femmes et d'enfants. Le taux de pauvreté des personnes vivant dans une famille monoparentale est de 20,2 %, contre 6,5 % des couples avec enfant(s). A l'opposé, les couples sans enfant représentent une personne pauvre sur dix, leur taux de pauvreté atteint 3,2 %. Une grande partie de la population pauvre (40 %) vit au sein d'une famille avec des enfants [1,2].

En 2010, pratiquement toutes les catégories de population avaient subi une baisse de leur niveau de vie ; seul le niveau de vie au-dessus duquel se situent les 5% de personnes les plus aisées avait progressé. En 2011, la situation s'améliore plus largement dans la moitié haute de la distribution, mais elle continue de se dégrader pour la moitié basse [1]. On observe des disparités au sein du territoire français, le chômage, le pourcentage d'inactifs, les différences de structure sociale ou familiale étant les principales raisons de ces disparités. Dans les zones urbaines, les personnes seules ainsi que les familles monoparentales sont davantage touchées par la pauvreté, alors qu'en zone rurale, les personnes âgées sont les plus exposées. En 2010, la pauvreté touche plus particulièrement les régions du nord et du sud de la France. Le taux est de 19,7 % en Corse, de 19,5 % dans le Nord-Pas-de-Calais, de 19,4 % en Languedoc-Roussillon. La Bretagne, les Pays de la Loire et l'Alsace sont moins touchés avec des taux respectifs de 11,6 % et 11,9 %, taux en dessous de la moyenne de la France métropolitaine qui est de 14,1 % [2]. Les territoires ultramarins, notamment la Guyane, sont plus touchés par la pauvreté que la France hexagonale. Les taux de chômage et la part de personnes percevant des minima sociaux y sont très élevés.

Les situations extrêmes de précarité sociale que connaissent les personnes sans abri ou sans domicile stable sont plus difficiles à évaluer. En incluant les 8 000 personnes sans-domicile des communes rurales et des agglomérations de moins de 20 000 habitants et les 22 500 personnes dépendantes du dispositif national d'accueil des étrangers (essentiellement les CADA), l'Insee estime en 2012 qu'environ 141 500 personnes étaient sans domicile en France métropolitaine. L'augmentation depuis 2001 est de l'ordre de 50 %. Près de deux sans-domicile sur cinq sont des femmes. Un quart des sans-domicile a un emploi, près de la moitié est au chômage et plus du quart est inactif. [3, 4].

Le taux de pauvreté est de 17% dans l'ensemble de l'Union européenne en 2010. La pauvreté étant définie de manière relative, il n'y a pas de lien direct entre niveau de vie moyen observé et taux de pauvreté dans un même pays. Ainsi, le niveau de vie moyen est relativement faible en République tchèque et en Slovaquie, pourtant le taux de pauvreté y est bas (10% et 13% respectivement). En Espagne et en Grèce, pays fortement secoués par la crise économique, les taux de pauvreté sont particulièrement hauts (22% et 21% respectivement) ; la Bulgarie et la Roumanie cumulent niveau de vie faible et pauvreté élevée (de 18% à 22%)[5]. Les pays scandinaves, l'Autriche, la France et les Pays-Bas ont à la fois un niveau de vie moyen élevé et les taux de pauvreté les plus modérées (de 11% à 14%). L'ampleur des écarts de mortalité entre catégories socioprofessionnelles en France donne la mesure des inégalités sociales de santé. De nombreux travaux ont mis en évidence les liens étroits entre les situations de précarité et la santé [6]. Ces écarts sont particulièrement marqués pour les personnes vivant dans la rue dont l'espérance de vie est d'environ 45 ans [7].

Repères bibliographiques et sources

- [1] Houdré C., Ponceau J., Zergat Bonnin M., Les niveaux de vie en 2011, Insee Première n°1464 septembre 2013
- [2] Observatoire des inégalités : www.inegalites.fr/
- [3] Brousse C., De la Rochère B., Massé E., Hébergement et distribution de repas chauds : qui sont les sans-domicile usagers de ces services ?, Insee Première, n°824, janvier 2002
- [4] Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distributions de repas 2012, Insee, Ined, diffusion : Centre Maurice Halbwachs - ADISP <http://www.cmh.ens.fr/greco/enquetes/XML/lil.php?lil=lil-0872>
- [5] France - Portrait social, Insee Références, Édition 2013
- [6] Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, InVS, n° 2-3, janvier 2007
- [7] Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise-Rapport 2009-2010, juin 2010

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > 376 570 Séquano-Dionysiens, soit près de 25% de la population du département vit dans un foyer à bas revenus
- > La proportion de bénéficiaires de minima sociaux est élevée en Seine-Saint-Denis et systématiquement plus importante qu'aux niveaux régional et national
- > La part des bénéficiaires du RSA socle est presque deux fois plus élevée qu'au niveau national

En Seine-Saint-Denis, au 31 décembre 2012, 144 854 allocataires de la Caisse d'allocations familiales (Caf) sont considérés à bas revenus (revenus inférieurs à 1 001 euros par mois par "unité de consommation") et la population vivant dans ces foyers est de 376 570 personnes, soit 24,8% de la population de Seine-Saint-Denis en 2012 (23,0% en 2009). Cette proportion est beaucoup plus élevée qu'en France ou en Île-de-France (respectivement 13,5% et 14,2%).

En Seine-Saint-Denis, les femmes isolées avec enfants représentent la plus grande partie des allocataires à bas revenus (24,5%). Viennent ensuite les hommes isolés sans enfants (23,6%) puis les couples avec 1 ou 2 enfants (18,4%). La population des moins de 20 ans vivant dans un foyer à bas revenus est estimée à 180 812 personnes, ce qui signifie que 41,5% des moins de 20 ans séquano-dionysiens vivent dans un foyer à bas revenus.

La Seine-Saint-Denis enregistre des taux d'allocataires des principaux minima sociaux systématiquement plus élevés qu'en Île-de-France et en France.

En Seine-Saint-Denis, 125 019 personnes percevaient en 2012 le principal minimum social attribué sous condition de ressources. La proportion de personnes recevant le RSA socle est quasiment deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine (8,5% de la population des 15-64 ans en 2012 contre 4,8%). Entre les communes du département, de fortes disparités sont également observées : les communes de l'ouest présentent des proportions beaucoup plus élevées d'allocataires du RSA "socle" que les communes de l'est. Entre 2010 et 2012 on observe une hausse globale du nombre d'allocataires du RSA en France, Île-de-France et Seine-Saint-Denis.

Le nombre de Séquano-Dionysiens allocataires du RMI a régulièrement progressé depuis sa création en 1988 jusqu'à son remplacement par le RSA en 2009 : il était d'environ 50 000 entre 2005 et 2008. La forte progression des bénéficiaires observée depuis 2009 s'explique par le fait que l'Aide aux parents isolés (API) est également remplacée par le RSA. En 2012, 86 714 Séquano-Dionysiens perçoivent le RSA dont 71 444 le RSA "socle".

Les allocataires de l'AAH sont en progression importante et régulière entre 1995 et 2012 en Seine-Saint-Denis. Leur nombre a plus que doublé au cours de cette période. 2,3% des 18-59 ans de Seine-Saint-Denis touchent l'Allocation adulte handicapé (AAH).

Au 31 décembre 2011, 27,1% des foyers allocataires Séquano-Dionysiens sont dépendants à 75% ou plus des prestations versées par la Caf.

En Seine-Saint-Denis comme à Paris, plus de 2 foyers allocataires sur 10 sont dépendants à 100% des prestations sociales.

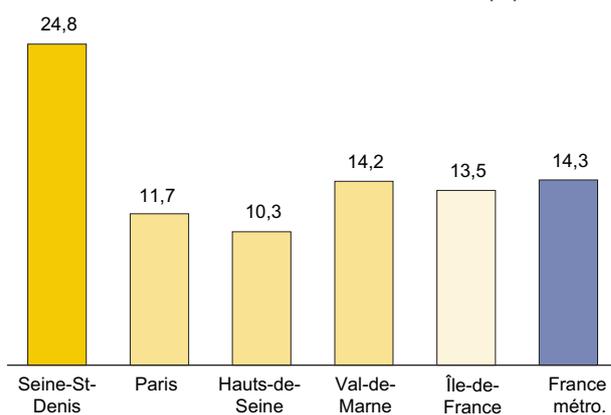
Population vivant dans un foyer allocataire à bas revenus au 31 décembre 2012

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France*
Nombre d'allocataires à bas revenus	144 854	668 299	3 700 000
Population des foyers à bas revenus	376 570	1 586 507	8 729 000
% de la population	24,8	13,5	14,3
% des moins de 20 ans	41,5	23,3	-

Source : CAF Île-de-France, Insee RP2009

*Données 2011 pour la France

Proportion de la population vivant dans un foyer allocataire à bas revenus au 31 décembre 2012 (%)



Source : CAF Île-de-France, Insee RP2009

*Données 2011 pour la France

Les allocataires des principaux minima-sociaux en 2012

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métro.
RSA	86 714	362 308	1 930 368
Taux*	8,5	4,6	4,8
dont RSA "socle"	71 444	290 743	1 476 853
Taux*	7,0	3,7	3,6
AAH	20 539	127 148	931 116
Taux**	2,3	1,8	2,7
ASS	13 669	66 500	345 300 ¹
Taux**	1,5	1,0	1,0
ASV et ASPA	13 048	74 125	509 700 ¹
Taux***	8,0	5,0	4,9
Total	125 019	586 297	3 685 100¹
Taux****	11,2	6,5	7,6

* Taux pour 100 personnes âgées de 15 à 64 ans

** Taux pour 100 personnes âgées de 18 à 59 ans

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

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

¹ Données au 31 décembre 2011

Sources : CCMSA, Cnaf, Cnav, Drees, Insee, Unedic – estimations Drees - exploitation ORS Île-de-France

Unité de consommation

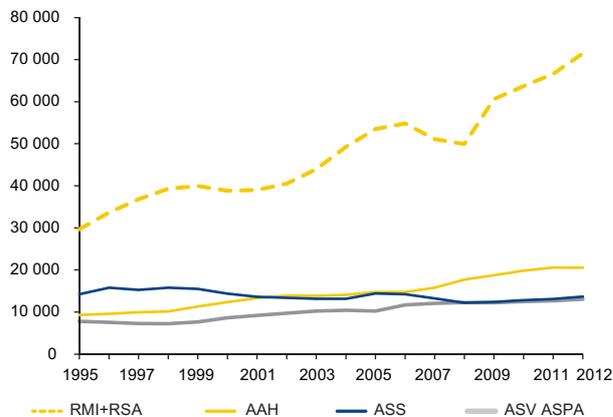
Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie.

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

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

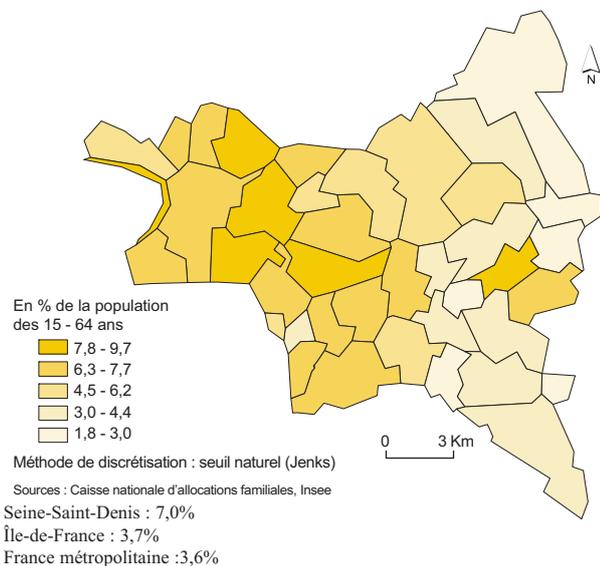
Source : Insee

Evolution du nombre d'allocataires de minima sociaux en Seine-Saint-Denis entre 1995 et 2012



Sources : CCMSA, Cnaf, Cnav, Drees, Unedic – exploitation ORS Île-de-France

Proportion d'allocataires du RSA "socle" dans les communes de Seine-Saint-Denis en 2012



Méthode de discrétisation : seuil naturel (Jenks)

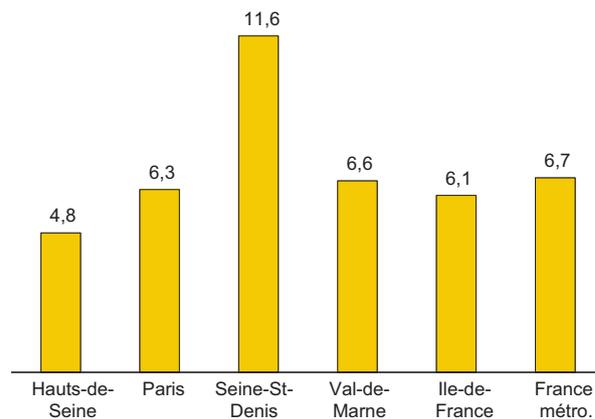
Sources : Caisse nationale d'allocations familiales, Insee

Seine-Saint-Denis : 7,0%

Île-de-France : 3,7%

France métropolitaine : 3,6%

Part des foyers allocataires dépendant à 75% et plus des prestations sociales versées par les CAF au 31 décembre 2011 (%)



Sources : CAF, BDSL - exploitation ORS Île-de-France

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

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

Revenu de solidarité active (RSA) remplace le RMI et l'API

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

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

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

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

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

Les ateliers santé ville en Seine-Saint-Denis

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

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

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

Dans un avis de 2013, le Haut conseil de santé publique recommande le développement et le renforcement de la démarche et du dispositif ASV : dans leur positionnement au croisement des politiques de santé et de la politique de la ville, dans la pérennisation de leurs ressources, dans leur cohérence et harmonisation, dans la mise en œuvre de démarches d'évaluation.

En 2014, le département de la Seine-Saint-Denis totalise 23 Ateliers santé ville soit près de la moitié des ASV de la région Île-de-France. En Seine-Saint-Denis, la majorité des ASV interviennent au niveau communal ou infra-communal (un ou plusieurs quartiers d'une commune), un seul est intercommunal celui du Blanc-Mesnil et Dugny.

Les principales thématiques portées par les ASV sont l'accès aux soins, les questions de nutrition et d'alimentation, l'accès aux droits, les addictions, la santé mentale, et les problématiques autour de la violence.

Les publics concernés par les actions des Ateliers santé ville sont plutôt les enfants et les jeunes, les femmes, les personnes migrantes, les personnes handicapées et les personnes âgées.

La lutte contre les inégalités sociales de santé représente une orientation principale de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France. Cette orientation est portée au niveau local par les Contrats locaux de santé (CLS), conclus entre la ville, l'ARS et la Préfecture. En Seine-Saint-Denis, 20 CLS ont été signés, essentiellement avec des municipalités porteuses d'ASV. Compte tenu de l'importance de leur participation aux actions de prévention, le CG et la CPAM de Seine-Saint-Denis ont adopté le principe d'être également signataires des CLS, en accord avec l'ARS et les municipalités qui le souhaitent.

Au 1er octobre 2014, la liste des contrats locaux de santé en Seine-Saint-Denis est la suivante :

Villes avec CLS

- Aubervilliers
- Aulnay-sous-Bois
- Blanc-Mesnil
- Bobigny (deuxième génération)
- Bondy (deuxième génération)
- Clichy-sous-Bois
- Dugny
- Epinay-sur-Seine
- La Courneuve
- Montfermeil
- Montreuil (deuxième génération)
- Pantin
- Pierrefitte
- Saint-Denis
- Saint-Ouen
- Sevran (deuxième génération)
- Stains (deuxième génération)
- Tremblay-en-France
- Villepinte
- Villetaneuse

Villes avec ASV, sans CLS

- Bagnolet
- Drancy
- Noisy-le-Sec
- Le Pré-Saint-Gervais
- Rosny-sous-Bois

Villes sans ASV, avec CLS

- Montfermeil
- Saint-Ouen

Contexte national

La forte croissance démographique que connaît la France, conjuguée à la progression importante du nombre de nouveaux ménages (séparations conjugales, recompositions familiales, allongement de la durée de vie...) génèrent des besoins en logements de plus en plus élevés. Or, faute d'avoir construit suffisamment, le déficit en logements s'est creusé progressivement au cours des dernières décennies et se situe désormais autour de 900 000. On compte 3,6 millions de personnes non ou très mal logées. Parmi ces personnes, on recense des personnes privées de domicile personnel, des personnes vivant dans des conditions de logement très difficiles et des personnes en situation d'occupation précaire [1].

Il n'existe pas de données systématiques sur l'accès au logement mais certains indicateurs peuvent témoigner des difficultés d'accès : bénéficiaires de prestations d'aide au logement, recours aux centres d'hébergement et logements d'urgence, surpeuplement des logements ...

En 2010, 1,2 million de personnes, soit 1,9% de la population, ont été accueillies dans des locaux d'hébergement collectif. Plus de six structures sur dix sont spécialisées dans l'accueil des personnes âgées, cette part était de 51,7% en 1990. Les autres structures accueillent des étudiants, travailleurs (jeunes ou migrants), adultes handicapés ou personnes en difficulté sociale [2]. Plus de 5,1 millions de ménages sont locataires dans le secteur social. Bien que ce nombre progresse régulièrement, leur part dans l'ensemble des ménages enregistre un recul continu depuis 1998 pour atteindre 18,3% en 2010. Le parc social est surtout situé en zone urbaine : 36,4% des logements sociaux sont localisés dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants. Un quart des locataires du parc social réside dans l'agglomération parisienne. Le parc est avant tout implanté à l'est d'une diagonale reliant Nantes à Nice [2].

En 2010, 6,6 millions de ménages sont locataires de leur résidence principale dans le secteur privé. Ils représentent 23,5% des ménages, part en baisse régulière (-3,9% en 20 ans). Les ménages locataires du parc privé sont plus jeunes que les ménages propriétaires ou locataires du parc social : l'occupant principal du ménage est âgé de 46 ans en moyenne contre 51 ans dans le parc social et 59 ans pour les propriétaires occupants [2].

Le surpeuplement, qui mesure l'inadéquation entre le nombre de personnes du ménage et le nombre de pièces du logement, recule progressivement, affecte 4,7% des logements en 2010 et est plus prononcé dans le parc locatif. Le surpeuplement est essentiellement localisé en Île-de-France et dans le Sud-Est. Le bassin parisien compte une part importante de logements surpeuplés : la majorité des communes situées dans l'unité urbaine de Paris enregistre des taux de surpeuplement supérieurs à 6% [2].

Le logement occupe une place importante dans l'économie française. C'est aussi une composante majeure du budget des ménages : en 2011, ces derniers y consacrent 22,1 % de leur revenu disponible brut. Le poids du financement du logement varie selon le statut d'occupation : il est le plus faible pour les propriétaires qui ont terminé de rembourser leur emprunt et le plus élevé pour les locataires du parc privé. En 2010, 64,1% des ménages considèrent leur résidence principale comme confortable, 33,4% moyennement confortable et 24% avec un confort insuffisant. Cette répartition était la même en 2005 [2].

Le nombre d'allocataires de prestations d'aide au logement permet également de cerner la demande en matière de maintien ou d'accès au logement. Si le nombre de bénéficiaires des aides a continué à augmenter en 2011 (avec 6,1 millions d'allocataires), il représente toutefois une part de moins en moins importante parmi l'ensemble de la population (22,5% des ménages bénéficiaires en 2001 contre 19,7% en 2011) [2].

Repères bibliographiques et sources

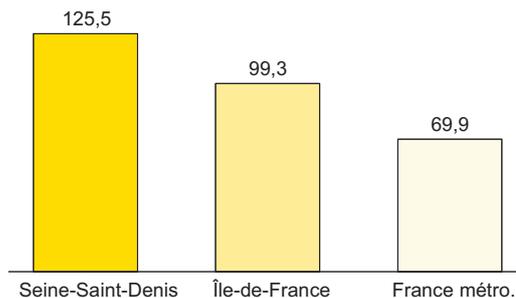
1. L'état du mal-logement en France 18e rapport annuel. Février 2013 Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés.
2. L'état du logement en 2010. Décembre 2012 Commissariat général au développement durable, Service de l'observation et des statistiques

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Le département manque de logements sociaux du fait des besoins particulièrement importants.
- > La sur-occupation des logements est plus importante en Seine-Saint-Denis que dans les autres départements d'Île-de-France et les logements sont relativement petits.
- > Les conditions d'accès au logement des Séquano-Dionysiens sont compliquées par une importante augmentation du prix de l'immobilier.

Au 1er janvier 2011, le département de la Seine-Saint-Denis comptait 211 785 logements sociaux selon la définition de l'article 55 de la loi SRU, soit un taux départemental de 36,7% de logements sociaux parmi les résidences principales. Le nombre de logement sociaux en Seine-Saint-Denis est de 125,5 pour 1 000 habitants. Cette proportion est plus élevée que les niveaux régional (99,3 pour 1 000) et national (69,9 pour 1 000). Rappelons toutefois que le parc locatif social n'est pas occupé exclusivement par des familles en situation de précarité et qu'à l'inverse, des familles en situation de précarité peuvent occuper des logements du secteur privé. Il est donc difficile d'évaluer le niveau de satisfaction des besoins en logement sociaux.

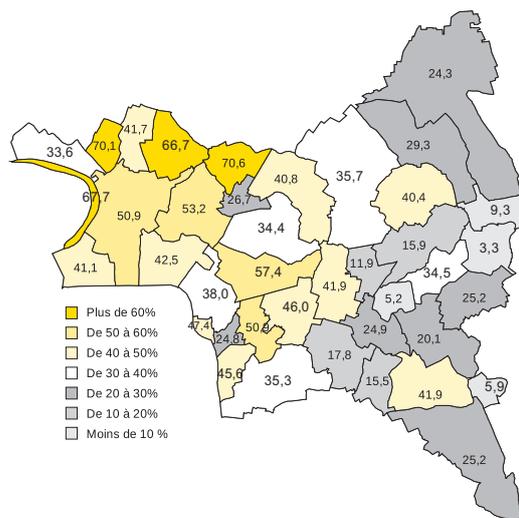
Nombre de logements sociaux pour 1 000 habitants en 2011



Sources : Insee, estimation de population au 1er janvier 2010 ; SOeS

On observe que les logements sociaux sont inégalement répartis dans le département. En effet, le taux de logements sociaux est plus important dans les communes de l'ouest. 4 communes séquano-dionysiennes ont un taux de moins de 10%.

Taux de logements sociaux au 1er janvier 2011



Sources : DRIHL Seine-Saint-Denis, 2012

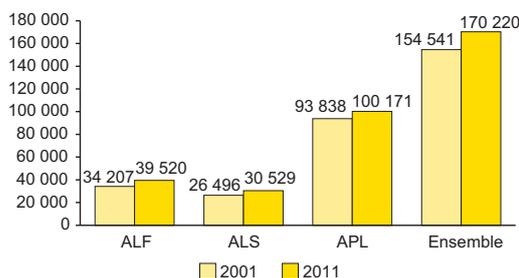
Le parc locatif social est composé de logements construits avec l'aide spécifique de l'Etat et gérés par des organisme HLM à l'exclusion des logements-foyers, résidences universitaires, etc.

Les différentes aides au logement sont attribuées par les Caisses d'allocations familiales (CAF), selon les revenus des ménages, le nombre de personnes du ménage et selon certaines conditions. Ces allocations sont des éléments essentiels pour l'accès au logement des personnes en situation de précarité ou leur maintien dans les lieux.

En 2011, la Seine-Saint-Denis compte 170 220 bénéficiaires d'une aide au logement soit un taux de 111,4 bénéficiaires pour 1 000 habitants contre 82,4 en moyenne en Île-de-France et 94,3 en France métropolitaine.

Entre 2001 et 2011, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 10,1% dans le département.

Nombre de bénéficiaires de prestations d'aides au logement en Seine-Saint-Denis en 2001 et 2011



Sources : CNAF, fichier FILEAS - BENETRIM

ALS : Allocation de logement social attribuée aux ménages aux ressources modestes tels que bénéficiaires du RSA, demandeurs d'emplois qui ne sont plus indemnisés.

ALF : Allocation de logement familial, généralement attribuée à des familles moins démunies que celles bénéficiant de l'ALS, mais pour qui la présence de personnes à charge maintient un quotient familial faible. Elle peut être attribuée pour une location ou pour une accession à la propriété.

APL : Aide personnalisée au logement, souvent destinée soit aux ménages résidant en logement HLM conventionnés, soit aux accédants à la propriété bénéficiant de prêt aidé ou conventionné.

Ces trois aides au logement sont soumises à des conditions de ressources.

Depuis la mise en application de la loi instaurant le droit au logement opposable (DALO), le département a connu un accroissement constant du nombre de ménages éligibles à ce dispositif. Entre 2008 et 2011, 5 657 ménages ont été jugés éligibles au DALO dans le département.

Au premier janvier 2012, 2 009 ménages éligibles avaient été relogés dont 46% dans leur commune d'origine.

En 2012, le prix moyen au m² du loyer mensuel charges comprises est de 17,2 euros. Les communes limitrophes de Paris qui disposent d'une ligne de métro ou d'une ligne de RER enregistrent des prix au m² entre 15% et 25% supérieurs à la moyenne.

Fin 2011, le prix moyen de vente des appartements anciens dans le département est de 3 290 euros/m². Il faut noter que les prix ont progressé de 20% depuis juin 2008. Pour l'accession d'un appartement neuf, en 2011, le prix moyen du m² est d'environ 4 158 euros. Le prix n'a pas cessé d'augmenter depuis 2004 où le m² valait environ 2 600 euros.

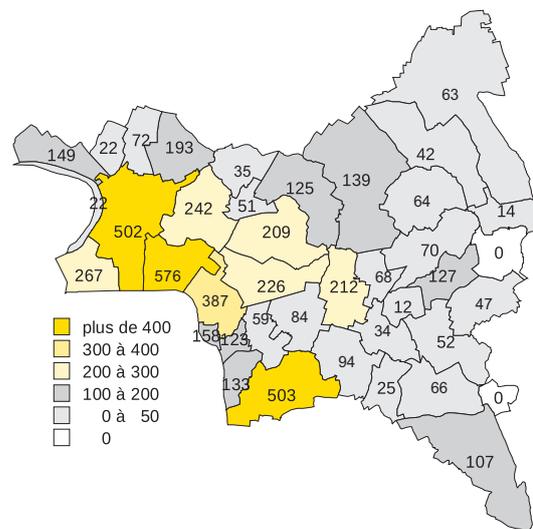
Prix moyen du m² pour l'achat d'un logement neuf

Logement collectif	prix au m ² (en euros)
Paris	10 100
Hauts-de-Seine	6 597
Seine-Saint-Denis	4 158
Val-de-Marne	4 878
Petite couronne	5 421
Grande couronne	3 999
Île-de-France	4 928

Sources : DRIEA, ECLN 2011.

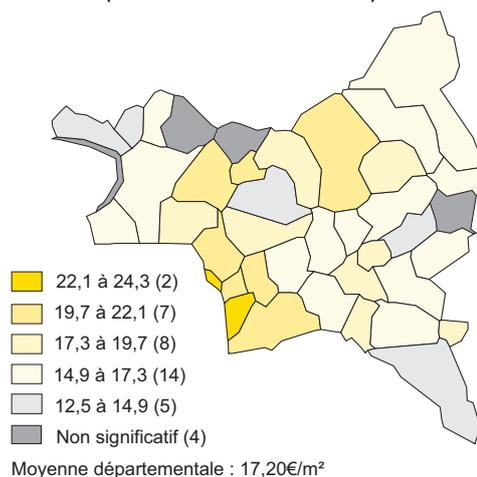
En 2009, la Seine-Saint-Denis est le département d'Île-de-France où le nombre moyen de personnes par logement et le nombre de personnes par pièce sont les plus élevés. Ces proportions sont également supérieures à celles de France métropolitaine. On observe aussi qu'en Seine-Saint-Denis le nombre de pièces par logement est inférieur à ceux d'Île-de-France et de France métropolitaine.

Nombre de ménages jugés éligibles au DALO 2008 - 2011



Sources : DRIHL Seine-Saint-Denis, 2012

Prix en €/m² des appartements proposés vides en location (toutes tailles confondues)



Sources : ADIL Seine-Saint-Denis, 2012

au 1er janvier 2009

	Nombre moyen de personnes par logement	Nombre moyen de personnes par pièce	Nombre moyen de pièces par logement
Paris	1,9	0,7	2,6
Seine-et-Marne	2,6	0,6	4,1
Yvelines	2,5	0,6	4,0
Essonne	2,5	0,6	4,0
Hauts-de-Seine	2,2	0,7	3,1
Seine-Saint-Denis	2,6	0,8	3,2
Val-de-Marne	2,3	0,7	3,3
Val-d'Oise	2,6	0,7	3,9
Île-de-France	2,3	0,7	3,4
France	2,3	0,6	4,0

Sources : Insee, RP 2009 exploitations principales.

Différents types de foyers proposent des hébergements relevant du logement social provisoire.

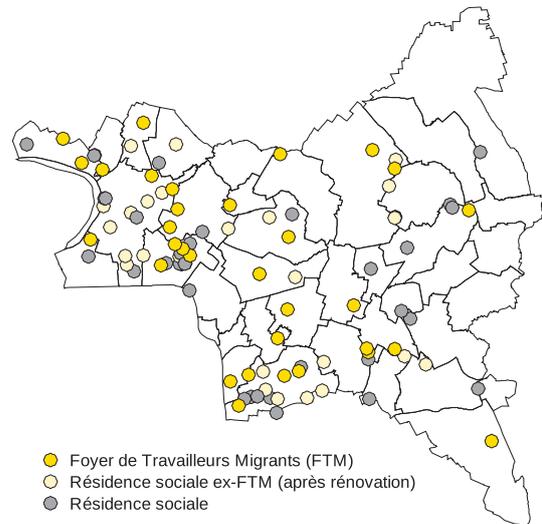
En Seine-Saint-Denis, l'Observatoire statistique des foyers et services pour jeunes travailleurs recense 1 252 places et 1 706 jeunes accueillis en 2011. La majorité des jeunes reste un an ou plus (52%). Pour 40% d'entre eux la principale raison du départ est d'habiter un logement plus autonome. 15% des jeunes vivent chez leurs parents au cours de l'année de sortie du foyer.

Le plan national de traitement des foyers pour travailleurs migrants (FTM) a été lancé en 1997. L'objectif principal de ce plan est de conduire la transformation des FTM en résidences sociales permettant ainsi un renouvellement et une mixité des populations y résidant. Avec 52 FTM offrant 13 500 places, la Seine-Saint-Denis arrivait alors en tête des départements français en terme de nombre de foyers. Depuis 1997, 24 foyers ont été traités dans le département de la Seine-Saint-Denis.

Les logements-foyers de travailleurs migrants ont pour mission d'accueillir des travailleurs isolés d'origine étrangère. Ces établissements proposent un hébergement à durée indéterminée comportant généralement des locaux privatifs, meublés ou non, et des locaux communs affectés à la vie collective. Les personnes hébergées bénéficient automatiquement d'un contrat de location.

Les résidences sociales sont des solutions d'hébergement temporaire destinées aux personnes rencontrant des difficultés d'accès à un logement de droit commun du fait de difficultés à la fois sociales et financières. Elles sont composées d'habitations autonomes, adaptées aux configurations du foyer, favorisant la vie autonome des personnes admises.

Foyers à destination des travailleurs migrants (FTM)

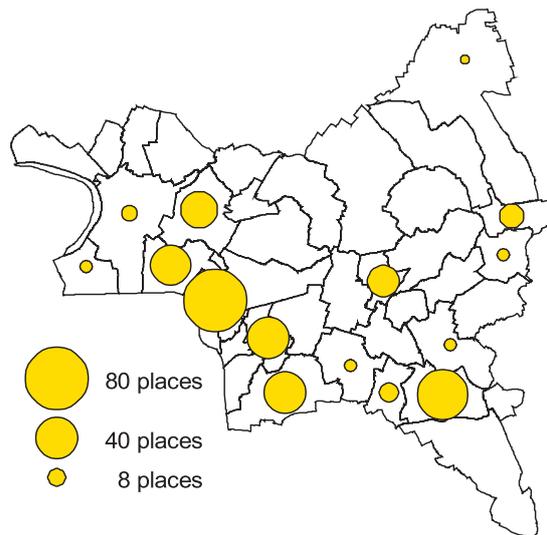


Sources : DRIHL Seine-Saint-Denis, 2012

Pour le plan hiver 2011-2012, le département a mobilisé 440 places d'hébergement de novembre à mars inclus, hors nuitées hôtelières. Au total plus de 1 000 personnes ont pu être orientées en structures et équipements publics.

En 2012, la fermeture des places hivernales a été progressive à compter du 1er avril afin de permettre l'orientation sur le long terme de l'ensemble des personnes encore mises à l'abri au 31 mars et éviter ainsi tout retour à la rue.

Les places d'hébergement hivernal (structures et équipements publics, hors hôtel)



Sources : DRIHL Seine-Saint-Denis, 2012

Contexte national

L'affiliation à un régime d'assurance maladie qui conditionne le versement des prestations en nature et en espèce (indemnités journalières) liées à cette assurance dépend essentiellement de l'appartenance socioprofessionnelle de l'assuré.

La plus grande partie de la population française est couverte par le régime général de la sécurité sociale (59 millions de bénéficiaires soit 4 Français sur 5 en 2012). Celui-ci regroupe les salariés du secteur privé et des collectivités territoriales, ainsi que différents groupes professionnels rattachés au régime général pour les prestations en nature de l'assurance maladie : les étudiants, les fonctionnaires d'Etat, les salariés d'EDF-GDF, etc. Les deux autres régimes les plus importants sur le plan démographique sont le régime agricole (exploitants et salariés), qui couvre 5,6% de la population, et le Régime social des indépendants (RSI), qui couvre 4,5% de la population. Les régimes spéciaux (mines, militaires, marins, SNCF...) couvrent 3,2% des assurés sociaux [1].

Depuis l'instauration de la Couverture maladie universelle (CMU) le 1^{er} janvier 2000, l'ensemble de la population peut bénéficier de l'assurance maladie sur critère de domiciliation. Au 31 décembre 2011, 2 191 858 millions de personnes, n'ayant aucun rattachement à un régime existant comme assuré ou ayant droit, sont couvertes par la CMU de base et ainsi affiliées au régime général, soit 3,3% de la population française [2]. Entre décembre 2008 et décembre 2009, l'augmentation des effectifs est importante (passant de 1,5 à 2,1 millions soit +41% en France) et s'explique par le "basculement" de bénéficiaires de l'assurance maladie au titre d'autres régimes vers la CMU de base. Cette évolution est liée à l'application des textes sur la durée d'attribution des droits (passage de 4 ans à 1 an).

Les différents régimes offrent aujourd'hui pratiquement les mêmes conditions de remboursements en ce qui concerne les soins. Les personnes couvertes par les régimes spéciaux bénéficient toutefois d'une exonération du ticket modérateur lorsqu'elles consultent les médecins de caisses. En revanche, pour ce qui concerne les prestations en espèces (indemnités journalières), elles sont très différentes selon le type de régime. Par ailleurs, il existe des situations particulières d'exonération du ticket modérateur et de prise en charge des soins à 100%, dans le cas d'une maternité, d'un accident du travail ou d'une invalidité. Au 31 décembre 2012, 9,5 millions de personnes du Régime général bénéficient de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD), soit moins d'une personne sur six [3].

Pour couvrir la part du coût des soins non supportée par les régimes d'assurance maladie obligatoire, neuf Français sur dix (92,3%), déclarent disposer en 2006 d'une couverture complémentaire privée ou de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Ainsi, seulement 7,7 % de la population ne disposeraient d'aucune couverture complémentaire, sachant toutefois que certaines de ces personnes bénéficient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD. C'est parmi les jeunes (20-29 ans) et les personnes âgées (80 ans ou plus) que les proportions de personnes sans couverture complémentaire sont les plus élevées [4].

Parmi les assurés qui ont recours à une complémentaire en 2011, 70,3% ont souscrit un contrat auprès d'une mutuelle, 27,3% auprès d'une société d'assurance et 2,4% auprès d'une institution de prévoyance [5]. On peut noter la situation particulière des habitants des départements d'Alsace et de la Moselle, qui bénéficient d'une couverture complémentaire obligatoire, gérée par les caisses d'assurance maladie (CPAM, MSA...).

La CMUC, financée principalement par l'Etat, s'adresse aux personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé annuellement par décret. 4 468 727 personnes sont bénéficiaires de ce dispositif en 2012, soit 6,8 % de la population française. Entre 2011 et 2012, les effectifs moyens de bénéficiaires évoluent de +2,6% en métropole et sont quasi stables dans les Départements d'outre mer (Dom), -0,1%. La CMUC couvre 6,1% de la population en métropole et 29,9% dans les Dom. En métropole, les pourcentages des bénéficiaires par rapport à la population sont de 3,7% en Bretagne et 10,2% dans la région Nord-Pas-de-Calais [5]. La CMUC peut être gérée, au choix du bénéficiaire, par son régime obligatoire de base, ou par un organisme de complémentaire maladie agréé (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance), inscrit sur la liste préfectorale. Tous régimes confondus, sur l'ensemble du territoire, 84,4 % des bénéficiaires de la CMUC avaient choisi leur régime obligatoire au 31 décembre 2009. En métropole, le choix d'un Organisme complémentaire (OC) varie de 6,2% à 33,8% selon les régions. Les régions ayant la plus forte proportion de bénéficiaires affichent les plus faibles taux de recours aux OC. La démarche pour aller vers un OC demande un niveau d'intégration sociale et culturelle qui ne correspond pas à la situation des personnes les plus en difficulté dans les grandes agglomérations. Les régions de l'ouest, qui ont le moins de bénéficiaires, sont également celles où le recours aux OC est le plus important. Pour éviter les "effets de seuil", depuis le 1^{er} janvier 2005, a été instituée une aide à l'Acquisition d'une complémentaire santé (ACS) destinée aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond fixé pour bénéficier de la CMUC et ce même plafond majoré de 20%. En 2009, tous régimes confondus, 607 500 personnes ont bénéficié d'une attestation d'ACS [6]. L'Aide médicale de l'Etat (AME), destinée à prendre en charge les personnes ne présentant pas les conditions d'affiliation nécessaires à la CMU, permet un accès gratuit aux soins pour les personnes sans papiers résidant en France depuis au moins trois mois. Elle est accordée sous conditions de ressources (plafond identique à celui de la CMUC). Les bénéficiaires de l'AME sont environ 231 141 fin 2012 en France métropolitaine. La région Île-de-France concentre 68,5% des bénéficiaires de métropole. Pour pallier l'instauration d'un délai de trois mois de présence sur le territoire pour prétendre à l'AME, un fonds a été créé pour les "soins urgents et vitaux" sur lequel les soins hospitaliers répondant à ces critères d'urgence et de mise en cause du pronostic vital, peuvent être imputés [7].

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a réaffirmé les obligations de l'hôpital public pour toutes les personnes qui ne bénéficient pas de couverture sociale et qui ont des difficultés à accéder au système de soins. Des établissements publics de santé et des établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (Praps), des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass), adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits [8]. Les examens de santé gratuits, pratiqués dans les centres d'examens de santé de la sécurité sociale, sont accessibles gratuitement pour tout assuré et ses ayants droit et doivent cibler en priorité des populations en précarité financière.

Malgré ces dispositifs de droit et pour diverses raisons des usagers connaissent des difficultés pour recourir au système de soins. Des associations ont ouvert des centres pour assurer des consultations médicales pour des patients toujours exclus des systèmes de droit commun. Cependant, il existe des disparités dans l'accès aux soins au-delà de ces publics (voir autres fiches), notamment en matière de prévention.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > 174 220 Séquano-Dionysiens sont bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 2012. Ce chiffre est en hausse depuis 2009
- > 11,9% de la population de Seine-Saint-Denis est couverte par la CMUC, soit une proportion plus élevée que celles d'Île-de-France et de France métropolitaine
- > 48 682 personnes ont bénéficié de l'Aide médicale de l'Etat (AME) en 2012 en Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, la proportion de personnes protégées par le régime général (94,7%) en 2010 est comparable à celle observée au niveau régional (93,1%) mais supérieure à celle de la France métropolitaine (86,6%). La différence s'explique par la faible proportion de la population rattachée au régime agricole en Île-de-France et en Seine-Saint-Denis.

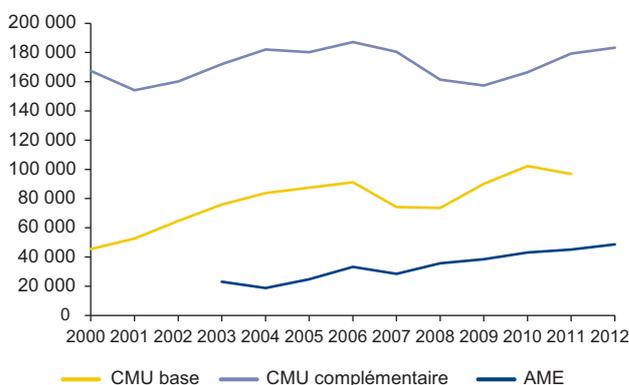
Au 31 décembre 2012, 96 883 Séquano-Dionysiens sont bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) de base.

174 220 Séquano-Dionysiens sont bénéficiaires de la CMUC en 2012. La part des bénéficiaires dans la population totale est de 11,9% contre 6,2% en Île-de-France et 6,2% en France (DOM compris). On observe des disparités au sein des départements franciliens, la part des bénéficiaires de la CMUC allant de 3,6% dans les Yvelines à 11,9% en Seine-Saint-Denis.

La Seine-Saint-Denis a le taux de bénéficiaires de la CMUC le plus élevé d'Île-de-France mais aussi de tous les départements de France métropolitaine.

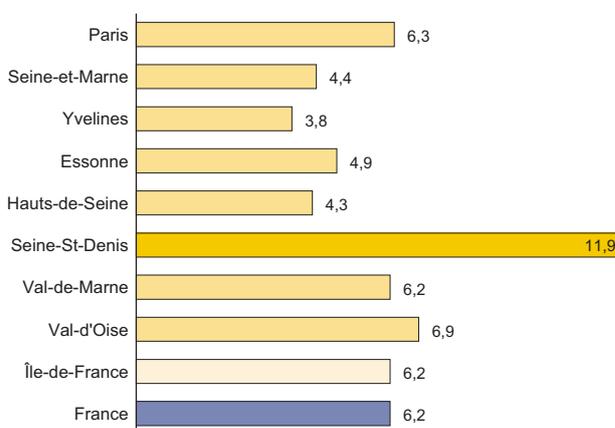
Les proportions de bénéficiaires de la CMUC sont très variables au sein des communes séquano-dionysiennes et des communes de la petite couronne. Elles sont élevées dans les communes de l'ouest de la Seine-Saint-Denis et très faibles dans les arrondissements du centre de Paris, ainsi que dans les communes de l'ouest des Hauts-de-Seine et du sud-est du Val-de-Marne.

Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMU et de l'AME entre 2000 et 2012 en Seine-St-Denis



Sources : Cnamts, CANAM, CCMSA Mipes - Exploitation ORS Ile-de-France

Proportion de bénéficiaires de la CMUC au 31 décembre 2012 (%)



Sources : Cnamts, RSI, CCMSA, Fonds CMU, Insee

Les bénéficiaires de l'AME au 31 décembre 2012

	Assurés	Ayants droit	Total	% par département
Paris	42 312	9 981	52 293	33,1
Hauts-de-Seine	9 298	2 232	11 530	7,3
Seine-Saint-Denis	38 288	10 394	48 682	30,8
Val-de-Marne	12 820	4 240	17 060	10,8
Proche couronne	60 406	16 866	77 272	48,9
Grande couronne	23 028	5 522	28 550	18,1
Île-de-France	125 746	32 369	158 115	100,0
France métro.	175 343	55 798	231 141	-

* % de bénéficiaires par région sur le total Île-de-France

Sources : Caisses primaires d'Assurance maladie, situation au 31 décembre 2012

Au 31 décembre 2012, 48 682 personnes bénéficient de l'Aide médicale de l'Etat (AME) dans le département, 158 115 en Île-de-France et 231 141 en France métropolitaine. La Seine-Saint-Denis accueille donc près d'un tiers des bénéficiaires de cette aide en Île-de-France et près d'un cinquième des bénéficiaires de France métropolitaine.

Bénéficiaires de la CMU de base au 31 décembre 2011

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise	Île-de-France	France métro.
CMU de base	102 767	26 586	32 848	35 338	37 646	96 883	32 605	49 479	414 151	2 191 858

Bénéficiaires de la CMUC au 31 décembre 2012

	Paris	Seine-et-Marne	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marne	Val-d'Oise	Île-de-France	France métro.
CMUC	142 285	59 297	54 514	59 947	68 039	183 139	83 784	81 850	732 855	3 908 520
Bénéficiaires de la CMUC (%)	6,3	4,4	3,8	4,9	4,3	11,9	6,2	6,9	6,2	6,2

Sources : Cnamts, RSI, CCMSA, Fonds CMU, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Les dispositifs de Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) en Île-de-France en 2011

	Nombre de Pass	MCO	PSY	Buccodentaire	Dermatologique
Paris	14	11	1	1	1
Hauts-de-Seine	8	6	1	1	
Seine-Saint-Denis*	7	6	1		
Val-de-Marne	8	5	2	1	
Grande couronne	20	18	1	1	
Île-de-France	57	46	6	4	1

* Les Pass de Seine-Saint-Denis sont installées dans les hôpitaux de Bobigny, Bondy, Aulnay-sous-Bois, Montreuil, Monfermeil et Saint-Denis.

Source : ARS Île-de-France

Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) sont des structures hospitalières mises en place en 1998 dans le cadre de la lutte contre la précarité. Elles ont pour mission de faciliter l'accès aux soins et la prise en charge médico-sociale des personnes les plus démunies, qui ne peuvent prétendre au bénéfice d'une protection sociale à un autre titre. Dans le cadre des Pass, les patients bénéficient de la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des traitements qui leur sont délivrés gratuitement. L'accès aux soins par les Pass n'est que transitoire, dans l'attente du recours à la CMUC ou à l'AME.

Des Pass ont été constituées dans la plupart des hôpitaux de l'AP-HP de Paris et de proche couronne. Cependant toutes les Pass ne relèvent pas AP-HP.

On dénombre 59 Pass en Île-de-France (57 Pass et 2 Pass dédiées externes à l'hôpital à Créteil et Pontoise), installées dans 52 établissements hospitaliers de la région. Cependant toutes les Pass n'offrent pas la même prise en charge médico-sociale (remise de "bons Pass" au patient permettant un accès à la pharmacie et à une hospitalisation). L'offre est particulièrement importante à Paris (14 Pass) et en proche couronne (entre 7 et 8 Pass dans chacun des trois départements).

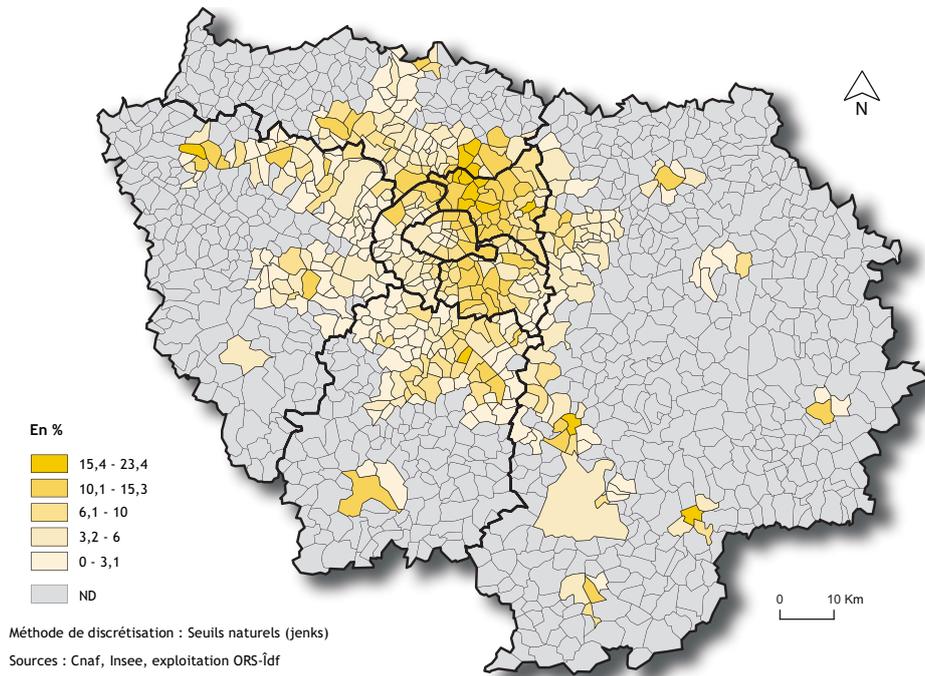
La Seine-Saint-Denis compte 7 Pass : 6 en Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique (MCO) et 1 en psychiatrie (Ville Evrard).

La ville de Saint-Denis propose depuis janvier 2014 une expérimentation sur la mise en place d'une Pass de ville dans deux Centres municipaux de santé. L'expérimentation, soutenue par l'ARS dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), consiste à mettre en œuvre en collaboration avec les équipes des centres de santé et les partenaires associatifs, un parcours d'accès aux soins, accessible, lisible et coordonné, pour des usagers en situation de précarité. Ce dispositif permet à ces usager(e)s de bénéficier d'une consultation de médecine générale, d'accéder aux médicaments, aux soins et aux examens complémentaires et d'être accompagné(e)s dans l'ouverture de leurs droits à l'assurance maladie, sans avancer les frais. Peuvent intégrer le dispositif Pass de ville, les personnes qui expriment un problème de santé, sans connaissance de droits ouverts et qui ne peuvent pas avancer les frais médicaux. Les personnes doivent en outre, vivre sur le territoire de Saint-Denis et/ou y avoir une attache sociale (suivi social régulier dans une association de la ville/au CCAS/au Service social municipal) et /ou médicale avec la ville (suivi régulier dans une structure médicale du territoire). D'autres expérimentations de Pass de ville sont en cours en Seine-Saint-Denis, comme à Montreuil ou au Blanc Mesnil.

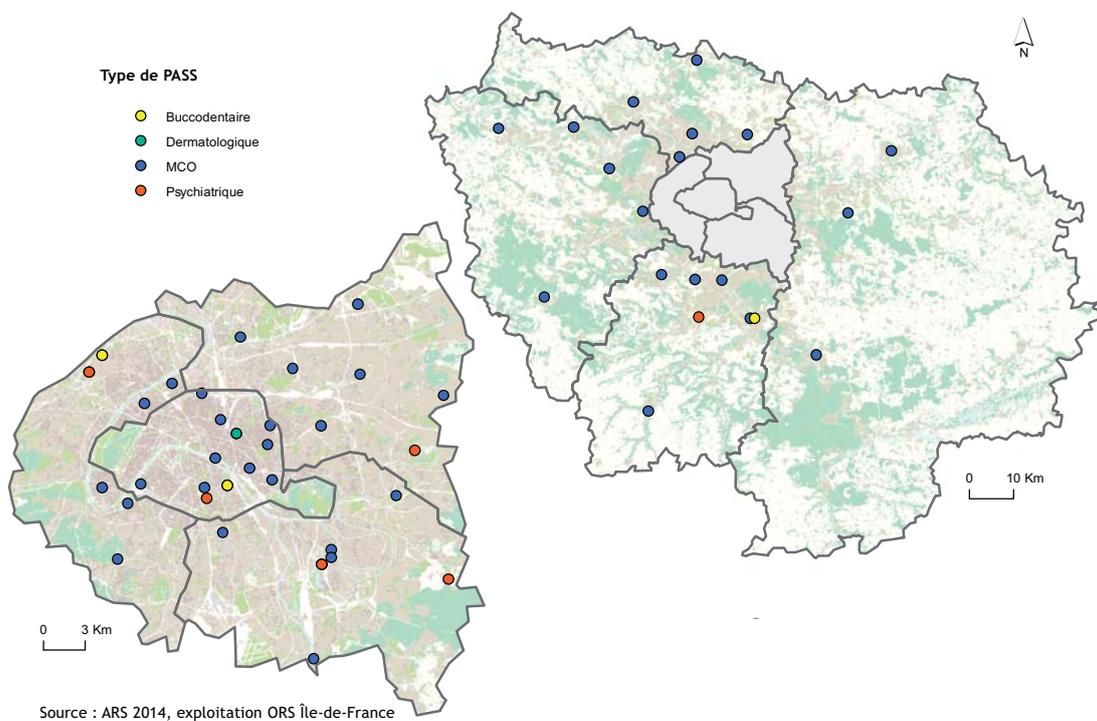
Repères bibliographiques et sources

- [1] Cnamts, Dénombrement de la population protégée par le régime d'assurance maladie au 31 décembre 2012, 2012
- [2] Rapport d'activité 2009, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, juin 2010
- [3] Cnamts, Fréquence des ALD pour le régime général au 31 décembre 2012
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2009.php>
- [4] Site internet de l'Enquête santé protection sociale 2006 - <http://www.irdes.fr/Esp>
- [5] La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle, n° 52, Juillet 2013
- [6] Boisguérin B., Haury B., Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins, Etudes et Résultats, Drees, n°645, juillet 2008
- [7] Organiser une permanence d'accès aux soins de santé Pass, Recommandations et indicateurs, DHOS, 2008

Part de la population de moins de 60 ans bénéficiaire de la CMUC dans les communes des agglomérations d'Île-de-France en 2013



Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) en Île-de-France



Contexte national

Les personnes atteintes de certaines maladies nécessitant des soins prolongés peuvent être admises, à leur demande ou à celle de leur médecin, en affection de longue durée (ALD). L'admission en ALD est prononcée par le service médical de l'assurance maladie. Certaines ALD sont dites exonérantes. Il s'agit des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, pour lesquelles il y a exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100%). Une liste d'affections exonérantes, actuellement au nombre de trente (ALD30), est définie par décret. Une admission en ALD exonérante peut également être acceptée pour des affections hors liste (ALD n°31) ou en cas de polyopathie invalidante (ALD n°32). Un protocole de soins est établi pour chacun de ces patients par le médecin traitant, sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). La liste et les critères médicaux utilisés pour l'admission et le renouvellement de ces ALD ont été actualisés par le décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 qui précise également la durée d'exonération pour chacune de ces pathologies. Ces dispositions sont applicables à tous les patients entrant en ALD ou concernés par un renouvellement à compter du 22 janvier 2011. À noter que le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 a retiré l'hypertension artérielle sévère (ALD 12) de la liste des ALD 30 à compter du 27 juin 2011.

En 2011, 3 millions de personnes résidant en France métropolitaine ont été admises en ALD30, pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants), qui couvrent environ 97% de la population [1, 2].

Pour le seul régime général (88% de la population), le nombre total de personnes en ALD atteint 9,1 millions fin 2012 en France entière. Cela correspond à 15% de la population protégée par ce régime [3].

Le taux de personnes en ALD croît fortement avec l'âge. Il passe ainsi de moins de 1,7% avant 5 ans à 48,5% au-delà de 75 ans pour les bénéficiaires du régime général. A partir de 50 ans, le taux masculin devient nettement supérieur au taux féminin [4].

Quatre groupes d'affections représentent plus de 75% des ALD30. Les affections cardiovasculaires sont les plus fréquentes. Le régime général compte 2,8 millions de personnes en ALD pour ce motif fin 2008, ce qui correspond à 4,9% de ses assurés. Les tumeurs malignes sont la deuxième cause d'ALD, avec 1,7 million d'assurés concernés (3%). Viennent ensuite le diabète (1,6 million d'assurés, 2,9%), puis les affections psychiatriques (950 000, 1,7%) [5].

D'importantes disparités existent entre les départements. Ainsi en 2004, le taux de personnes en ALD30 au régime général varie de 9,5% à 16,6%, les taux les plus élevés étant observés dans le sud-est de la France et dans les départements d'Outre-mer [6].

Une baisse du nombre global d'admissions en ALD est observée en 2011 (-4,8%), elle résulte essentiellement de la forte baisse du nombre d'admissions en ALD 12 (hypertension artérielle sévère) suite à la modification intervenue en 2011. Lorsqu'on exclut l'ALD 12 le nombre d'admissions en ALD augmente en 2011 de 2,4% par rapport à 2010. Ce taux, inférieur à celui observé en 2009 et 2010 (+8,9%) ou 2008 et 2009 (+4,9%), est du même ordre que le taux de croissance observé entre 2007 et 2008 (+2,5%) [3].

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

Toutefois, entre 2005 et 2009, la progression annuelle du nombre de personnes en ALD30 apparaît moins marquée (+ 3,9%) qu'entre 1994 et 2004 (+ 5,7%). Ce ralentissement peut être rapproché d'un encadrement plus important de ce dispositif au cours des années récentes [5, 7, 8].

Les dépenses d'assurance maladie affectées à la prise en charge des personnes en ALD (consommation de soins et biens médicaux, tous régimes) sont estimées à près de 78 milliards d'euros en 2009. Cela représente 59% des dépenses totales de remboursement de la "branche maladie" (44% en 2002). L'augmentation de ces dépenses, 8,5% en moyenne par an depuis 2002, constitue la principale contribution à la hausse de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie [9]. La progression des dépenses d'ALD est davantage liée à la hausse rapide du nombre de patients en ALD qu'à une augmentation du coût des soins pour ces affections [10].

Repères bibliographiques et sources

[1] Cnamts, CCMSA, RSI, Bases nationales des admissions en Affections de longue durée, 2009-2011

[2] Cnamts, Cnav, Effectifs de la population protégée par régime, par département et par région Insee au 31 décembre 2011, Répertoire national interrégime des bénéficiaires de l'assurance maladie.

[3] Cnamts, Site de l'Assurance maladie, www.ameli.fr (consulté en juin 2014)

[4] Score santé, FNORS, mars 2014

[5] Païta M., Weill A., Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008, Points de repère, Cnamts, n° 27, 2009

[6] Vallier N., Salanave B., Weill A., Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée, Points de repère, Cnamts, n° 1, 2006

[7] Fender P., Païta M., Ganay D. et al., Prévalence des trente affections de longue durée en 1994, Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 45, n° 6, 1997

[8] Weill A., Vallier N., Salanave B. et al., Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004, Pratiques et organisation des soins, Cnamts, vol. 37, n° 3, 2006

[9] Cnamts, Drees, Les programmes de qualité et d'efficacité 2011 maladie - Partie 1 : Données de cadrage, Indicateur n° 14 : Effectif des malades pris en charge au titre d'une affection de longue durée - ALD30 - et dépense associée, 2010.

[10] Commission des comptes de la sécurité sociale, Les comptes de la sécurité sociale, Résultats 2009, Prévisions 2010-2011, n°453, 2010

Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en Affections de longue durée, 2000-2002, exploitation ORS ÎdF

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Près de 30 900 Séquano-Dionysiens sont admis en affection de longue durée (ALD) chaque année
- > Les moins de 15 ans et les 15-34 ans sont admis en ALD principalement pour troubles mentaux
- > Les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs malignes et le diabète de type 1 ou de type 2 sont les principales causes d'admission en ALD des 35-64 ans et des 65-84 ans
- > Les taux séquano-dionysiens sont dans l'ensemble légèrement supérieurs aux taux régional et national sauf chez les 85 ans et plus

Près de 1 600 Séquano-Dionysiens âgés de moins de 15 ans ont été admis en affection de longue durée en moyenne chaque année entre 2009 et 2011, soit un taux de 471,6 pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge. Les garçons sont majoritaires (59,2%). Chez les garçons, les motifs les plus fréquents d'admission sont les affections psychiatriques (158,1 pour 100 000) suivis par les insuffisances respiratoires chroniques graves (148,3 pour 100 000) et le déficit immunitaire grave (VIH). Chez les filles, c'est l'insuffisance respiratoire chronique grave qui arrive en première cause (92,0 pour 100 000) suivie des affections psychiatriques de longue durée et du déficit immunitaire grave (VIH). Les insuffisances respiratoires chroniques graves et le déficit immunitaire grave (VIH) sont beaucoup plus fréquents en Seine-Saint-Denis qu'au niveau national.

Entre 2009 et 2011, un peu moins de 2 500 Séquano-Dionysiens âgés de 15 à 34 ans ont été admis en affection de longue durée, soit un taux de 560,6 pour 100 000 personnes âgées de 15 à 34 ans. Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes (51,4%). Dans cette tranche d'âge, les affections psychiatriques de longue durée sont le premier motif d'admission en ALD pour les deux sexes (157,2 pour 100 000 hommes et 137,4 pour 100 000 femmes). Les diabètes de type 1 et de type 2 sont la deuxième cause d'admission en ALD chez l'homme et la troisième chez la femme. Les maladies cardio-vasculaires sont la deuxième cause d'admission en ALD des Séquano-Dionysiennes de cette tranche d'âge (la cinquième chez les Séquano-Dionysiens).

Un peu moins de 15 500 Séquano-Dionysiens âgés de 35 à 64 ans ont été admis en affection de longue durée en moyenne chaque année entre 2009 et 2011, soit un taux de 2 676,8 pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge.

Les hommes sont majoritaires (54,3%). Chez les hommes de cette tranche d'âge, les principaux motifs d'admission en ALD sont les maladies cardio-vasculaires, les diabètes de type 1 ou de type 2 puis les tumeurs malignes. Chez les femmes, on retrouve les mêmes motifs aux premières places mais dans un ordre différent : diabète, maladies cardio-vasculaires puis tumeurs malignes.

Près de 9 500 Séquano-Dionysiens âgés de 65 à 84 ans ont été admis en affection de longue durée chaque année entre 2009 et 2011, soit un taux de 6 741,1 pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge. Les femmes sont moins nombreuses que les hommes (47,8%). Les trois premiers motifs d'admission sont identiques pour les deux sexes, il s'agit des maladies cardio-vasculaires (3 084 pour 100 000 chez les hommes et 2 293 pour 100 000 chez les femmes), des tumeurs malignes (respectivement 1 946 et 1 109 pour 100 000) et du diabète (respectivement 1 524 et 1 052 pour 100 000).

Plus de 1 800 Séquano-Dionysiens âgés de 85 ans ou plus ont été admis en affection de longue durée en moyenne chaque année entre 2009 et 2011, soit un taux de 8 652,1 pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge. Les femmes sont nettement majoritaires dans cette tranche d'âge (70%). Les principaux motifs d'admission pour les deux sexes sont les maladies cardio-vasculaires. Viennent ensuite les tumeurs malignes puis la maladie d'Alzheimer et autres démences chez l'homme et les mêmes causes dans le sens inverse chez la femme.

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

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

Principaux motifs d'admission en ALD des Séquano-Dionysiens selon le sexe et l'âge en 2009-2011
(Nombre annuel et taux pour 100 000 personnes du même sexe et du même âge)

GARÇONS moins de 15 ans	Seine-St-Denis Nb/an	Seine-St-Denis Taux	Taux ÎdF	Taux Fr**
Affections psychiatriques de longue durée	274	158,1	137,1	140,3
Insuffisance respiratoire chronique grave	257	148,3	98,3	46,4
Forme grave des affections neurologiques et musculaires	79	45,6	37,1	41,2
Déficit immunitaire grave, VIH	69	39,8	25,2	7,4
Maladies cardio-vasculaires	63	36,3	35,3	35,1
Total	948	546,9	433,5	356,4

FILLES moins de 15 ans	Seine-St-Denis Nb/an	Seine-St-Denis Taux	Taux ÎdF	Taux Fr**
Insuffisance respiratoire chronique grave	153	92,0	57,6	26,9
Affections psychiatriques de longue durée	95	57,1	57,9	63,1
Déficit immunitaire grave, VIH	72	43,3	25,6	7,7
Forme grave des affections neurologiques et musculaires	60	36,1	30,0	33,6
Maladies cardio-vasculaires	46	27,7	27,1	29,9
Total	654	393,2	316,7	271,4

HOMMES 15-34 ans	Seine-St-Denis Nb/an	Seine-St-Denis Taux	Taux ÎdF	Taux Fr**
Affections psychiatriques de longue durée	340	157,2	148,8	162,4
Diabète de type 1 et diabète de type 2	160	74,0	52,5	44,2
Maladies de l'appareil digestif	132	61,0	51,5	42,9
Tumeur maligne	76	35,1	43,8	43,5
Maladies cardio-vasculaires	71	32,8	64,3	30,6
Déficit immunitaire grave, VIH	70	32,4	36,9	16,6
Tuberculose active, lèpre	64	29,6	17,1	15,2
Total	1 204	556,8	487,5	451,8

FEMMES 15-34 ans	Seine-St-Denis Nb/an	Seine-St-Denis Taux	Taux ÎdF	Taux Fr**
Affections psychiatriques de longue durée	310	137,4	132,9	134,7
Maladies cardio-vasculaires	172	31,9	27,9	23,9
Diabète de type 1 et diabète de type 2	144	63,8	44,6	39,9
Tumeur maligne	115	51,0	56,9	54,5
Maladies de l'appareil digestif	102	45,2	44,5	47,5
Déficit immunitaire grave, VIH	98	43,4	25,6	11,0
Total	1 273	564,2	486,0	459,0

HOMMES 35-64 ans	Seine-St-Denis Nb/an	Seine-St-Denis Taux	Taux ÎdF	Taux Fr**
Maladies cardio-vasculaires	2 533	880,5	775,7	667,3
Diabète de type 1 et diabète de type 2	2 502	869,7	613,4	577,6
Tumeur maligne	1 225	425,8	446,0	515,3
Affections psychiatriques de longue durée	641	222,8	195,5	216,2
Maladies de l'appareil digestif	441	153,3	124,5	107,1
Déficit immunitaire grave, VIH	179	62,2	58,5	26,1
Total	8 408	2 922,6	2 470,7	2 383,6

FEMMES 35-64 ans	Seine-St-Denis Nb/an	Seine-St-Denis Taux	Taux ÎdF	Taux Fr**
Diabète de type 1 et diabète de type 2	1 887	648,8	401,3	365,4
Maladies cardio-vasculaires	1 483	509,9	375,4	220,3
Tumeur maligne	1 418	487,6	529,8	532,5
Affections psychiatriques de longue durée	897	308,4	261,2	266,2
Insuffisance respiratoire chronique grave	346	119,0	75,6	58,1
Maladies de l'appareil digestif	245	84,2	67,8	61,6
Total	7 078	2 433,7	1 942,0	1 743,4

HOMMES 65-84 ans	Seine-St-Denis Nb/an	Seine-St-Denis Taux	Taux ÎdF	Taux Fr**
Maladies cardio-vasculaires	1 932	3 084,3	3 095,4	2 631,1
Tumeur maligne	1 219	1 946,0	2 043,6	2 103,9
Diabète de type 1 et diabète de type 2	955	1 524,6	1 211,9	1 129,0
Insuffisance respiratoire chronique grave	220	351,2	296,1	280,8
Maladie d'Alzheimer et autres démences	170	271,4	291,7	309,2
Maladie de Parkinson	83	132,5	149,9	143,2
Total	4 960	7 918,3	7 664,5	7 214,8

FEMMES 65-84 ans	Seine-St-Denis Nb/an	Seine-St-Denis Taux	Taux ÎdF	Taux Fr**
Maladies cardio-vasculaires	1 794	2 292,9	2 077,3	1 498,3
Tumeur maligne	868	1 109,4	1 242,2	1 146,2
Diabète de type 1 et diabète de type 2	823	1 051,9	762,1	776,2
Maladie d'Alzheimer et autres démences	313	400,0	412,2	427,3
Affections psychiatriques de longue durée	192	245,4	217,8	220,8
Insuffisance respiratoire chronique grave	166	212,2	200,1	155,4
Total	4 537	5 798,9	5 393,4	4 763,7

HOMMES 85 ans et plus	Seine-Saint-Denis Nb/an	Seine-Saint-Denis Taux	Taux ÎdF	Taux Fr**
Maladies cardio-vasculaires	245	4 201,7	4 742,0	4 510,5
Tumeur maligne	107	1 835,0	2 082,3	2 143,3
Maladie d'Alzheimer et autres démences	70	1 200,5	1 494,0	1 458,4
Diabète de type 1 ou type 2	48	823,2	740,6	748,9
Insuffisance respiratoire chronique grave	22	377,3	360,0	423,6
Néphropathie chronique grave	20	343,0	331,5	302,3
Total	547	9 380,9	10 505,3	10 361,9

FEMMES 85 ans et plus	Seine-Saint-Denis Nb/an	Seine-Saint-Denis Taux	Taux ÎdF	Taux Fr**
Maladies cardio-vasculaires	590	3 871,6	4 541,3	3 554,6
Maladie d'Alzheimer et autres démences	267	1 752,1	2 130,2	2 054,9
Tumeur maligne	159	1 043,4	1 203,9	1 129,0
Diabète de type 1 ou type 2	91	597,2	506,4	585,2
Affections psychiatriques de longue durée	56	367,5	322,7	276,4
Insuffisance respiratoire chronique grave	36	236,2	289,1	247,0
Total	1 276	8 373,3	9 619,4	8 425,8

Sources : Cnamts, MSA, Canam, Insee RP 2007 - Exploitation ORS Ile-de-France; ** Fr : France métropolitaine

Dans le tableau, les maladies cardio-vasculaires regroupent les ALD 1, 3, 5, 12 et 13 sauf en 2011 où l'ALD 12 (l'hypertension artérielle sévère) a été supprimée de la liste des affections de longue durée; les maladies de l'appareil digestif regroupent les ALD 6 et 24 et les maladies du système ostéo-articulaire regroupent les ALD 22, 26 et 27

Les motifs d'admission en ALD en Seine-Saint-Denis en 2009-2011*

Cause principale d'admission	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nb/an	%	Nb/an	%	Nb/an	%
1 Accident vasculaire cérébral invalidant	585	3,6	479	3,2	1 064	3,4
2 Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	20	0,1	25	0,2	45	0,1
3 Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	527	3,3	278	1,9	805	2,6
4 Bilharziose compliquée	2	0,0	0	0,0	3	0,0
5 Insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, cardiopathies	933	5,8	906	6,1	1 839	6,0
6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	493	3,1	270	1,8	763	2,5
7 Déficit immunitaire grave, VIH	325	2,0	292	2,0	617	2,0
8 Diabète de type 1 et diabète de type 2	3 705	23,1	2 980	20,1	6 685	21,6
9 Forme grave des affections neurologiques et musculaires	321	2,0	295	2,0	616	2,0
10 Hémoglobinopathies, hémolyses	65	0,4	72	0,5	136	0,4
11 Hémophilies et affections de l'hémostase graves	32	0,2	48	0,3	80	0,3
12 Hypertension artérielle sévère	1 541	9,6	1 830	12,3	3 371	10,9
13 Maladie coronaire	1 272	7,9	492	3,3	1 765	5,7
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	849	5,3	787	5,3	1 636	5,3
15 Maladie d'Alzheimer et autres démences	258	1,6	598	4,0	856	2,8
16 Maladie de Parkinson	125	0,8	124	0,8	249	0,8
17 Maladies métaboliques héréditaires	58	0,4	63	0,4	121	0,4
18 Mucoviscidose	1	0,0	1	0,0	2	0,0
19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	244	1,5	189	1,3	433	1,4
20 Paraplégie	19	0,1	16	0,1	35	0,1
21 PAN, LED ** et sclérodémie généralisée évolutive	37	0,2	148	1,0	185	0,6
22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	104	0,6	258	1,7	362	1,2
23 Affections psychiatriques de longue durée	1 361	8,5	1 551	10,5	2 912	9,4
24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutive	157	1,0	151	1,0	308	1,0
25 Sclérose en plaques	38	0,2	86	0,6	124	0,4
26 Scoliose structurale évolutive jusqu'à maturation rachidienne	17	0,1	52	0,3	69	0,2
27 Spondylarthrite ankylosante grave	99	0,6	78	0,5	177	0,6
28 Suite de transplantation d'organe	13	0,1	11	0,1	24	0,1
29 Tuberculose active, lèpre	211	1,3	153	1,0	364	1,2
30 Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	2 655	16,5	2 585	17,4	5 240	17,0
Total toutes causes	16 066	100	14 818	100	30 884	100

Source : Cnamts, MSA, Canam - exploitation ORS Île-de-France

*Nombre d'admissions moyen chaque année entre 2009 et 2011

**Périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé

Contexte national

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations médicales et administratives. Ainsi, les séjours comptabilisés en Seine-Saint-Denis concernent les hospitalisations de personnes habitant en Seine-Saint-Denis, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Selon ce programme, en 2011, 16,2 millions de séjours hospitaliers (7,4 millions chez les hommes et 8,8 millions chez les femmes) ont été dénombrés dans des unités de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé français.

A tout âge, le taux de séjours des hommes est plus élevé que celui des femmes, sauf entre 15 et 44 ans, en raison des hospitalisations liées à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité. Les deux groupes d'âge pour lesquels on observe les écarts les plus importants entre les sexes sont les moins de 1 an et les 85 ans et plus.

En 2011, pour les hommes, les maladies de l'appareil digestif constituent le premier motif d'hospitalisation (14% des séjours). Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (11%), les tumeurs (9%) et les lésions traumatiques et empoisonnements (8%).

Pour les femmes, la grossesse et l'accouchement représentent le premier motif d'hospitalisation (15% des séjours) devant les maladies de l'appareil digestif (12%), puis les tumeurs (7%) et les maladies de l'appareil circulatoire (7%).

La rubrique "autres motifs de recours aux soins" qui regroupe notamment les examens "sans résultats anormaux", les suivis de nouveau-nés "bien portants", les séances de dialyses, chimiothérapie et radiothérapies représentent 14% du total des hospitalisations chez l'homme et 13% chez la femme.

Les deux groupes d'âge pour lesquels on observe les taux de séjours les plus élevés sont les jeunes enfants et les personnes âgées. Le taux de séjours des enfants de moins d'un an est de 529 hospitalisations pour 1 000 en 2011 (non compris les séjours de nouveau-nés bien portants). Celui des personnes âgées de plus de 75 ans s'élève à 612 hospitalisations pour 1 000 habitants.

Avant l'âge de un an, les affections périnatales prédominent (41% des séjours), suivies par les maladies de l'appareil respiratoire (15%), bronchites et bronchiolites notamment. Entre 1 et 14 ans, 17% des séjours sont liés aux maladies de l'appareil respiratoire, 11% aux lésions traumatiques et empoisonnements et 10% à des maladies de l'appareil digestif, appendicites et pathologies bucco-dentaires principalement.

Entre 15 et 44 ans, 20% des séjours masculins ont pour diagnostic principal une pathologie digestive (affections bucco-dentaires, hernie abdominale et appendicite notamment), 16% une affection d'origine traumatique et 10% des atteintes ostéo-articulaires (dorso-lombalgies et affections périarticulaires le plus souvent). Chez les femmes, 41% des séjours sont liés à la grossesse et 12% aux maladies digestives. Pour les 45-74 ans, les maladies de l'appareil digestif représentent 15% des séjours, suivies des tumeurs et des maladies de l'appareil circulatoire (respectivement 12% et 10%).

Au-delà de 75 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont au premier plan (17% des séjours), devant les maladies de l'œil (12%), les maladies de l'appareil digestif (9%) et les tumeurs (9%) [1].

Repères bibliographiques et sources

[1] Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Bases nationales PMSI-MCO 2000-2011, exploitation Drees

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- 367 189 séjours hospitaliers en service de médecine, chirurgie et obstétrique, ont concerné des Séquano-Dionysiens en 2011
- A structure par âge comparable, l'indice comparatif d'hospitalisation apparaît relativement élevé pour les femmes de Seine-Saint-Denis (+7% par rapport à la moyenne nationale)
- Le département se distingue notamment par un taux de séjours élevé pour maladies infectieuses et parasitaires (parmi lesquelles le sida et la tuberculose), maladies du sang et certains troubles immunitaires, maladies endocriniennes et du métabolisme, maladies de l'appareil génito-urinaire et maladies de la peau pour les deux sexes

367 189 séjours hospitaliers en service de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont concerné des Séquano-Dionysiens au cours de l'année 2011.

L'indice comparatif d'hospitalisation de la population de Seine-Saint-Denis, dans ces services, est équivalent à la moyenne nationale pour les hommes et supérieur de 7% à la moyenne nationale pour les femmes.

Il existe cependant de fortes disparités suivant les pathologies. Le département a un taux de séjours inférieur à celui observé au niveau national pour certaines pathologies et un taux supérieur pour d'autres.

- En Seine-Saint-Denis, le taux de séjours est notamment important
- pour les maladies infectieuses et parasitaires (+ 46% chez les hommes et + 26% chez les femmes), parmi lesquelles le sida et la tuberculose,
 - pour les maladies du sang et certains troubles immunitaires (+ 42% chez les hommes et + 57% chez les femmes),
 - les maladies endocriniennes et du métabolisme (+ 45% chez les hommes et + 40% chez les femmes),
 - les maladies de la peau (+29% chez les hommes et + 40% chez les femmes),

- les maladies de l'appareil respiratoire (+ 11% chez les hommes et + 15% chez les femmes).

Chez les femmes, les taux sont également supérieurs à la moyenne nationale pour certaines affections d'origine périnatale (+ 25%) et les tumeurs (+ 8%).

Cependant, ces disparités de recours aux soins sont complexes à interpréter car elles peuvent s'expliquer par des différences de morbidité dans la population mais aussi par des pratiques de soins ou de modalités de prise en charge variables selon les praticiens (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs ...), voire à des habitudes spécifiques de codage dans le cadre du PMSI ou encore à des facteurs sociaux, notamment aux âges extrêmes de la vie.

Lecture du tableau concernant les séjours hospitaliers :

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

Diagnostic principal d'hospitalisation :

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

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

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

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Nombre de séjours de Séquano-Dionysiens dans les services de soins de courte durée MCO et indice comparatif d'hospitalisation selon le diagnostic principal en 2011

Diagnostic principal	Hommes						ICH' 93	ICH' IDF
	0-14 ans	15-34 ans	35-64 ans	65-84 ans	85 ans ou plus	Tous âges		
Maladies infectieuses et parasitaires	1 573	740	1 543	437	106	4 399	146	108
<i>dont tuberculose</i>	39	151	184	35	5	414	438	228
<i>dont maladies dues au VIH</i>	-	104	484	30	-	627	841	266
Tumeurs	254	619	6 366	5 136	460	12 835	104	103
<i>dont bénignes</i>	138	409	2 580	1 337	49	4 513	104	107
<i>dont malignes</i>	99	166	3 411	3 435	372	7 483	107	102
<i>dont évolution imprévisible ou inconnue</i>	16	43	329	305	35	728	81	100
Mal. sang et org. hémato, troubles du syst. immunitaire	456	411	643	543	113	2 166	142	114
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	429	599	2 179	1 030	120	4 357	145	118
Troubles mentaux et du comportement **	241	464	1 407	823	180	3 115	73	84
Maladies du système nerveux	418	523	1 804	910	118	3 773	79	77
Maladies de l'oeil et de ses annexes	204	301	2 116	3 550	315	6 486	106	100
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	614	158	347	104	13	1 236	58	72
Maladies de l'appareil circulatoire	121	706	7 283	6 219	1 021	15 350	104	95
Maladies de l'appareil respiratoire	4 866	1 180	2 611	2 398	509	11 564	111	98
Maladies de l'appareil digestif	1 615	4 533	10 593	4 307	417	21 465	95	100
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	409	1 392	1 408	519	51	3 779	129	113
Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	418	1 902	4 457	1 611	161	8 549	78	80
Maladies de l'appareil génito-urinaire	6 532	1 213	3 206	1 999	238	13 188	143	113
Certaines affections d'origine périnatale	3 331	0	0	0	0	3 331	102	110
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1 333	201	157	34	4	1 729	96	90
Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	1 679	1 194	4 348	2 655	496	10 372	95	85
Lésions traumatiques, empoisonnements	1 825	3 488	3 708	1 030	281	10 332	76	77
Autres motifs de recours aux soins ***	2 571	2 656	11 385	5 070	453	22 135	100	110
Toutes causes	28 889	22 280	65 561	38 375	5 056	160 161	100	96

Diagnostic principal	Femmes						ICH' 93	ICH' IDF
	0-14 ans	15-34 ans	35-64 ans	65-84 ans	85 ans ou plus	Tous âges		
Maladies infectieuses et parasitaires	1 224	611	1 071	417	163	3 432	126	99
<i>dont tuberculose</i>	47	80	71	29	10	237	360	207
<i>dont maladies dues au VIH</i>	-	118	318	30	3	471	1025	297
Tumeurs	281	1 274	7 245	3 580	550	12 930	108	110
<i>dont bénignes</i>	166	883	3 848	1 032	50	5 979	112	113
<i>dont malignes</i>	103	270	2 913	2 273	443	6 002	110	108
<i>dont évolution imprévisible ou inconnue</i>	12	64	311	223	51	661	93	104
Mal. sang et org. hémato, troubles du syst. immunitaire	435	649	933	567	257	2 841	157	114
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	527	1 277	3 194	1 131	237	6 366	140	109
Troubles mentaux et du comportement **	140	372	790	1 111	670	3 083	87	103
Maladies du système nerveux	404	661	2 714	1 227	244	5 250	88	83
Maladies de l'oeil et de ses annexes	220	231	2 091	4 761	745	8 048	99	98
Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	441	173	410	113	18	1 155	62	74
Maladies de l'appareil circulatoire	104	611	3 845	4 468	1 816	10 844	102	92
Maladies de l'appareil respiratoire	3 503	1 039	2 117	1 728	876	9 263	115	101
Maladies de l'appareil digestif	1 200	6 073	11 272	4 287	688	23 520	100	101
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	377	1 177	1 229	437	156	3 376	140	115
Mal. du syst. ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conj.	349	1 440	5 347	3 066	442	10 644	90	92
Maladies de l'appareil génito-urinaire	451	3 370	5 715	1 495	356	1 137	103	96
Grossesse et accouchement	44	35 124	9 601	0	0	44 769	125	101
Certaines affections d'origine périnatale	3 050	0	0	0	0	3 050	107	112
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	638	226	208	34	4	1 110	85	89
Sympt., signes et résultats anormaux non classés ailleurs	1 403	2 075	4 570	2 552	922	11 492	102	90
Lésions traumatiques, empoisonnements	1 116	1 503	2 587	2 004	1083	8 293	79	86
Autres motifs de recours aux soins ***	2 041	5 634	1 203	4 499	798	26 175	107	106
Toutes causes	17 948	63 520	78 088	37 447	10 025	207 028	107	99

* Voir définitions dans l'encadré ci-contre

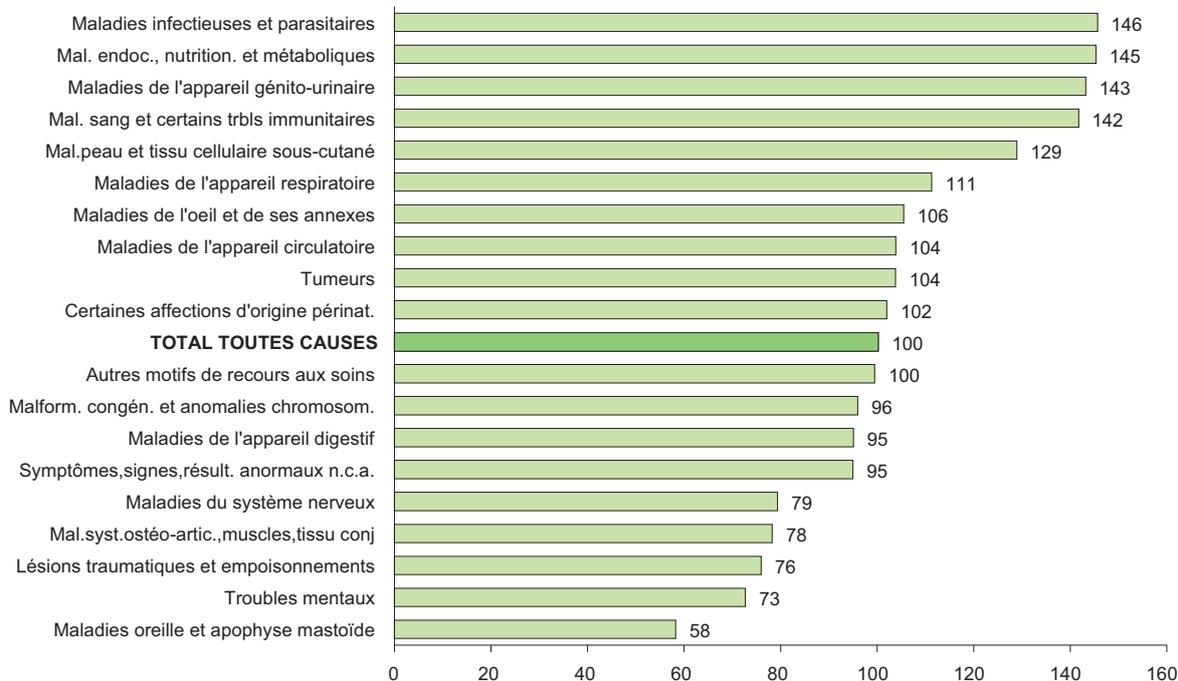
** Les séjours liés aux troubles mentaux sont ceux qui ont eu lieu dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique et ne comprennent pas les hospitalisations dans les services de psychiatrie.

*** Dans cette rubrique figurent notamment les séjours des nouveau-nés "bien portants", les examens "sans résultats anormaux" et ceux pour séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs)

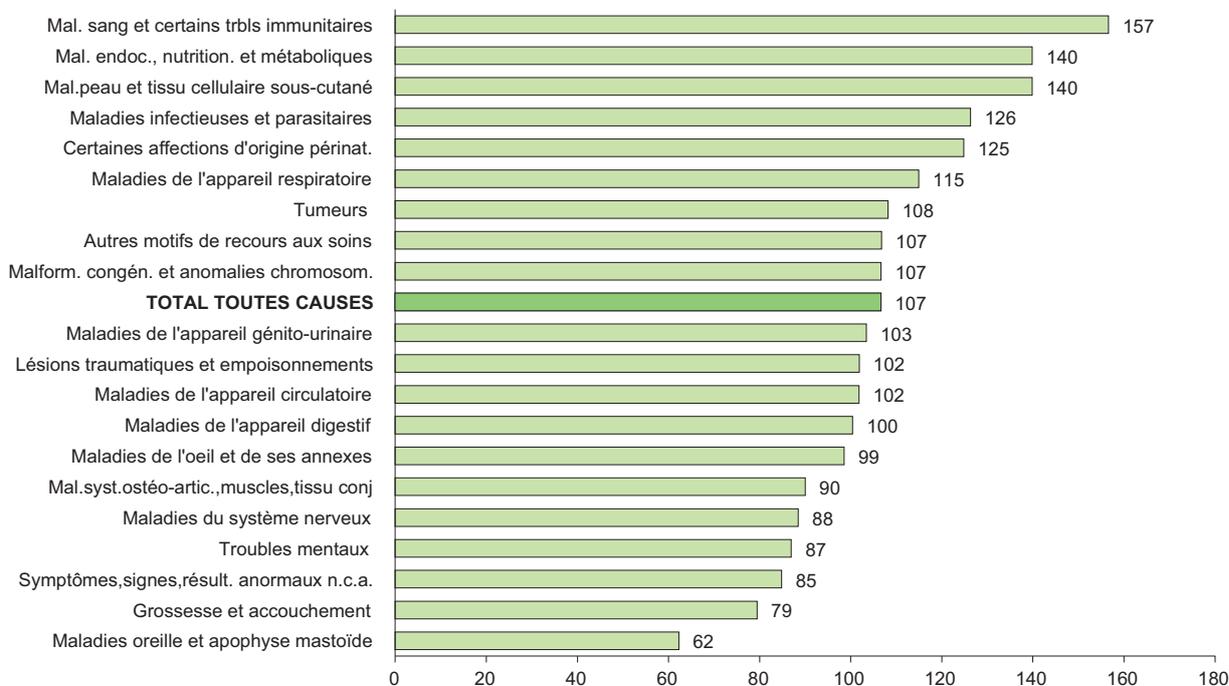
Sources : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées, Insee

**Indices comparatifs d'hospitalisation* selon le diagnostic principal en Seine-Saint-Denis en 2011
(base 100 France métropolitaine)**

Hommes



Femmes



* Voir définitions dans l'encadré page 2

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

La rubrique "autres motifs de recours aux soins" regroupe notamment les séjours des nouveau-nés "bien portants", les examens "sans résultats anormaux" et ceux pour séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs)

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

Contexte national

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

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

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

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

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

Les hommes de 15-44 ans meurent du fait des accidents et des suicides tandis que les femmes du même âge succombent aux tumeurs et aux suicides. Entre 45 et 64 ans, les taux de décès ont peu évolué entre 2000 et 2008 (-8% chez les hommes et -2% chez les femmes). Cette stagnation chez les femmes s'explique par une forte augmentation des décès par cancer du poumon (+76%) et du foie (+40%). Près de la moitié des décès masculin surviennent dans le groupe de 65-84 ans. Dans cette tranche d'âge les taux de mortalité ont diminué, entre 2000 et 2008, de -10% chez les hommes et -4% chez les femmes. Les décès par cancer ont augmenté chez les femmes de 65 à 84 ans, particulièrement le poumon, le pancréas et le foie. Chez les 85 ans et plus la surmortalité masculine est modérée pour l'ensemble des causes de décès (1,3) à l'exception du suicide (taux masculin 7 fois plus élevé), du cancer du poumon et des maladies chroniques du foie (taux respectivement 5 fois et 3 fois plus élevés chez les hommes). Pour cette tranche d'âge, entre 2000 et 2008, les taux de décès ont baissé d'environ 10% chez les hommes comme chez les femmes. Si jusqu'à 84 ans les cancers prédominent dans la mortalité masculine, après cet âge les causes de décès cardio-vasculaire sont les plus nombreuses quel que soit le sexe. La maladie d'Alzheimer, qui a fait son entrée depuis 2004 parmi les cinq premières causes de mortalité chez les plus de 65 ans, continue fortement à progresser [4]. Une légère augmentation de la mortalité a été constatée au début des années 2000 pour les troubles mentaux, les maladies du système nerveux et des organes des sens, ainsi que pour les maladies du système ostéo-articulaire. Mais cette tendance semble essentiellement liée aux évolutions des pratiques de codage et au changement de classification ce que confirme la stabilité (et même une légère baisse) de la mortalité liée à ces causes de décès sur la période la plus récente [4, 5].

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

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

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

Repères bibliographiques et sources

[1] Inserm CépiDc, Base nationale des causes médicales de décès 1979-2010 - www.cephdc.vesinet.inserm.fr

[2] Pavillon G., Coilland P., Jouglan E., Mise en place de la certification électronique des causes médicales de décès en France : premier bilan et perspectives, InVS, n° 35-36, septembre 2007

[3] Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision (CIM-10) - Vol. 2 Manuel d'utilisation, OMS, 1995

[4] Aoubla A., Eb M., Rey G., Pavillon G. et al., Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVS, n° 22, 7 juin 2011

[5] Pavillon G., Boileau J., Renaud G. et al., Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France à partir de l'année 2000, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVS, n° 4, janvier 2004

[6] Jouglan E., Pavillon G., Rossolin F. et al., Improvement of the quality and comparability of causes-of-death statistics inside the European Community, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 46, n° 6, décembre 1998

[7] Comparaisons des taux standardisés de mortalité par cause dans les pays d'Europe - période 2005 à 2008 selon les pays -, site Internet de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Région Europe - <http://data.euro.who.int/dmdb/> (mars 2014)

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- Entre 2008 et 2010, 8 300 Séquano-Dionysiens sont décédés chaque année
- Les principales causes de décès sont les mêmes en Seine-Saint-Denis, en Île-de-France et en France : tumeurs (2 582 décès par an), maladies cardio-vasculaires (1 955 décès par an), maladies respiratoires (466 décès par an) et morts violentes (440 décès par an) sont à l'origine de 65,6% des décès dans le département
- Des taux comparatifs de mortalité (TCM) plus élevés qu'en région et départements voisins, inférieurs au taux national pour la plupart des causes de décès, à l'exception notable des maladies infectieuses et des tumeurs dont les TCM sont plus importants en Seine-Saint-Denis
- La sous-mortalité accidentelle en Seine-Saint-Denis s'explique en partie par le fait qu'un nombre important de ces décès sont enregistrés dans la rubrique "cause inconnue"

On dénombre chaque année près de 8 300 décès de Séquano-Dionysiens (moyenne des années 2008 à 2010).

Le nombre et les causes de décès varient fortement selon l'âge et le sexe.

Plus de 200 Séquano-Dionysiens âgés de 15 à 34 ans sont décédés en moyenne chaque année entre 2008 et 2010 dont une grande majorité d'hommes. Dans cette classe d'âge, les morts violentes parmi lesquelles figurent les accidents de transports sont la première cause de décès des hommes (31,9% du total). Bien qu'élevée, la part des morts violentes est moindre qu'en France (58,4%) en raison d'une sous-déclaration de ces causes de décès dans une grande partie de l'Île-de-France, et particulièrement en Seine-Saint-Denis*. Les tumeurs représentent la deuxième cause de décès des hommes de 15-34 ans. Chez les femmes de 15-34 ans, les tumeurs occupent la première place (25%) devant les morts violentes (20,6%).

Environ 2 000 Séquano-Dionysiens âgés de 35 à 64 ans sont décédés en moyenne chaque année entre 2008 et 2010, dont 67% d'hommes. Chez les hommes de cette tranche d'âge, les tumeurs sont la première cause de mortalité avec près de 42% des décès. Les maladies de l'appareil circulatoire arrivent en seconde position (15,7% des décès). Chez les femmes les tumeurs sont également la première cause de décès avec 51,5% du total. Les maladies de l'appareil circulatoire arrivent en seconde position (11% des décès).

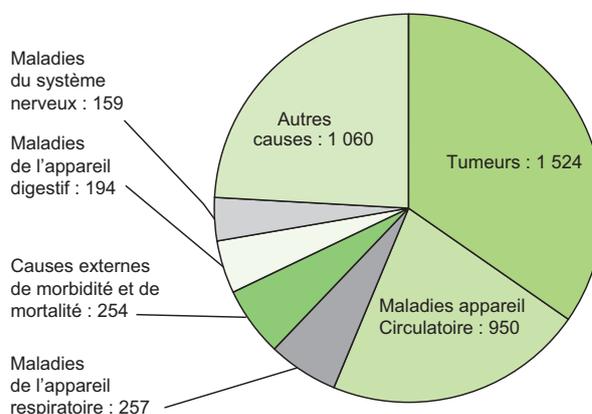
Un peu plus de 3 600 Séquano-Dionysiens âgés de 65 à 84 ans sont décédés en moyenne chaque année entre 2008 et 2010, dont une majorité d'hommes. Dans cette classe d'âge, les tumeurs restent la première cause de décès des hommes (40,2%) devant les maladies de l'appareil circulatoire (23,9%). Chez les femmes, un tiers des décès est dû aux tumeurs. Les maladies de l'appareil circulatoire sont en seconde position avec 25,3%.

Plus de 2 300 Séquano-Dionysiens âgés de 85 ans ou plus sont décédés en moyenne chaque année entre 2008 et 2010, dont 66% de femmes. Chez les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire représentent près d'un tiers des décès et les tumeurs 21,7%. Chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont de loin la première cause (34,8%), tandis que les tumeurs arrivent en seconde position (14,1%). Pour les deux sexes, les maladies de l'appareil respiratoire arrivent en troisième position.

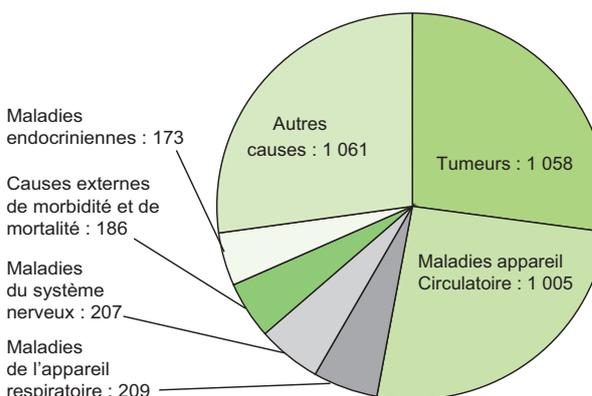
* En Seine-Saint-Denis, comme dans tous les départements relevant territorialement de l'institut médico-légal (IML) de Paris, certains décès "accidentels" sont classés dans la rubrique "symptômes, signes et états morbides mal définis" faute de retour d'information des expertises de l'IML

Nombre annuel moyen de décès par cause et par sexe en Seine-Saint-Denis entre 2008 et 2010

Hommes



Femmes



Source : Inserm CépiDc - exploitation ORS Île-de-France

Principales causes de décès des Séquano-Dionysiens selon le sexe et l'âge en 2008-2010
(nombre annuel moyen et proportion dans le total)

HOMMES 15-34 ans	Nb	% 93	% ÎdF	% Fr
Morts violentes*	43	31,9	44,2	58,4
Tumeurs	18	13,3	14,0	10,0
Symptômes, états morbides mal définis	37	27,4	20,8	14,0
Autres	37	27,4	20,9	17,5
Total	135	100,0	100,0	100,0

FEMMES 15-34 ans	Nb	% 93	% ÎdF	% Fr
Morts violentes*	15	20,3	27,0	34,5
Tumeurs	19	25,7	22,8	23,1
Symptômes, états morbides mal définis	13	17,6	18,9	12,4
Autres	27	36,4	31,2	30,0
Total	74	100,0	100,0	100,0

HOMMES 35-64 ans	Nb	% 93	% ÎdF	% Fr
Tumeurs	560	41,6	42,4	41,4
Maladies de l'appareil circulatoire	211	15,7	15,1	15,0
Morts violentes*	96	7,1	9,0	13,4
Maladies de l'appareil digestif	85	6,3	6,1	6,8
Symptômes, états morbides mal définis	184	13,7	12,8	9,1
Autres	211	15,6	14,6	14,2
Total	1 347	100,0	100,0	100,0

FEMMES 35-64 ans	Nb	% 93	% ÎdF	% Fr
Tumeurs	341	51,5	54,6	52,1
Maladies de l'appareil circulatoire	73	11,0	9,8	10,3
Morts violentes*	38	5,7	7,2	9,9
Maladies de l'appareil digestif	36	5,4	4,8	5,5
Symptômes, états morbides mal définis	76	11,5	9,3	7,3
Autres	98	14,9	14,3	14,9
Total	662	100,0	100,0	100,0

HOMMES 65-84 ans	Nb	% 93	% ÎdF	% Fr
Tumeurs	820	40,2	41,7	39,3
Maladies de l'appareil circulatoire	487	23,9	22,4	24,0
Maladies de l'appareil respiratoire	137	6,7	6,7	6,9
Maladies de l'appareil digestif	82	4,0	3,8	3,7
Morts violentes*	72	3,5	3,9	4,9
Symptômes, états morbides mal définis	149	7,3	6,6	6,1
Autres	292	14,3	14,8	15,2
Total	2 039	100,0	100,0	100,0

FEMMES 65-84 ans	Nb	% 93	% ÎdF	% Fr
Tumeurs	530	33,7	36,7	34,6
Maladies de l'appareil circulatoire	399	25,3	22,8	24,8
Maladies de l'appareil respiratoire	83	5,3	5,2	5,5
Maladies de l'appareil digestif	68	4,3	4,2	4,2
Morts violentes*	64	4,0	4,2	4,6
Symptômes, états morbides mal définis	134	8,5	8,0	6,6
Autres	296	18,8	19,0	19,8
Total	1 573	100,0	100,0	100,0

HOMMES 85 ans ou plus	Nb	% 93	% ÎdF	% Fr
Maladies de l'appareil circulatoire	234	29,5	30,4	32,6
Tumeurs	171	21,7	21,5	20,6
Maladies de l'appareil respiratoire	74	9,4	8,9	9,7
Morts violentes*	37	4,7	4,7	5,2
Symptômes, états morbides mal définis	83	10,5	8,9	8,0
Autres	192	24,2	25,6	24,0
Total	791	100,0	100,0	100,0

FEMMES 85 ans ou plus	Nb	% 93	% ÎdF	% Fr
Maladies de l'appareil circulatoire	537	34,8	32,2	35,1
Tumeurs	217	14,1	14,4	13,4
Maladies de l'appareil respiratoire	108	7,0	7,0	7,4
Morts violentes*	70	4,5	4,6	4,8
Symptômes, états morbides mal définis	210	13,6	12,6	10,9
Autres	399	25,9	29,2	28,3
Total	1 540	100,0	100,0	100,0

* Causes externes de traumatismes et empoisonnements

Source : Inserm CépiDc - exploitation ORS Île-de-France

Nombre annuel moyen de décès par cause et par sexe en Seine-Saint-Denis entre 2008 et 2010

Cause principale de décès	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Maladies infectieuses et parasitaires	128	2,9	105	2,7	233	2,8
Tumeurs	1 524	34,7	1 058	27,1	2 582	31,1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	61	1,4	65	1,7	126	1,5
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	139	3,2	173	4,4	312	3,8
Troubles mentaux et du comportement	104	2,4	105	2,7	209	2,5
Maladies du système nerveux et des organes des sens	159	3,6	207	5,3	366	4,4
Maladies de l'appareil circulatoire	950	21,6	1 005	25,8	1 955	23,6
Maladies de l'appareil respiratoire	257	5,8	209	5,4	466	5,6
Maladies de l'appareil digestif	194	4,4	157	4,0	351	4,2
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	4	0,1	17	0,4	21	0,3
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	22	0,5	41	1,1	63	0,8
Maladies de l'appareil génito-urinaire	67	1,5	78	2,0	145	1,7
Complic. de grossesse, accouch. et puerpéralité	-	-	3	0,1	3	0,0
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	36	0,8	27	0,7	63	0,8
Malformations congén. et anom. chromosomiques	28	0,6	23	0,6	51	0,6
Symptômes et états morbides mal définis	470	10,7	441	11,3	911	11,0
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	254	5,8	186	4,8	440	5,3
Total toutes causes	4 397	100,0	3 900	100,0	8 297	100,0

Source : Inserm CépiDc - exploitation ORS Île-de-France

Taux comparatifs de mortalité par cause en 2008-2010

Cause principale de décès	Hommes			Femmes		
	dépt 93	ÎdF	France	dépt 93	ÎdF	France
Maladies infectieuses et parasitaires	18,3	14,1	13,1	10,1	8,0	7,6
Tumeurs	234,0	212,2	232,0	124,1	120,1	119,3
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	2,5	2,4	2,5	2,3	1,6	1,7
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	22,0	17,3	20,1	16,0	12,3	13,9
Troubles mentaux et du comportement	15,9	15,8	19,8	9,9	10,7	12,5
Maladies du système nerveux et des organes des sens	24,7	26,6	28,9	19,0	20,9	23,8
Maladie de l'appareil circulatoire	136,7	125,9	155,0	78,6	71,9	88,2
Maladies de l'appareil respiratoire	41,7	35,3	41,0	19,1	17,6	18,8
Maladies de l'appareil digestif	29,1	25,4	32,1	14,2	13,5	15,9
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,8	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	3,5	2,7	3,1	3,4	2,8	3,0
Maladies de l'appareil génito-urinaire	11,2	9,9	10,2	6,5	5,3	5,4
Complic. de grossesse, accouch. et puerpéralité	-	-	-	0,4	0,2	0,2
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	3,7	3,2	2,9	3,0	2,7	2,4
Malformations congén. et anom. chromosomiques	2,4	2,5	2,6	2,7	2,3	2,2
Symptômes et états morbides mal définis	74,4	59,1	51,7	41,4	34,4	30,2
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	38,4	39,1	63,6	18,1	19,1	25,3

Source : Inserm CépiDc - exploitation ORS Île-de-France

Données lissées sur 3 ans, taux standardisés sur la population européenne(1976), exprimés pour 100 000 personnes

Contexte national

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population ont conduit à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. Entre 2008 et 2010, un peu plus de la moitié des personnes décédées en France (51,9%) étaient âgées de 80 ans ou plus. Par conséquent, les statistiques des causes médicales de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation dans une perspective de prévention. Dans ce contexte, les épidémiologistes ont développé le concept de "mortalité prématurée", celle-ci étant définie comme la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans. Entre 2008 et 2010, 108 590 personnes sont décédées chaque année avant 65 ans en France métropolitaine représentant près de 20,2% du total des décès. La part des décès prématurés est beaucoup plus élevée chez les hommes (27 % du nombre total de décès) que chez les femmes (13,2%) [1]. La mortalité prématurée connaît une évolution favorable en France : entre 2000 et 2010, le taux standardisé de mortalité prématurée a diminué de 14,9% chez les hommes et de 10,4 % chez les femmes [2].

Cependant, la situation nationale reste défavorable dans le contexte européen. Au sein de l'Union européenne (UE) des 27, la France a en effet une position moyenne pour la mortalité prématurée, avec un taux standardisé de mortalité prématurée, en 2005, de 205 pour 100 000 habitants, légèrement inférieur à celui de l'UE des 27 (225 pour 100 000) mais supérieur à celui de l'UE des 15 (189 pour 100 000). La France a ainsi le 12ème taux le plus bas de l'UE des 27, le taux le plus bas étant observé en Suède (154 pour 100 000) et les taux les plus élevés dans les pays d'Europe de l'Est (jusqu'à 508 pour 100 000 en Lettonie). Cette situation diffère quelque peu selon le genre. Pour les hommes, la France (entière) a le 12ème taux de mortalité prématurée le plus bas de l'UE des 27 (284, contre 307 pour l'UE des 27 et 251 pour l'UE des 15) et pour les femmes, elle a le 7ème taux le plus bas (128, contre 146 pour l'UE des 27 et 129 pour l'UE des 15) [3, 4].

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

Pour les cancers liés au tabac, la France présente une situation plus défavorable : elle est située au 5ème rang (par ordre décroissant) pour le cancer des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx et au 7ème rang pour le cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon [3, 4].

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

Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont, chez les hommes, le cancer du poumon (12,2%), le suicide (7,5%) et les maladies de l'appareil digestif (6,4%), et chez les femmes, le cancer du sein (12,4%), le cancer du poumon (7,6%) et le suicide (5,9%) [1]. On considère que la moitié de ces décès prématurés pourrait être évitée, ou du moins réduite, par deux catégories d'actions :

- Les premières sont des actions de prévention et d'éducation pour la santé afin d'introduire une modification des comportements individuels et collectifs vis-à-vis des consommations d'alcool, de tabac et des conduites à risque, sécurité routière en particulier. Cette catégorie de décès prématurés concerne plutôt les hommes (ils sont estimés à 38% des décès prématurés chez les hommes et 23% chez les femmes).
- Les secondes modalités concernent davantage le système de soins (curatifs et préventifs). L'amélioration de la prise en charge précoce des pathologies (notamment les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébro-vasculaires) et la prévention de certaines affections par le biais du dépistage systématique (cancer du sein et du col de l'utérus par exemple) réduiraient la mortalité évitable et donc une partie des décès prématurés (11 % des décès prématurés chez les hommes et 24% chez les femmes) [2].

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

Repères bibliographiques et sources

[1] Inserm Cépide, Base nationale des causes médicales de décès 1979-2010, www.cepidc.vesinet.inserm.fr

[2] Fnors, Site commun d'observation régionale en santé -SCORE-santé, <http://www.score-sante.org/score2008/index.html>

[3] Danet S., Haury B., Fourcade A., L'état de santé de la population en France en 2008, Suivi des objectifs de la loi de santé publique, Etudes et résultats, Drees, n° 711, décembre 2009

[4] Eurostat : Office statistique des communautés européennes mars 2014 - <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>

Pour en savoir plus

Numéro thématique : La mortalité prématurée en France, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVS, n° 30-31, juillet 2003

Lefèvre H., Jouglà E., Pavillon G. et al., Disparités de mortalité prématurée selon le sexe et causes de décès évitables, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 52, n° 4, 2004

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Chaque année, près de 2 400 Séquano-Dionysiens, deux fois plus d'hommes que de femmes, décèdent avant l'âge de 65 ans
- > La première cause de mortalité prématurée est le cancer pour les deux sexes
- > La mortalité prématurée est en diminution régulière en Seine-Saint-Denis mais elle reste la plus importante comparée aux autres départements d'Île-de-France pour les deux sexes

Entre 2008 et 2010, 2 419 Séquano-Dionysiens sont décédés en moyenne chaque année avant l'âge de 65 ans. Les décès prématurés masculins représentent 66% des décès prématurés. Parmi les causes de décès prématurés, les tumeurs occupent la première place. Près de 37% des décès prématurés masculins sont dus à un cancer contre 44,1% chez les femmes. Les maladies de l'appareil circulatoire sont la deuxième cause de mortalité (14,3% chez les hommes et 9,8% chez les femmes). Viennent ensuite l'ensemble des traumatismes et empoisonnements.

A noter que la Seine-Saint-Denis présente une proportion importante de décès prématurés classés en "symptômes ou états morbides mal définis" (14,8% chez les hommes et 12,3% chez les femmes). Rappelons que, comme dans tous les départements relevant territorialement de l'institut médico-légal (IML) de Paris, certains décès "accidentels" sont classés dans la rubrique "symptômes et états morbides mal définis" faute de retour d'information des expertises de l'IML.

En 2008-2010, les taux comparatifs de mortalité prématurée en Seine-Saint-Denis sont de 247,2 décès pour 100 000 hommes et 127,6 décès pour 100 000 femmes. Chez les femmes, le taux départemental est supérieur au taux francilien et au taux national alors que chez les hommes il est supérieur au taux francilien mais inférieur au taux national. Pour les deux sexes, la Seine-Saint-Denis présente les taux les plus élevés comparés aux autres départements franciliens.

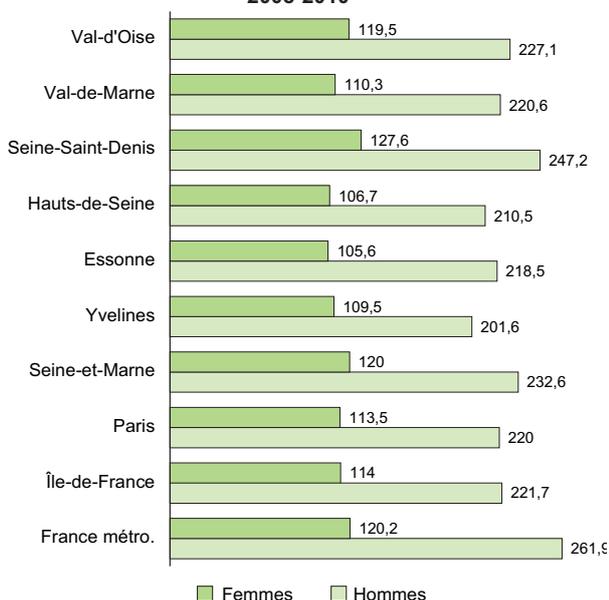
Nombre annuel moyen de décès prématurés selon la cause et le sexe en Seine-Saint-Denis en 2008-2010

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des cancers	582	36,6	365	44,1
<i>dont cancer du poumon</i>	182	11,4	65	7,9
<i>dont VADS*</i>	70	4,4	12	1,4
<i>dont cancer du sein</i>	-	-	90	10,9
<i>dont cancer de l'utérus</i>	-	-	24	2,9
Maladies de l'appareil circulatoire	227	14,3	81	9,8
<i>dont cardiopathies ischémiques</i>	83	5,2	15	1,8
<i>dont mal. vasculaires cérébrales</i>	45	2,8	21	2,5
Ensemble des traumatismes et empoisonnements	147	9,2	57	6,9
<i>dont suicide</i>	48	3,0	19	2,3
<i>dont accident de la circulation</i>	27	1,7	7	0,8
Sida	24	1,5	12	1,4
Alcoolisme	81	5,1	28	3,4
Autres causes	530	33,3	286	34,5
Toutes causes	1 591	100,0	828	100,0

*VADS: Voies aéro-digestives

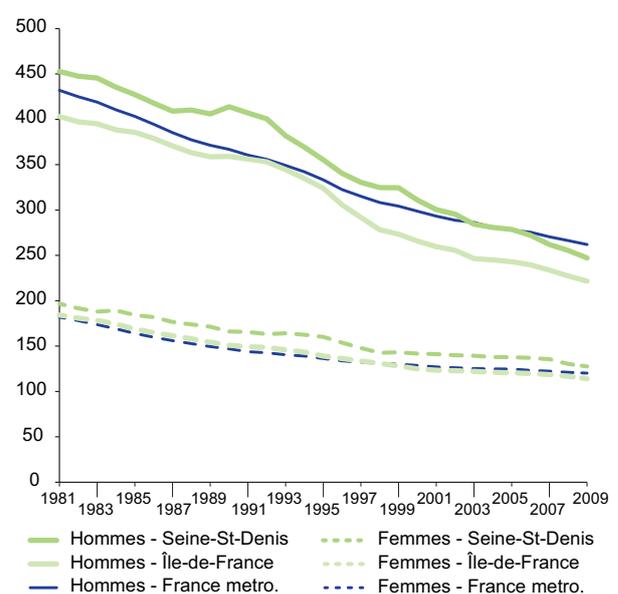
Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

Taux comparatifs de mortalité prématurée toutes causes 2008-2010



Source: Inserm CépiDc - exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée de 1981 à 2009*



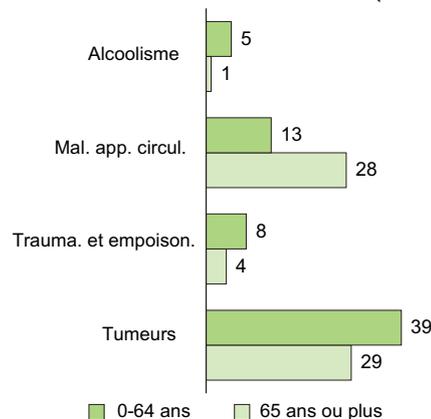
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
* Le taux de l'année n correspond à la moyenne triennale n-1 à n+1
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

En dix-huit ans, en tenant compte des évolutions démographiques, le niveau de mortalité prématurée de Seine-Saint-Denis a baissé de 39% chez les hommes (38% en Île-de-France et 27% en France métro.) et de 23% chez les femmes (23,5% en Île-de-France et 16,5% en France métro.).

Le calcul des taux comparatifs de mortalité prématurée pour quelques causes de décès montre une sous mortalité par "traumatisme et empoisonnement" comme la plupart des départements franciliens (cf plus haut). Pour les autres causes considérées ici, la Seine-Saint-Denis se démarque peu de la moyenne nationale, à part une légère sur-mortalité par cancer chez les femmes.

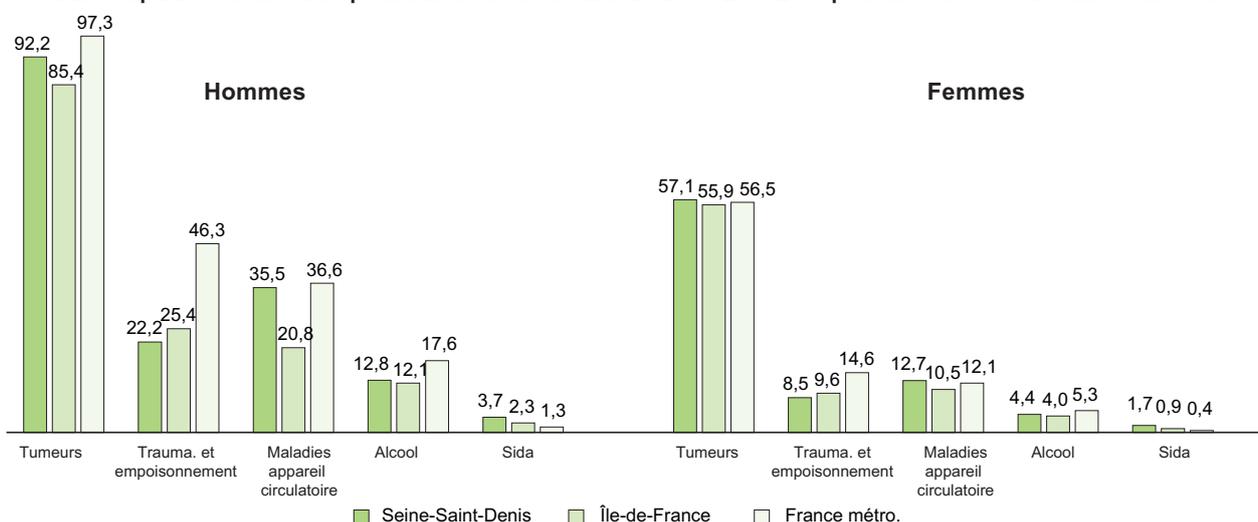
La mortalité par sida constitue encore une cause importante de mortalité prématurée en Seine-Saint-Denis comme à Paris par rapport aux niveaux francilien et national.

Poids des grandes causes de décès avant et après 65 ans en Seine-Saint-Denis en 2008-2010 (en %)



Source: Insem CépiDC - exploitation ORS Île-de-France

Taux comparatifs de mortalité prématurée en Seine-Saint-Denis en 2008-2010 pour une sélection de causes de décès



Source: Insem CépiDC - exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

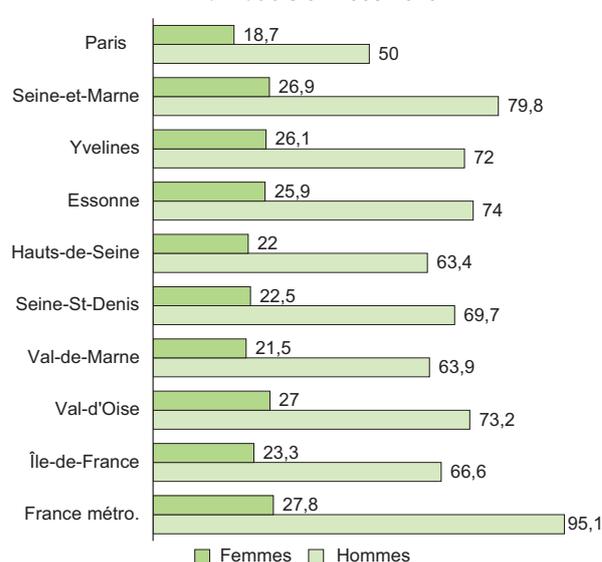
En 2008-2010, les taux comparatifs de mortalité prématurée potentiellement évitable par actions sur les facteurs de risque dits "individuels", en Seine-Saint-Denis, sont de 69,7 décès pour 100 000 hommes et 22,5 décès pour 100 000 femmes. Ces taux sont supérieurs aux taux franciliens mais inférieurs aux taux nationaux pour les deux sexes. Ces faibles taux s'expliquent en partie par la sous-déclaration des causes accidentelles en Seine-Saint-Denis et dans tous les départements franciliens dépendant de l'IML de Paris (dont dépendent les départements de Paris, des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis, du Val-de-Marne).

Définition de la mortalité prématurée potentiellement évitable par des actions sur les facteurs de risque individuels : voir contexte national
Causes de mortalité évitables par des actions sur les facteurs de risque individuels :

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

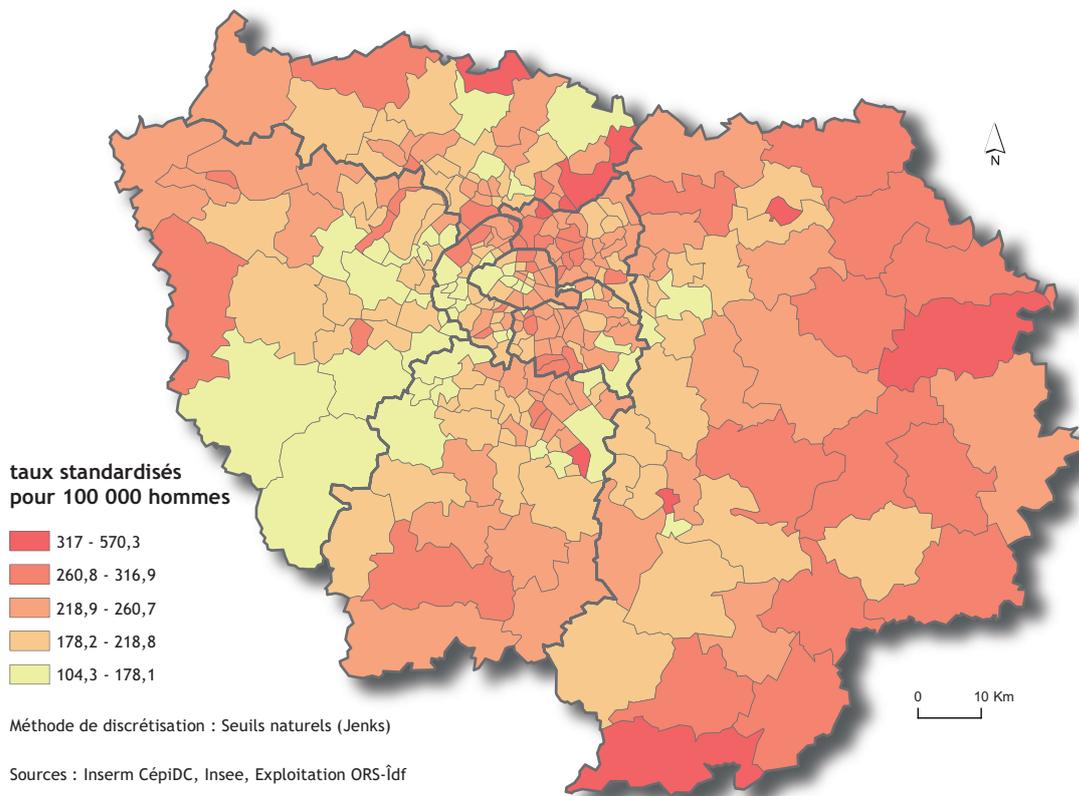
Pour chacune de ces causes de décès, il existe un pourcentage variable de décès qui ne pourraient de toute façon pas être évités.

Taux comparatifs de mortalité prématurée potentiellement évitable par des actions sur les facteurs de risque individuels en 2008-2010

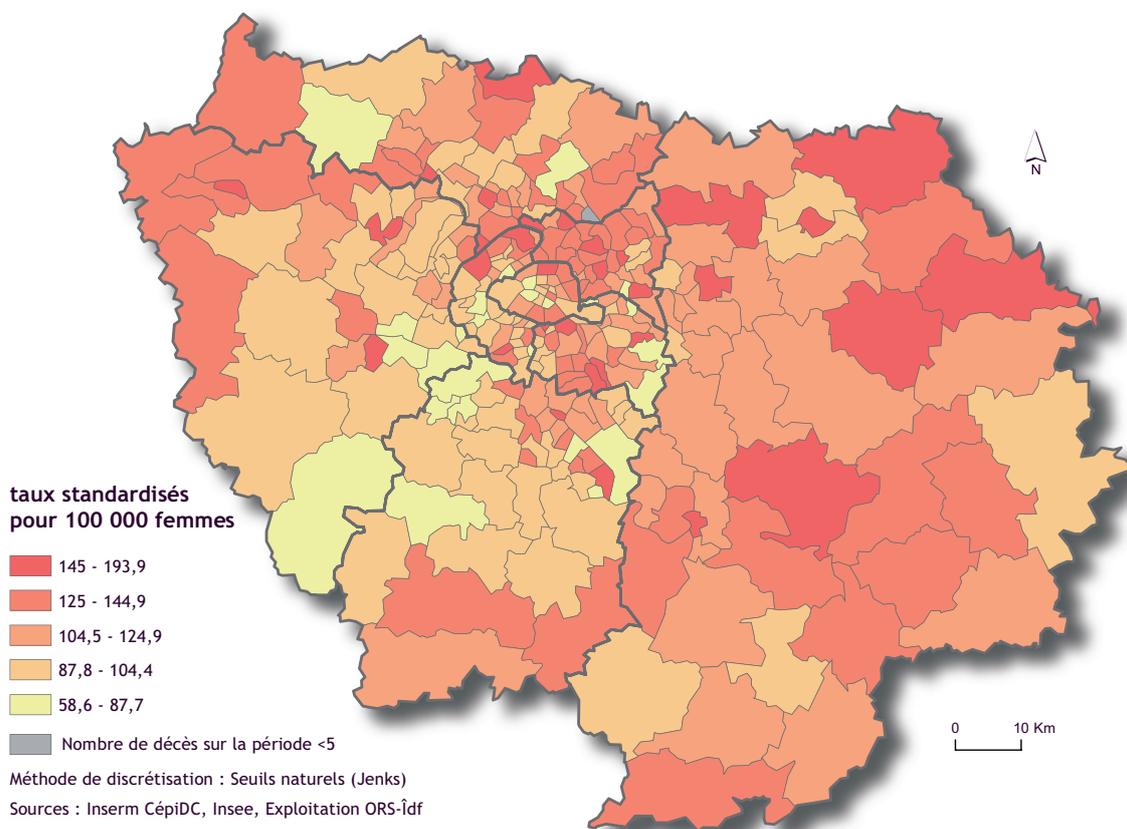


Source: Insem CépiDC - exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Taux standardisé* de mortalité prématurée chez les hommes au pseudo-canton (période 2007-2010)



Taux standardisé* de mortalité prématurée chez les femme au pseudo-canton (période 2007-2010)



*Taux standardisés sur les populations d'Île-de-France 2007, 2008, 2009 avec extrapolation pour 2010

Contexte national

Les cardiopathies ischémiques regroupent l'ensemble des troubles ou maladies engendrés par la souffrance du muscle cardiaque lorsqu'il est privé d'oxygène, en raison de l'obstruction plus ou moins complète d'une artère coronaire le plus souvent par des phénomènes d'athérosclérose. Selon l'importance, la brutalité et la durée de la privation d'oxygène, la souffrance du myocarde se manifeste de différentes façons : douleurs d'angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde (ou syndrome coronarien aigu), atteinte ischémique chronique avec insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, voire mort subite.

Les cardiopathies ischémiques ont constitué le diagnostic principal de 309 152 séjours en services hospitaliers de court séjour en 2012 en France (1,9% de l'ensemble des séjours). Depuis 2000, l'augmentation de 0,7% en moyenne chaque année de ce nombre de séjours résulte de l'accroissement et du vieillissement de la population puisque, sur la même période, le taux comparatif d'hospitalisation a diminué en moyenne de 1% par an [1].

En 2012, le nombre de personnes admises en affection de longue durée pour maladie coronarienne (ALD n°13) par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie était égal à 94 047, ce qui représente 7,8 % du nombre total d'admissions [2]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour maladie coronaire est, en France, de 826 000 en 2008 et de 1 008 198 en 2012 [3, 4].

Les cardiopathies ischémiques ont provoqué 34 358 décès en 2011, soit 6,4% du nombre total des décès. Entre 1991 et 2011, la mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué en moyenne de 2,8% par an dans l'ensemble de la population et notamment chez les moins de 65 ans [5]. Au sein des pays de l'Union européenne, la France présente les plus faibles taux de mortalité tous âges et de mortalité prématurée [6].

Les trois registres de cardiopathies ischémiques (les départements du Bas-Rhin, de la Haute-Garonne et la communauté urbaine de Lille) apportent des informations précises sur la morbi-mortalité coronaire. La comparaison des périodes 2000-2003 et 2004-2007 montre une baisse moyenne de 19% des taux d'infarctus du myocarde (IDM) et décès coronaires pour les deux sexes, significative dans les trois territoires. Chez les femmes, cette baisse n'est retrouvée qu'après 54 ans. La mortalité coronaire baisse en moyenne de 15% chez les hommes et 22% chez les femmes. Pour les deux sexes, cette baisse n'est retrouvée qu'à Strasbourg et Toulouse et seulement au-delà de 54 ans. L'incidence des cardiopathies ischémiques diminue également entre les deux périodes 2000-2003 et 2004-2007 (-16% chez les hommes, -19% chez les femmes). À nouveau, chez les femmes, cette diminution n'est observée qu'après 54 ans. L'index de létalité hospitalière de l'IDM et des décès coronaires tend à augmenter chez les hommes à Lille et Toulouse. La létalité générale dépasse 50% ; elle tend à augmenter chez les hommes et reste stable chez les femmes. [7].

Des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières décennies dans la prise en charge des malades. C'est notamment le cas en phase aiguë, avec la diffusion des traitements de reperfusion des artères coronaires, médicamenteux (thrombolyse) et mécanique (angioplastie). La prévention secondaire s'est également développée, avec la réadaptation et les programmes d'éducation thérapeutique des patients coronariens [8, 9]. Ces progrès ont permis une amélioration significative du pronostic vital et fonctionnel des patients, et ont contribué à la réduction du nombre de récidives. L'enjeu actuel réside dans la sensibilisation du public à l'identification des signes évocateurs de syndrome coronaire aigu et à l'alerte directe du Samu en appelant le 15, afin d'améliorer l'accès aux traitements de désobstruction [10]. L'implantation de défibrillateurs automatisés externes en de nombreux points du territoire, et la possibilité de leur usage par des non-médecins visent à réduire le nombre de morts subites cardiaques, qui chez l'adulte, sont d'origine coronaire dans la majorité des cas [11-14].

La prévention primaire des cardiopathies ischémiques n'en demeure pas moins essentielle, avec comme cibles prioritaires le tabagisme actif ou passif, la malnutrition et la sédentarité et, de façon souvent liée, le surpoids dont la prévalence est en augmentation. Enfin, le dépistage et le contrôle de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies et du diabète, facteurs de risque associés entre eux et souvent liés aux facteurs nutritionnels restent insuffisants ou insuffisamment efficaces et doivent être améliorés [15, 16].

Repères bibliographiques et sources

- [1] Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Bases nationales PMSI-MCO 2000-2011, Exploitation Drees (mars 2014)
- [2] Cnamts, CCMSA, RSI, Bases nationales des Admissions en affections de longue durée 2005-2007
- [3] Païta M, Weill A., Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008, Points de repère, Cnamts, n° 27, 2009
- [4] Cnamts, Site de l'Assurance maladie. - www.ameli.fr (mars 2014)
- [5] Fnors, Score-Santé, Site commun d'observation régionale en santé - www.scoresante.org (avril 2014)
- [6] Eurostat. Office statistique de l'Union européenne, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (mars 2014)
- [7] Wagner A., Ruidavets JB., Montaye M. et al., Evolution de la maladie coronaire en France de 2000 à 2007, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, n°40-4, 8 novembre 2011
- [8] Monpère C., Sellier P., Meurin P. et al., Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte - Version 2, Archives des maladies du coeur et des vaisseaux, tome 95, n° 10, 2002
- [9] Denolle T., Dib M., Revault d'Allonnes F., La réadaptation post-infarctus et l'éducation thérapeutique, Actualité et dossier en santé publique, HCSP, n° 63, 2008
- [10] Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, Conférence de consensus du 23 novembre 2006, Paris. Texte des recommandations, HAS, 2007
- [11] Instruction n° 09-033 du 26 février 2009 du Ministère de la santé et des sports sur la mise en place de défibrillateurs automatisés externes
- [12] Décret n° 2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non médecins et modifiant le code de la santé publique
- [13] Arrêté du 16 juillet 2010 relatif à l'initiation du grand public à la prise en charge de l'arrêt cardiaque et à l'utilisation de défibrillateurs automatisés externes.
- [14] Ahmad M., Afzal S., Malik IA. et al., An autopsy study of sudden cardiac death. Journal of the Pakistan medical association, vol. 55, n° 4, 2005
- [15] Etude nationale nutrition santé ENNS, Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) - Premiers résultats, InVS, 2007
- [16] Wagner A., Arveiler D., Ruidavets JB. et al., Etat des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa, Bulletin Epidémiologique hebdomadaire, InVS, n° 49-50, 2008

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- Chaque année, plus de 500 Séquano-Dionysiens décèdent de cardiopathie ischémique
- En Seine-Saint-Denis, le niveau de mortalité par cardiopathie ischémique est intermédiaire entre le niveau d'Île-de-France et celui de France métropolitaine, pour les deux sexes
- Comme au niveau national, la mortalité par cardiopathies ischémiques est en forte baisse dans le département

Les cardiopathies ischémiques ont été à l'origine du décès de 1 508 Séquano-Dionysiens en moyenne chaque année entre 2008 et 2010 (297 hommes et 211 femmes). Ces décès représentent 6,1% de l'ensemble des décès survenus en moyenne sur cette période en Seine-Saint-Denis (6,7% chez les hommes et 5,4% chez les femmes). La mortalité par cardiopathie ischémique est importante aux âges élevés (notamment après 85 ans). A tous les âges, les hommes ont une mortalité par cardiopathies ischémiques supérieure à celle des femmes.

A structure par âge comparable, les taux comparatifs de mortalité, pour les deux sexes, par cardiopathie ischémique de la Seine-Saint-Denis sont plus élevés qu'en Île-de-France et moins importants qu'en France métropolitaine.

Entre 1991 et 2009, le taux comparatif de mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de 54% chez les hommes et de 58% chez les femmes en Seine-Saint-Denis. Ces diminutions sont comparables à celles observées en Île-de-France et en France métropolitaine.

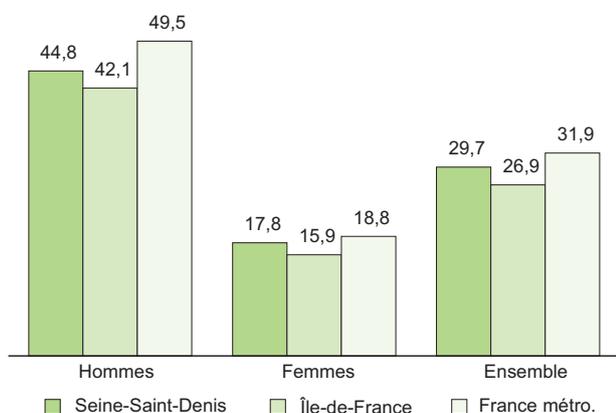
Nombre annuel moyen de décès par cardiopathies ischémiques et taux de mortalité par sexe et âge en 2008-2010

Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F. métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	1	0,3	0,3	0,3
35-64 ans	82	28,6	25,6	33,8
65-84 ans	153	242,4	220,4	273,4
85 ans ou plus	61	1 098,8	1 233,0	1 340,8
Tous âges	297	40,0	44,5	68,8

Femmes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F. métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	0	0,1	0,0	0,1
35-64 ans	15	5,1	4,3	5,9
65-84 ans	81	101,4	88,7	111,3
85 ans ou plus	115	802,6	773,5	865,6
Tous âges	211	27,2	31,5	48,6

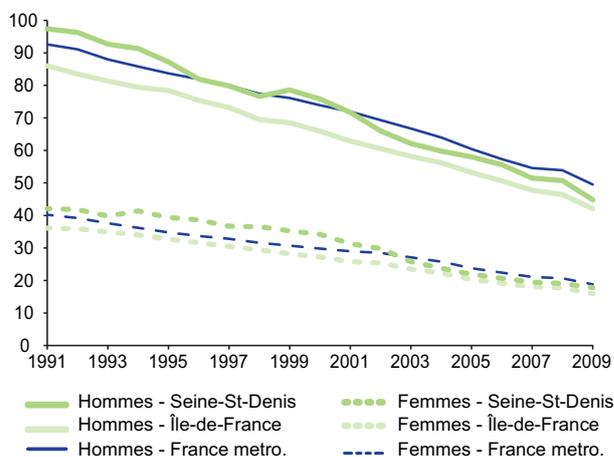
*Nombre annuel de décès pour 100 000 personnes
Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

Taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques en 2008-2010



Source: Inserm CépiDc - exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques de 1991 à 2009*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
* Le taux de l'année n correspond à la moyenne triennale n-1 à n+1
Les taux sont standardisés sur la population européenne

Entre 2009-2011, 1 778 Séquano-Dionysiens sont admis en moyenne chaque année, en affection de longue durée pour cardiopathie ischémique (dont 1 616 sont admis en ALD 13, c'est à dire "maladie coronarienne").

En 2012, le nombre de séjours de Séquano-Dionysiens dans les services de soins de courte durée pour cardiopathie ischémique est de 5 255. Les hommes ont davantage recours à l'hospitalisation que les femmes pour ces pathologies.

A structure par âge comparable, la fréquence des séjours dans ces services par la population de Seine-Saint-Denis est inférieure à la moyenne nationale pour l'angine de poitrine, l'infarctus aigu du myocarde et la cardiopathie ischémique chronique. En revanche, elle est nettement supérieure pour les "autres cardiopathies ischémiques aiguës".

Remarque : le code I24 de la CIM-10 "autres cardiopathies ischémiques aiguës" comprend lui-même le code I24.8 "Autres formes de cardiopathies ischémiques aiguës", et surtout le code I24.9 "Cardiopathie ischémique aiguë, sans précision". La sur-représentation de cette catégorie en Seine-Saint-Denis rend difficile l'interprétation des comparaisons observées pour les trois premières.

Admissions en ALD pour cardiopathies ischémiques en 2009-2011

Hommes	Seine-St-Denis		ÎdF	F. métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	10	2,6	2,8	3,4
35-64 ans	770	268,6	252,5	298,9
65-84 ans	458	725,1	810,5	828,1
85 ans ou plus	44	797,0	981,9	967,8
Tous âges	1 282	172,8	189,9	243,4

Femmes	Seine-St-Denis		ÎdF	F. métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	2	0,6	0,8	1,2
35-64 ans	164	56,5	52,1	65,5
65-84 ans	245	307,5	310,7	344,3
85 ans ou plus	85	593,2	697,5	674,9
Tous âges	496	64,1	75,3	103,2

Sources: Cnamts, Canam, MSA - exploitation ORS Île-de-France

*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

Nombre de séjours dans les services de courte durée MCO pour cardiopathie ischémique en 2012

	Nombre de séjours			ICH 93		ICH IDF	
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Angine de poitrine	1 376	604	1 980	95	95	98	97
Infarctus aigu du myocarde	853	341	1 194	95	91	79	74
Cardiopathie ischémique chronique	1 269	359	1 628	88	91	112	108
Autres cardiopathies ischémiques aiguës	344	109	453	244	226	118	119
Total	3 842	1 413	5 255	-	-	-	-

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

Séjours pour lesquels une cardiopathie ischémique a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

* Définitions et lecture du tableau : voir l'encadré ci-dessous

Lecture du tableau concernant les séjours hospitaliers :

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

Diagnostic principal d'hospitalisation :

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

MCO : services de médecine, chirurgie, obstétrique

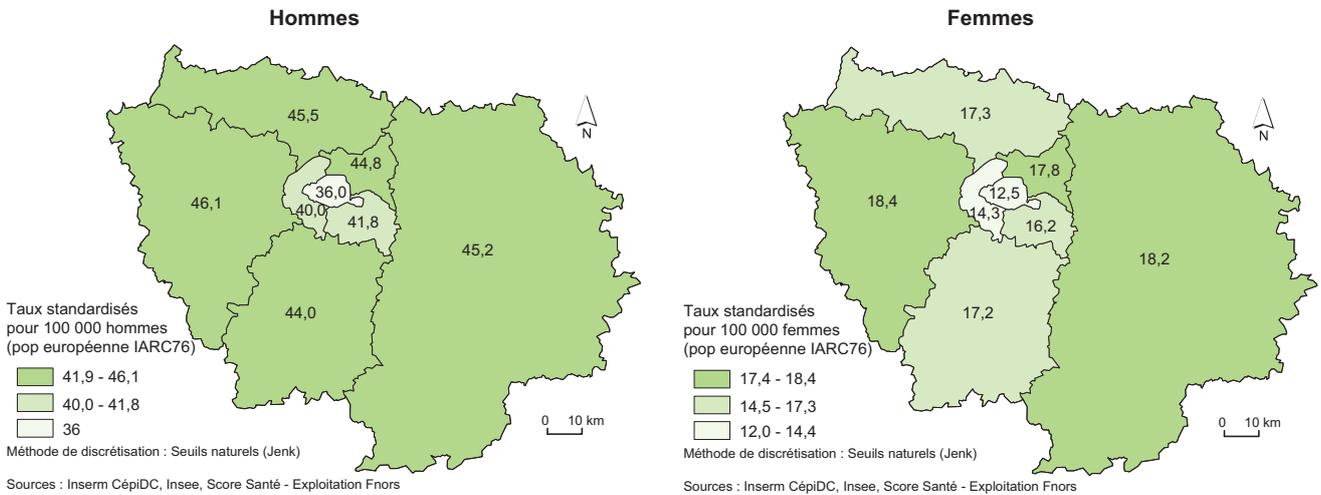
Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

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

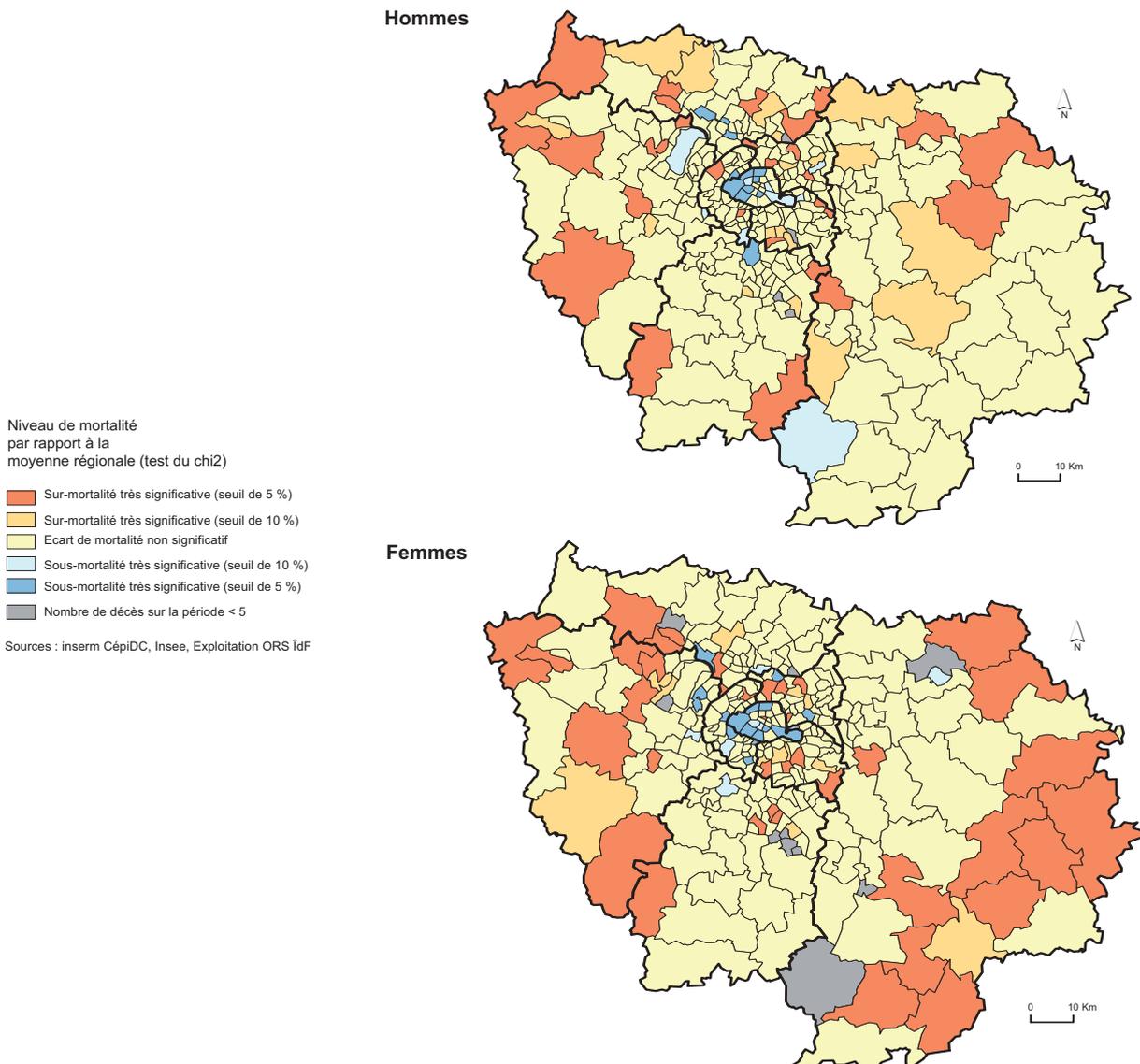
Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques dans les départements d'Île-de-France en 2008-2010
(Nombre annuel de décès pour 100 000 personnes du même sexe)



Niveau de mortalité* par cardiopathies ischémiques dans les pseudo-cantons d'Île-de-France période 2007-2010



*Le niveau de mortalité est déterminé par le calcul de l'indice comparatif de mortalité (ICM). L'ICM est le rapport du nombre de décès observé dans une unité géographique au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques à ceux de l'Île-de-France. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés. Un test du Chi2 est effectué pour déterminer si la différence avec la moyenne régionale est statistiquement significative.

Contexte national

Les maladies vasculaires cérébrales regroupent l'ensemble des maladies qui provoquent une altération des fonctions cérébrales du fait d'anomalies, d'accidents ou de dysfonctionnements concernant la circulation cérébrale. Elles se manifestent le plus souvent subitement, sous forme d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). 80 à 90% des AVC sont de nature ischémique, résultant de l'obstruction ou du rétrécissement d'un vaisseau, les autres sont liés à une hémorragie. La souffrance cérébrale va se traduire par un déficit neurologique en fonction de la zone atteinte. Il peut s'agir de déficiences motrices, sensitives, sensorielles, de troubles cognitifs... Les suites de l'AVC sont souvent graves, avec une forte létalité initiale, une proportion importante de survivants gardant des séquelles, parfois très invalidantes. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont des AVC d'origine ischémique caractérisés par une régression précoce et complète des déficits neurologiques, et l'absence d'image d'atteinte cérébrale.

Le nombre de nouveaux cas d'AVC survenant chaque année en France n'est pas connu avec précision. Selon le registre des AVC de Dijon, les taux d'incidence de ces nouveaux accidents, standardisés sur la population européenne pour 100 000 habitants, est de 124 chez les hommes et 80 chez les femmes entre 2000 et 2004 [1]. L'âge moyen de survenue dépasse 71 ans chez les hommes et 76 ans chez les femmes pour la période 1985-2004 [2]. Mais près de 30% des cas incidents surviennent chez des personnes de moins de 65 ans [3]. Entre 1985 et 2004, le taux d'incidence global des AVC est resté stable, l'âge moyen de survenue d'un premier AVC a augmenté de plus de cinq ans et le taux de mortalité à un mois a diminué [1, 2]. Les données issues de six registres européens sur la période 2004-2006 montrent des taux d'incidence des AVC plus élevés à l'est et au nord de l'Europe, la France occupant une position intermédiaire [3].

Les maladies vasculaires cérébrales ont provoqué 31 660 décès en 2011, soit 6% du total des décès et 23% des décès cardiovasculaires [4]. L'AVC représente la troisième cause de mortalité pour les hommes (après les cancers « de la plèvre, de la trachée, du larynx ou des poumons » et les cardiopathies ischémiques) et la première pour les femmes (avant les cardiopathies ischémiques et le cancer du sein). Cette mortalité est actuellement la plus faible des pays de l'Union européenne, mais il existe d'importantes disparités entre les régions françaises [5]. Pour la période 2008-2010, les taux standardisés régionaux de la mortalité imputée aux accidents vasculaires cérébraux (cause initiale) étaient augmentés de plus de 35 % par rapport au taux national dans les DOM (+81 % à la Réunion). En métropole, les taux les plus élevés étaient observés en Nord-Pas-de-Calais (+26 %), Bretagne (+14 %) et Limousin (+14 %), ces disparités concernant les deux sexes [6].

54 292 admissions en affection de longue durée (ALD) pour accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n°1) ont été prononcées en 2011 pour la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie en France métropolitaine, ce qui représente 4% de l'ensemble des admissions [7]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour accident vasculaire cérébral invalidant est estimé, en France, à 304 224 en 2011, avec un âge moyen de 68 ans et 52% d'hommes [8].

L'AVC est une urgence qui doit être prise en charge au sein d'une filière de soins organisée, afin d'assurer un traitement global du patient, en phase précoce, comme à moyen et à long terme. 133 735 hospitalisations en court séjour avec une maladie vasculaire cérébrale pour diagnostic principal (codes CIM-10 I60-I66) ont été dénombrées en 2011. Ce nombre, qui ne prend pas en compte les AIT mais qui inclut les premiers AVC et les récidives, a augmenté de 0,9% en moyenne chaque année entre 2000 et 2011 [9]. Cette progression résulte de la croissance et du vieillissement de la population, puisque sur la même période le taux comparatif d'hospitalisation a diminué de 0,8% en moyenne par an [9].

Les enquêtes déclaratives « Handicap santé ménages » et « Handicap santé institution » constituent des sources de données permettant d'estimer le poids des séquelles d'AVC en population générale, selon le point de vue des patients. Selon ces enquêtes, la prévalence des antécédents d'AVC a été estimée à 1,2 % (soit 770 000 personnes en 2008-2009) et la prévalence des antécédents d'AVC avec persistance de séquelles, à 0,8 % (soit 505 000 personnes). Près de la moitié des personnes avec séquelles d'AVC (45 %) ont déclaré avoir des difficultés pour au moins une activité élémentaire de la vie quotidienne (AVQ) et 11% résidaient en institution [10].

Le principal facteur de risque d'accident vasculaire cérébral est l'hypertension artérielle. Outre certaines maladies cardiaques facteurs d'embolie comme la fibrillation auriculaire, le diabète, les dyslipidémies, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, ainsi que la contraception orale ou le traitement hormonal substitutif chez les femmes favorisent également la survenue d'AVC. La prise en compte de ces facteurs de risque est donc essentielle, en prévention primaire mais aussi pour lutter contre les récidives dont le taux varie de 6 à 12% par an selon les études [11, 12].

Repères bibliographiques et sources

- [1] Benatru I., Rouaud O., Durier J. et al., Stable stroke incidence rates but improvised case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004, *Stroke*, vol. 37, n° 7, 2006
- [2] Bèjot Y., Durier J., Binquet C. et al., Evolution des taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon - France - 1985-2004, *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 17, 2007
- [3] The european Registers of stroke (EROS) Investigators. (2009), Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century, *Stroke*, vol. 40, n° 3
- [4] Fnors, Score-Santé, Site commun d'observation régionale en santé - www.scoresante.org (consulté en juin 2014)
- [5] Eurostat, Office statistique de l'Union européenne - <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [6] De Peretti C., Chin F., Lamarche-Vadel A. et al., Disparités régionales des décès dus aux AVC, 18èmes journées de la société française neuro-vasculaire, 20-22 novembre 2013.
- [7] Cnamts, CCMSA, RSI, Bases nationales des admissions en affections de longue durée 2005-201
- [8] Cnamts, Site de l'Assurance maladie - <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/index.php> (consulté en juin 2014)
- [9] Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Bases nationales PMSI-MCO 2000-2011, exploitation Drees
- [10] De Peretti C., Grimaud O., Tuppin P. et al., Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 1, janvier 2012
- [11] Bèjot Y., Touzé E., Jacquin A. et al., Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux, *Médecine sciences*, vol. 25, n°8-9, 2009
- [12] HAS, Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire - Recommandations, 2008

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Un peu plus de 400 Séquanais-Dionysiens décèdent chaque année d'une maladie vasculaire cérébrale
- > En Seine-Saint-Denis, le niveau de mortalité par maladie vasculaire cérébrale est plus élevé qu'en Île-de-France mais moins élevé qu'en France métropolitaine, pour les deux sexes
- > Comme au niveau national, la mortalité par maladie vasculaire cérébrale est en forte baisse dans le département
- > La fréquence des séjours hospitaliers de la population de Seine-Saint-Denis ayant en diagnostic principal une maladie vasculaire cérébrale est relativement élevée

Les maladies vasculaires cérébrales sont à l'origine du décès de plus de 412 Séquanais-Dionysiens en moyenne chaque année entre 2008 et 2010 (dont 56% de femmes). Ces pathologies représentent 2,5% de l'ensemble des décès en Seine-Saint-Denis (2,1% chez les hommes et 3% chez les femmes).

La majorité de ces décès surviennent à des âges élevés, notamment chez les femmes.

A structure par âge comparable, le niveau de mortalité par maladies vasculaires cérébrales en Seine-Saint-Denis est intermédiaire entre celui de l'Île-de-France et celui de la France. C'est le cas pour les deux sexes

En 2008-2010, les taux comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales sont de 24,1 décès pour 100 000 hommes et de 30,1 décès pour 100 000 femmes en Seine-Saint-Denis.

Ces taux placent la Seine-Saint-Denis parmi les départements franciliens ayant la mortalité par maladies vasculaires cérébrales la plus élevée, après la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise chez les hommes et après la Seine-et-Marne chez les femmes.

Entre 1991 et 2009, la mortalité par maladies vasculaires cérébrales a diminué de moitié en Seine-Saint-Denis. Cette diminution est un peu plus importante chez les femmes que chez les hommes (respectivement de 55% et 50%).

Des baisses comparables sont observées en Île-de-France et en France métropolitaine.

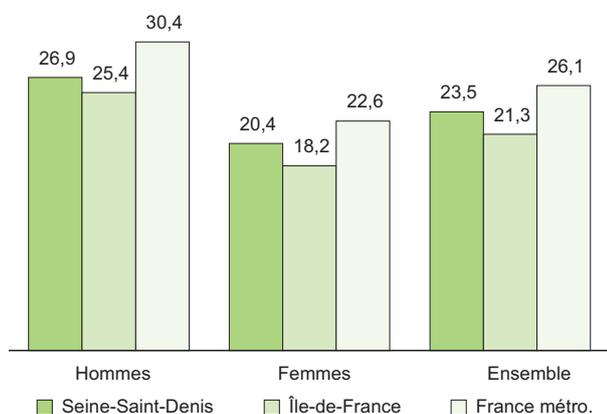
Nombre annuel moyen de décès par maladies vasculaires cérébrales et taux de mortalité, par sexe et âge en 2008-2010

Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	France métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	4	1,1	0,5	0,6
35-64 ans	41	14,2	12,2	13,7
65-84 ans	96	151,6	138,7	284,2
85 ans ou plus	38	694,3	826,5	1 007,4
Tous âges	179	24,1	27,2	57,2

Femmes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	France métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	1	0,2	0,3	0,4
35-64 ans	20	7,0	6,2	7,5
65-84 ans	101	127,4	108,1	138,2
85 ans ou plus	111	772,4	769,9	992,5
Tous âges	233	30,1	34,7	57,8

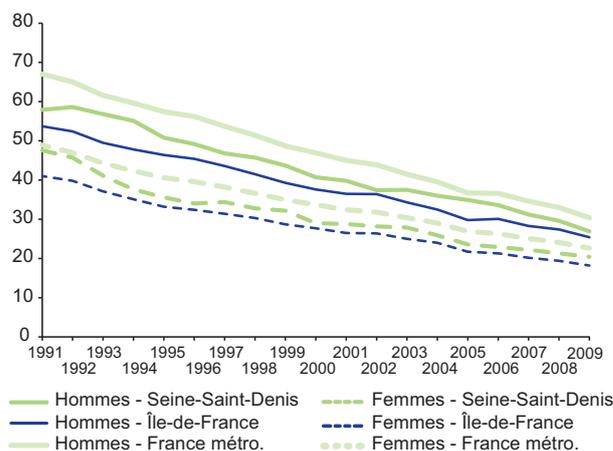
*Nombre annuel de décès pour 100 000 personnes de la même tranche d'âge
Sources : Inserm CépiDc Insee RP 2009- Exploitation ORS Île-de-France

Taux comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales en 2008-2010



Source: Inserm CépiDc - exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne

Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales de 1991 à 2009*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
* Le taux de l'année n correspond à la moyenne triennale n-1 à n+1
Les taux sont standardisés sur la population européenne

Entre 2009 et 2011, chaque année plus de 1 000 Séquano-Dionysiens sont admis en affection de longue durée pour maladies vasculaires cérébrales (ALD n°1) par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Les taux d'admissions en ALD progressent avec l'âge.

Admissions en ALD pour maladies vasculaires cérébrales en 2009-2011

Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	France métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	26	6,7	7,0	6,9
35-64 ans	268	93,5	81,0	82,4
65-84 ans	256	405,6	343,7	322,9
85 ans ou plus	40	724,5	681,7	624,4
Tous âges	590	79,5	75,9	87,2

Femmes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	France métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	28	7,2	6,8	6,6
35-64 ans	177	61,0	46,2	46,9
65-84 ans	213	267,7	238,3	230,5
85 ans ou plus	67	467,6	614,0	576,8
Tous âges	485	62,7	64,9	76,9

Sources : Cnamts, Canam, MSA - exploitation ORS Île-de-France

*Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes

En 2012, le nombre de séjours de Séquano-Dionysiens dans les services de soins de courte durée MCO pour maladies cardiovasculaires est de 2 541.

La principale cause de séjours hospitaliers pour maladie cardiovasculaire est la thrombose des artères cérébrales et pré-cérébrales (1 771 séjours en 2012). A structure par âge comparable, la fréquence des séjours hospitaliers de la population séquano-dionysienne pour accident vasculaire cérébral est relativement élevée.

Nombre de séjours dans les services de courte durée MCO pour maladies vasculaires cérébrales en 2012

	Nombre de séjours			ICH 93		ICH IDF	
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Thrombose artères cérébrales et précérébrales	1 020	751	1 771	116	110	95	94
Hémorragie méningée, cérébrale, intra-crânienne	302	266	568	105	101	99	94
Accident vasculaire cérébral mal défini	104	98	202	137	119	117	121
Total	1 426	1 115	2 541	-	-	-	-

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

Séjours pour lesquels une maladie vasculaire cérébrale a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

* Définitions et lecture du tableau : voir l'encadré ci-dessous

Lecture du tableau concernant les séjours hospitaliers :

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

Diagnostic principal d'hospitalisation :

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

MCO : services de médecine, chirurgie, obstétrique

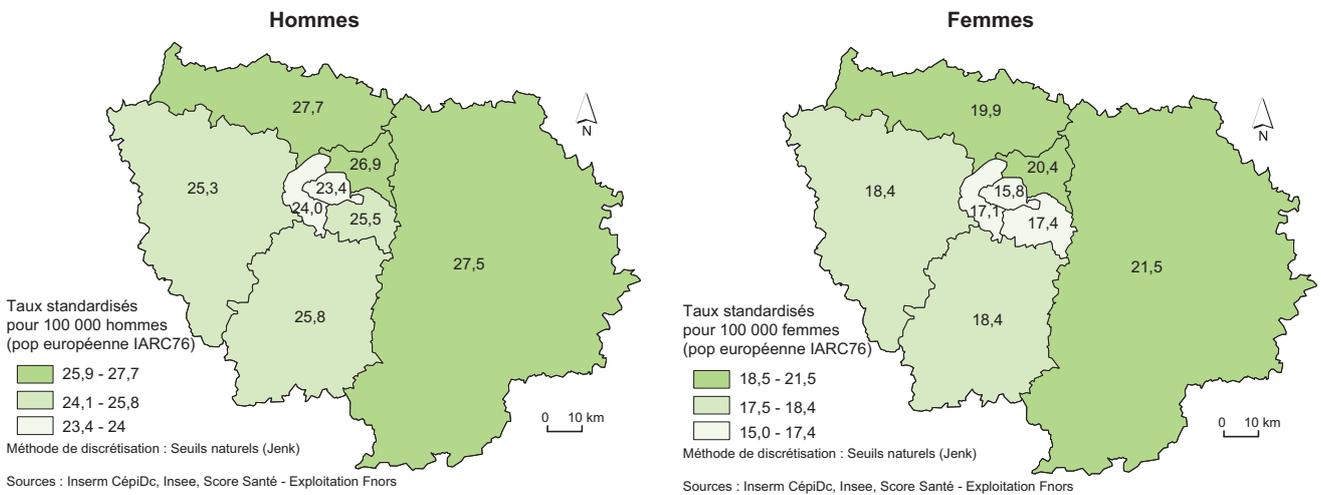
Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

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

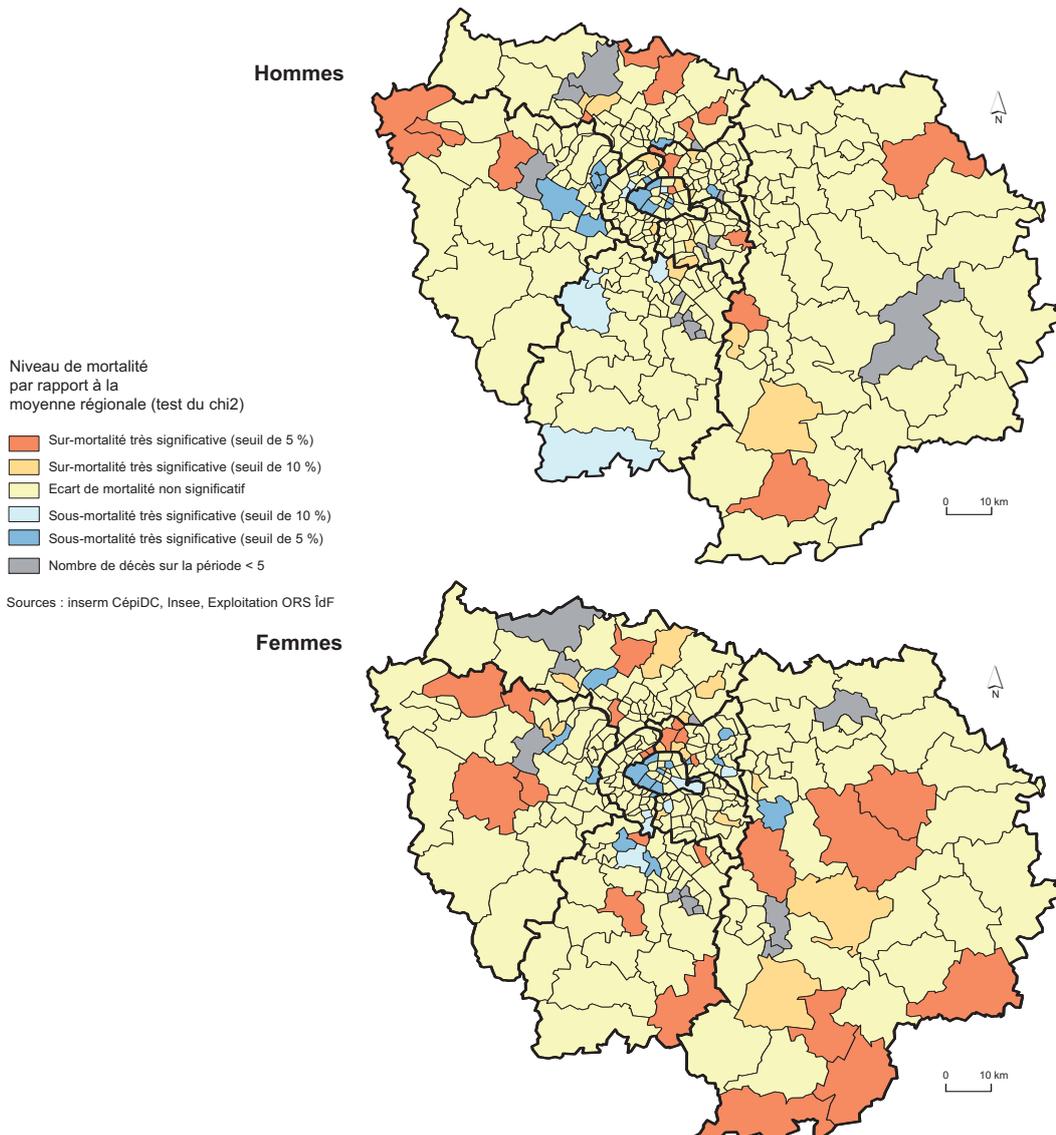
Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Taux comparatifs de mortalité par maladies vasculaires cérébrales dans les départements d'Île-de-France en 2008-2010
(Nombre annuel de décès pour 100 000 personnes du même sexe)



Niveau de mortalité* par maladies vasculaires cérébrales pseudo-cantons d'Île-de-France - période 2007-2010



*Le niveau de mortalité est déterminé par le calcul de l'indice comparatif de mortalité (ICM). L'ICM est le rapport du nombre de décès observé dans une unité géographique au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques à ceux de l'Île-de-France. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés. Un test du Chi2 est effectué pour déterminer si la différence avec la moyenne régionale est statistiquement significative.

Contexte national

Avec 148 000 décès survenus en 2012, le cancer est la première cause de mortalité en France devant les pathologies cardio-vasculaires. Le cancer du poumon totalise à lui seul un quart de ces décès. Le nombre de nouveaux cas annuels de l'ensemble des cancers est estimé à 355 000 grâce à l'existence des registres des cancers, les localisations les plus fréquentes étant la prostate (53 500), le sein (49 000), le côlon et le rectum (42 000) et le poumon (39 500) [1].

Entre 1980 et 2012, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en France métropolitaine est passé de 96 506 à 200 350 chez l'homme et de 73 314 à 155 004 chez la femme. Cette augmentation s'explique en partie par un accroissement de la population (engendrant une augmentation proportionnelle du nombre de cas) et son vieillissement (l'incidence du cancer croît avec l'âge). Elle provient également du développement du dépistage (cancers de la prostate, du sein, du col utérin, du côlon et du rectum et de la thyroïde notamment) et de l'augmentation de certains facteurs de risque (tabagisme féminin par exemple). Le risque de cancer lui-même, mesuré en termes de taux d'incidence standardisé sur la population mondiale, a augmenté de 28% chez l'homme et de 43% chez la femme sur la période. Si l'augmentation des nouveaux cas a été constante entre 1980 et 2005, on observe depuis, plutôt une diminution des cas masculins et un ralentissement de l'augmentation des cas féminins. Ces changements de tendance correspondent chez les hommes à une fluctuation importante de l'incidence du cancer de la prostate et chez les femmes à des modifications récentes de l'incidence du cancer du sein.

Le nombre de décès par cancer est passé de 76 772 chez les hommes et 52 481 chez les femmes en 1980 à respectivement 85 255 et 63 123 en 2012. Après prise en compte des effets dus aux changements démographiques, on constate que le risque de décès par cancer diminue sur la période de 38% pour les hommes et de 27% pour les femmes. Cette diminution de la mortalité par cancer alors que la fréquence des cas augmente traduit globalement une amélioration de l'espérance de vie des patients même si celle-ci est très variable selon la localisation cancéreuse (taux de survie à 10 ans de 76% pour le cancer du sein, 70% pour le cancer de la prostate, environ 50% pour le cancer colorectal et environ 10% pour le cancer du poumon) [2]. Celle-ci a été améliorée à la fois grâce à la détection plus précoce de certains cancers, notamment dans le cadre de dépistages organisés et grâce aux progrès thérapeutiques.

Au sein de l'Union Européenne des 27 de 2012, la France figure parmi les pays où l'incidence tous cancers confondus est la plus élevée, notamment chez les hommes. Cette mauvaise position s'explique essentiellement par le cancer de la prostate, davantage diagnostiqué dans notre pays. Pour la mortalité, la situation est plus favorable, avec pour les hommes une position intermédiaire et pour les femmes, une mortalité un peu plus faible que la moyenne de l'Union Européenne des 27 [3].

En France, la mortalité par cancer varie de façon importante selon les régions, avec notamment dans le Nord-Pas-de-Calais une surmortalité marquée. L'Île-de-France se situe dans une position favorable pour les hommes et intermédiaire pour les femmes [4].

Les inégalités sociales sont importantes avec, dans les groupes socialement les moins favorisés, une mortalité par cancer multipliée par 2,4 chez les hommes et par 1,4 chez les femmes par rapport aux plus favorisés [5].

Au terme des deux premiers plans cancer (2003-2007 et 2009-2013) qui visaient notamment à mieux connaître l'évolution de la maladie, à réduire les facteurs de risque individuels et environnementaux, à réduire les inégalités face à la maladie et à mieux accompagner les personnes dans la vie "avant et après le cancer" [6,7], les évolutions de la période récente sont encourageantes. Pour autant, des progrès restent à faire tant en termes de prévention des facteurs de risque avérés (tabac, alcool, produits chimiques cancérigènes, rayonnements solaires), de réduction des différentes inégalités (exposition, accès aux dispositifs de dépistage et de soin) que de couverture de la population par les dépistages organisés. Le 3ème plan cancer (2014-2019) devrait y contribuer, car les axes fixés sont : guérir plus de personnes malades, préserver la continuité et la qualité de vie, investir dans la prévention et la recherche, optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre le cancer [8].

Repères bibliographiques et sources

- [1] Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P. et al., Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Étude collaborative entre le réseau français des registres de cancers Francim et le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL) et l'InVS et l'INCa, InVS, juillet 2013
- [2] Grosclaude P., Remontet L., Belot A. et al., Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 - Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim, InVS, février 2013
- [3] Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J. et al., Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012, Eur J Cancer, 2013 April
- [4] Inserm CépiDc, Base nationale des causes médicales de décès 2008-2010, www.cepidc.vesinet.inserm.fr (consulté en décembre 2013)
- [5] Menvielle, G.; Rey G., Jouglu E. et al., Diverging trends in educational inequalities in cancer mortality between men and women in the 2000s in France, BMC Public Health, 2013
- [6] Plan cancer 2003-2007, Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer, http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf, consulté en décembre 2013 (consulté en décembre 2013)
- [7] Plan cancer 2009-2013, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports, Institut national du cancer, novembre 2009
- [8] Priorités et objectifs du Plan cancer 2014-2019, février 2014, www.e-cancer.fr/le-plan-cancer (consulté en septembre 2014)

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Chaque année, près de 2 600 Séquano-Dionysiens décèdent d'un cancer
- > La mortalité par cancer est relativement élevée en Seine-Saint-Denis par rapport aux niveaux régional et national
- > La fréquence des séjours hospitaliers des Séquano-Dionysiens est plus élevée qu'en France de 5%

Les cancers ont été responsables du décès de 2 590 Séquano-Dionysiens en moyenne chaque année entre 2008 et 2010 (2 685 décès en considérant l'ensemble des tumeurs, malignes et bénignes). Les décès masculins par cancer sont 43% plus nombreux que les décès féminins.

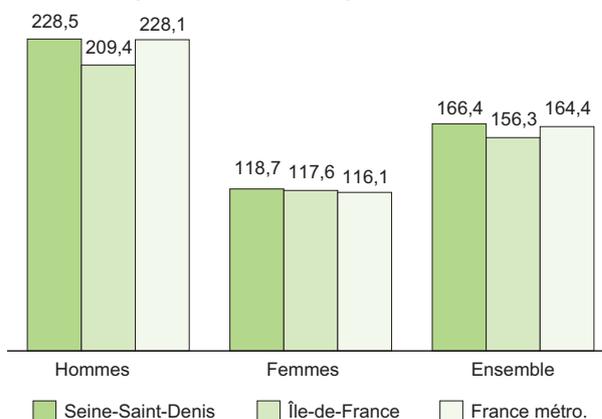
A structure par âge comparable, les taux comparatifs de mortalité sont de 228,5 décès pour 100 000 hommes et de 118,7 décès pour 100 000 femmes, soit un niveau de mortalité près de deux fois plus élevé chez l'homme. La surmortalité masculine par cancer s'observe à tous les âges sauf entre 25 et 40 ans.

Le niveau de mortalité par cancer est relativement élevé en Seine-Saint-Denis.

Le taux comparatif de mortalité par cancer chez les hommes de Seine-Saint-Denis est comparable à celui de France métropolitaine et supérieur à celui d'Île-de-France. Chez les Séquano-Dionysiennes, ce taux est légèrement supérieur aux taux régional et national.

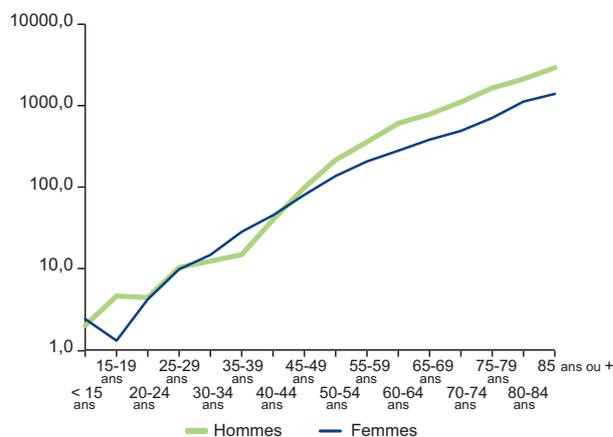
Les cancers sont responsables d'un décès sur trois en Seine-Saint-Denis. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (35,5%) que chez les femmes (28,2%). Elle est également très variable selon l'âge : la part des cancers dans la mortalité générale est maximale dans la tranche d'âge des 35-64 ans (41,6% chez les hommes et 50,6% chez les femmes), en particulier pour les femmes, en raison notamment du cancer du sein, fréquent chez les femmes de cette tranche d'âge.

Taux comparatifs de mortalité par cancer en 2008-2010



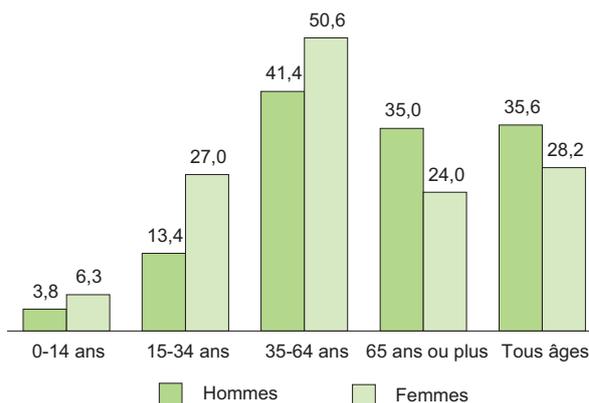
Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne

Taux de mortalité par cancer par sexe et par âge en Seine-Saint-Denis en 2008-2010



Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Île-de-France
Taux pour 100 000 habitants de la même classe d'âge et du même sexe

Part des décès par cancer dans la mortalité générale par sexe et par classe d'âge en 2008-2010 en Seine-Saint-Denis (%)



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

Nombre annuel moyen de décès pour les principales localisations et part dans l'ensemble des cancers en 2008-2010

Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF %	F métro. %
	Nombre	%		
Poumon*	426	27,1	24,7	24,0
Côlon-rectum	143	9,1	9,4	10,1
Prostate	124	7,9	9,3	9,7
Foie**	112	7,1	6,1	6,1
VADS***	75	4,8	4,6	4,6
Tous cancers	1 573	100,0	100,0	100,0
Femmes		Seine-Saint-Denis		ÎdF %
		Nombre	%	
Sein	205	18,4	18,7	17,6
Poumon*	143	12,9	12,9	10,8
Côlon-rectum	134	12,1	11,7	12,5
Pancréas	70	6,3	6,5	6,7
Utérus	53	4,8	4,7	4,7
Tous cancers	1 112	100,0	100,0	100,0

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

* Trachée, bronche, poumon

** Foie, voies biliaires intra-hépatiques

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

Entre 1991 et 2009, le nombre annuel de décès par cancer a légèrement baissé chez les hommes de Seine-Saint-Denis (de 1 700 à 1 573) et il augmente légèrement (de 1 031 à 1 112) chez les femmes.

A structure par âge comparable, on observe une baisse sensible de la mortalité par cancer chez les hommes de Seine-Saint-Denis, plus marquée que celle observée au niveau national. Chez les femmes, la baisse est un peu moins marquée mais régulière et la situation relative de la Seine-Saint-Denis par rapport à l'Île-de-France ou à la France s'améliore.

Chaque année, 5 099 Séquano-Dionysiens sont admis en affection de longue durée pour tumeurs malignes (moyenne des années 2009 à 2011).

Les taux d'admissions en ALD pour cancer par sexe et âge sont inférieurs aux taux d'Île-de-France et de France métropolitaine.

En 2009, le nombre de séjours de Séquano-Dionysiens dans les services de soins de courte durée pour tumeur maligne est de 13 572, dont une majorité de séjours pour des hommes (55%). A structure par âge comparable, la fréquence des séjours dans ces services de la population de Seine-Saint-Denis est supérieure à la moyenne nationale : + 4% pour les hommes et + 10% pour les femmes.

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

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

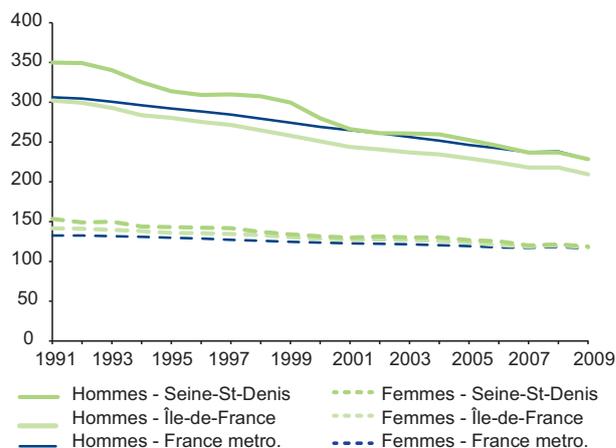
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

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

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de 1991 à 2009*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
* Le taux de l'année n correspond à la moyenne triennale n-1 à n+1
Les taux sont standardisés sur la population européenne

Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour cancer en 2009-2011 et taux d'admission

	Seine-Saint-Denis		IDF	F métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Hommes				
Moins de 25 ans	52	19,3	20,8	20,8
25-34 ans	47	42,0	51,5	57,9
35-64 ans	1 194	416,6	441,5	519,8
65-84 ans	1 200	1 900,6	2 037,5	2 105,2
85 ans ou plus	103	1 787,4	2 183,2	2 237,1
Tous âges	2 596	349,9	409,2	528,5

	Seine-Saint-Denis		IDF	F métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Femmes				
Moins de 25 ans	51	18,9	19,7	19,3
25-34 ans	82	68,0	75,6	80,0
35-64 ans	1 378	474,8	519,0	537,1
65-84 ans	841	1 057,4	1 209,8	1 139,7
85 ans ou plus	151	1 053,9	1 210,4	1 170,5
Tous âges	2 503	323,4	395,0	446,6

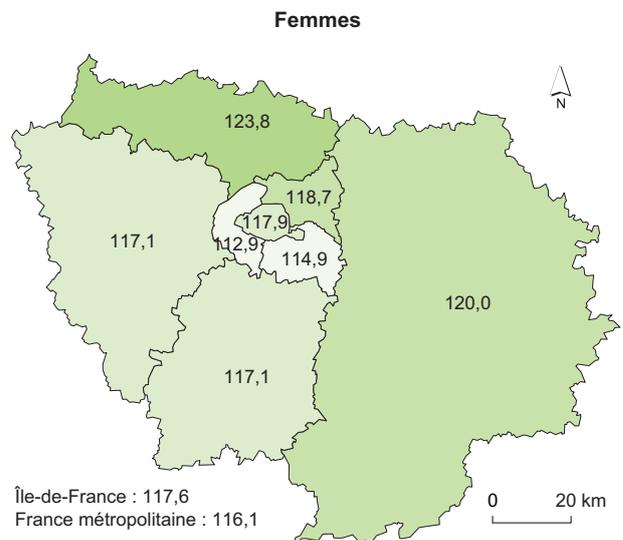
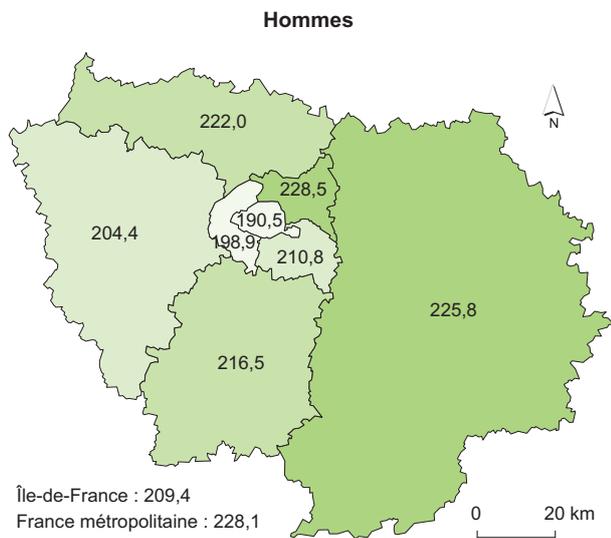
Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre annuel de nouvelles admissions en ALD pour 100 000 personnes

Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO pour tumeur maligne en 2009*

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	94	131	225
15-34 ans	195	250	445
35-64 ans	3 460	2 945	6 405
65-84 ans	3 385	2 397	5 782
85 ans ou plus	348	366	714
Tous âges	7 482	6 090	13 572
ICH Seine-St-Denis	104	110	105
ICH IDF	102	109	107

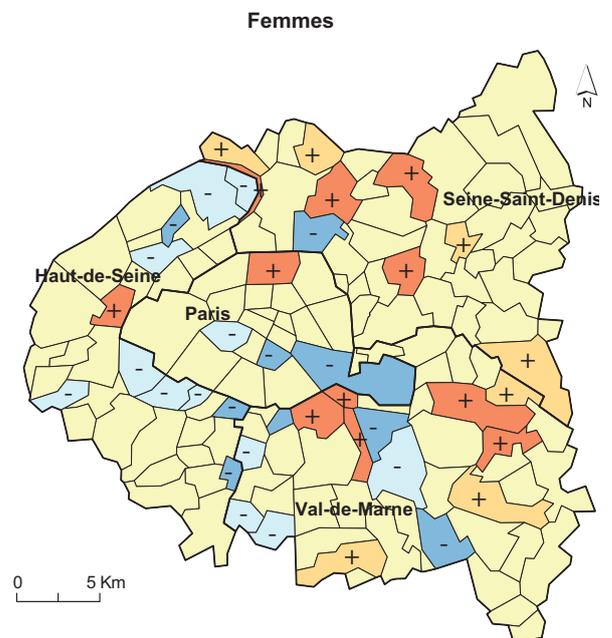
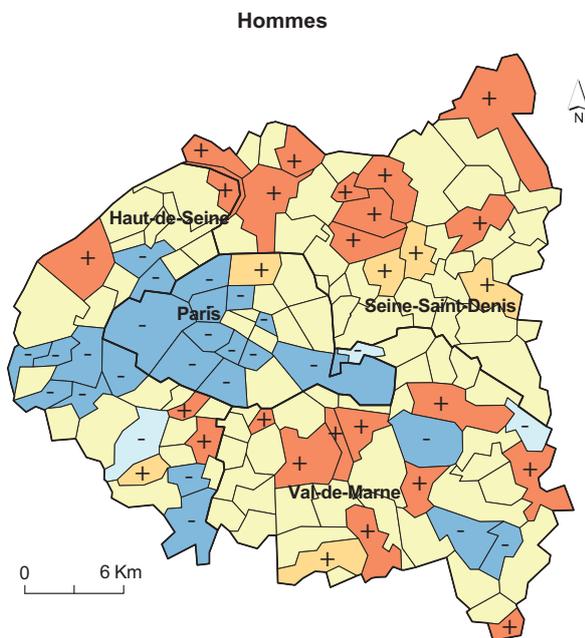
Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
Séjours pour lesquels un cancer a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)
* Définitions et lecture du tableau : voir l'encadré ci-contre

Taux comparatifs* de mortalité par cancer dans les départements d'Île-de-France en 2008-2010
(Nombre annuel de décès pour 100 000 personnes du même sexe)



* Les taux sont standardisés sur la population européenne
Méthode de discrétisation : Seuils naturels (Jenks)
Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation Fnors et ORS Île-de-France

Niveau de mortalité* par cancer par communes - période 2007-2010



- Sous-mortalité significative au seuil de 5 %
- Sous-mortalité significative au seuil de 10 %
- Ecart de mortalité non significatif
- Sur-mortalité significative au seuil de 10 %
- Sur-mortalité significative au seuil de 5 %

Le niveau de mortalité est déterminé par le calcul de l'**indice comparatif de mortalité (ICM)**. L'ICM est le rapport du nombre de décès observé dans une unité géographique (commune ou arrondissement) au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques à ceux de l'Île-de-France. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés. Un test du **Chi2** est effectué pour déterminer si la différence avec la moyenne régionale est significative.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Île-de-France

Contexte national

Pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer de la trachée, des bronches et du poumon est estimé à 39 495 (28 211 chez l'homme et 11 284 chez la femme). Cette pathologie se situe ainsi, en termes d'incidence, au deuxième rang des cancers chez l'homme derrière le cancer de la prostate et au troisième rang chez les femmes derrière le cancer du sein et celui du côlon-rectum.

On observe chez l'homme, sur la période 1980-2012, une augmentation de l'incidence jusqu'en 2000-2005 puis une baisse de -0,3% par an. Chez la femme, l'incidence est en forte progression sur l'ensemble de la période (augmentation annuelle de 5,4%) [1]. Ces évolutions sont à rapprocher de l'évolution du tabagisme des dernières décennies, principal facteur de risque de cancer pulmonaire : déclin ou ralentissement du tabagisme masculin et augmentation du tabagisme féminin jusqu'en 1990 environ [2]. En France, 83% des cancers bronchiques chez l'homme et 69% chez la femme seraient attribuables au tabac [3], ce qui signifie que dans une population de non fumeurs (de mêmes caractéristiques socio-démographiques et de même taille) on obtiendrait, non pas 28 211 cas masculins mais 4 796 (17%).

Le risque de cancer augmente en fonction de la quantité de tabac fumé (dose) et plus encore de l'ancienneté du tabagisme (durée). Doubler la dose double l'excès de risque ; doubler la durée le multiplie par 20 environ [4]. Les expositions professionnelles constituent aussi des facteurs de risque du cancer du poumon : l'Institut de veille sanitaire (InVS) estime qu'entre 13 et 29% des cancers du poumon sont attribuables à des expositions professionnelles [5] et dans certaines régions industrielles historiques comme la Lorraine, la part attribuable aux expositions professionnelles peut dépasser les 50% [6]. Ces étiologies professionnelles restent toutefois souvent mal identifiées[5].

Malgré une légère amélioration, le taux de survie à dix ans du cancer du poumon reste faible, d'environ 10% [7]. Un total de 29 949 décès par cancer du poumon est observé en 2012, ce qui en fait la première cause de décès par cancer chez l'homme (21 326), loin devant le cancer colorectal (9 275 décès) et la seconde cause de décès par cancer chez la femme (8 623), après le cancer du sein (11 886 décès) [1].

Ces pathologies touchent souvent des personnes relativement jeunes : près de 38% des hommes et 43% des femmes décédés d'un cancer du poumon sont âgées de moins de 65 ans [5]. L'évolution de la mortalité par cancer du poumon depuis 1980 est assez conforme à celle de son incidence (chez l'homme progression jusqu'au milieu des années 90 puis orientation à la baisse, chez la femme forte progression sur toute la période).

Dans l'Union Européenne, la France occupe une position intermédiaire tant pour l'incidence que pour la mortalité. Certains pays, d'Europe du nord notamment, ont connu des niveaux d'incidence et de mortalité masculines beaucoup plus élevés qu'en France, mais ces taux ont commencé à diminuer plus tôt et plus rapidement qu'en France. Chez les femmes, la situation française est plutôt favorable. Toutefois, certains pays qui avaient des taux d'incidence et de mortalité féminines du cancer du poumon plus élevés qu'en France, connaissent une stabilisation voire une baisse de ces taux. Ce n'est pas le cas en France, où la tendance est toujours nettement orientée à la hausse chez les Françaises [8].

Au sein du territoire métropolitain, l'incidence du cancer du poumon varie de façon importante selon les régions. Sur la période 2008-2010, l'Île-de-France est dans la moyenne nationale pour les hommes, mais dans une position défavorable pour les femmes, en troisième position après la Corse et le Languedoc-Roussillon [9].

Devant une incidence et une létalité aussi importantes, les politiques de prévention du cancer du poumon doivent continuer voire s'intensifier. La lutte contre le tabagisme, notamment chez les femmes et les jeunes, et la prévention des expositions professionnelles doivent constituer des priorités de santé publique.

Le Plan national de réduction du tabagisme présenté en septembre 2014 va dans ce sens. Les Plans nationaux santé environnement (2009-2012) et santé travail (2010-2014) allaient dans le sens d'une réduction des expositions à des produits cancérigènes. Les efforts engagés, qui se heurtent à de nombreux freins, devront être encouragés dans les futurs plans.

Repères bibliographiques et sources

- [1] Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P., et al., Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, Étude collaborative entre le réseau français des registres de cancers Francim et le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL) et l'InVS et l'INCa, InVS, juillet 2013.
- [2] Beck F., Guignard R., Richard JB., Wilquin JL., & Peretti-Watel, P., Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°21-22, 2011
- [3] IARC, Attributable Causes of Cancer in France in The Year 2000, WHO press, Geneva, 2007
- [4] Hill C., Epidémiologie du tabagisme, revue du praticien, vol 62, mars 2012
- [5] Imbernon E., Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France, Rapport InVS, 2003
- [6] Wild P., Gonzalez M., Bourgkard E. et al., Occupational risk factors have to be considered in the definition of high-risk lung cancer populations, BJC, 2012, n°106
- [7] Grosclaude P., Remontet L., Belot A. et al., Survie des personnes atteintes de cancer en France - 1989-2007, étude à partir des registres des cancers du réseau Francim, InVS, février 2013
- [8] Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J. et al., Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer, 2013 April, vol.49, n°6
- [9] InVS, (mis à jour le 23/07/2013 et consulté le 19/11/2013) <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Projections-Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite/Estimations-regionales-de-l-incidence-par-cancer-2008-2010>

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Chaque année, près de 600 Séquano-Dionysiens décèdent d'un cancer du poumon
- > La Seine-Saint-Denis se distingue par un niveau de mortalité par cancer du poumon plus élevé qu'en France, pour les deux sexes
- > Comme au niveau national, la mortalité par cancer du poumon baisse chez l'homme mais progresse chez la femme
- > Le recours aux soins pour cette pathologie en Seine-Saint-Denis, est très supérieur à la moyenne nationale (+31%)

Le cancer du poumon a provoqué le décès de 580 Séquano-Dionysiens en moyenne chaque année entre 2008 et 2010 (447 hommes et 143 femmes).

A structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité est de 63,6 décès pour 100 000 hommes et de 17,0 décès pour 100 000 femmes, soit un niveau de mortalité par cancer du poumon près de 4 fois plus élevé chez l'homme.

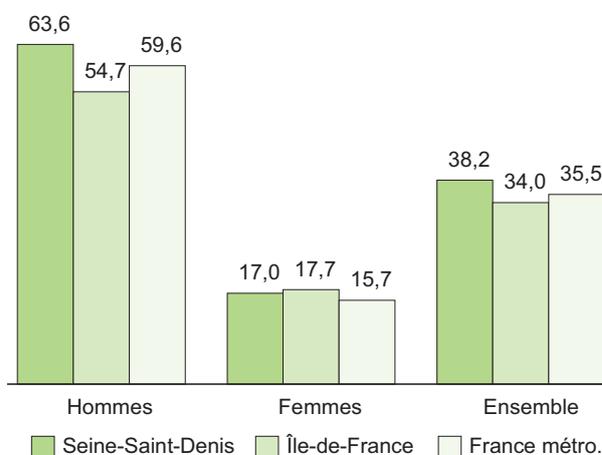
Le niveau de mortalité par cancer du poumon est relativement élevé en Seine-Saint-Denis.

Le niveau de mortalité par cancer du poumon des hommes de Seine-Saint-Denis est le plus élevé des huit départements d'Île-de-France. Il est également supérieur à la moyenne nationale.

Chez les femmes de Seine-Saint-Denis, le niveau de mortalité par cancer du poumon est inférieur à la moyenne régionale, mais supérieur à celui de la France métropolitaine.

Le taux comparatif de mortalité prématurée (avant 65 ans) par cancer du poumon des Séquano-Dionysiens, entre 2008 et 2010, est de 28,9 décès pour 100 000 personnes. Il est supérieur au taux francilien et inférieur au taux national. C'est l'un des taux les plus élevés d'Île-de-France avec la Seine-et-Marne. Le taux comparatif de mortalité prématurée par cancer du poumon des Séquano-Dionysiennes est de 10,2 décès pour 100 000 personnes. Il est comparable aux taux régional et national.

Taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon en 2008-2010



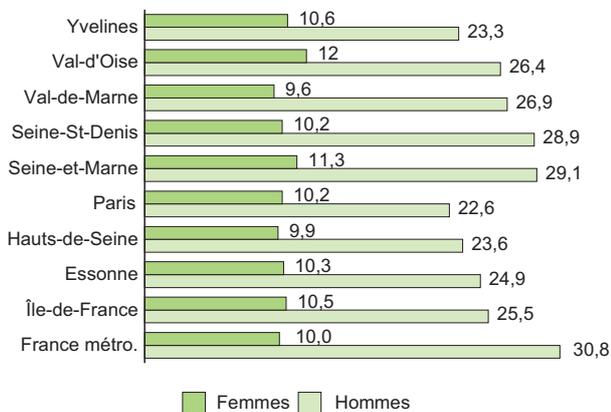
Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Nombre annuel moyen de décès par cancer du poumon et taux de mortalité selon le sexe et l'âge en 2008-2010

Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	-	-	-	-
35-64 ans	181	63,1	56,3	72,7
65-84 ans	223	353,3	294,8	300,2
85 ans ou plus	21	380,4	367,0	354,4
Tous âges	426	57,4	54,7	73,4
Femmes				
Seine-Saint-Denis				
Nombre	Taux*	ÎdFF	F métr.	Taux*
Moins de 35 ans	-	-	-	-
35-64 ans	66	22,6	23,4	23,3
65-84 ans	59	74,6	78,3	64,5
85 ans ou plus	17	118,6	111,3	82,9
Tous âges	143	18,4	21,3	22,2

*Nombre annuel de décès pour 100 000 personnes
Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Île-de-France

Taux comparatifs de mortalité prématurée par cancer du poumon en 2008-2010



Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Entre 1991 et 2009, le nombre annuel de décès par cancer du poumon est resté quasiment stable chez les hommes de Seine-Saint-Denis (environ 450) alors qu'il a fortement progressé chez les femmes, passant de 80 à 143.

A structure par âge comparable, on observe une baisse sensible de la mortalité par cancer du poumon chez les hommes de Seine-Saint-Denis, assez similaire à celle observée au niveau régional et plus marquée que celle observée au niveau national. Malgré cette baisse, le niveau de la mortalité par cancer du poumon reste supérieur à celui observé en France et en Île-de-France.

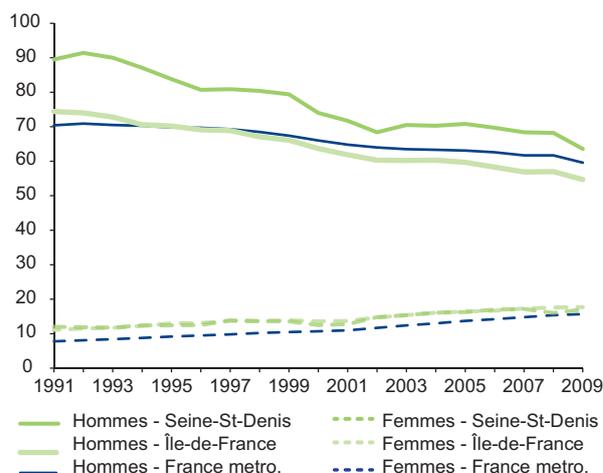
On notera qu'entre 1991 et 2009, le niveau de mortalité par cancer du poumon des Franciliens passe en dessous du niveau national.

Chez les femmes, la hausse de la mortalité par cancer du poumon est régulière et importante sur toute la période. Mais une progression du même ordre s'observe en Île-de-France et en France de sorte que la situation relative du département est peu modifiée.

Chaque année, près de 513 Séquano-Dionysiens sont admis en affection longue durée (ALD) pour cancer du poumon (moyenne des années 2009 à 2011). La quasi-totalité est âgée de 35 à 64 ans.

En 2009, le nombre de séjours de Séquano-Dionysiens dans les services de soins de courte durée pour cancer du poumon est de 1 181, dont une majorité d'hommes (72%). A structure par âge comparable, la fréquence des séjours dans ces services de la population de Seine-Saint-Denis est très supérieure à la moyenne nationale : + 25% pour les hommes et + 41% pour les femmes. Pourtant cette fréquence de séjours hospitaliers est en baisse chez les hommes de Seine-Saint-Denis (25% en 2009 contre 51% en 2007).

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon de 1991 à 2009*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
 * Le taux de l'année n correspond à la moyenne triennale n-1 à n+1
 Les taux sont standardisés sur la population européenne

Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour cancer du poumon en 2009-2011 et taux d'admission

Hommes	Seine-Saint-Denis		IDF	F métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	3	0,7	0,5	0,4
35-64 ans	195	68,0	62,6	74,5
65-84 ans	161	255,6	228,7	223,0
85 ans ou plus	7	132,8	167,1	147,3
Total	366	49,4	48,8	61,2

Femmes	Seine-Saint-Denis		IDF	F métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	3	0,8	0,4	0,4
35-64 ans	87	30,0	30,6	31,3
65-84 ans	53	66,2	77,7	59,0
85 ans ou plus	4	30,2	56,5	39,4
Total	147	19,0	22,8	23,2

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Île-de-France
 * Nombre annuel de nouvelles admissions en ALD pour 100 000 personnes

Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO pour cancer du poumon en 2009*

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	-	-	-
15-34 ans	3	7	10
35-64 ans	440	182	622
65-84 ans	403	129	532
85 ans ou plus	8	9	17
Total	854	327	1181
ICH Seine-St-Denis	125	141	131
ICH IDF	106	132	112

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
 Séjours pour lesquels un cancer du poumon a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)
 * Définitions et lecture du tableau : voir l'encadré ci-contre

Lecture du tableau concernant les séjours hospitaliers :

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

Diagnostic principal d'hospitalisation :

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

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

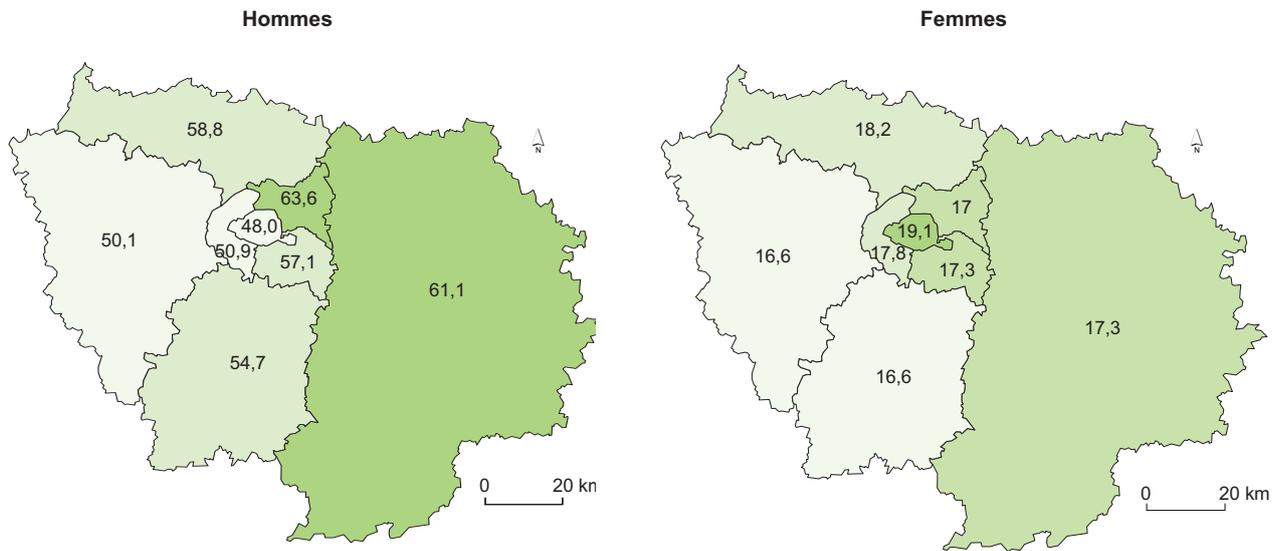
Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

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

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

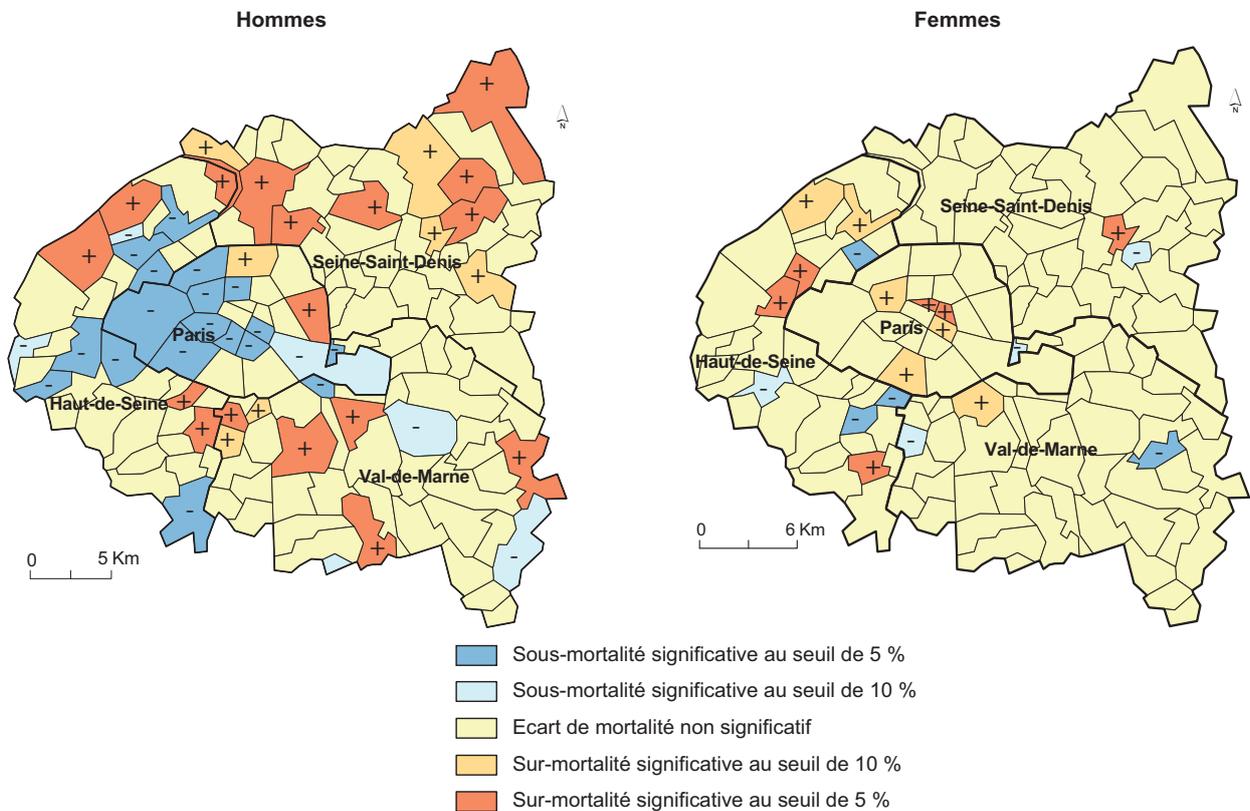
L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Taux comparatifs* de mortalité par cancer du poumon dans les départements d'Île-de-France en 2008-2010
(Nombre annuel de décès pour 100 000 personnes du même sexe)



* Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976
Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation Fnors et ORS Île-de-France

Niveau de mortalité* par cancer du poumon dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne période 2007-2010



*Le niveau de mortalité est déterminé par le calcul de l'Indice comparatif de mortalité (ICM). L'ICM est le rapport du nombre de décès observé dans une unité géographique (commune ou arrondissement) au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques à ceux de l'Île-de-France. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés. Un test du Chi2 est effectué pour déterminer si la différence avec la moyenne régionale est statistiquement significative.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Île-de-France

Contexte national

Le cancer colorectal se situe au 3ème rang des cancers tant masculins que féminins. Ce cancer, rare avant 50 ans, voit son incidence augmenter très rapidement au-delà. Les hommes sont à chaque âge un peu plus touchés que les femmes [1].

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal est estimé à 42 152 (23 226 hommes et 18 926 femmes) et le nombre de décès à 17 722 personnes (9 275 hommes et 8 447 femmes). C'est la seconde cause de décès par cancer, après le cancer du poumon chez l'homme et juste après le cancer du sein chez la femme. Les taux d'incidence, en augmentation entre 1980 et 2000, sont en baisse depuis 2005 de 0,3% par an en moyenne. Cette diminution d'incidence est peut-être en partie liée au bénéfice du dépistage organisé et du traitement des lésions précancéreuses.

La mortalité par cancer colorectal a baissé en moyenne de 1,2% par an chez l'homme depuis 1980 et de 1,4% chez la femme [1]. Le taux de survie à 10 ans est de 48% chez les hommes et de 52 % chez les femmes (valeurs estimées sur la période 1989-2007). Il varie fortement en fonction du stade de la tumeur au moment du diagnostic [2].

Le cancer colorectal est fréquent dans les pays développés et notamment en Australie, Europe de l'Ouest et Amérique du Nord. Il est rare en Amérique du Sud, en Asie et surtout en Afrique. En 2012, la France occupe au sein de l'Europe une position assez favorable pour les hommes tant pour l'incidence que pour la mortalité. Pour les femmes la situation est dans la moyenne de l'Europe des 27 pour l'incidence et assez favorable pour la mortalité [3].

En France, l'incidence du cancer colorectal, estimée à partir des données d'incidence des registres des cancers, présente des écarts entre régions allant jusqu'à 30% chez les hommes et 22% chez les femmes. Sur la période 2008-2010, l'Île-de-France est dans une position favorable pour les hommes (9% d'écart avec la Corse, région d'incidence la plus faible) mais dans une position moins favorable pour les femmes (18% d'écart avec la Basse-Normandie, région d'incidence la plus faible) [4].

Les sujets à risque élevé (antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer colorectal, de maladie inflammatoire de l'intestin, notamment la maladie de Crohn) doivent bénéficier d'un suivi spécifique par coloscopie. La recherche de prédispositions génétiques peut être proposée dans le cadre de consultation d'oncogénétique aux patients atteints de maladies associées aux gènes majeurs de susceptibilité du cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale et syndrome de Lynch) et à leur famille [5].

Le dépistage organisé du cancer colorectal, initié en 2002 dans sa phase pilote, a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2008. Il repose sur un test de détection du sang occulte dans les selles, examen proposé tous les deux ans aux personnes de 50 à 74 ans, par l'intermédiaire de leur médecin généraliste. Le taux de participation à ce dépistage de 34% en 2009-2010, est inférieur à l'objectif européen minimal acceptable (45%) [6]. La réalisation de tests immunologiques en remplacement du test utilisé actuellement devrait améliorer l'acceptabilité de ce dépistage par la population cible (un prélèvement de selles au lieu de six), tout en augmentant la sensibilité du dépistage des cancers localisés à un stade débutant et des lésions précancéreuses [7].

La prévention primaire du cancer colorectal passe par l'action sur les facteurs de risque bien établis : l'inactivité physique, le surpoids et l'obésité, la consommation excessive de viandes rouges, une alimentation riche en graisses animales, la consommation d'alcool et de tabac. A l'inverse, une consommation suffisante et variée de fruits et légumes frais a un effet protecteur [1]. La prévention passe également par le développement et la poursuite du dépistage qui semblent commencer à porter ses fruits depuis le milieu des années 2000.

Repères bibliographiques et sources

[1] Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P. et al., Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, Partie 1 - Tumeurs solides, Etude collaborative entre le réseau français des registres de cancers Francim et le Service de biostatistique des hospices civils de Lyon (HCL) et l'InVS et l'INCa, InVS, juillet 2013

[2] Grosclaude P., Remontet L., Belot A., Danzon A., Rasamimanana Cerf N., Bossard N., Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 - Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim, InVS, février 2013

[3] Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J. et al., Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012, European Journal of Cancer, 2013 April

[4] InVS, <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Projections-Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite/Estimations-regionales-de-l-incidence-par-cancer-2008-2010>. Mis à jour le 23/07/2013 (consulté le 19/11/2013)

[5] INCa, Les facteurs de risque du cancer colorectal - <http://www.e-cancer.fr/en/cancerinfo/les-cancers/cancers-du-colon/les-facteurs-de-risque> (consultée le 06/01/2014)

[6] Jezewski-Serra D., Salines E., Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France, InVS, 2013

[7] INCa, Du test au gâïac au test immunologique - <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-colorectal/espace-professionnels-de-sante/du-test-au-gaiac-au-test>

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Entre 2008 et 2010, 277 Séquano-Dionysiens décèdent, chaque année en moyenne, d'un cancer colorectal
- > La Seine-Saint-Denis présente un niveau de mortalité par cancer colorectal chez les femmes supérieur aux moyennes nationale et régionale
- > Les recours aux soins pour cette pathologie sont supérieurs de 10% chez les Séquano-Dionysiennes par rapport au niveau national
- > Comme au niveau national, la mortalité par cancer colorectal a diminué en Seine-Saint-Denis depuis 1991

Le cancer colorectal est responsable du décès de 277 Séquano-Dionysiens en moyenne chaque année entre 2008 et 2010. C'est la deuxième cause de décès par cancer après le poumon chez l'homme et la troisième cause après le cancer du sein et du poumon chez la femme.

Les décès par cancer colorectal sont rares avant 50 ans. Les taux de mortalité augmentent ensuite rapidement avec l'âge. La surmortalité masculine s'observe à tous les âges.

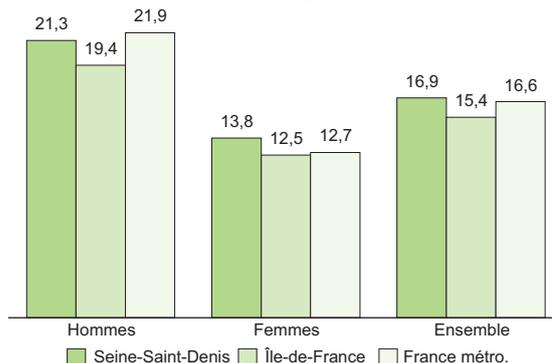
En 2008-2010, à structure par âge comparable, les taux comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum sont de 21,3 décès pour 100 000 hommes et de 13,8 décès pour 100 000 femmes. Ces taux sont supérieurs à ceux observés en Île-de-France et légèrement inférieurs à ceux de France métropolitaine.

On observe une baisse de la mortalité par cancer colorectal en Seine-Saint-Denis entre 1991 et 2009. Cette baisse est comparable à celles observées en Île-de-France et qu'en France métropolitaine, pour les deux sexes.

Cependant, on observe chez les Séquano-Dionysiennes une augmentation de la mortalité depuis 2007 (12,2 décès pour 100 000 femmes en 2007 contre 13,8 décès pour 100 000 femmes en 2009). Ainsi le niveau de mortalité par cancer colorectal des femmes de Seine-Saint-Denis repasse au dessus des niveaux régional et national comme avant 2003.

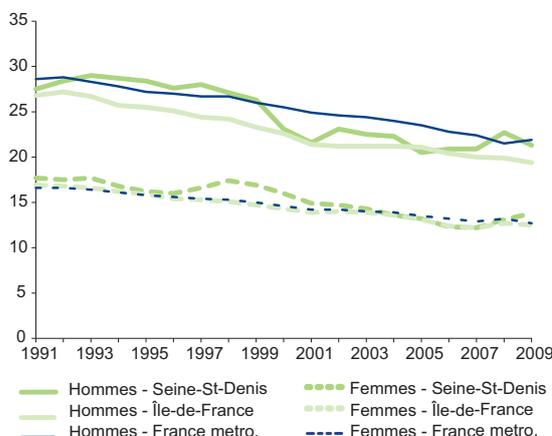
Le taux comparatif départemental de mortalité prématurée par cancer colorectal, entre 2008 et 2010, est chez les femmes de 5,1 décès pour 100 000 personnes du même sexe et 5,5 chez les hommes. Ces taux sont comparables aux taux régional et national.

Taux comparatifs de mortalité par cancer colorectal en 2008-2010



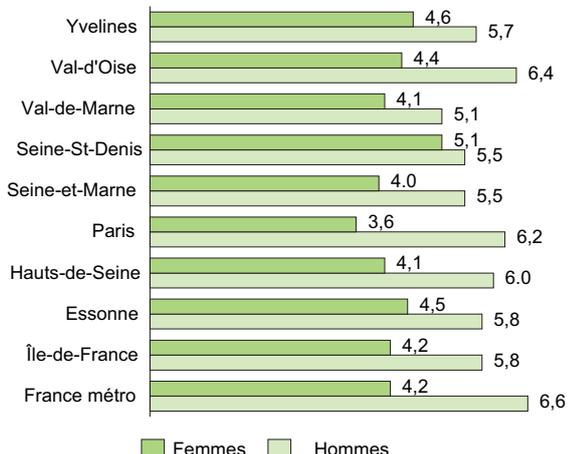
Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer colorectal de 1991 à 2009*



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
* Le taux de l'année n correspond à la moyenne triennale n-1 à n+1
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Taux comparatifs de mortalité prématurée par cancer colorectal en 2008-2010



Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Nombre annuel moyen de décès par cancer colorectal et taux de mortalité selon le sexe et l'âge en 2008-2010

	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F. métro.
	Hommes	Nombre	Taux*	Taux*
35-64 ans	34	11,9	12,8	15,6
65-84 ans	87	138,4	121,4	138,0
85 ans ou plus	20	368,3	316,9	380,3
Total	143	19,2	20,2	29,8
Femmes				
	Nombre	Taux**	Taux**	Taux**
35-64 ans	31	10,8	9,4	9,9
65-84 ans	64	80,9	73,7	78,0
85 ans ou plus	37	258,2	251,9	254,1
Total	134	17,3	18,8	24,7

*Nombre annuel moyen de décès pour 100 000 hommes

** Nombre annuel moyen de décès pour 100 000 femmes

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

Entre 2009-2011, 526 Séquano-Dionysiens ont été admis en moyenne chaque année en affection de longue durée (ALD) pour un cancer colorectal par les trois principaux régimes d'assurance maladie, la quasi totalité est âgée de 35 à 84 ans.

En 2009, le nombre de séjours de Séquano-Dionysiens dans les services de soins de courte durée pour cancer colorectal est de 1 351, dont une majorité d'hommes (54%). A structure par âge comparable, les séjours dans ces services de la population séquano-dionysienne sont inférieurs de 7% pour les hommes par rapport à la moyenne nationale et supérieurs de 10% chez les femmes. Les ICH de Seine-Saint-Denis sont comparables à ceux d'Île-de-France pour les deux sexes (inférieurs de 6% pour les Franciliens par rapport à la moyenne nationale et supérieurs de 10% chez les Franciliennes).

Lecture du tableau concernant les séjours hospitaliers :

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

Diagnostic principal d'hospitalisation :

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

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

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

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenu si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Le dépistage du cancer colorectal

En 2002, la Seine-Saint-Denis a été retenue comme site expérimental par le ministère de l'Emploi et de la solidarité pour organiser un dépistage du cancer colorectal. En 2006, le dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble du département et en 2008 à l'ensemble de la France.

Le taux de participation a diminué entre la campagne 2009-2010 et celle de 2011-2012 : pour la campagne 2011-2012 il est de 30,2 % (35,5% en 2009-2010), situant le département au deuxième rang de la région (taux de 25,2 %) après la Seine-et-Marne (taux de 33,3%). Il est en-dessous du taux national qui est de 31,7%.

Le taux de participation 2011-2012 en Seine-Saint-Denis, comme aux niveaux régional et national, est plus élevé chez les femmes (32,9%) que chez les hommes (27,2%).

Durant la campagne 2011-2012, le taux de tests positifs est de 2,0% en Seine-Saint-Denis, 2,3% en Île-de-France et 2,4% en France.

Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour cancer colorectal en 2009-2011 et taux d'admission

Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F. métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	-	1,0	0,7	0,8
35-64 ans	122	42,5	44,3	51,4
65-84 ans	139	220,2	238,7	259,9
85 ans ou plus	15	271,7	299,1	326,2
Tous âges	280	37,7	44,0	59,4

Femmes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F. métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	5	1,2	0,9	0,9
35-64 ans	98	33,9	36,6	39,4
65-84 ans	114	143,3	159,5	161,4
85 ans ou plus	29	200,1	223,0	226,6
Tous âges	246	31,7	39,3	49,0

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Île-de-France

*Nombre annuel de nouvelles admissions en ALD pour 100 000 personnes

Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO pour cancer colorectal en 2009*

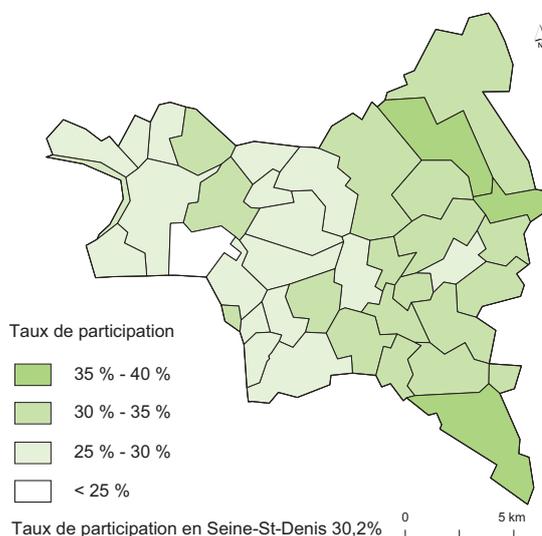
	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	-	-	-
15-34 ans	6	9	15
35-64 ans	324	232	556
65-84 ans	357	322	679
85 ans ou plus	38	63	101
Total	725	626	1 351
ICH Seine-St-Denis	93	110	101
ICH IDF	94	107	99

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

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

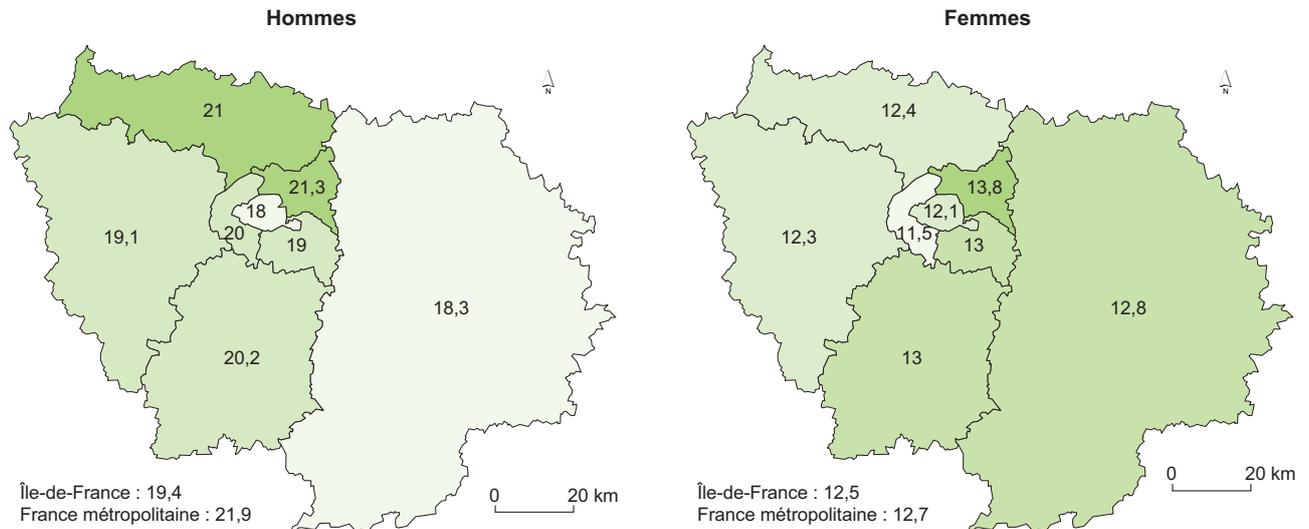
* Définitions et lecture du tableau : voir l'encadré ci-contre

Participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour la campagne 2011-2012



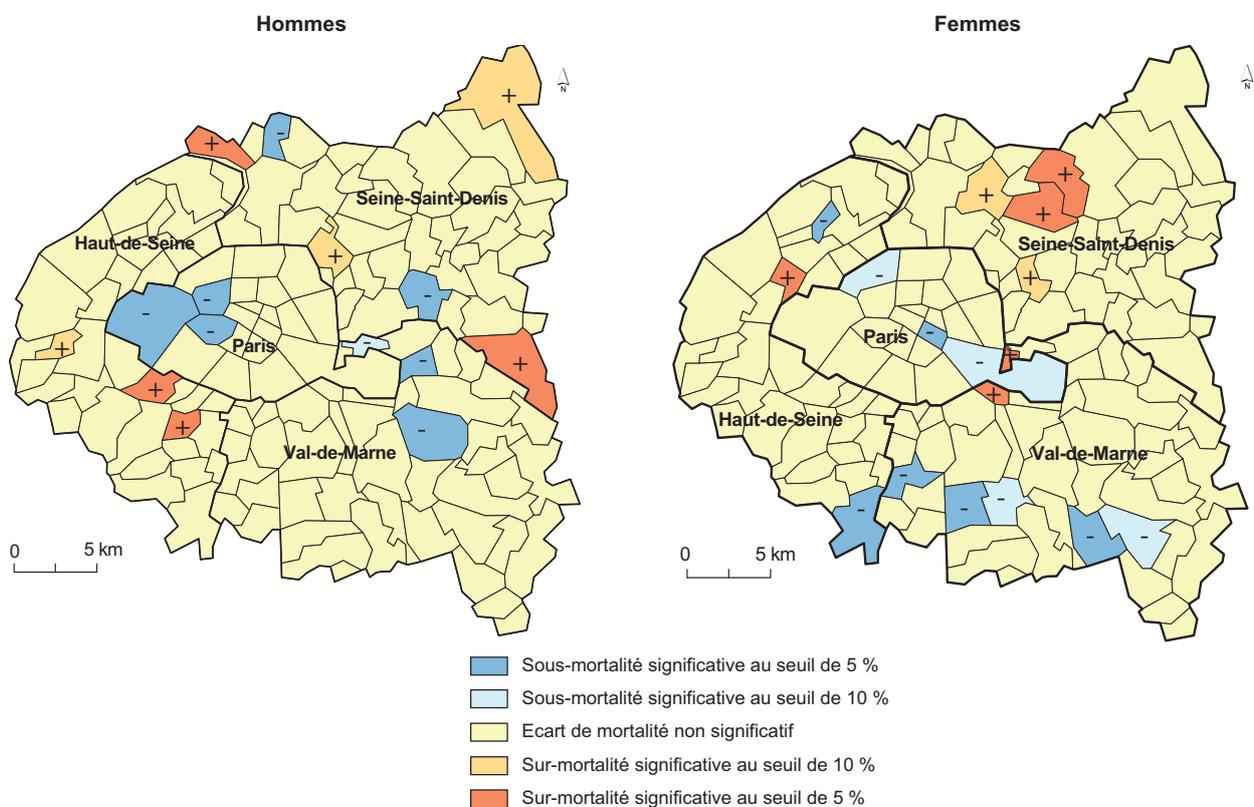
Source : Cdc93

Taux comparatifs de mortalité par cancer colorectal dans les départements d'Île-de-France en 2008-2010
(Nombre annuel de décès pour 100 000 personnes du même sexe*)



* Les taux sont standardisés sur la population européenne
Méthode de discrétisation : seuils naturels (Jenks)
Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation Fnors et ORS Île-de-France

Niveau de mortalité* par cancer colorectal dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne période 2007-2010



*Le niveau de mortalité est déterminé par le calcul de l'indice comparatif de mortalité (ICM). L'ICM est le rapport du nombre de décès observé dans une unité géographique (commune ou arrondissement) au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques à ceux de l'Île-de-France. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés. Un test du Chi2 est effectué pour déterminer si la différence avec la moyenne régionale est significative.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Île-de-France

Contexte national

Avec 48 763 nouveaux cas estimés pour l'année 2012, le cancer du sein est la localisation tumorale la plus fréquente chez la femme nettement devant le côlon-rectum (18 926) et le poumon (11 284). Après une augmentation du taux d'incidence observée entre 1980 et 2005, liée à la fois à un diagnostic plus précoce et à une élévation du risque pour les générations récentes, on observe une tendance à la baisse [1]. Celle-ci est très probablement liée à une baisse de la prescription des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause (THS) suite aux recommandations nationales de 2003 [2].

Avec 11 886 décès observés en France en 2012, le cancer du sein est également la première cause de décès par cancer chez la femme. Le taux standardisé de mortalité, quasiment stable depuis 1980, a amorcé une décroissance au début des années 2000 (- 1,5% en moyenne annuelle entre 2005 et 2012) [1]. Notons que le cancer du sein chez l'homme est rare, mais qu'il a concerné 106 décès en 2011 en France métropolitaine.

Les progrès de la prise en charge du cancer du sein chez la femme, avec d'une part un dépistage plus précoce et donc la découverte de tumeurs de petite taille, et, d'autre part, des traitements plus efficaces, ont permis d'améliorer considérablement son pronostic au cours des dernières décennies. En France, le taux de survie relative à dix ans de ce cancer atteint 76% [3].

L'Europe fait partie des régions du globe les plus affectées par le cancer du sein et la France affiche, au sein de l'Europe des 27, une position particulièrement défavorable en termes d'incidence (au 3ème rang des pays les plus touchés derrière la Belgique et le Danemark en 2012). En termes de mortalité, la situation française est dans la moyenne [4].

En France, l'incidence du cancer du sein varie de plus ou moins 10% selon les régions et le taux le plus élevé est observé en Île-de-France (98 pour 100 000 sur la période 2008-2010) [5]. En termes de mortalité, le taux le plus élevé est observé en région Nord-Pas-de-Calais (39 pour 100 000 en 2009) et les taux les moins élevés sont observés dans les départements d'Outre-mer (20 pour 100 000) [6]. Le taux de mortalité est de 32 pour 100 000 en Île-de-France.

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle. Les facteurs de risque connus sont les antécédents familiaux (port des gènes BRCA 1 et BRCA 2 notamment, autour de 5% des cas), les traitements hormonaux substitutifs, l'alcool et les rayonnements ionisants, les facteurs de la vie reproductive (premières règles précoces, ménopause tardive, nulliparité, première grossesse tardive). Les effets protecteurs sont la multiparité, l'allaitement maternel de longue durée, les contraceptifs oraux, la pratique de l'activité physique [7]. Le travail posté est également un facteur de risque probable [8].

Le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie, du fait d'un diagnostic plus précoce, permet une réduction de la mortalité par cancer du sein de l'ordre de 15 à 20% [9]. En France, celui-ci a été étendu à l'ensemble du territoire français en 2004. Le taux de participation est en progression : il est passé de 40% en 2004 à 53% en 2011, soit près de 2 430 000 femmes dépistées au cours de l'année [10]. Il est inférieur au taux cible de 65% défini pour 2013 dans le Plan cancer 2009-2013, mais les femmes ont également recours à un dépistage à leur initiative ou celle de leur médecin, en dehors du dépistage organisé. En 2010, plus de 80% [11] des femmes âgées de 50 à 74 ans déclaraient avoir réalisé une mammographie (dépistage organisé, individuel ou pour pathologie) dans les deux années précédentes.

Devant une pathologie dont l'incidence et la mortalité restent élevées, les actions de prévention et de dépistage doivent continuer et se renforcer. La prévention doit concerner non seulement les facteurs de risque avérés (alcool, traitements hormonaux substitutifs, rayonnements ionisants), mais aussi les facteurs probables comme le travail de nuit. Elle doit également promouvoir les facteurs protecteurs (allaitement ou activité physique par exemple). Pour le dépistage, certaines expériences pilotes montrent l'intérêt d'actions locales de santé publique aux côtés des grands programmes [12]. Celles-ci permettent d'atteindre notamment des populations plus difficilement captées par des actions nationales.

Repères bibliographiques et sources

- [1] Binder-Foucard F., Belot A. et al., Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Étude collaborative entre le réseau français des registres de cancers Francim et le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL) et l'INCa et l'InVS, juillet 2013
- [2] Toriola A T., et Colditz, G A., Trends in breast cancer incidence and mortality in the United States: implications for prevention. *Breast cancer research and treatment*, 2013
- [3] Grosclaude P., Remontet L., Belot A. et al., Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 - Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim, InVS, février 2013
- 4. Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J. et al., Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012, *European Journal of Cancer*. 2013 April, vol. 49 n°6
- [5] InVS, <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Projections-Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite/Estimations-regionales-de-l-incidence-par-cancer-2008-2010>, (Mis à jour le 23/07/2013, consulté le 19/11/2013)
- [6] Fnors, Site commun d'observation régionale en santé (SCORE-santé), <http://www.score-sante.org>.
- [7] Organisation mondiale de la santé, *World cancer report*, 2008
- [8] IARC, *Painting, Firefighting, and Shiftwork Monograph Vol. 98*. World Health Organization, 2010
- [9] INCa, Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein. Quels éléments en 2013 ?, <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-du-sein/espace-professionnels-de-sante/les-reponses-a-vos-questions>
- [10] INCa, La situation du cancer en France en 2012, 2012
- [11] Danet S., L'état de santé de la population en France - Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011, Etudes et résultats, Drees, n° 805, 2012/06
- [12] « Flandre rose » 19e arrondissement de Paris - Protocole pour développer la participation au dépistage organisé du cancer du sein dans un quartier urbain défavorisé, Poster présenté au séminaire 2010 des Programmes nationaux de dépistage organisés de l'Institut National du Cancer, Téléchargé à partir de <http://www.e-cancer.fr/depistage/conferences-colloques-inca/seminaire-2010-programmes-depistages-organises>

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Chaque année, près de 200 Séquano-Dionysiennes décèdent d'un cancer du sein, c'est la première cause de décès par cancer chez les femmes
- > La Seine-Saint-Denis présente un niveau de mortalité par cancer du sein légèrement supérieur à la moyenne nationale
- > La mortalité par cancer du sein a diminué de 26% en Seine-Saint-Denis depuis 1991

Le cancer du sein est la première cause de décès par cancer chez les femmes. Il est responsable du décès de 205 Séquano-Dionysiennes en moyenne chaque année entre 2008 et 2010 et représente 18,4% des décès par cancer chez les femmes de Seine-Saint-Denis.

Les décès par cancer du sein sont peu fréquents avant 40 ans. Au-delà, les taux annuels moyen de décès augmentent rapidement. En Seine-Saint-Denis, pour les 35-64 ans, on compte 30,0 décès pour 100 000 habitantes contre 109,3 pour les 65-84 ans et 195,4 pour les 85 ans et plus.

En 2008-2010, en Seine-Saint-Denis, le taux comparatif de mortalité par cancer du sein (24,2 décès pour 100 000) est inférieur à celui observé en Île-de-France (24,6) et supérieur à celui de France métropolitaine (23,8). La Seine-Saint-Denis présente, sur cette période triennale, un taux comparatif de mortalité par cancer du sein parmi les plus bas des huit départements de la région, le plus élevé étant celui du Val-d'Oise (26,3 décès pour 100 000 femmes).

Globalement, sur la période 1991-2009, la mortalité par cancer du sein a fortement diminué en Seine-Saint-Denis (-26%). Cette baisse est également observée en Île-de-France et en France métropolitaine mais de façon moins prononcée (respectivement -22% et -17%). En 1991, le département présentait une mortalité plus importante qu'au niveau national et régional, mais il a connu une baisse sensible pour se positionner, en 2009, en dessous de la mortalité observée en Île-de-France.

En 2009-2011, 1 046 Séquano-Dionysiennes ont été admises en moyenne chaque année en affection de longue durée (ALD) pour cancer du sein par les trois principaux régimes d'assurance maladie. C'est entre 65 et 84 ans que le taux d'admission en ALD pour cancer du sein est le plus important.

Le taux comparatif de mortalité prématurée (avant 65 ans) est de 14,0 décès pour 100 000 femmes en Seine-Saint-Denis. Ce taux est comparable aux taux régional et national.

Taux comparatifs de mortalité prématurée par cancer du sein en 2008-2010



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 femmes
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

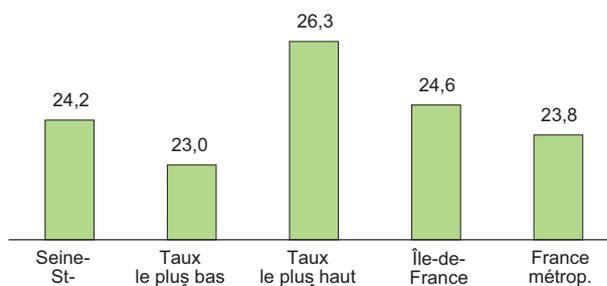
Nombre annuel moyen de décès par cancer du sein et taux de mortalité selon l'âge en 2008-2010

	Seine-Saint-Denis		IDF	F métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	3	0,8	0,6	0,7
35-64 ans	87	30,0	30,6	32,0
65-84 ans	87	109,3	108,5	101,1
85 ans ou plus	28	195,4	228,5	218,8
Total	205	26,5	30,9	36,1

*Nombre annuel de décès pour 100 000 femmes

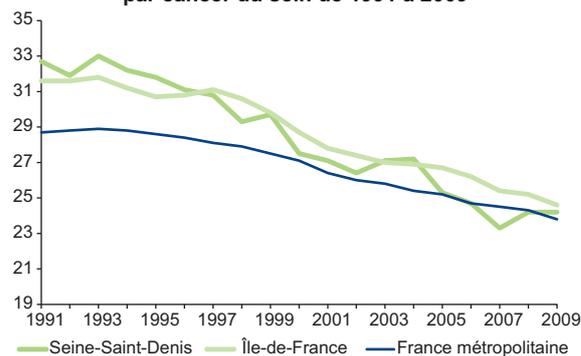
Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Île-de-France

Taux comparatifs de mortalité par cancer du sein en 2008-2010



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 femmes
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du sein de 1991 à 2009*



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
* Le taux de l'année n correspond à la moyenne triennale n-1 à n+1
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour cancer du sein en 2009-2011 et taux d'admission

	Seine-Saint-Denis		IDF	F métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	28	7,2	7,6	6,8
35-64 ans	669	230,5	230,5	262,8
65-84 ans	300	377,0	446,0	398,4
85 ans ou plus	49	342,0	342,0	305,9
Total	1 046	135,1	169,1	179,7

Sources : Cnamts, RSA, MSI - Exploitation ORS Île-de-France

*Nombre annuel de nouvelles admissions en ALD pour 100 000 femmes

Lecture du tableau concernant les séjours hospitaliers :

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

Diagnostic principal d'hospitalisation :

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

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

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

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

En 2009, on dénombre 1 454 séjours de Séquanio-Dionysiennes dans les services de soins de courte durée MCO pour cancer du sein. En Seine-Saint-Denis, à structure par âge comparable, les séjours dans ces services sont supérieurs de 5% à la moyenne nationale.

Le dépistage du cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé à l'ensemble du territoire national au début de l'année 2004, mais la Seine-Saint-Denis n'a pas attendu la généralisation du dispositif pour se lancer dans cette action de santé publique. Dès 1999, l'Ardepas (Association de recherche et de dépistage des cancers du sein en Seine-Saint-Denis) devenue le CDC93 (Comité départemental des cancers), avait mis en œuvre le dépistage organisé du cancer du sein dans un cadre associatif regroupant plusieurs partenaires.

Ce dépistage s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans auxquelles est proposée une radiographie de dépistage gratuite tous les deux ans. Sur la période 2001-2012, un peu plus de 81 995 Séquanio-Dionysiennes âgées de 50 à 74 ans ont bénéficié d'une mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein. Le taux de participation était de 43,6% contre 40,1% dans la région et 52,7% en moyenne en France. Ce taux est parmi les plus élevés d'Île-de-France, région dont les départements se caractérisent par des taux de participation globalement faibles. Dans la région, aucun département n'a un taux supérieur à celui constaté au niveau national. Le département francilien qui a le plus fort taux de dépistage est la Seine-et-Marne (51,9%).

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein a globalement augmenté de 30% entre 2003 et 2012 en Seine-Saint-Denis. Ce taux de participation a atteint un palier en 2008. Les taux de participation au dépistage organisé sont très variables dans les communes du département, allant de 32,6% aux Lilas à 52,6% à Bobigny.

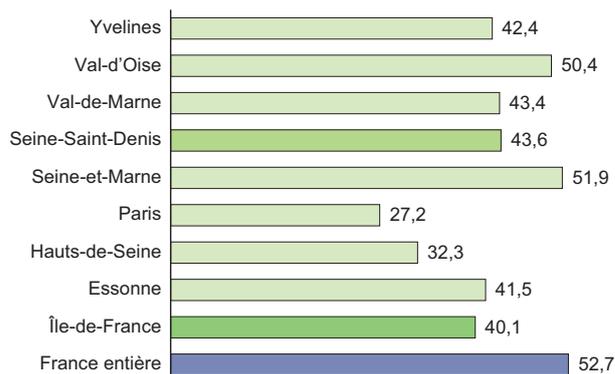
Ces données sont à mettre en parallèle avec le dépistage réalisé en ville car un faible taux de participation au dépistage organisé ne signifie pas forcément une absence de dépistage.

Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO pour cancer du sein en 2009*

0-14 ans	15-34 ans	35-64 ans	65-84 ans	85 ans ou plus	Tous âges	ICH* Seine-St-Denis	ICH* IDF
0	52	962	404	36	1454	105	113

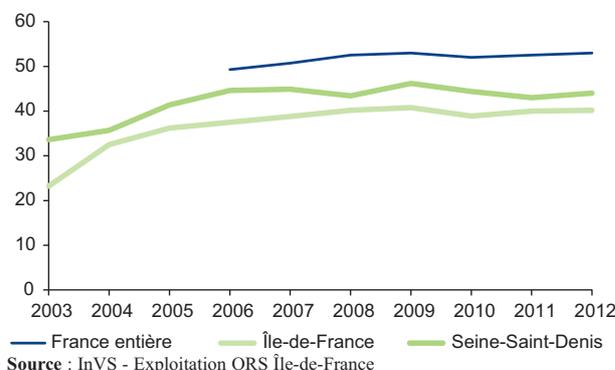
Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
Séjours pour lesquels un cancer du sein a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)
* Définitions et lecture du tableau : voir l'encadré ci-contre

Taux de participation* au dépistage organisé du cancer du sein en 2011-2012 (en %)



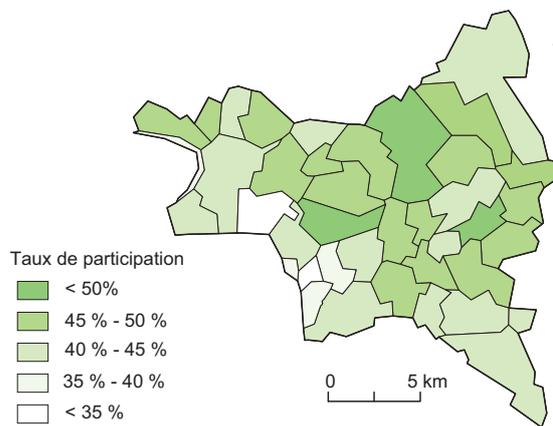
Source : InVS - Exploitation ORS Île-de-France
*Nombre de femmes de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie dans le cadre du dépistage organisé rapporté à la population Insee des femmes de 50 à 74 ans

Evolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein entre 2003 et 2012 (en %)



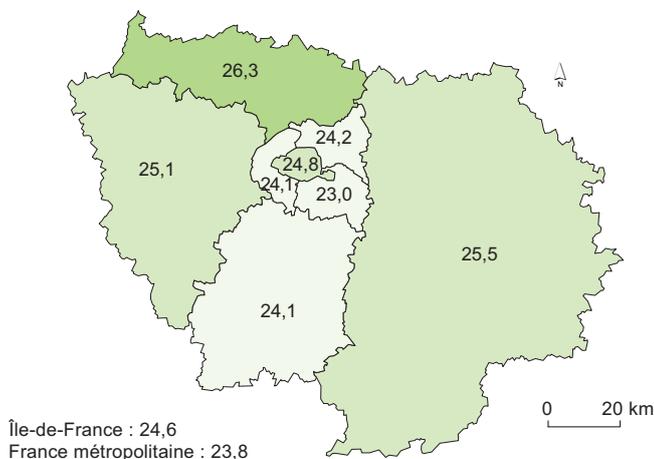
Source : InVS - Exploitation ORS Île-de-France

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein dans les communes de Seine-Saint-Denis en 2011-2012 (%)



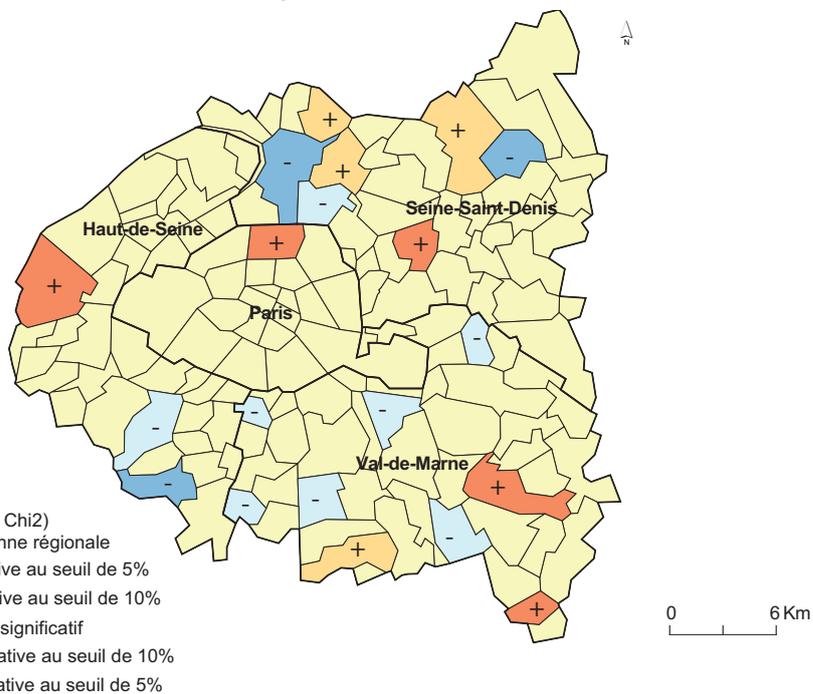
Source : ARDEPASS, CDC93

Taux comparatifs* de mortalité par cancer du sein dans les départements d'Île-de-France en 2008-2010
(Nombre annuel de décès pour 100 000 femmes)



* Les taux sont standardisés sur la population européenne
Méthode de discrétisation : Seuils naturels (Jenks)
Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation Fnors et ORS Île-de-France

Niveau de mortalité* par cancer du sein dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne
période 2007-2010



*Le niveau de mortalité est déterminé par le calcul de l'indice comparatif de mortalité (ICM). L'ICM est le rapport du nombre de décès observé dans une unité géographique (commune ou arrondissement) au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques à ceux de l'Île-de-France. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés. Un test du Chi2 est effectué pour déterminer si la différence avec la moyenne régionale est significative.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Île-de-France

Contexte national

Les cancers de l'utérus incluent les cancers du col et du corps de l'utérus, affections différentes par leur histoire naturelle, leur âge de survenue, leurs facteurs de risque et leur pronostic. En France, l'incidence maximale du cancer du corps de l'utérus se situe autour de 70 ans et celle du cancer du col autour de 40 ans. Grâce aux registres des cancers, le nombre de nouveaux cas de cancer du corps de l'utérus est estimé à 7 275 en 2012 (quatrième rang des cancers féminins les plus fréquents), et le nombre de décès à 2 025. Le nombre de cas de cancer du col est estimé à 3 028 (douzième cancer féminin) et le nombre de décès à 1 002 [1].

Le taux d'incidence du cancer du corps de l'utérus augmente légèrement depuis 30 ans (0,1% par an entre 1980 et 2012) [1] bien que la France se situe dans une position favorable au sein de l'Europe des 27 (taux standardisés respectifs de 15,2 et 17,9) [2]. Entre 1980 et 2012, le taux de mortalité par cancer du corps de l'utérus a diminué de 1% par an, mais la France se situe encore un peu au-dessus de l'Europe des 27 (taux standardisés respectifs de 3,7 et 3,3 pour 100 000) [1,2]. Le taux de survie à dix ans est de 68% [4]. Le principal facteur de risque de cancer du corps de l'utérus est « l'hyperœstrogénie non opposée » (fort taux d'œstrogène non compensé par la présence de progestérone), qu'elle soit endogène (en cas d'obésité, de nulliparité ou de ménopause précoce) ou exogène (lors de traitement par des œstrogènes non associés à des progestatifs) [5]. La prise de contraceptifs oraux œstroprogestatifs diminue le risque d'environ 10% par année de traitement [6]. Aussi, la prévention passe par la diminution des facteurs de risque et par une vigilance lors de la prescription de traitements hormonaux.

Le taux d'incidence du cancer du col est en diminution depuis 30 ans : entre 1980 et 2012, il a diminué au rythme de 2,5% par an en moyenne [1]. La France se situe dans une position plus favorable au sein de l'Europe des 27 (taux standardisés respectifs de 8 et 11,3 pour 100 000) [2]. La situation semble s'être également nettement améliorée dans les départements français d'Amérique, puisque le taux d'incidence mesuré par le registre des cancers de la Martinique, a diminué pratiquement d'un facteur 4 en 30 ans, passant de 28,1 à 7,1 pour 100 000 entre 1980 et 2010 [3]. Entre 1980 et 2012, la mortalité par cancer du col de l'utérus a diminué au rythme de 3,2% par an en moyenne [1]. La France se situe dans une position également plus favorable au sein de l'Europe des 27 (taux standardisés respectifs de 2,6 et 3,7) [2]. Le taux de survie à dix ans est de 59% [4]. Le principal facteur de risque du cancer du col est l'infection à papillomavirus humain (HPV) transmise par voie sexuelle. Une infection persistante par le HPV est même considérée comme une condition nécessaire pour la survenue de ce cancer [6]. Par ailleurs, les lésions précancéreuses de ce cancer sont facilement détectables, aussi ce cancer pourrait être quasiment éliminé par la vaccination et le dépistage systématique.

La vaccination des jeunes filles (de 11 à 15 ans) contre certains sérotypes de HPV représentant 70% des cas de cancer du col est recommandée [7]. Une couverture vaccinale élevée (80 %) chez les jeunes filles de 14 ans, aurait un impact épidémiologique significatif avec une réduction de 34,2% de l'incidence et de 32,2 % de la mortalité par rapport à la situation actuelle [8]. Elle ne doit toutefois pas remplacer le dépistage des lésions cancéreuses et précancéreuses du col, qui repose sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) tous les trois ans entre 25 et 65 ans après deux frottis normaux effectués à un an d'intervalle. Ce dépistage est le plus souvent réalisé sur prescription individuelle. D'après les données de liquidation des actes de l'assurance-maladie, le nombre de FCU réalisés chaque année devrait permettre un suivi triennal satisfaisant s'il était mieux réparti, certaines femmes bénéficiant d'examens à intervalle trop rapproché [9,10]. Parmi les femmes de 25 à 65 ans interrogées dans le Baromètre cancer 2010 [11], 81,4% ont déclaré avoir eu un frottis au cours des trois dernières années. La proportion est plus forte chez les femmes ayant des revenus ou un niveau d'éducation élevé. Des programmes expérimentaux de dépistage organisé existent dans deux régions (l'Alsace depuis 1997 et l'Auvergne) et sept départements [10] dont deux départements d'outre-mer (la Martinique depuis 1991 et la Réunion) et la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus au niveau national figure dans les recommandations pour le troisième Plan cancer. Le dépistage organisé sera donc probablement généralisé dans les années qui viennent [12].

L'évaluation par l'InVS des quatre sites pilotes pour le dépistage organisé en 2006 montrait que l'ensemble des dépistages avait permis la détection de 139 cancers et surtout de 1 823 lésions précancéreuses [13].

Repères bibliographiques et sources

- [1] Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P. et al., Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Étude collaborative entre le réseau français des registres de cancers Francim et le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL) et l'InVS et l'INCa, InVS, juillet 2013
- [2] Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J. et al., Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012, *European Journal of Cancer*. 2013 April, vol. 49, n°6
- [3] InVS, <http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/francim2012/default.htm> (Consulté le 12/08/2014)
- [4] Grosclaude P., Remontet L., Belot A. et al., Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 - Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim, InVS, février 2013
- [5] Organisation mondiale de la santé, *World cancer report 2008*
- [6] IARC, *Human papillomaviruses. Monograph Vol. 90, World Health Organization, 2007*
- [7] Avis du HCSP du 28 septembre 2012 relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles : http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspa20120928_agevaccpapilljeunesfilles.pdf (téléchargé le 13/01/14)
- [8] Dervaux B., Lenne X., Lévy-Bruhl D. et al., Modélisation médico-économique de l'impact de l'organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal de Mars 2007, InVS, novembre 2008
- [9] HAS, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1122010/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france (Consultée le 14/01/2014)
- [10] Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus, Collection fiches repère - état des connaissances, INCa, 17 juin 2013
- [11] Eisinger F., Beck F., Léon C. et al., Les pratiques de dépistage des cancers en France, In Beck F., Gautier A., Baromètre cancer 2010, INPES, Baromètres santé 2010, 2012
- [12] Vernant J.P., Recommandations pour le 3ème plan cancer, Téléchargeable à <http://www.e-cancer.fr/publications/93-plan-cancer/710-recommandations-pour-le-troisieme-plan-cancer> (Consultée le 20/01/2014)
- [13] Dupont N., Haguenoer K., Ancelle-Park R. et al., Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Evaluation épidémiologique des quatre départements «pilotes», InVS, juin 2007

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Chaque année, un peu plus de 50 femmes de Seine-Saint-Denis décèdent d'un cancer de l'utérus
- > Le niveau de la mortalité par cancer de l'utérus est légèrement supérieur en Seine-Saint-Denis à celui de la région et de la France métropolitaine
- > Le niveau de la mortalité par cancer de l'utérus a diminué de 30% en Seine-Saint-Denis depuis 1991
- > A structure par âge comparable, la fréquence des séjours hospitaliers pour cancer de l'utérus des Séquanodionysiennes est comparable à la moyenne nationale

Les cancers de l'utérus (toutes parties de l'utérus) sont responsables du décès de 53 Séquanodionysiennes en moyenne chaque année entre 2008 et 2010 et représentent 4,7% des décès par cancer chez les femmes de Seine-Saint-Denis. Les statistiques de causes médicales de décès ne permettent pas de dénombrer précisément les décès par cancer du col et ceux par cancer du corps car une proportion importante de certificats de décès ne précisent pas la localisation exacte. Ainsi, en Seine-Saint-Denis, sur la période 2008-2010, on enregistre, en moyenne, 15 décès par an par cancer du col de l'utérus, 38 par cancer d'autres parties de l'utérus ou de partie non précisée.

La mortalité par cancer de l'utérus (toutes parties) augmente avec l'âge mais les décès sont relativement nombreux dès 45 ans. 80% des décès par cancer du col de l'utérus surviennent chez les femmes de moins de 65 ans. Inversement, seulement un tiers des décès par cancer d'autres parties de l'utérus sont enregistrés avant cet âge.

Le niveau de mortalité par cancer de l'utérus en Seine-Saint-Denis est légèrement supérieur à ceux de la région et de la France métropolitaine. Le taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus s'élève à 6,6 décès annuels pour 100 000 femmes, il est de 6,2 en Île-de-France et 6,1 en France métropolitaine.

Le taux comparatif de mortalité prématurée (avant 65 ans), entre 2008 et 2010, est de 3,7 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans en Seine-Saint-Denis. Le taux est comparable aux taux national et régional.

Nombre annuel moyen de décès par cancer de l'utérus selon l'âge en 2008-2010 en Seine-Saint-Denis

	Col	Autres parties de l'utérus	Total
Moins de 15 ans	0	0	0
15-34 ans	1	0	1
35-64 ans	11	12	23
65-84 ans	3	22	25
85 ans ou plus	0	4	4
Total	15	38	53

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

Nombre annuel moyen de décès par cancer de l'utérus* et taux de mortalité selon l'âge en 2008-2010

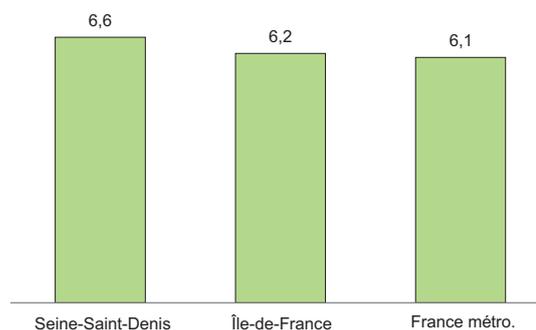
	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F. métr.
	Nombre	Taux**	Taux**	Taux**
35-64 ans	23	7,8	6,9	7,3
65-84 ans	25	31,8	31,8	30,6
85 ans ou plus	4	30,2	52,1	55,6
Total	53	6,9	7,9	9,7

* Col, corps et "non précisé"

**Nombre annuel de décès pour 100 000 femmes du même âge

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

Taux comparatifs de mortalité par cancer de l'utérus en 2008-2010

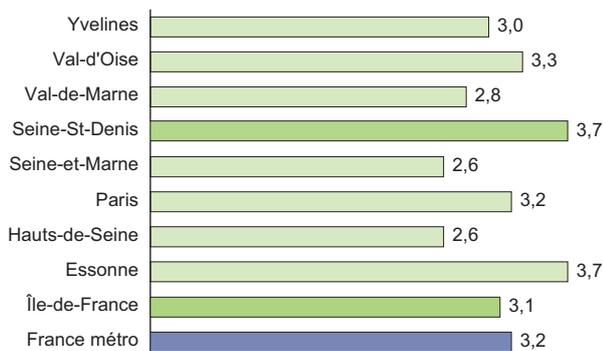


Sources : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Île-de-France

Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 femmes

Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Taux comparatifs de mortalité prématurée par cancers de l'utérus en 2008-2010



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

Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 femmes

Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Rappelons que le cancer du col de l'utérus et le cancer du corps de l'utérus sont deux maladies bien distinctes. L'épidémiologie de ces deux cancers est également distincte à travers le monde.

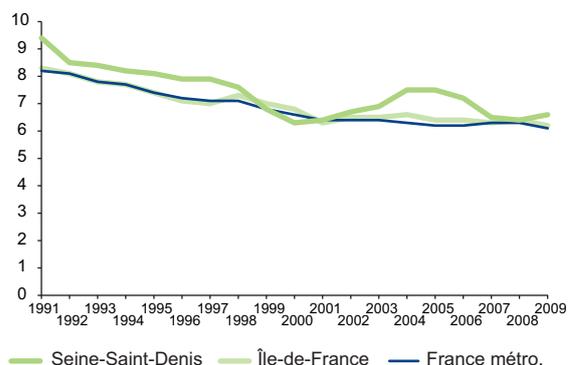
Le taux d'incidence estimé du cancer invasif du col utérin est très élevé dans toutes les régions d'Afrique, sauf en Afrique du Nord, en Amérique Centrale et du Sud (notamment dans la Caraïbe) et en Asie, excepté au Japon. Il est en revanche bas en Amérique du nord, Europe de l'ouest et du nord et en Afrique du nord. L'incidence du cancer de l'endomètre est au contraire élevée dans les pays développés (Amérique du nord, Europe) et basse en Afrique et en Asie.

Dans un département comme la Seine-Saint-Denis qui accueille une importante population étrangère, cela complique l'estimation de la répartition entre ces deux cancers.

La mortalité par cancer de l'utérus a diminué en Seine-Saint-Denis entre 1991 et 2009 (-30%). La baisse est légèrement supérieure à celle observée en région Île-de-France (-25%) et en France métropolitaine (-26%).

Les données disponibles ne permettent pas de distinguer les évolutions respectives du cancer du col et du cancer du corps dans le département mais on dispose d'estimations au niveau national qui font état d'une baisse de 0,2% par an de la mortalité par cancer du corps et de 4% par an de la mortalité par cancer du col entre 1980 et 2005.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancers de l'utérus de 1991 à 2009*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
* Le taux de l'année n correspond à la moyenne triennale n-1 à n+1
Les taux sont standardisés sur la population européenne 1976

Entre 2009 et 2011, 182 Séquano-Dionysiennes ont été admises en moyenne chaque année en affection de longue durée (ALD) pour un cancer de l'utérus. La tranche d'âge des 65-84 ans est la plus touchée avec un taux de 75,8 pour 100 000 femmes de cette tranche d'âge.

Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour cancers de l'utérus (col, corps et n.p.*) en 2009-2011 et taux d'admission

	Seine-Saint-Denis		IDF	F métr.
	Nombre	Taux**	Taux**	Taux**
Moins de 35 ans	-	0,5	1,5	1,9
35-64 ans	110	37,8	32,7	35,6
65-84 ans	60	75,8	83,7	79,6
85 ans ou plus	10	69,8	62,7	56,6
Total	182	23,5	25,0	29,3

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Île-de-France
*n.p. : non précisé
** Nombre annuel de nouvelles admissions en ALD pour 100 000 femmes

En 2009, Il y a eu 300 séjours de Séquano-Dionysiennes dans les services de soins de courte durée pour cancers de l'utérus. A structure par âge comparable, la fréquence des séjours dans ces services est comparable à la moyenne nationale (+1%).

Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO pour cancers de l'utérus en 2009*

0-14 ans	15-34 ans	35-64 ans	65-84 ans	85 ans ou plus	Tous âges	ICH* Seine-St-Denis	ICH* IDF
-	7	184	98	11	300	101	102

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
Séjours pour lesquels un cancer de l'utérus a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)
* Définitions et lecture du tableau : voir l'encadré ci-contre

Lecture du tableau concernant les séjours hospitaliers :

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

Diagnostic principal d'hospitalisation :

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

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

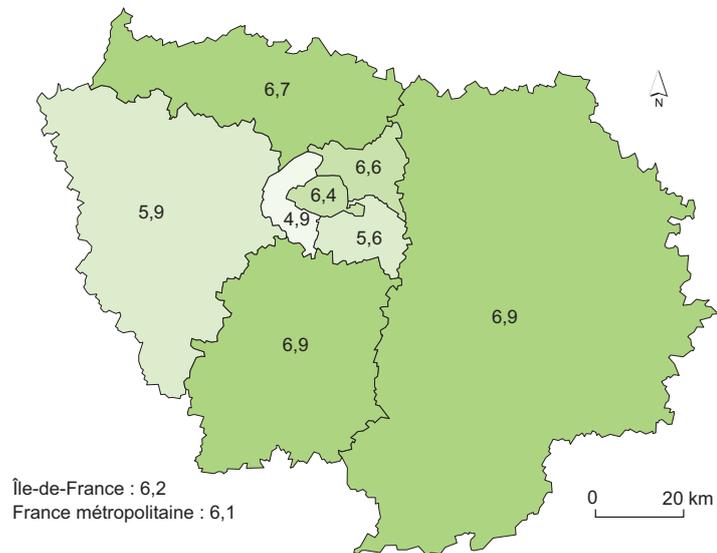
Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

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

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Taux comparatifs* de mortalité par cancers de l'utérus dans les départements d'Île-de-France en 2008-2010
(Nombre annuel de décès pour 100 000 femmes)



* Les taux sont standardisés sur la population européenne
Méthode de discrétisation : Seuils naturels (Jenks)
Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation Fnors et ORS Île-de-France

Contexte national

Avec 53 465 nouveaux cas estimés pour l'année 2009, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme et représente 27% des cancers masculins. Son incidence maximale se situe autour de 70 ans. Le risque d'être atteint avant 75 ans augmente avec l'année de naissance : il est de 2,7% pour les hommes nés en 1910 et de 10,7% pour ceux nés en 1935. Le taux d'incidence standardisé a augmenté à un rythme annuel moyen de 4,9% entre 1980 et 2009, une baisse de 6% étant toutefois observée entre 2005 et 2009. Celle-ci correspond à la conjonction de deux phénomènes : l'un épidémiologique, qui est lié au fait qu'après plusieurs années de dépistage individuel, une partie des cancers prévalents sont diagnostiqués, l'autre social, qui résulte de la prise de conscience d'un risque de «sur-diagnostic» par les soignants et la population, ce qui incite à la prudence vis-à-vis du dépistage [1].

Le cancer de la prostate est la troisième cause de décès par cancer chez l'homme, après le cancer du poumon et le cancer colorectal : en 2012, il est responsable du décès de 8 876 hommes en France métropolitaine. Après une période de faible croissance jusqu'en 1990, le taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate s'est orienté à la baisse, celle-ci s'accroissant entre 2005 et 2009 (- 4% par an sur cette période) [1]. Le diagnostic précoce et l'amélioration de la prise en charge de ce cancer peuvent expliquer cette évolution favorable. Le taux de survie à dix ans est de 70% [2].

Au niveau international, l'Europe fait partie des régions du globe les plus affectées par le cancer de la prostate [3]. Au sein de l'Europe des 27, la France se situe parmi les pays à incidence élevée (taux standardisé de 185,7 pour 100 000, incidence en Europe des 27 de 110,8 pour 100 000) et dans une position médiane pour la mortalité (taux de 17,7 et 18,9 pour 100 000) [4].

En France métropolitaine, les disparités géographiques de mortalité par cancer de la prostate sont relativement importantes. Les valeurs observées dans les départements français d'Amérique (DFA) sont deux fois supérieures à celles observées en France métropolitaine [5,6], l'Île-de-France se situant dans une position intermédiaire.

L'opportunité du dépistage du cancer de la prostate, notamment au moyen du dosage sanguin de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) éventuellement associé au toucher rectal, fait l'objet de nombreuses évaluations [7,8]. Ce programme conduit en effet à la découverte de petites tumeurs qui ne se seraient jamais manifestées et à leur traitement par chirurgie ou radiothérapie souvent à l'origine d'importants effets secondaires. A ce jour, le bénéfice en termes de réduction de la mortalité globale d'un dépistage systématique par le dosage du PSA sérique total n'est donc pas démontré. En France, les recommandations les plus récentes en matière de dépistage du cancer de la prostate ont été publiées en 2012 par la Haute autorité de santé (HAS) [9]. Celle-ci rappelle qu'en l'état des connaissances actuelles un dépistage systématique en population générale par dosage du PSA n'est pas recommandé, y compris dans les populations à haut risque (origine afro-antillaise). Pour autant, la HAS souligne l'importance d'une analyse complémentaire de la situation spécifique aux Antilles. Elle insiste par ailleurs sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel en leur en expliquant les limites.

Repères bibliographiques et sources

- [1] Binder-Foucard F., Belot A., Delafosse P. et al., Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Étude collaborative entre le réseau français des registres de cancers Francim et le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL) et l'InVS et l'INCa, InVS, juillet 2013
- [2.] Grosclaude P., Remontet L., Belot A. et al., Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007 - Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim, InVS, février 2013
- [3] Organisation mondiale de la santé, World cancer report, 2008
- [4] Ferlay J., Steliarova-Foucher E., Lortet-Tieulent J. et al., Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012, European Journal of Cancer, 2013 April, vol. 49, n° 6
- [5] InVS, Estimations régionales de l'incidence par cancer, 2008-2010, <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Projections-Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite/Estimations-regionales-de-l-incidence-par-cancer-2008-2010>, (mis à jour le 23/07/2013, consulté le 19/11/2013)
- [6] Fnors, Site commun d'observation régionale en santé (SCORE-santé), <http://www.score-sante.org> (consulté en janvier 2014)
- [7] Schröder FH., Hugosson J., Roobol MJ., et al. for the ERSPC Investigators; Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up., 2012. N Engl J Med. March 15, vol. 366, n°11
- [8] Andriole Gerald L., Crawford David E., Robert L. et al., and for the PLCO Project Team, Prostate cancer screening in the randomized prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial: mortality results after 13 Years of follow-up, J Natl Cancer Inst., 2012 January 18, vol.104, n°2
- [9] HAS, Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) de populations d'hommes à haut risque, 2012

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Chaque année, plus de 120 Séquano-Dionysiens décèdent d'un cancer de la prostate
- > La Seine-Saint-Denis présente un niveau de mortalité inférieur à celui observé dans la région et en France
- > La fréquence des recours aux soins hospitaliers pour cancer de la prostate est inférieure de 17% à la moyenne nationale

Plus de 120 Séquano-Dionysiens sont décédés d'un cancer de la prostate en moyenne chaque année entre 2008 et 2010. Ce cancer représente 7,7% des décès par cancer chez les hommes de Seine-Saint-Denis (9,2% en Île-de-France et 9,7% en France métropolitaine). Il est ainsi le troisième cancer occasionnant la plus forte mortalité pour les hommes après le cancer du poumon et le cancer colorectal en Seine-Saint-Denis. En Île-de-France et en France métropolitaine, il se place au 2^{ème} rang après le cancer du poumon.

Les décès par cancer de la prostate sont très rares avant 35 ans. Par contre, 62% sont enregistrés entre 65 et 84 ans. Chez les 85 ans et plus, on observe plus de 650 décès pour 100 000 habitants de Seine-Saint-Denis. Ce taux de mortalité est inférieur à ceux observés en Île-de-France et France métropolitaine (respectivement 678,3 et 706,7 pour 100 000).

En 2008-2010, à structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité observé en Seine-Saint-Denis (18,9 pour 1000 000) est inférieur à ceux observés dans la région (19,2 pour 1000 000) et en France métropolitaine (19,9 pour 1000 000).

Entre 1991 et 2009, la mortalité par cancer de la prostate a diminué de 37%. La baisse est d'environ 35% en France métropolitaine comme en Île-de-France.

Le taux comparatif de mortalité prématurée (avant 65 ans), entre 2008 et 2010, est de 2,1 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans. Ce taux départemental est inférieur aux taux régional et français.

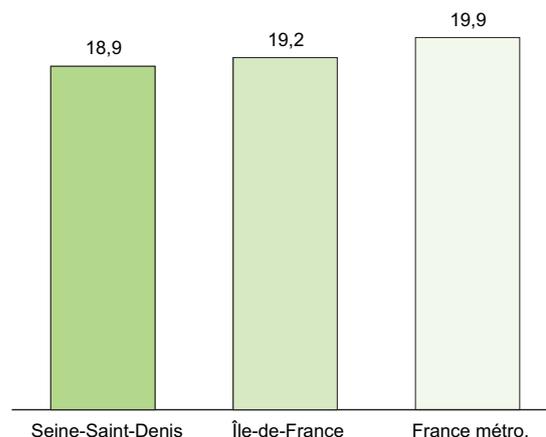
Nombre annuel moyen de décès par cancer de la prostate et taux de mortalité selon le sexe et l'âge en 2008-2010

Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F. métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 35 ans	-	-	-	-
35-64 ans	13	4,5	4,3	5,0
65-84 ans	75	118,3	123,0	133,9
85 ans ou plus	36	652,1	678,3	706,7
Total	124	16,7	20,7	29,7

*Nombre annuel de décès pour 100 000 hommes

Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

Taux comparatifs de mortalité par cancer de la prostate en 2008-2010

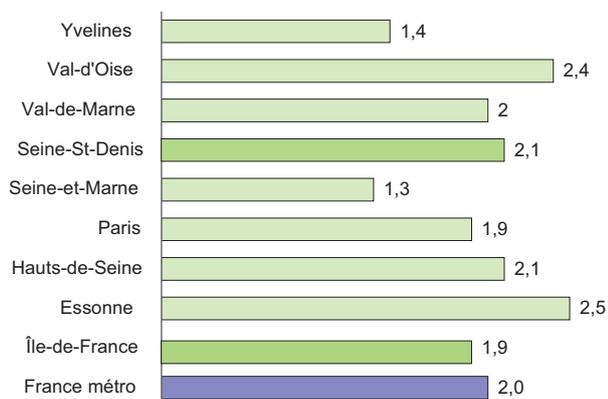


Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

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

Les taux sont standardisés sur la population européenne

Taux comparatifs de mortalité prématurée par cancer de la prostate en 2008-2010

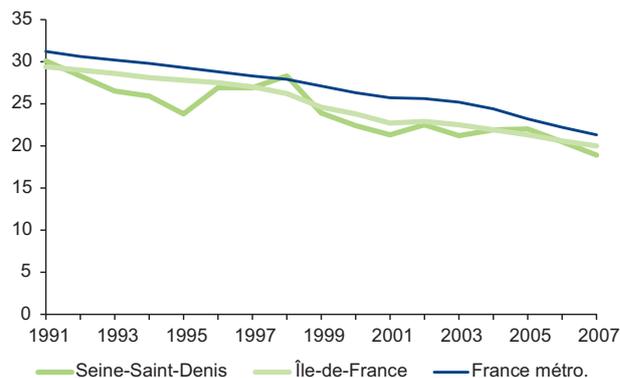


Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

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

Les taux sont standardisés sur la population européenne

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de la prostate de 1991 à 2009*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

* Le taux de l'année n correspond à la moyenne triennale n-1 à n+1

Les taux sont standardisés sur la population européenne

Chaque année, environ 730 Séquano-Dionysiens sont admis en affection de longue durée (ALD) pour cancer de la prostate (moyenne des années 2009-2011). Ils sont pour la plupart âgés de 45 à 84 ans.

En 2009, le nombre de séjours de Séquano-Dionysiens dans les services de soins de courte durée pour cancer de la prostate est de 995. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) de Seine-Saint-Denis est comparable à la moyenne nationale (-4%).

Lecture du tableau concernant les séjours hospitaliers :

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

Diagnostic principal d'hospitalisation :

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

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

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

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour cancer de la prostate en 2009-2011 et taux d'admission

Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F. métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 45 ans	2	0,4	0,4	0,3
45-64 ans	262	148,4	169,0	196,8
65-84 ans	438	693,9	730,9	749,3
85 ans ou plus	30	543,4	690,0	683,5
Total	732	98,7	119,1	158,1

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Île-de-France

*Nombre annuel de nouvelles admissions en ALD pour 100 000 personnes

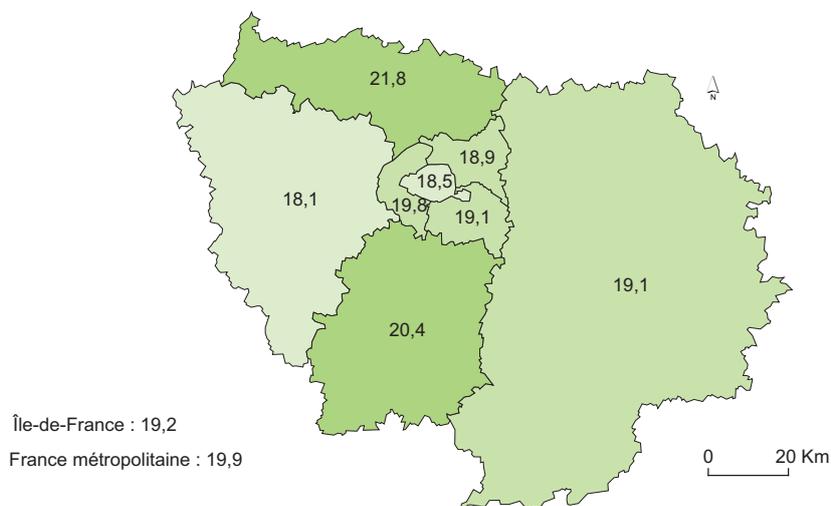
Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO pour cancer de la prostate en 2009*

0-14 ans	15-34 ans	35-64 ans	65-84 ans	85 ans ou plus	Tous âges	ICH* Seine-St-Denis	ICH* IDF
0	0	398	546	51	995	96	98

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
Séjours pour lesquels un cancer de la prostate a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)

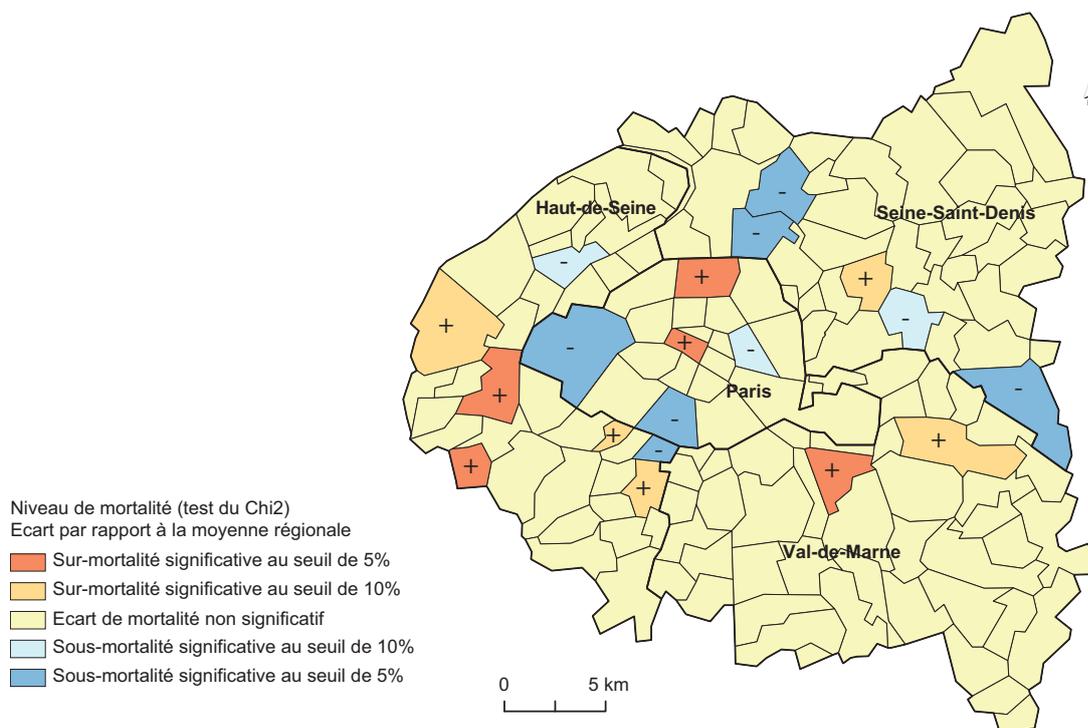
* Définitions et lecture du tableau : voir l'encadré ci-contre

Taux comparatifs* de mortalité par cancer de la prostate dans les départements d'Île-de-France en 2008-2010
(Nombre annuel de décès pour 100 000 hommes)



* Les taux sont standardisés sur la population européenne
Méthode de discrétisation : Seuils naturels (Jenks)
Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation Fnors et ORS Île-de-France

Niveau de mortalité* par cancer de la prostate dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne période 2007-2010



*Le niveau de mortalité est déterminé par le calcul de l'indice comparatif de mortalité (ICM). L'ICM est le rapport du nombre de décès observé dans une unité géographique au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques à ceux de l'Île-de-France. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés. Un test du Chi2 est effectué pour déterminer si la différence avec la moyenne régionale est significative.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS Île-de-France

Contexte national

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

En France, le nombre total de personnes infectées par le VIH est estimé par l'Institut de veille sanitaire (InVS) entre 110 000 et 140 000. Environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité en 2012, nombre qui est stable depuis 2007. Les deux tiers de ces découvertes ont été effectuées à l'hôpital et un tiers en médecine de ville, alors que 1/4 des sérologies sont réalisées à l'hôpital et 3/4 en ville [2]. Les personnes de moins de 25 ans représentent 12% des nouveaux cas de séropositivité en 2012 et celles de 50 ans et plus, 18%. Pour la première fois en 2012, un nombre plus élevé d'infections ont été découvertes en métropole hors Île-de-France (3 000) qu'en Île-de-France (2 700) [2]. La région Île-de-France concentre encore néanmoins 42% des personnes ayant découvert leur séropositivité et les DOM 8%. La relative stabilité du nombre de découvertes de séropositivité cache des disparités selon le mode de contamination et l'origine géographique. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) constituent le seul groupe de population chez lequel le nombre de découvertes de séropositivité augmente entre 2003 et 2012 (+39%). Concernant les découvertes de séropositivité chez les hétérosexuels nés à l'étranger (dont les trois quarts sont nés en Afrique subsaharienne), leur nombre se stabilise depuis 2007. Une stabilité des découvertes de séropositivité est également observée dans les autres groupes, depuis 2003 chez les hétérosexuels nés en France et depuis 2008 chez les usagers de drogues (UD) par voie injectable [2]. Les modes de transmission du VIH sont toujours bien connus, malgré la persistance de fausses croyances. Le VIH n'apparaît plus aujourd'hui comme l'enjeu principal des comportements de prévention, notamment chez les plus jeunes. Si le préservatif est toujours utilisé lors des premiers rapports sexuels, son efficacité est de moins en moins bien connue. Le préservatif est moins utilisé lors du dernier rapport sexuel, en particulier chez les jeunes.

L'introduction en 1996 des combinaisons de thérapies antirétrovirales a bouleversé l'évolution de l'épidémie. Ces traitements ont permis une diminution importante de la morbidité et de la mortalité (les patients traités dont le système immunitaire n'est pas déprimé ont une mortalité comparable à la population générale)[3, 4]. Le nombre annuel de nouveaux cas de sida est ainsi passé de 6 500 en 1995 à 1 565 en 2011. De même, plus de 4 500 personnes résidant en France décédaient chaque année de l'infection au VIH/sida au milieu des années 90, 535 décès liés à cette infection ont été dénombrés par l'Inserm CépiDC en 2009 et 492 en 2010. En 2008, le nombre de personnes vivant avec le sida en France est estimé à 34 600 [5, 6, 7].

La détection de l'infection par le VIH au plus près de la contamination permet un suivi médical et une prise en charge thérapeutique précoce. La France est l'un des pays européens ayant proportionnellement la plus forte activité de dépistage du VIH. En 2012, l'InVS a estimé le nombre total de tests réalisés en France à 5,2 millions soit 80 sérologies pour 1000 habitants. Entre 2011 et 2012, le nombre de sérologies est restée stable à l'échelle nationale, mais a augmenté en Outre-mer et en Île-de-France. 0,2% des tests réalisés se sont avérés positifs au VIH en 2012. Ce nombre a augmenté de 5% par rapport à 2011. Dans les départements d'Outre-mer, il a augmenté (+15%) pour la première fois depuis 2004. [5]

Sur la période 2010-2012, l'augmentation de l'activité de dépistage du VIH est restée modérée (+5%), malgré les recommandations d'élargissement du dépistage du Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014, publiées fin 2010. Ce Plan recommande de proposer le dépistage du VIH à l'ensemble de la population, hors notion d'exposition à risque, mais également de cibler régulièrement les populations les plus exposées [8]. L'objectif est d'améliorer le dépistage précoce du VIH et de réduire ainsi le délai entre l'infection et sa prise en charge. En 2012, 8% des sérologies VIH ont été réalisées dans un cadre de dépistage anonyme et gratuit (Consultations de dépistage anonyme et gratuit CDAG et centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles Ciddist), la proportion de tests de sérologies positives était plus élevée parmi les sérologies anonymes (3,5%) que parmi les sérologies non anonymes (2,0%) [7]. Depuis 2010, les dispositifs de dépistages ont été complétés par des actions de dépistage communautaire, réalisées par des structures associatives au moyen de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). On observe en 2012 une véritable montée en charge des TROD (4 000 TROD en 2011 contre 32 000 en 2012), ce qui a un impact probable sur l'augmentation du nombre hommes ayant d'hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) découvrant leur séropositivité, en 2012.

En 2012, le nombre de personnes accédant tardivement au dépistage et aux soins est en diminution. En 2012, parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité, 8% étaient déjà au stade sida (9% à un stade symptomatique non sida) [2, 4]. La découverte du VIH moins de 6 mois après la contamination reste très étroitement liée au fait de recourir souvent à des tests, pratiques plus fréquentes chez les homosexuels. Dans ce contexte, la prévention des comportements sexuels à risque représente un enjeu majeur, notamment auprès des HSH, population qui reste très touchée (prévalence de l'infection deux cent fois supérieure à celle observée dans la population hétérosexuelle), et au sein de laquelle les comportements à risque semblent persister, voire augmenter [9-11].

Sida (Syndrome d'immuno déficience acquise) : stade de l'infection à VIH (Virus d'immuno déficience humaine) auquel des maladies opportunistes majeures se déclarent du fait de l'importance de la baisse des défenses immunitaires

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

Repères bibliographiques et sources

- [1] Girard P., Katlama C., Pialoux G., VIH : édition 2007, Ed. Doin, 2007
- [2] Cazein F. et al., Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité - France 2003-2010, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, n°43-44, 29 novembre 2011
- [3] Mary-Krause M., Fichou J., Lanoy E. et al., L'infection à VIH après 10 ans de traitements antirétroviraux actifs dans la base de données hospitalière française sur l'infection à VIH, (ANRS CO4 FHDH), Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, n°46-47 2007
- [4] Yéni P., Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH - Rapport 2010 - Recommandations du groupe d'experts, Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 2010
- [5] InVS, Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST, 1^{er} décembre 2013
- [6] InVS, Base de données des maladies à déclaration obligatoire, www.invs.sante.fr
- [7] Inserm CépiDC, Base nationale des causes médicales de décès, www.cepidc.vesinet.inserm.fr
- [8] HAS, Dépistage de l'infection par le VIH en France : stratégies et dispositif de dépistage - Argumentaire, 2009
- [9] InVS, ANRS, Enquête PREVAGAY. Premiers résultats d'une enquête de séroprévalence VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes fréquentant les établissements de convivialité gay parisiens, 2010
- [10] Beltzer N., Lagarde M., Wu-Zhou X. et al., Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en France. Evolution 1992 - 1994 - 1998 - 2001 - 2004, ANRS, 2005
- [11] Rapport Enquête Presse Gay 2004, InVS, ANRS, 2007

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La Seine-Saint-Denis est le département métropolitain le plus touché par l'épidémie de sida après Paris
- > Le nombre de Séquano-Dionysiens ayant découvert leur séropositivité en 2011 est estimé à 477 par l'InVS. Le nombre de personnes ayant été diagnostiquées au stade sida est estimé à 73 (données corrigées)
- > Les proportions de femmes et d'étrangers parmi les personnes qui découvrent leur séropositivité sont relativement élevées en Seine-Saint-Denis

L'Île-de-France est très fortement touchée par l'épidémie de sida. Elle concentre plus de 50% des cas notifiés en France métropolitaine depuis le début de l'épidémie. Au sein de la région, Paris et la Seine-Saint-Denis sont les deux départements les plus concernés.

En 2011, le nombre de Séquano-Dionysiens ayant découvert leur séropositivité a été estimé par l'InVS à 477 [IC95% : 383-570] à partir des découvertes de séropositivité notifiées au 31 décembre 2011 après correction du délai de déclaration, de la sous-déclaration et des non réponses. Rapporté à la population, le nombre de découvertes de séropositivité en 2011 en Seine-Saint-Denis s'élève à 31,2 pour 100 000 habitants (22,3 en Île-de-France et 4,4 en France métropolitaine hors Île-de-France).

En ce qui concerne le sida, 73 [IC95% :55-92] nouveaux cas ont été diagnostiqués à partir des données corrigées des délais de déclaration et de la sous-déclaration. En 2011, le nombre de personnes diagnostiquées au stade sida rapporté à la population est estimé à 4,8 personnes pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis (4,1 en Île-de-France).

On observe une relative stabilité des découvertes de séropositivité et une baisse des cas de sida en Seine-Saint-Denis.

Si une augmentation du nombre de découvertes de séropositivité avait été constatée en 2008 (le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité a été estimé à 534), ce nombre a diminué en 2009 et 2010 (420) et semble remonter en 2011. Pour les cas de sida, le nombre de nouveaux diagnostics a diminué en 2011 passant de 117 en 2010 à 73.

L'épidémie est plus féminine en Seine-Saint-Denis. Parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité au cours des cinq dernières années (2008-2012), 42,8% étaient des femmes en Seine-Saint-Denis, proportion beaucoup plus élevée qu'en Île-de-France (35,2%) et en France (28,1%). Ce résultat peut être rapproché du fait qu'une grande majorité (80,5%) de Séquano-Dionysiens ont été contaminés par voie hétérosexuelle (62,1% en Île-de-France et 47,6% en France métropolitaine hors Île-de-France). A noter cependant que dans tous les départements franciliens, la part des personnes contaminées par voie homosexuelle n'a pas diminué sur les dernières années. En ce qui concerne les cas de sida, la proportion de femmes, qui était en hausse durant les années quatre-vingt-dix parmi les nouveaux diagnostics, semble s'être stabilisée.

Une autre des spécificités de la Seine-Saint-Denis : parmi les personnes qui ont découvert leur séropositivité entre 2008 et 2012, 69,2% sont de nationalité étrangère dans le département contre 54,8% en Île-de-France et 24,6% en France métropolitaine hors Île-de-France. Chez les femmes, la proportion d'étrangères parmi les femmes séropositives atteint 80,7% en Seine-Saint-Denis.

Découvertes de séropositivité et nouveaux cas de sida en 2010-2011 en Seine-Saint-Denis

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	Mét. Hors ÎdF
Découvertes de séropositivité*			
Cas 2010	420	2 880	2 748
IC à 95% **	372-469	2 732-3 029	2 618-2 877
Cas 2011	477	2 637	2 787
IC à 95%	383-570	2 380-2 894	2 545-3 029
Tx 2011 pr 100 000	31,2	22,3	4,4
Nouveaux diagnostics de sida ***			
Cas 2010	117 [107;127]	703 [673;734]	nd
Cas 2011	73 [55;92]	484 [429;540]	nd
Tx 2011 pr 100 000	4,8	4,1	nd

2010 : données provisoires

* InVS, déclaration obligatoire du VIH, données au 31/12/2011, corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration

** Intervalle comprenant la véritable valeur, avec un risque d'erreur de 5%

*** InVS, données déclaration obligatoire sida du 31/12/2011, corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration

Sources : InVS, déclaration obligatoire de VIH et de sida, Insee, estimations de population au 01/01/2010 - Exploitation ORS Île-de-France.

Caractéristiques des personnes ayant découvert leur séropositivité (cas de VIH) ou ayant été diagnostiqués au stade sida entre 01/01/2008 et 30/09/2012

en %	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	Mét. Hors ÎdF
Pourcentage de femmes parmi les cas 2008-2012			
Cas de VIH	42,8	35,2	28,1
Cas de SIDA	36,2	34,5	25,7
Mode probable de transmission parmi les cas de VIH 2008-2012			
Hétérosexuel	80,5	62,1	47,6
Homosexuel	17,9	36,0	49,2
Usage de drogue	1,1	1,0	2,2

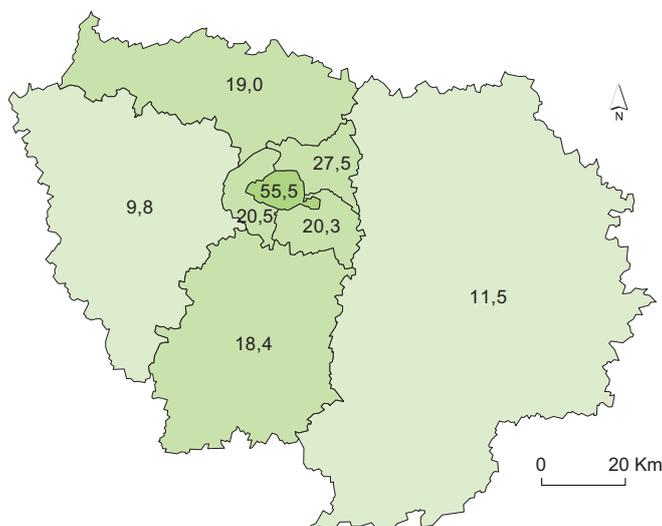
Sources : InVS, déclaration obligatoire de VIH, données brutes au 30 septembre 2012. Exploitation ORS Île-de-France.

Nationalité des personnes ayant découvert leur séropositivité entre 01/01/2008 et 30/09/2012 (en %)

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	Mét. Hors ÎdF
% de Français	30,8	45,2	75,4
% d'étrangers	69,2	54,8	24,6
Europe	4,1	3,7	3,0
Afrique	58,3	44,5	19,4
Amérique	4,8	4,2	1,0
Autre	1,7	2,0	1,3
% d'étrangers			
chez les hommes	61,8	43,3	14,3
chez les femmes	80,1	77,6	53,2
Données du RP 2010 (Insee)			
% d'étrangers	21,2	12,6	5,9

Sources : InVS, déclaration obligatoire de VIH, données brutes au 30 septembre 2012. Exploitation ORS Île-de-France. Insee, RP2010.

Découvertes de séropositivité* et nouveaux diagnostics de sida dans les départements d'Île-de-France en 2010
(Nombre annuel de nouveaux cas pour 100 000 personnes)



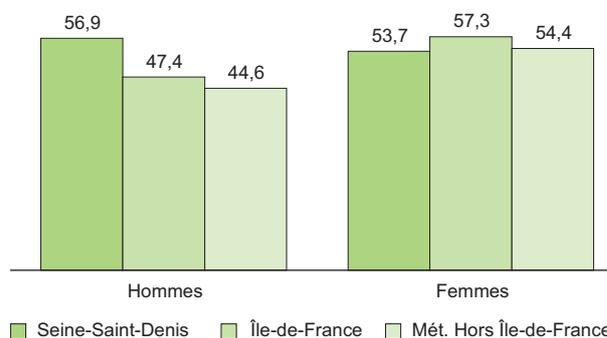
* Données corrigées du délai de déclaration, de la sous-déclaration et des non réponses

Sources: InVS, déclaration obligatoire de VIH et de sida, Insee, estimations de population au 01/01/2009, Exploitation ORS Île-de-France.

Parmi les Séquano-Dionysiens qui ont découvert leur séropositivité au cours des cinq dernières années (2008-2012), 56,9% des hommes et 53,7% des femmes étaient déjà à un stade avancé de l'infection (stade tardif et très tardif c'est-à-dire $CD4 \leq 349$ ou stade sida). Les dépistages intervenant lors de la primo-infection, c'est-à-dire au stade le plus précoce, n'ont concerné que 7,7% des découvertes de séropositivité chez les hommes et 5,1% chez les femmes (versus 17,2% et 4,6% en Île-de-France). Le nombre de dépistage très précoce a augmenté dans le département et dans la région par rapport à 2006-2010 (6% et 3% en Seine-Saint-Denis, 14% et 3% en Île-de-France).

La part des personnes découvrant leur séropositivité à un stade avancé diffère nettement selon le mode de transmission, l'âge, le sexe et la nationalité des personnes, attestant de comportements contrastés face au dépistage du VIH. Parmi les Séquano-Dionysiens qui ont découvert leur séropositivité au cours des cinq dernières années, la part de ceux qui étaient à un stade avancé

Part des dépistages sida à un stade avancé (tardif et très tardif) selon le sexe entre 01/01/2008 et 30/09/2012



Sources : InVS - Exploitation ORS Île-de-France

Caractéristiques des personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH selon la phase de l'infection entre 01/01/2008 et 30/09/2012 (%)

en %	Seine-Saint-Denis					Île-de-France				
	Très précoce : Primo-infection	Précoce : CD4 ≥ 350	Tardif : CD4 = [200;349]	Très tardif : Sida CD4 < 200	Total	Très précoce : Primo-infection	Précoce : CD4 ≥ 350	Tardif : CD4 = [200;349]	Très tardif : Sida CD4 < 200	Total
Homosexuels	13,6	57,1	10,7	18,6	100	25,6	44,1	11,4	18,9	100
Hétérosexuels	5,1	26,9	15,6	52,5	100	8,0	26,7	18,1	47,3	100
Hommes Français	11,9	44,6	13,0	30,5	100	23,5	38,9	12,3	25,3	100
Etrangers	3,9	29,2	15,0	51,9	100	7,5	30,3	17,4	44,7	100
Ensemble	7,7	35,5	13,8	43,1	100	17,2	35,4	14,2	33,2	100
Homosexuels	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hétérosexuels	5,3	40,4	19,3	35,1	100	4,6	38,2	21,3	35,8	100
Femmes Français	12,7	45,5	12,7	29,1	100	9,9	43,2	15,2	31,7	100
Etrangers	2,7	40,7	20,3	36,3	100	2,8	36,7	23,2	37,3	100
Ensemble	5,1	41,2	18,0	35,7	100	4,6	38,1	20,9	36,4	100

Sources : InVS, déclaration obligatoire de VIH, données brutes au 30 septembre 2012. Exploitation ORS Île-de-France.

(tardif et très tardif) de l'infection était :

- parmi les hommes contaminés par voie homosexuelle, de 29,3% (30,3% au niveau régional),

- parmi les hommes contaminés par voie hétérosexuelle, de 68,1% (65,4% en Île-de-France).

Parmi les femmes contaminées par voie hétérosexuelle, la part des découvertes au stade très tardif est plus fréquente (variation selon la nationalité) en Seine-Saint-Denis et en Île-de-France.

L'infection à VIH fait partie des 30 affections de longue durée. L'entrée en ALD est possible dès le diagnostic de l'infection. Il ne s'agit cependant pas de réelles données d'incidence : la proportion de personnes qui n'entrent pas en ALD malgré un diagnostic de l'infection n'est pas connue, les personnes qui bénéficient de l'aide médicale de l'Etat ne bénéficient pas de l'ALD, l'entrée en ALD n'a pas nécessairement lieu l'année de la découverte de séropositivité, etc. Malgré ces limites, le taux de personnes admises en ALD est un bon indicateur de l'ampleur de l'épidémie. En 2006-2008, la Seine-Saint-Denis présente, à tous les âges, des taux d'admissions en ALD deux à trois fois supérieurs à la moyenne nationale.

La mortalité par sida a rapidement augmenté entre le début de l'épidémie (milieu des années 80) et 1994. Le nombre annuel de décès a ensuite rapidement décroché, dès 1995 pour les hommes et à partir de 1996 pour les femmes jusqu'à retrouver, en 1998, un niveau inférieur à celui de 1987. Cette diminution de la mortalité s'explique par les succès de la prévention et l'apparition des multithérapies antirétrovirales à partir de 1996. Sur la période la plus récente, la mortalité continue de baisser légèrement. En Seine-Saint-Denis, 39 personnes sont décédées chaque année du sida entre 2008 et 2010.

Le taux comparatif de mortalité par sida est, en Seine-Saint-Denis de 2,6 décès pour 100 000 personnes en 2008-2010, supérieur à celui observé en Île-de-France (1,6) et en France métropolitaine (0,9).

Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour sida en 2009-2011 et taux d'admission

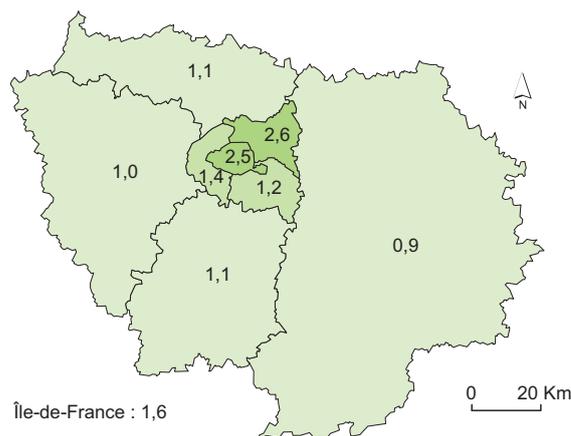
Hommes	Seine-Saint-Denis		IDF	F métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 15 ans	69	37,5	24,2	7,5
15-34 ans	66	30,7	36,4	16,6
35-64 ans	182	63,6	59,2	26,3
65-84 ans	6	9,5	8,8	2,6
85 ans ou plus	-	-	-	3,8
Tous âges	323	43,6	39,9	16,8

Femmes	Seine-Saint-Denis		IDF	F métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 15 ans	72	43,9	24,9	7,8
15-34 ans	96	42,5	25,5	10,9
35-64 ans	115	39,6	26,0	9,7
65-84 ans	5	6,3	2,8	0,8
85 ans ou plus	-	-	-	0,5
Tous âges	288	37,2	22,2	8,0

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Île-de-France

*Nombre de nouveaux cas annuels pour 100 000 personnes

Taux comparatifs de mortalité* par SIDA dans les départements d'Île-de-France - période 2008-2010



Mortalité par sida en 2008-2010

	Seine-Saint-Denis		Île-de-France	France métro.
	Nb décès annuel	Taux comparatifs*	Taux comparatifs*	Taux comparatifs*
Hommes	27	3,7	2,4	1,3
Femmes	12	1,5	0,8	0,4
Ensemble	39	2,6	1,6	0,9

* Les taux sont standardisés sur la population européenne

Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes (deux sexes)

* Les taux sont standardisés sur la population européenne

Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation Fnors et ORS Île-de-France

Contexte national

En 2001, les IST ont été définies par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France comme étant «des infections dont les agents responsables sont exclusivement ou préférentiellement transmis par voie sexuelle mais également de la mère à l'enfant et qui justifient de la prise en charge du ou des partenaires ». Sous cette terminologie sont regroupées des infections très différentes tant dans leur expression clinique et les complications qu'elles peuvent entraîner, que dans les traitements disponibles (traitements minutes ou traitement au long cours) et les publics touchés. Ainsi les infections à Chlamydiae, à papillomavirus et l'herpès concernent la population générale. L'infection à VIH, les gonocoques, la syphilis, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) et l'hépatite B touchent préférentiellement, mais non exclusivement, certains publics comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les migrants originaires de zones de haute prévalence, les usagers de drogue par voie injectable. Les IST peuvent être peu symptomatiques ou asymptomatiques comme souvent pour l'infection à Chlamydiae ce qui favorise la transmission à l'insu des personnes infectées et justifie d'autant la mise en œuvre d'un dépistage [1].

Certaines IST peuvent mettre en jeu le pronostic vital telle l'infection à VIH ou à VHB, d'autres comme l'infection à Chlamydiae peuvent avoir des conséquences à moyen terme (risque de stérilité et de grossesse extra-utérines). Enfin toutes les infections uro-génitales favorisent la transmission du VIH.

L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (IST) hors VIH a beaucoup évolué ces dernières années en France avec la résurgence de maladies jusqu'alors peu fréquentes. La syphilis avait quasiment disparu dans les années 90 mais l'apparition de cas groupés de syphilis précoce à Paris, en novembre 2000, a donné l'alerte. Plus récemment, des cas de LGV rectale ont été diagnostiqués en France.

En dehors de l'infection à VIH et l'hépatite B aiguë, il n'existe pas de déclaration obligatoire pour les autres IST depuis l'année 2000. Pour celles-ci la surveillance assurée par des réseaux sentinelles de laboratoires et de médecins, n'est pas exhaustive mais renseigne sur les tendances de l'épidémie. Certains réseaux sont pérennes depuis plusieurs années (Renago pour les infections à gonocoque, Renachla pour les infections à Chlamydiae) et d'autres ont été mis en place plus récemment tels que le réseau de surveillance de la syphilis (RésIST) et celui de la LGV.

En 2012, en France métropolitaine, les principaux constats sont les suivants [3]:

- Le nombre de syphilis précoces est en augmentation sur les quatre dernières années. Cette augmentation est constatée en Île-de-France et dans le reste de la métropole, chez les hommes homo-bisexuels (qui représentent 87 % des cas) consultant dans les structures spécialisées (Ciddist, CDAG) ;
- Le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter depuis une dizaine d'années chez l'homme et la femme, quelle que soit la région et quelle que soit l'orientation sexuelle. Une partie de cette augmentation est liée à la montée en charge des techniques d'amplification génique comme la «polymerase chain reaction» (PCR) depuis 2009 pour la recherche combinée Chlamydia / gonocoque, notamment chez la femme ;
- Le nombre d'infections urogénitales à Chlamydia continue d'augmenter depuis 2006 chez l'homme comme chez la femme. Cette augmentation reflète d'une part une hausse de l'incidence et d'autre part un accroissement des pratiques de dépistage, notamment dans les CDAG, qui se traduit par une augmentation plus marquée des infections asymptomatiques que des infections symptomatiques ;
- Le nombre de LGV rectales est relativement stable depuis 2008 tandis que le nombre de rectites à Chlamydia est en augmentation. La quasi-totalité des cas concerne des hommes homo-bisexuels ;
- Chez les patients qui présentent une rectite à Chlamydia, une syphilis ou une gonococcie, le niveau de co-infections par le VIH reste élevé ;
- Chez les patients présentant une syphilis ou une gonococcie, l'utilisation des préservatifs reste insuffisante, en particulier lors des fellations qui sont un mode de contamination très efficace de ces IST.

La progression des IST depuis plusieurs années chez les HSH laisse penser que le risque de transmission du VIH est toujours important dans cette population. Ces constats peuvent être mis en parallèle avec l'augmentation des comportements sexuels à risque observée dans l'Enquête presse gays et lesbiennes (EPGL) en 2011 par rapport à la même enquête réalisée en 2004 : 38% des HSH ont déclaré au moins une prise de risque dans les 12 derniers mois avec un partenaire sexuel occasionnel de statut VIH inconnu ou différent, alors qu'ils étaient 33% concernés en 2004 [4].

Repères bibliographiques et sources

[1] Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014, www.sante-sports.gouv.fr

[2] Gallay A., Herida M., Bouyssou Michel A., Goulet V., L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (hors VIH) - Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance 1996-2005, InVS, 2007

[3] Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) Rénago Rénachla RésIST, données au 31 décembre 2012, InVS

[4] InVS, Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST, 1er décembre 2013

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

➤ Parmi les 3281 dépistages *Chlamydia* effectués en 2013 auprès des consultantes de moins de 25 ans dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et Centres départementaux de dépistage et de prévention sanitaire (CDDPS) de Seine-Saint-Denis, 17,8% sont positifs.

➤ 4,1% des dépistages gonocoques sont positifs chez les femmes de moins de 25 ans et 3,7 % chez les hommes de moins de 30 ans.

Données d'activité du laboratoire du département de la Seine-Saint-Denis (CG93)

Ces données concernent l'activité de dépistage auprès des personnes accueillies dans les 6 centres départementaux de dépistage et de prévention sanitaire (CDDPS) de Seine-Saint-Denis, lors d'actions hors les murs, à la consultation hebdomadaire au Centre d'accueil de soins et d'orientations (CASO) de Médecins du monde à Saint-Denis et dans les 46 centres de planification familiale du département.

Elles ne concernent donc pas l'ensemble des dépistages IST réalisés en Seine-Saint-Denis et ne sont pas comparables à des données régionales et nationales. Par ailleurs, dans les 46 centres de planification familiale, la population dépistée est très majoritairement féminine.

Cependant, cette source de données consolidées permet d'identifier des perspectives pour mesurer des prévalences des IST au niveau départemental.

En 2013, 7 651 examens pour recherche de *Chlamydia* et gonocoque ont été pratiqués dans 54 centres spécialisés. 66% de ces examens ont concerné des femmes dont 76% de moins de 25 ans. Le pourcentage de dépistages positifs pour *Chlamydia* est de 12,4%. Il est plus élevé chez les jeunes : 17,8% chez les femmes de moins de 25 ans et 13% chez les hommes de moins de 30 ans contre 7,2% chez les femmes ayant plus de 25 ans et 2,8% chez les hommes de plus de 30 ans. Le pourcentage de dépistages positifs pour gonocoques est de 2,9%. Il est plus élevé chez les jeunes : 4,1% chez les femmes de moins de 25 ans et 3,7% chez les hommes de moins de 30 ans contre 0,9% chez les femmes ayant plus de 25 ans et 1,1% chez les hommes de plus de 30 ans. Le pourcentage de coinfectés est de 1,5%.

En 2013, 4 457 recherches sérologiques pour syphilis ont été pratiquées dans 6 centres spécialisés, au CASO et lors d'actions hors les murs. 61% des ces examens ont été pratiqués chez les hommes. Le pourcentage de résultats positifs est de 0,5%. Il est plus élevé chez les hommes : 0,8% chez les hommes contre 0,2% chez les femmes.

En 2013, 187 cultures pour recherche de gonocoques, chez des patients symptomatiques, ont été pratiqués dans 6 centres spécialisés et au CASO. 55% de ces examens ont concerné des femmes. Le pourcentage de recherches positives est de 18,2%. Il est plus élevé chez les hommes avec un pourcentage de 31,8%, contre 6,9% chez les femmes.

Nombre d'examens pratiqués et pourcentage de positifs pour *Chlamydia* et gonocoques en 2013 (54 centres)

	Femmes		Hommes		Total
	<25 ans*	≥ 25 ans	<30 ans*	≥ 30 ans	
Nbre de personnes ayant eu une recherche combinée	3 281	1 744	1 660	966	7 651
% de positifs pour <i>Chlamydia</i>	17,8	7,2	13,0	2,8	12,4
% de positifs pour gonocoques	4,1	0,9	3,7	1,1	2,9
% de positifs coinfectés (<i>Chlamydia</i> et gonocoques)	2,3	0,3	1,6	0,2	1,5

Nombre de recherches de gonocoques en culture et part de résultats positifs, en 2013 (7 centres)

	Hommes	Femmes	Total
Nombre de personnes ayant eu prélèvement urétral ou vaginal	85	102	187
% de recherches positives	31,8	6,9	18,2

Nombre d'examens pratiqués et pourcentage de positifs pour syphilis en 2013 (8 centres)

	Hommes	Femmes	Total
Nombre de recherches (VDRL-TPHA)	2 723	1 734	4 457
% de résultats sérologiques évoquant une syphilis active (TPHA et VDRL positifs)	0,8	0,2	0,5

Sources : Laboratoire départemental de Seine-Saint-Denis

*Le dépistage simultané pour *Chlamydia* et gonocoques des femmes de moins de 25 ans et des hommes de moins de 30 ans est recommandé par la Haute autorité de santé (HAS)

Evolution du pourcentage de positifs entre 2010 et 2013 à nombre de sites constants (dans 6 centres spécialisés et au CASO)

Le nombre de dépistage pour *Chlamydia* et gonocoques a augmenté entre 2010 et 2013 : respectivement 3 568 contre 4 278. Le pourcentage de positifs pour *Chlamydia* reste assez stable (10,8% en 2010 contre 10,5% en 2013).

Le nombre de dépistages pour syphilis a augmenté entre 2010 et 2013 : respectivement 3 231 contre 4 274. Le pourcentage de positifs reste assez stable : il varie entre 0,4% et 0,8% sur les quatre années.

Le nombre de cultures pour gonocoques a augmenté entre 2010 et 2013 : respectivement 122 contre 187.

Résultats franciliens de l'Enquête Baromètre santé 2010 de l'INPES

Dans les cinq dernières années

Globalement, les IST sont déclarées plus fréquemment en Île-de-France que dans les autres régions et plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Les Franciliennes sont ainsi 6,3% à rapporter avoir eu une infection sexuellement transmissible en dehors d'une mycose dans les cinq dernières années. Elles sont 3,4% dans les autres régions ($p < 0,01$). Les hommes sont moins nombreux que les femmes, avec 2,3% des Franciliens et 1,3% dans les autres régions ($p < 0,01$).

Les Franciliennes et les Franciliens sont donc deux fois plus nombreux que les femmes et les hommes des autres régions à rapporter un antécédent d'IST dans les cinq dernières années.

Les jeunes franciliennes sont plus nombreuses que leurs aînées à déclarer une IST hors mycose dans les cinq ans. Ainsi, 11,3% des jeunes franciliennes déclarent avoir eu une IST au cours des cinq dernières années, elles sont 4,8% parmi celles âgées de 30-39 ans et 3,5% parmi les 40-54 ans ($p < 0,01$). On n'observe pas de différence significative selon l'âge chez les Franciliens.

Parmi les jeunes de 15-29 ans, les femmes sont ainsi plus nombreuses que les hommes à déclarer une IST : en Île-de-France 11,3% des jeunes femmes déclarent une IST dans les cinq dernières années, les Franciliens sont 1,9% ($p < 0,01$). Cette différence n'est pas observée pour les autres classes d'âge. Après 30 ans, les femmes sont, en Île-de-France, aussi nombreuses que les hommes à déclarer avoir eu une IST dans les cinq dernières années.

Ces IST, plus nombreuses en Île-de-France, traduisent donc des situations de prises de risque plus fréquentes. Toutefois déclarer plus fréquemment avoir eu une IST peut aussi indirectement souligner un meilleur accès au dépistage. Cependant, les données disponibles ne permettent pas de dire s'il y a plus d'IST ou un meilleur accès au dépistage.

Contexte du diagnostic de l'IST

Quand on interroge les femmes et les hommes sur le contexte de la découverte des IST, leurs réponses sont similaires en Île-de-France et dans les autres régions.

Les IST sont en général découvertes suite à des symptômes ou des craintes qui ont amené à consulter un médecin. C'est le cas de 51,4% des Franciliennes et 62,5% des Franciliens. Les Franciliennes sont par contre plus nombreuses que les Franciliens à découvrir qu'elles ont une IST lors d'une consultation médicale motivée par un autre motif que celui d'une IST : 43,1% des Franciliennes versus 15,1% des Franciliens. Et, une fois dépistées positives à une IST, elles en informent leur partenaire, plus souvent que les hommes. Seules 5,5% des Franciliennes ont découvert qu'elles avaient une IST parce qu'un de leur partenaire sexuel le leur a dit, alors que c'est le cas de 22,4% des hommes prévenus par leur partenaire.

Les effectifs du Baromètre santé 2010 de l'INPES sur ce thème ne permettent pas des analyses départementales.

IST (hors mycose) dans les cinq dernières années Femmes et hommes de 15-54 ans

En %	Femmes		Hommes		Proba F/H en ÎdF	Proba F/H Hors ÎdF
	ÎdF	Hors ÎdF	ÎdF	Hors ÎdF		
Effectifs	1533	7360	1328	6364		
15-54 ans	6,3	3,4	2,3	1,3	<0,01	<0,01
Probabilité ÎdF / Hors ÎdF	<0,01		<0,01			

Source : Baromètre Santé 2010 Inpes, exploitation ORS ÎdF

Champ : femmes et hommes de 15-54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels.

Lecture : 6,3% des Franciliennes de 15-54 ans déclarent avoir déjà eu une IST (hors mycose) au cours des 5 dernières années.

IST (hors mycose) dans les cinq dernières années selon l'âge et le diplôme - Femmes et hommes de 15-54 ans en Île-de-France

En %	Femmes	Hommes	Proba F/H
Age	1 533	1 328	
15-29 ans	11,3	1,9	<0,01
30-39 ans	4,8	3,2	0,2
40-54 ans	3,5	1,9	0,1
Probabilité	<0,01	0,3	
Diplôme	1 533	1 328	
Faible	11,7	0,6	<0,01
Intermédiaire	4,4	1,9	0,1
Moyen	5,4	2,4	0,03
Elevé	4,3	3,5	0,4
Proba	0,02	0,09	

Source : Baromètre Santé 2010 Inpes, exploitation ORS ÎdF

Champ : Franciliennes et Franciliens de 15-54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels.

Lecture : 11,3% des Franciliennes de 15-29 ans déclarent avoir déjà eu une IST (hors mycose) au cours des 5 dernières années.

Contexte de la découverte de la dernière IST - Femmes et hommes de 15-54 ans en Île-de-France

Comment avez-vous découvert que vous aviez cette maladie ?

En %	Femmes	Hommes
Effectifs	87	39
Prévenu par un(e) partenaire qui avait une IST	5,5	22,4
Avait des symptômes ou craintes qui ont conduit à une consultation	51,4	62,5
Découvert lors d'une consultation pour un autre motif	43,1	15,1
Proba F/H	0,01	

Source : Baromètre Santé 2010 Inpes, exploitation ORS ÎdF

Champ : Franciliennes et Franciliens de 15-54 ans ayant eu une IST dans les cinq dernières années.

Lecture : 5,5% des Franciliennes de 15-54 ans ayant eu une IST dans les cinq dernières années déclarent avoir été prévenues par leur partenaire qui avait lui-même une IST.

Résultats de l'enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en Île-de-France en 2010, situation en 2010 et 18 ans d'évolution - ORS Île-de-France

Parmi les Franciliens ayant déjà eu un rapport sexuel au cours de leur vie, 15,1% des hommes et 20,7% des femmes déclarent en 2010 avoir déjà eu au moins une IST au cours de leur vie, déclaration stable par rapport à 1994 et 2004. Au niveau France entière, la proportion de femmes déclarant avoir déjà contracté une IST a augmenté sur la même période. Si l'on considère la déclaration d'une IST au cours des cinq dernières années en excluant les mycoses, champignons et candidoses, on constate que 2,2% des Franciliens et 4,3% des Franciliennes interrogés déclarent avoir contracté au moins une IST en 2010 (21 hommes et 42 femmes), proportions stables par rapport à 1994.

Dans l'enquête nationale, en 2010, 1,5% des hommes et 2,7% des femmes déclarent avoir eu au moins une IST hors mycose au cours des cinq dernières années, proportion également stable depuis 1994.

Ces proportions varient selon les classes d'âge, la déclaration d'IST étant quasi nulle chez les 45-54 ans : pour les hommes, elle est de 2,6% parmi les 18-30 ans, 3,2% parmi les 31-44 ans et 0,3% parmi les 45-54 ans, et chez les femmes de 9,4% parmi les 18-30 ans, 2,8% parmi les 31-44 ans et 0,5% parmi les 45-54 ans. Si le nombre d'IST déclarées est globalement stable, on remarque une augmentation de la proportion d'IST déclarée au cours des cinq dernières années parmi les femmes âgées entre 18 et 30 ans en Île-de-France : 9,4% en 2010 contre 3,6% en 2004, cette proportion étant stable parmi les jeunes hommes franciliens âgés entre 18 et 30 ans. On ne retrouve pas de hausse significative parmi les jeunes dans l'enquête nationale.

En Île-de-France, parmi les hommes ayant eu une IST dans les cinq dernières années, les maladies des plus fréquemment citées sont le "papillomavirus/condylome/crête de coq" (5 hommes) et les "gonocoques/blennorragie" (5 hommes). Pour les femmes, il s'agit également du "papillomavirus/condylome/crête de coq" (13 femmes), suivi des Chlamydias (8 femmes). En 2004, l'herpès genital était la maladie la plus citée par les femmes. Dans l'enquête nationale, le "papillomavirus/condylome/crête de coq" est également la maladie la plus citée par les hommes et les femmes ayant contracté une IST hors mycose au cours des cinq dernières années.

Ces IST déclarées dans les cinq ans sont dans la majorité des cas découvertes à la suite de "symptômes ou à des craintes qui les ont amenés à consulter un médecin" : c'est le cas pour 65% des Franciliens et 60% pour les Franciliennes ayant eu une IST au cours des cinq dernières années.

Et si les Franciliens ont principalement consulté un médecin généraliste (59%) les Franciliennes se sont adressées en priorité à un gynécologue (75%).

Depuis 1992, il a été demandé aux enquêtés s'ils craignaient pour eux-même différentes maladies et risques : les accidents de la circulation, le cancer, les maladies cardiaques, le sida, les autres IST, les hépatites virales, la tuberculose et les démences seniles comme la maladie d'Alzheimer. Cette question permet de situer le niveau de crainte du sida et des maladies associées telles que les IST hors sida, les hépatites virales et la tuberculose par rapport aux autres risques et maladies.

En Île-de-France, le sida se retrouve en quatrième position, après le cancer, les accidents de la circulation et les maladies cardiaques, avec un niveau de crainte équivalent à celui des IST hors sida et des hépatites virales.

Evolution des déclarations d'IST (hors mycose) dans les 5 dernières années chez les hommes et les femmes, enquêtes 1994-2010, Île-de-France, France (%)

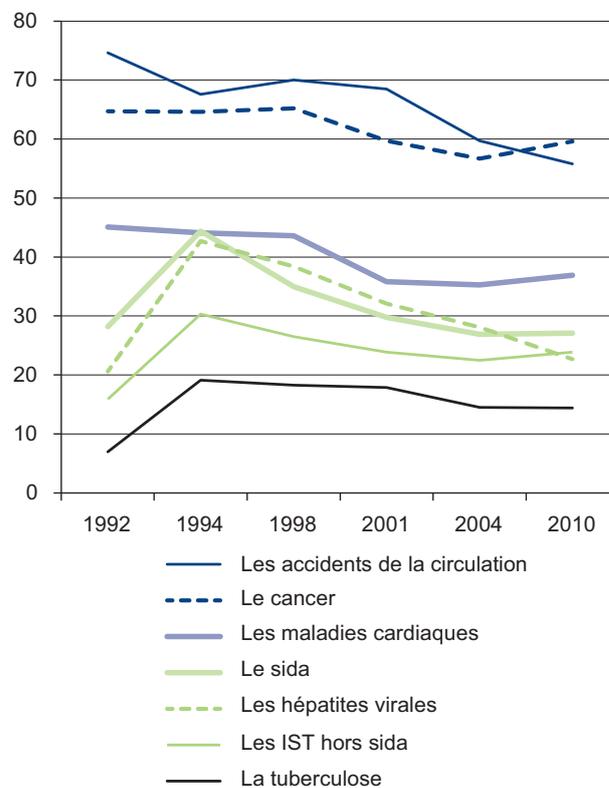
Année	1994	1998	2001	2004	2010
Île-de-France					
Homme	3,5	1,0	0,9	1,1	2,2
Femme	4,6	2,0	1,9	3,1	4,3
France					
Homme	2,0	0,9	1,6	1,3	1,5
Femme	3,8	1,0	1,5	2,4	2,7

Champ : Hommes et femmes âgés de 18-54 ans déclarant avoir déjà eu un rapport sexuel dans la vie.

* Différence significative entre 2004 et 2010 (p<0,05)

Source : ORS Île-de-France

Evolution de la crainte de différents risques et maladies, enquêtes 1992-2010, Île-de-France (%)



Source : ORS Île-de-France,

Champ : Hommes et femmes âgés de 18-54 ans.

* Différence significative entre 2004 et 2010 (p<0,05)

Source : ORS Île-de-France

Contexte national

La tuberculose est une maladie due au bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*), qui atteint le plus souvent les poumons. Cet agent se transmet exclusivement par voie aérienne, par l'intermédiaire de sécrétions émises par une personne contagieuse (toux, parole...) dans une proximité prolongée en espace confiné. Toutes les personnes infectées ne développeront pas la maladie. On estime qu'environ 10 à 30% des personnes exposées seront infectées ; pour 90% de ces personnes infectées, le bacille restera à l'état dormant dans l'organisme constituant l'état d'infection tuberculeuse latente (ITL), seules 5 à 10% d'entre elles développeront une tuberculose maladie (TM). Cette proportion devient toutefois nettement plus élevée chez les personnes immunodéprimées. En l'absence ou en cas de refus de traitement, la TM évolue vers une atteinte grave, mortelle en quelques années dans la moitié des cas [1, 2].

Au niveau mondial, pour l'année 2012, on estime que 8,6 millions de personnes ont contracté cette maladie et que 1,3 million en sont morts. La moitié de ces cas survient en Asie, l'Asie du Sud Est et la Chine étant particulièrement concernées, et près du tiers en Afrique sub-saharienne. Le taux de nouveaux cas de tuberculose est en baisse partout dans le monde depuis une décennie environ mais la diminution (2% par an) reste encore lente. L'Europe présente un fort gradient ouest-est d'incidence et de mortalité, avec dans les pays de l'Est, les taux les plus élevés. Ils ne sont actuellement pas en voie de réaliser les objectifs cibles en matière de mortalité et de prévalence[3].

En France, les données de déclaration obligatoire montrent une décroissance régulière de l'incidence de la tuberculose depuis plusieurs décennies, malgré un léger ralentissement au début des années 1990, attribué aux tuberculoses chez les personnes atteintes par le VIH. En 2012, 4 789 cas ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire, soit une incidence de 7,6 cas pour 100 000 habitants. L'incidence de la tuberculose déclarée est particulièrement élevée en Île-de-France (14,9 cas pour 100 000 habitants), en Guyane (22,6 cas pour 100 000 habitants) et à Mayotte (17,9 cas pour 100 000 habitants) [4]. Le taux d'exhaustivité des données de déclaration obligatoire est estimée en France entre 65% et 70% pour les tuberculoses maladies avec une très grande variabilité de cette exhaustivité selon les départements.

En ce qui concerne la mortalité, le nombre annuel moyen de décès par tuberculose, en France métropolitaine, est passé de 1 000 en 1990 à 580 en 2011 (non compris les décès par séquelles de tuberculose) [5]. La maladie est plus fréquente chez les personnes âgées, dans les populations en extrême précarité comme les personnes sans domicile fixe ou vivant dans des conditions insalubres, chez les personnes migrantes en provenance de pays à forte endémie et chez les personnes incarcérées [6]. Les populations migrantes sont souvent exposées à cette maladie car elles cumulent plus fréquemment des infections acquises dans leur pays, et des conditions de vie défavorables, permettant le développement de la tuberculose (précarité, surpopulation des logements...). Depuis 2009, le nombre de cas déclarés chez des personnes nées à l'étranger (53,7% des cas en 2011) est supérieur à celui chez celles nées en France [4]. La difficulté à améliorer le dépistage et la prise en charge des personnes atteintes a conduit les pouvoirs publics à ré-inscrire la tuberculose parmi les priorités de santé publique. Le programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009 reconduit pour 2010-2015 vise à consolider la diminution régulière de l'incidence de la tuberculose maladie, et à réduire les disparités épidémiologiques, notamment par un renforcement des actions de dépistage. Il s'agit en particulier d'atteindre les populations les plus exposées, d'assurer un diagnostic précoce afin de garantir une prise en charge rapide pour réduire la période de contagion, de s'assurer de la bonne observance des traitements, ou encore, d'optimiser la stratégie vaccinale [7, 8]. Au niveau mondial, l'apparition de formes de tuberculoses multi-résistantes (résistant au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, antibiotiques de première ligne,) et ultra-résistantes (résistant à tous les antibiotiques de première ligne et à au moins un antibiotique de deuxième ligne) est préoccupante. Le maintien de la résistance de souches tuberculeuses aux antibiotiques à un faible niveau constitue de ce fait l'un des axes du programme de lutte contre la tuberculose [7, 9]. En France, l'obligation vaccinale a été suspendue chez l'enfant et l'adolescent en 2007. Une recommandation forte de vaccination est toutefois maintenue pour les enfants et les adolescents considérés à risque ou habitant en Île-de-France et en Guyane [10]. Chez l'adulte, le Haut conseil de santé publique a récemment recommandé la levée de l'obligation vaccinale chez les professionnels et étudiants des carrières sanitaires et sociales [11]. Les données épidémiologiques récentes ne montrent pas d'impact des nouvelles modalités de vaccination : en 2009 en France, le nombre de cas de tuberculose parmi les enfants de moins de 4 ans est similaire à celui observé avant 2006 et le nombre de formes graves (méningites et miliaires) reste très faible [12]. L'apparition de nouveaux tests, reposant sur le dosage de l'interféron gamma, qui permettent d'affiner le diagnostic d'ITL compte tenu de leur meilleure spécificité, modifie actuellement l'approche diagnostique de la tuberculose, notamment pour les ITL [13, 14].

Références bibliographiques et sources

- [1] ORS Aquitaine, ORS Centre, ORS Guadeloupe et al., La tuberculose - In Les maladies transmissibles dans les régions de France. Fnors, 2009
- [2] Institut Pasteur, La tuberculose, 2009, www.pasteur.fr/ip/easysite/go/03b-00000j-0i3/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/tuberculose
- [3] Organisation mondiale de la santé, Rapport 2013 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, http://www.who.int/tb/publications/global_report/grtb13_executive_summary_fr.pdf?ua=1
- [4] InVS, Epidémiologie de la tuberculose en France : données 2011, <http://www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/default.html>
- [5] Inserm Cépide, Base nationale des causes médicales de décès, <http://www.cepide.inserm.fr/site4/>
- [6] Circulaire interministérielle n° DGS/MC1/DHOS/O2/DAP/DAGE/RI/2007/272 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels
- [7] Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose, 2007
- [8] Paty M., L'organisation de la lutte antituberculeuse et la mise en œuvre du programme de lutte contre la tuberculose en France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS, n°12-13, 2009
- [9] Organisation mondiale de la santé, Tuberculose - Aide-mémoire, n° 104, 2010
- [10] Circulaire n° DGS/RI1/2007/318 du 14 août 2007 relative à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents
- [11.] Avis relatif à l'obligation de vaccination par le BCG des professionnels listés aux articles L.3112-1, R.3112-1 C et R.3112-2 du Code de la santé publique, HCSP, 2010
- [12] Figoni J., Antoine D. et al., Impact des modifications des modalités de vaccination par le BCG sur l'épidémiologie de la tuberculose en France en 2009, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, N°22, juin 2011
- [13] HAS, Test de détection de la production d'interféron gamma pour le diagnostic des infections tuberculeuses, 2006
- [14] Recommandations sur l'utilisation des Tests Interféron, http://www.invs.sante.fr/surveillance/tuberculose/diaporamas_journee_2011/12_LarnaudiefgraTB_23mars2011.pdf

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Avec 413 cas déclarés en 2012, soit un taux d'incidence de 26,8 cas pour 100 000 habitants, la Seine-Saint-Denis est le département français (Dom compris) le plus touché par la tuberculose juste avant la Guyane et Paris
- > L'incidence de la tuberculose en Seine-Saint-Denis a diminué en 2012 après une stabilité pendant près de 10 ans
- > La mortalité par tuberculose a presque doublé chez les Séquano-dionysiens

En 2012, 1 747 cas de tuberculose ont été déclarés en Île-de-France, région française la plus touchée, dont 413 en Seine-Saint-Denis.

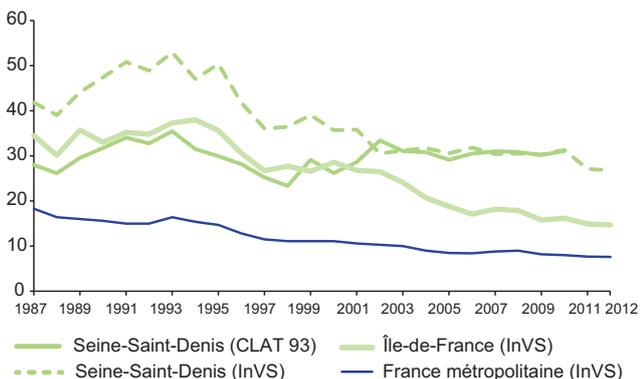
Le taux d'incidence de la tuberculose est de 26,8 cas pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis, taux en baisse après une relative stabilité depuis huit ans et très supérieur à ceux observés dans la région et en France. Les deux départements les plus touchés après la Seine-Saint-Denis sont la Guyane et Paris avec respectivement 24,2 et 19,0 cas pour 100 000 habitants en 2012.

En Seine-Saint-Denis, comme en France métropolitaine, les personnes de nationalité étrangère sont plus touchées par la tuberculose que les personnes de nationalité française. Il s'agit souvent de migrants originaires de pays à haute prévalence, infectés dans leur pays, qui développent une tuberculose en France dans un contexte de situation socio-économique défavorable et de conditions de vie difficiles. Logements insalubres et sur-occupation favorisent la contamination. En 2012, l'incidence la plus élevée s'observe chez les personnes étrangères de 25-54 ans : 1,5 pour 1 000 seraient atteinte chaque année par cette maladie en Seine-Saint-Denis. En revanche, pour les personnes de nationalité française, l'incidence de la tuberculose augmente progressivement avec l'âge (effet génération). La comparaison des taux observés pour cette pathologie, au niveau national régional et départemental, par âge et nationalité, témoigne de la situation particulièrement défavorable en Seine-Saint-Denis.

Après un pic au début des années 90, qui peut être attribué en partie à l'augmentation de la tuberculose comme maladie inaugurale du sida, l'incidence de la tuberculose a diminué en Seine-Saint-Denis. Elle était quasi-stable depuis 2002, avec un peu plus de 30 cas pour 100 000 habitants (voir aussi encadré ci-contre) et a diminué de façon marquée en 2011 et 2012.

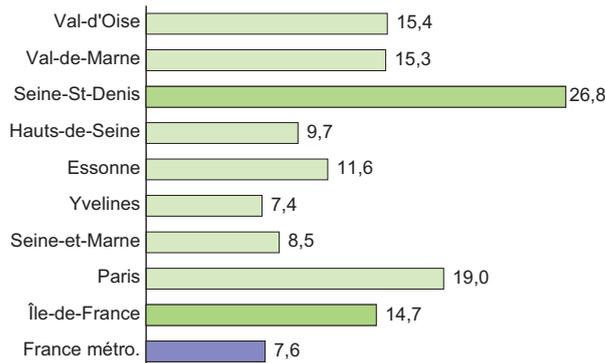
Tuberculose

Evolution du taux d'incidence de la tuberculose entre 1987 et 2011 (taux par an pour 100 000 habitants)



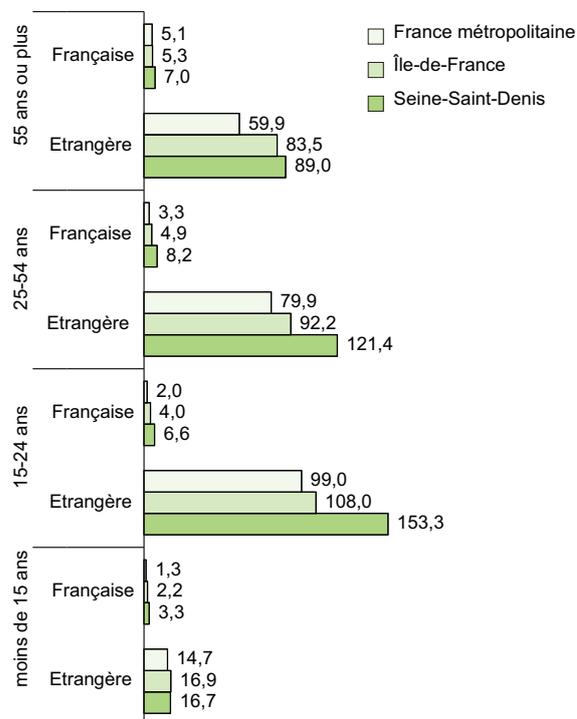
Source : InVS, (déclaration obligatoire de tuberculose), Insee, CG93

Incidence de la tuberculose en 2012 (Taux par an pour 100 000 habitants)



Source : InVS, Insee - exploitation ORS Île-de-France

Incidence de la tuberculose par âge et nationalité en 2012 (Nombre annuel de nouveaux cas pour 100 000 habitants du même âge)



Source : InVS, Insee (RP2010) - exploitation ORS Île-de-France

Les données rassemblées au niveau national par l'InVS montrent une diminution de la tuberculose en Seine-Saint-Denis entre le milieu des années 90 et la période actuelle. Une étude rétrospective (1995-2005) du centre de lutte antituberculeuse de Seine-Saint-Denis (CLAT93), prenant en compte les changements intervenus dans les notifications réalisées par les médecins conseils de la Sécurité sociale montre, qu'à notifications comparables, la baisse n'est pas aussi marquée et que le taux observé sur la période la plus récente est supérieur à celui des années 1996 à 2001. L'extrapolation aux années antérieures à 1995 montre par ailleurs une oscillation du taux d'incidence autour de 30 cas pour 100 000 habitants depuis 1984.

En Seine-Saint-Denis, au cours des années 2010 à 2012, les **formes avec une localisation pulmonaire**, formes cliniques de la maladie justifiant un dépistage dans l'entourage de la personne contaminée (car potentiellement contagieuse), représentent deux tiers des cas déclarés (dont forme pulmonaire isolée 48,9% et forme mixte 17,2%). La part des formes pulmonaires est inférieure à celle mesurée en Île-de-France (69,2%) et au niveau national (73,0%). La proportion des formes pulmonaires dans lesquelles le bacille est retrouvé à l'examen bactériologique direct ou en culture est en Seine-Saint-Denis de 45,9% parmi les enfants de moins de 15 ans et de 73,8% dans la population âgée de 15 ans ou plus. Cette proportion est supérieure pour les moins de 15 ans à celles observées en Île-de-France, mais inférieure à celle-ci pour les 15 ans et plus.

La tuberculose a provoqué le décès de 22 Séquanais-Dionysiens en moyenne chaque année entre 2008 et 2010. Le niveau de mortalité par tuberculose est plus élevé en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France et qu'en France métropolitaine. Les différences doivent cependant être considérées avec prudence étant donné les faibles effectifs en présence.

Au niveau de son évolution, **la mortalité des hommes de Seine-Saint-Denis par tuberculose a doublé entre les années 2006-2008 et 2008-2010.**

En 2009, on dénombre **près de 700 séjours de Séquanais-Dionysiens dans les services de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour tuberculose**, dont une majorité de séjours d'hommes (64,8%). Dans le département, à structure par âge comparable, la fréquence des séjours dans ces services est très nettement supérieure à la moyenne nationale : les indices comparatifs d'hospitalisation (ICH) sont de 447 chez l'homme et 352 chez la femme contre 100 en France métropolitaine.

Lecture du tableau concernant les séjours hospitaliers :

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

Diagnostic principal d'hospitalisation :

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

MCO : services de médecine, chirurgie, obstétrique

Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

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

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Forme clinique des cas en 2010-2012 (nombre annuel moyen)

	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F. métro
	nombre	%	%	%
Formes pulmonaires	213	48,9	52,5	58,3
Formes extra-pulmonaires	147	33,9	30,2	26,3
Formes mixtes	75	17,2	16,7	14,7
Total	435	-	-	-

Sources : InVS - exploitation ORS Île-de-France

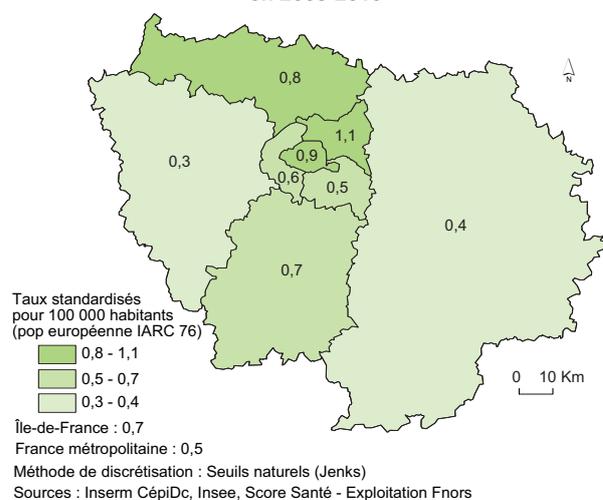
Part des tuberculoses confirmées par les examens bactériologiques parmi les formes pulmonaires en 2010-2012 (en %)*

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métro
Chez les moins de 15 ans	45,9	40,0	30,4
Chez les 15 ans et plus	73,8	74,1	70,7

* "BAAR+" ("Bacille acido-alcool-résistant positif") : examen direct ou après mise en culture d'une expectoration ou d'un prélèvement bronchique, montrant l'existence de Bacilles de Koch.

Sources : InVS - exploitation ORS Île-de-France

Taux comparatifs de mortalité par tuberculose en 2008-2010



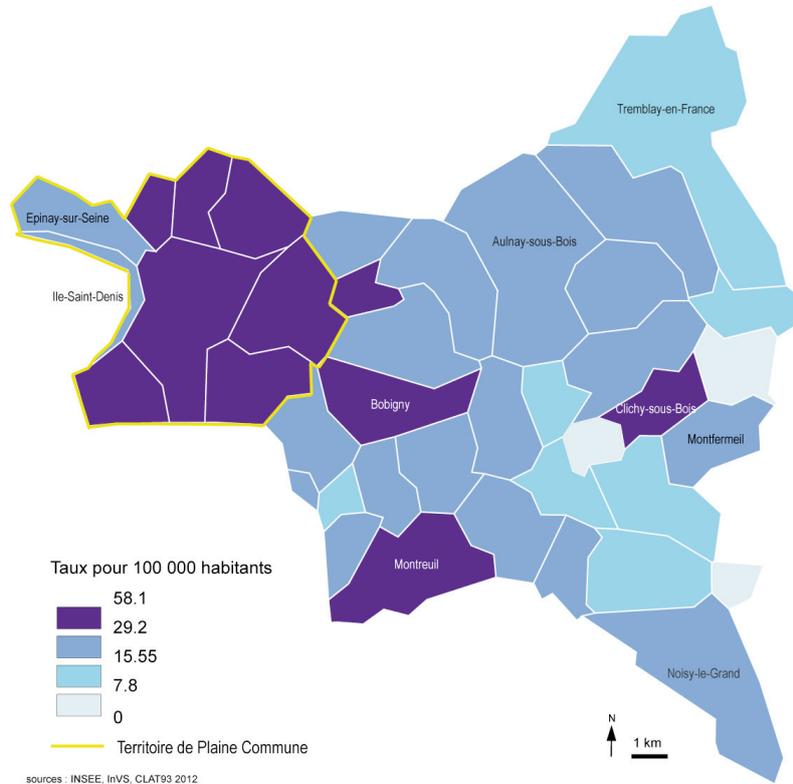
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe
Les taux sont standardisés sur la population européenne

Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO pour tuberculose en 2009*

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	44	30	74
15-34 ans	168	103	271
35-64 ans	200	94	294
65-84 ans	41	19	60
85 ans ou plus	-	-	-
Total	454	247	701
ICH Seine-St-Denis	447	352	408
ICH IDF	231	211	222

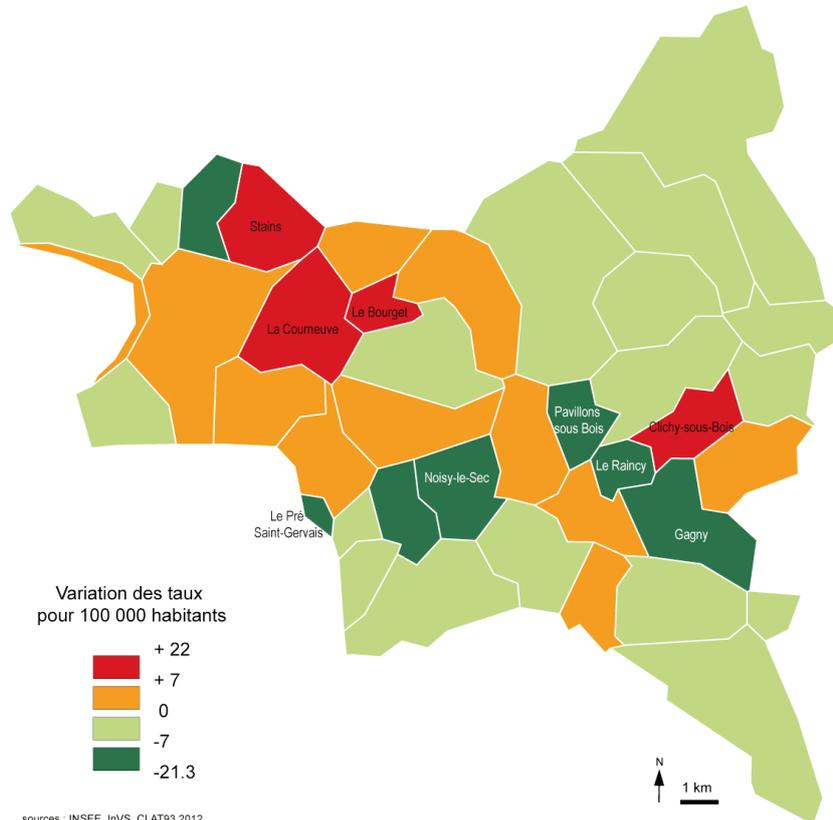
Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
Séjours pour lesquels la tuberculose a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non comprises les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)
* Définitions et lecture du tableau : voir l'encadré ci-contre

Taux d'incidence de la tuberculose dans les communes de Seine-Saint-Denis en 2010-2012
(Nombre annuel de cas déclarés pour 100 000 habitants)



Sources : Conseil général de Seine-Saint-Denis, Insee RP 2011

Variation des taux d'incidence de la tuberculose dans les communes de Seine-Saint-Denis évolution 2010-2012 / 2007-2009
(nombre de nouveaux cas déclarés par an et pour 100 000 habitants)



Sources : Conseil général de Seine-Saint-Denis, Insee RP 2008 et RP 2011

Contexte national

Les affections étudiées dans cette fiche sont seulement celles classées dans le chapitre X " Maladies de l'appareil respiratoire " de la classification internationale des maladies (CIM10). Des pathologies graves ou fréquentes, et notamment le cancer du poumon, le mésothéliome pleural, la tuberculose pulmonaire, ou encore le syndrome d'apnées du sommeil ou la mucoviscidose, ne sont pas traitées dans cette fiche.

Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent des affections très différentes, notamment en terme de gravité, et parfois difficiles à classer, en particulier chez le sujet âgé. Elles peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, infections des voies respiratoires supérieures) ou d'évolution chronique comme la bronchite chronique ou l'asthme.

En médecine de ville, les maladies respiratoires arrivent au deuxième rang des motifs de recours aux soins (18 % des consultations en 2007), en raison de la fréquence des recours liés aux affections aiguës des voies respiratoires supérieures, souvent bénignes [1].

À l'hôpital, les affections respiratoires constituent le diagnostic principal de 5 % des séjours en service de court séjour (835 377 en 2012). Les taux d'hospitalisation, très élevés avant 5 ans, sont les plus bas entre 15 et 55 ans et augmentent fortement après 65 ans. Avant 15 ans, les maladies respiratoires constituent le diagnostic principal de 243 581 séjours en 2012, soit 16 % de l'ensemble des séjours, et sont une fois sur trois des atteintes chroniques des amygdales et végétations adénoïdes. Au-delà de 15 ans, les pneumopathies infectieuses, la bronchite chronique, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et l'insuffisance respiratoire chronique sont les pathologies le plus souvent en cause, et voient leur poids relatif augmenter avec l'âge [2].

Parmi les affections respiratoires, la bronchite chronique et la BPCO occupent une place importante, en raison de leur fréquence et de la gravité potentielle de leurs évolutions. Pathologies fortement liées au tabagisme, elles touchent surtout les hommes, avec toutefois un écart homme-femme qui tend à se réduire. La bronchite chronique, qui altère notablement la qualité de vie, concernerait 3 à 4 % de la population [3-5]. La prévalence de la BPCO, plus difficile à évaluer, serait de 1,5 % dans la population de 20 à 44 ans et de 7,5 % au-delà de 45 ans [4, 6]. Cette maladie est toutefois largement sous-diagnostiquée et donc insuffisamment prise en charge [7, 8]. Avec ces réserves, au sein de l'Union Européenne, la France occupe une position favorable concernant la prévalence de la BPCO [6, 9].

Les personnes souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique (IRC) grave, en lien notamment avec un asthme ou une BPCO, sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD). En 2011, 48 088 admissions ont ainsi été prononcées pour cette affection (ALD 14) parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (3 % de l'ensemble des admissions) [10]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour IRC grave est estimé à 302 250 en 2008 et 365 198 en 2012 [11, 12].

Les personnes souffrant d'IRC grave avec hypoxémie peuvent bénéficier d'une oxygénothérapie de longue durée à domicile, qui améliore sensiblement leur état de santé et leur espérance de vie. 93 000 adultes étaient concernés par un tel traitement en 2006 [8].

Les affections respiratoires ont constitué la cause initiale de 33 996 décès en 2011, soit plus de 6 % de l'ensemble des décès [13]. Cette proportion sous-estime toutefois l'impact des maladies respiratoires sur la mortalité car ces pathologies jouent souvent un rôle favorisant ou aggravant d'autres pathologies et ne sont pas toujours mentionnées dans les certificats de décès. Les infections respiratoires basses et la BPCO sont les deux principales affections respiratoires à l'origine de ces décès, et la BPCO est en outre souvent notifiée comme cause de décès associée [8]. Le taux de mortalité par maladie respiratoire croît de façon importante avec l'âge, notamment au-delà de 65 ans, et à structure d'âge identique, ce taux est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes [13]. Cette surmortalité masculine résulte pour une large part d'une plus forte consommation de tabac, et aussi d'une exposition plus fréquente à des environnements professionnels à risque. Au sein de l'Union Européenne, la France se situe parmi les pays où la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire est la moins élevée [14]. Depuis le début des années 2000, le taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a diminué en moyenne chaque année de 3,3 %. Cette évolution peut s'expliquer pour partie par des modifications des règles de codages des causes médicales de décès [15, 16]. Au sein des régions françaises, le Nord-Pas-de-Calais, la Lorraine, la Bretagne et la Réunion, connaissent les taux les plus élevés de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire et par BPCO après 45 ans, mais aussi d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO chez les plus de 25 ans [8, 13].

Référence bibliographiques et sources

- [1] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, Exploitation Irdes
- [2] Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATI), Bases nationales PMSI MCO 2000-2011, Exploitation Drees
- [3] Fuhrman C., Roche N., Vergnenègre A., et al., Bronchite chronique : prévalence et impact sur la vie quotidienne - Analyse des données de l'enquête santé Insee 2002-2003, InVS, 2008
- [4] Roche N., Dalmay F., Perez T. et al., Impact of chronic airflow obstruction in a working population, The European respiratory journal, vol. 31, n° 6, 2008
- [5] Huchon GJ., Vergnenègre A., Neukirch F. et al., Chronic bronchitis among French adults: high prevalence and underdiagnosis, The European respiratory journal, vol. 20, n° 4, 2002
- [6] De Marco R., Accordini S., Cerveri I. et al., An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages, Thorax, vol.59, n° 2, 2004
- [7] Piperno D., Bart F., Serrier P. et al., Patients à risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive en médecine générale : Enquête épidémiologique avec 3411 patients, La Presse médicale, vol. 34, n° 21, 2005
- [8] Fuhrman C., Delmas MC., Epidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France, Revue des maladies respiratoires, vol. 27, n° 2, 2010
- [9] Rennard S., Decramer M., Calverley PMA. et al., Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of confronting COPD international survey, The European respiratory journal, vol. 20, n° 4, 2002
- [10] Cnamts, CCMSA, RSI, Bases nationales des admissions en affections de longue durée 2007-2011, Exploitation ORS
- [11] Païta M., Weill A., Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008, Points de repère, Cnamts, n° 27, 2009
- [12] Cnamts, Site de l'Assurance maladie, www.ameli.fr (consulté en juin 2014)
- [13] Eurostat, Office statistique de l'Union européenne, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (consulté en juin 2014)
- [14] Pavillon G., Boileau J., Renaud G. et al., Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, n° 4, 2005
- [15] Fnors, Score-Santé, Site commun d'observation régionale en santé, www.scoresante.org (consulté en juin 2014)

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Chaque année, 464 Séquano-Dionysiens décèdent d'une maladie de l'appareil respiratoire
- > La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes
- > En Seine-Saint-Denis, le niveau de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire est comparable à la moyenne nationale, mais la fréquence des recours aux soins hospitaliers pour maladies de l'appareil respiratoire est supérieure à la moyenne nationale de 13%

Les maladies de l'appareil respiratoire ont provoqué le décès de 464 Séquano-Dionysiens, en moyenne chaque année entre 2008 et 2010, soit 5,5% de l'ensemble des décès du département.

Les décès par maladies de l'appareil respiratoire sont rares avant 35 ans. Les taux de mortalité augmentent ensuite rapidement avec l'âge.

A structure par âge comparable, le taux standardisé de mortalité est de 39,1 décès pour 100 000 hommes contre 18,1 pour 100 000 femmes, soit un niveau de mortalité 2,2 fois plus élevé chez les hommes. Pour les deux sexes, la mortalité enregistrée dans le département est comparable à celle de la France métropolitaine. Cependant, pour les hommes, ce taux de mortalité est supérieur à celui de la région (39,1 contre 34,3).

La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a fortement baissé entre 1990 et 2009 en Seine-Saint-Denis (-24% chez les hommes et -40% chez les femmes) comme en France (-26% chez les hommes et -36% chez les femmes). La baisse est particulièrement marquée entre 1998 et 2009 ce qui s'explique, pour partie, par les changements intervenus dans la classification internationale des maladies (passage de la Cim9 à la Cim10).

Maladies de l'appareil respiratoire (VIII)

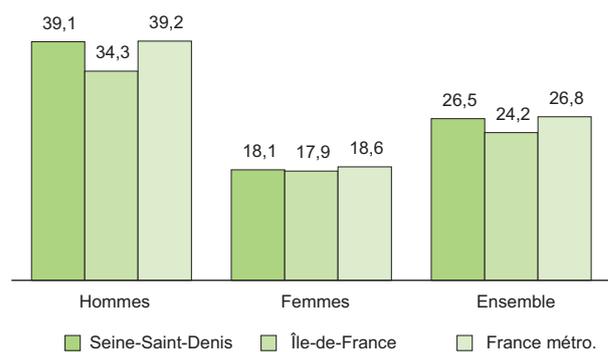
En France, le nombre de décès diminue globalement de 14 % soit environ 6 000 décès au niveau des données annuelles. Une grande partie de ces modifications est due au changement de révision de la classification.

- En Cim10, les pneumonies et les bronchopneumonies peuvent être des conséquences directes d'un grand nombre de maladies. Ceci signifie que, si le médecin certificateur mentionne une pneumonie en cause initiale, on recherchera s'il est mentionné une autre maladie dont la pneumonie est la conséquence directe. Si cette autre maladie existe, elle est sélectionnée comme cause initiale, souvent dans un autre chapitre que celui des maladies de l'appareil respiratoire.

- L'insuffisance respiratoire considérée comme une cause mal définie en Cim9 et codée 786.0 au chapitre des symptômes et états morbides mal définis (XVI), est codée au chapitre VIII en Cim10.

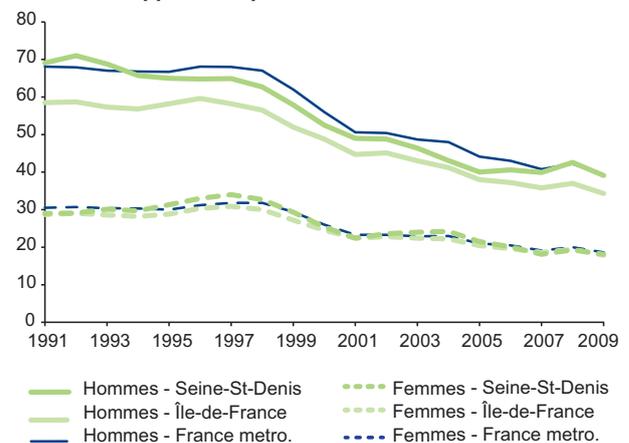
Pavillon G., Boileau J., Renaud G., Lefèvre H., Jouglu E., Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000,

Taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire en 2008-2010



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

Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire de 1990 à 2009*



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
* Le taux de l'année n correspond à la moyenne triennale n-1 à n+1
Les taux sont standardisés sur la population européenne

Nombre annuel moyen de décès par maladies de l'appareil respiratoire et taux de mortalité selon le sexe et l'âge en 2008-2010

Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF		F métro.	
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*
Moins de 35 ans	4	0,9	4	0,8	4	0,8
35-64 ans	40	14,0	40	11,3	40	14,7
65-84 ans	137	217,6	137	192,0	137	225,5
85 ans ou plus	74	1340,3	74	1303,8	74	1486,1
Total	255	34,4	255	37,1	255	57,2

Femmes	Seine-Saint-Denis		ÎdF		F métro.	
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*
Moins de 35 ans	3	0,9	3	0,6	3	0,5
35-64 ans	15	5,2	15	5,3	15	6,0
65-84 ans	83	103,9	83	96,6	83	102,1
85 ans ou plus	108	756,1	108	834,4	108	886,4
Total	209	27,0	209	34,6	209	48,1

*Nombre annuel de décès pour 100 000 personnes

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

Entre 2009 et 2011, en moyenne, 1 648 Séquano-Dionysiens ont été admis chaque année en affection de longue durée (ALD) pour maladies de l'appareil respiratoire. Les moins de 15 ans représentent un quart des admissions en ALD.

A noter que les taux d'admissions pour maladies de l'appareil respiratoire sont plus élevés en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France et qu'en France métropolitaine sauf chez les personnes âgées de 85 ans ou plus.

En 2009, le nombre de séjours de Séquano-Dionysiens dans les services de soins de courte durée pour maladies de l'appareil respiratoire est de 19 877. A structure par âge comparable, la fréquence des séjours dans ces services est supérieure à la moyenne nationale : +11% chez les hommes et +15% chez les femmes.

Lecture du tableau concernant les séjours hospitaliers :

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

Diagnostic principal d'hospitalisation :

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

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

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

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire et taux d'admission en 2009-2011

Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 15 ans	258	150,2	100,0	46,8
15-34 ans	63	29,3	18,1	11,5
35-64 ans	290	101,2	78,7	73,1
65-84 ans	223	352,8	303,7	281,0
85 ans ou plus	23	410,6	394,3	442,1
Total	856	115,4	90,5	84,3

Femmes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 15 ans	153	93,2	58,8	27,1
15-34 ans	87	38,7	23,5	15,5
35-64 ans	348	119,8	76,6	58,6
65-84 ans	167	210,3	202,1	154,5
85 ans ou plus	36	253,6	309,1	256,1
Total	792	102,3	79,2	64,5

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Île-de-France

*Nombre de nouveaux cas annuels pour 100 000 personnes

Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO pour maladies de l'appareil respiratoire en 2009*

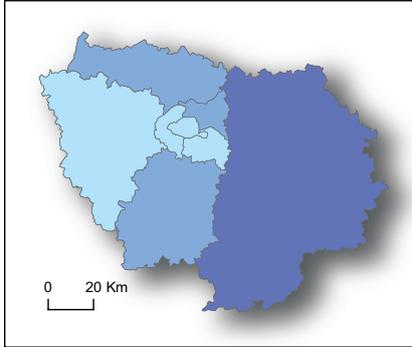
	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	4 432	3 249	7 681
15-34 ans	1 196	1 179	2 375
35-64 ans	2 680	2 095	4 775
65-84 ans	2 204	1 626	3 830
85 ans ou plus	469	748	1 217
Total	10 981	8 897	19 877
ICH Seine-St-Denis	111	115	113
ICH IDF	99	102	100

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
Séjours pour lesquels une maladie de l'appareil respiratoire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non compris les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)

* Définitions et lecture du tableau : voir l'encadré ci-contre

Taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans les régions françaises et dans les départements d'Île-de-France en 2008-2010

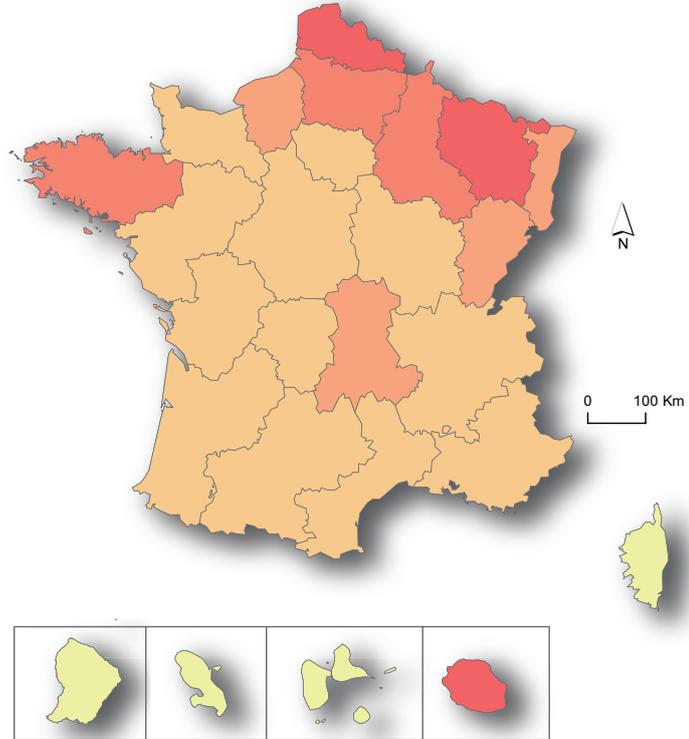
Hommes



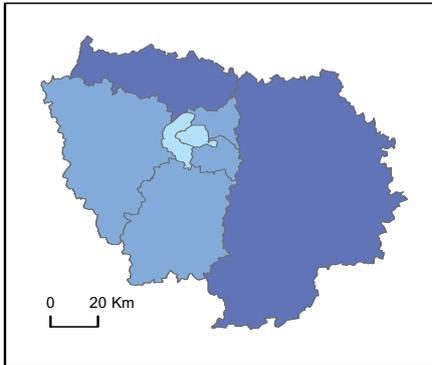
Taux standardisés pour 100 000 hommes

Régions	Départements d'Île-de-France
88 - 123	71 - 86
79 - 87	62 - 70
72 - 78	57 - 61
58 - 71	
50 - 57	

Méthode de discrétisation : seuils naturels (Jenks)
Sources : Score Santé, Inserm CépiDc, Insee - Traitements Fnors



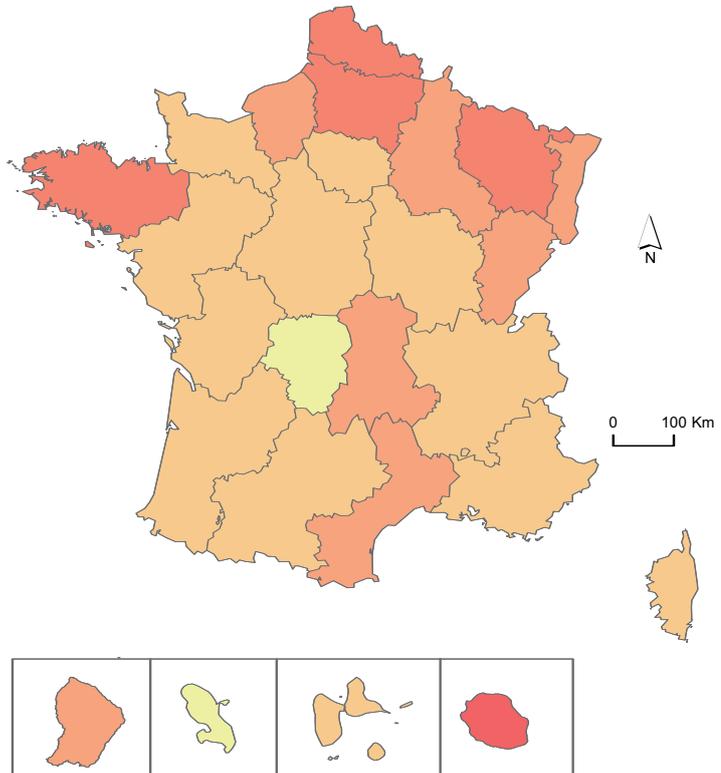
Femmes



Taux standardisés pour 100 000 femmes

Régions	Départements d'Île-de-France
49	34 - 38
38 - 45	31 - 33
34 - 37	29 - 30
30 - 33	
28 - 29	

Méthode de discrétisation : seuils naturels (Jenks)
Sources : Score Santé, Inserm CépiDc, Insee - Traitements Fnors



* Les taux sont standardisés sur le recensement 2006
Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation Fnors et ORS Île-de-France

Contexte national

L'asthme est une maladie chronique inflammatoire des voies aériennes qui se caractérise par une réactivité excessive des bronches (œdème, contraction des muscles bronchiques, sécrétion de mucus) à certaines agressions, provoquant une gêne à la circulation de l'air. L'origine de l'asthme est multifactorielle, faisant intervenir des facteurs génétiques et environnementaux (tabagisme maternel au cours de la grossesse, infections et expositions à certains allergènes lors des premières années de vie, expositions professionnelles, etc.). L'obésité est aussi décrite comme facteur de risque. Toutefois, l'étiologie de l'asthme n'est pas encore clairement élucidée à ce jour [1]. La crise d'asthme, épisode de gêne respiratoire sifflante, constitue la manifestation clinique la plus typique de la maladie. Cette symptomatologie peut être déclenchée par de nombreux facteurs : allergènes (acariens, moisissures, pollens, etc.), infections respiratoires, irritants respiratoires (tabagisme actif ou passif, pollution de l'air intérieur ou extérieur), et facteurs hormonaux notamment [2].

Les personnes asthmatiques déclarent que cette affection a des retentissements sur leur vie quotidienne et professionnelle. Parmi elles, plus d'une sur cinq (22%) se dit limitée dans les activités "que les gens font habituellement", contre 13% chez les non-asthmatiques. Les asthmatiques déclarent aussi plus souvent avoir dû interrompre leur activité professionnelle ou être en inactivité pour raison de santé [3]. Concernant la prévalence de l'asthme chez l'enfant, les enquêtes en milieu scolaire et l'enquête décennale santé 2003 montrent que 12 à 13% des enfants âgés d'au moins 10 ans ont eu, dans leur vie, des crises d'asthme (prévalence cumulée). Près de 9% des enfants présentent un asthme actuel (sifflements chez un enfant ayant déjà eu des crises d'asthme ou traitement pour asthme au cours des 12 derniers mois) [4]. Chez l'adulte, l'enquête décennale santé 2003 montre que 6% des personnes de plus de 15 ans présentent un asthme actuel (crise d'asthme dans les 12 derniers mois, ou traitement actuel pour asthme). A partir de l'enquête ESPS de 2010, 5,1% de la population française (tous âges confondus, y compris les enfants) déclarent souffrir d'asthme [5].

En Europe, l'estimation de la prévalence de l'asthme suit un gradient décroissant Nord-Sud. Le Royaume-Uni et l'Irlande sont très touchés avec des prévalences actuelles dépassant 30%. La France reste en position intermédiaire [6]. En France, les départements d'outre-mer (DOM) présentent une prévalence estimée de l'asthme au cours de l'année scolaire 2005-2006 chez les enfants en classe de 3ème plus élevée que la moyenne nationale (entre 11% et 12% dans les DOM contre 8,6% en France). Dans l'hexagone, cette prévalence varie de 6% dans le Centre-Est à 15% dans le Sud-Ouest [7].

La sévérité de cette pathologie réside d'une part, dans la survenue possible d'un asthme aigu grave (crise résistant au traitement habituel et mettant en jeu le pronostic vital), et d'autre part, dans le risque de développement de lésions bronchiques irréversibles causant une insuffisance respiratoire chronique.

L'implication des patients dans leur traitement est essentielle. Le programme d'action, de prévention et de prise en charge de l'asthme 2002-2005 visait notamment à développer les structures d'éducation thérapeutique pour les patients asthmatiques. En 2014, plus de 120 écoles de l'asthme sont autorisées en France [8]. En cas de crise d'asthme sévère, les personnes atteintes peuvent avoir recours aux services d'urgences. La décision d'hospitaliser dépend tout d'abord de critères médicaux (sévérité, réponse au traitement) mais d'autres facteurs tels que l'isolement social peuvent entrer en considération.

En France métropolitaine, 59 255 séjours hospitaliers pour asthme ont été enregistrés en 2012, soit un taux brut d'hospitalisation pour asthme de 9,5 séjours pour 100 000 habitants [9]. Près de deux tiers (63,4 %) des séjours concernaient des enfants âgés de moins de 15 ans. Le taux annuel d'hospitalisation pour asthme, standardisé sur l'âge et le sexe, a diminué depuis 1998 : il est passé de 10,8 séjours pour 10 000 en 1998 à 9,4 pour 10 000 en 2012 (-1,0 % par an en moyenne). Toutefois, chez l'adulte (âge ≥ 15 ans), la diminution du taux annuel standardisé est moins marquée depuis 2004 et les taux augmentent chez l'enfant [4, 9].

Près de 16 000 admissions en affection de longue durée (ALD) pour insuffisance respiratoire chronique grave avec un diagnostic d'asthme ont été prononcées en moyenne chaque année sur la période 2009-2011 par les trois principaux régimes d'assurance maladie [10]. Au total, près de 160 000 personnes bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour asthme sévère au 31 décembre 2011 [10]. En 2006, 8% des asthmatiques déclaraient être en ALD au titre de leur asthme [5].

Près de 1 000 décès par asthme sont survenus en 2010 en France : les deux tiers concernaient des personnes de plus de 75 ans [11]. Le taux de mortalité est en diminution chez les hommes depuis le début des années 1990. Chez les femmes, la diminution s'observe seulement depuis les années 2000. Ces tendances concernent notamment les plus jeunes (enfants et adultes de moins de 45 ans) [4, 9].

La prévention des exacerbations de l'asthme repose sur le contrôle de la symptomatologie asthmatique par une prise en charge globale, associant l'éviction des facteurs déclenchant les crises, un suivi thérapeutique conforme aux recommandations, et l'éducation thérapeutique du patient [12-14]. La diminution récente du taux de mortalité témoigne d'une amélioration de la prise en charge de l'asthme, mais des efforts restent à faire. En effet, le niveau de contrôle de l'asthme au regard des critères internationaux est insuffisant : plus de 6 asthmatiques sur 10 présentent un asthme partiellement ou non contrôlé. Le risque d'être insuffisamment contrôlé est particulièrement important dans les catégories sociales les moins favorisées, qui en outre connaissent une prévalence de l'asthme plus élevée [5].

Repères bibliographiques et sources

- [1] Humbert M., Asthme de l'adulte, La Revue du praticien, Monographie, vol. 61, n° 3, 2011
- [2] Rees J., ABC of asthma : Prevalence, British medical journal, vol. 331, n° 7514, 2005
- [3] Delmas MC., Leynaert B., Com-Ruelle L. et al., Asthme : prévalence et impact sur la vie quotidienne : analyse des données de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee, InVS, 2008
- [4] Delmas MC., Furlan C., L'asthme en France : synthèse des données épidémiologiques descriptives, Revue des maladies respiratoires, vol. 27, n° 2, 2010.
- [5] Afrite A., Allonier C., Com-Ruelle L. et al., L'asthme en France en 2006 : prévalence contrôlée et déterminants, IRDES, 2011
- [6] Masoli M., Fabian D., Holt S. et al., Global initiative for asthma (GINA), Global burden of asthma, 2004
- [7] Delmas M C., Guignon N., Leynaert B. et al., Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France, Archives de pédiatrie, vol. 16, n° 9, 2009
- [8] Site internet : <http://www.asthme-allergies.org/> (juin 2014)
- [9] Surveillance épidémiologique de l'asthme en France, InVS, 2011, www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme (juin 2014)
- [10] CCMSA, CNAMTS, RSI. Bases nationales des admissions et des inscriptions en affections de longue durée
- [11] Inserm CépiDc, Base nationale des causes médicales de décès, <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/> (consulté mars 2014)
- [12] Programme d'action de prévention et de prise en charge de l'asthme (2002-2005), Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé, 2002
- [13] Education thérapeutique du patient asthmatique. Adulte et adolescent, HAS, 2001
- [14] HAS, Education thérapeutique de l'enfant asthmatique, 2002

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Entre 2008 et 2010, 24 Séquano-Dionysiens sont décédés par asthme, en moyenne chaque année
- > La mortalité par asthme diminue depuis 1991 en Seine-Saint-Denis, jusqu'à se rapprocher des niveaux observés en Île-de-France et en France métropolitaine tout en restant supérieure
- > Les taux d'admission en ALD et les indices comparatifs d'hospitalisation pour asthme élevés témoignent d'une pathologie très présente en Seine-Saint-Denis

Entre 2008 et 2010, 24 Séquano-Dionysiens sont décédés par asthme en moyenne chaque année (10 hommes et 14 femmes). L'essentiel des décès concerne des personnes âgées de 65 à 84 ans. Les taux comparatifs de mortalité par asthme montrent une légère surmortalité chez les hommes et une situation légèrement défavorable en Seine-Saint-Denis par rapport à l'Île-de-France et à la France métropolitaine. Les différences ne sont cependant pas statistiquement significatives (faibles effectifs en présence).

Depuis 1991, le taux comparatif de mortalité par asthme est en forte baisse en Seine-Saint-Denis et tend à se rapprocher de plus en plus des taux observés en Île-de-France et en France métropolitaine. L'évolution de la courbe en 2009 (1,3 pour 100 000 personnes contre 1,1 pour 100 000 personnes en 2008) doit amener à suivre l'évolution des décès pour asthme en Seine-Saint-Denis avec attention.

Chaque année, 1 000 Séquano-Dionysiens sont admis en affection de longue durée (ALD) pour asthme (moyenne de 2009-2011). L'asthme touche plus de femmes que d'hommes sauf avant 15 ans, où les hommes sont davantage concernés. Les taux d'admission en ALD sont plus élevés en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France et en France métropolitaine.

En 2009, le nombre de séjours de Séquano-Dionysiens dans les services de soins de courte durée pour asthme est de 2 603. A structure par âge comparable, la fréquence des séjours dans ces services est très nettement supérieure à la moyenne nationale de 68% chez les hommes et 81% chez les femmes (+38% pour les Franciliens et +32% pour les Franciliennes).

Lecture du tableau concernant les séjours hospitaliers :

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

Diagnostic principal d'hospitalisation :

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

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

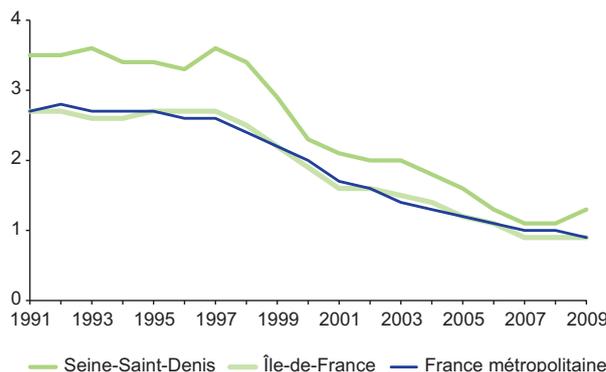
Indice comparatif d'hospitalisation (ICH) :

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

Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 114 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14% à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 95 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 5% à cette moyenne.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par asthme de 1990 à 2009 pour 100 000 personnes (deux sexes confondus)*



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
* Le taux de l'année n correspond à la moyenne triennale n-1 à n+1
Les taux sont standardisés sur la population européenne

Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour asthme et taux d'admission en 2009-2011

Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 15 ans	252	147,6	97,7	44,8
15-34 ans	58	26,9	16,0	9,7
35-64 ans	114	39,8	27,3	16,5
65-84 ans	43	68,1	49,9	27,8
85 ans ou plus	4	72,5	45,1	34,0
Total	471	63,5	40,9	22,0

Femmes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F métr.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
Moins de 15 ans	149	90,8	56,6	25,5
15-34 ans	85	37,6	21,4	13,6
35-64 ans	224	77,2	45,5	27,4
65-84 ans	64	80,4	67,8	40,4
85 ans ou plus	7	48,9	72,9	47,6
Total	529	68,3	44,2	26,5

Sources : Cnamts, Canam, MSA - Exploitation ORS Île-de-France - RP 2009
*Nombre de nouveaux cas annuels pour 100 000 personnes

Nombre de séjours dans les services de soins de courte durée MCO pour asthme en 2009*

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-14 ans	1 013	586	1 602
15-34 ans	124	181	305
35-64 ans	168	314	482
65-84 ans	67	120	187
85 ans ou plus	5	21	26
Total	1 381	1 222	2 603
ICH Seine-St-Denis	168	181	174
ICH IDF	138	132	135

Sources : PMSI (ATIH), Exploitation Drees - données domiciliées redressées
Séjours pour lesquels l'asthme a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (non compris les séances de chimiothérapies et de radiothérapies)

* Définitions et lecture du tableau : voir l'encadré ci-contre

Contexte national

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative, caractérisée par une perte de neurones prédominant au niveau du cortex cérébral. Les symptômes sont multiples et évolutifs : troubles de la mémoire, perturbation du langage, des mouvements, de l'humeur (anxiété, agressivité), troubles du comportement (confusion)...

Les maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer sont des maladies qui vont présenter les mêmes types de symptômes que la maladie d'Alzheimer mais dont les mécanismes, les manifestations et les traitements diffèrent. Il s'agit de l'ensemble des démences liées à une dégénérescence neuronale, parmi lesquelles on distingue principalement : la démence vasculaire, les dégénérescences fronto-temporales, (en particulier la maladie de Pick), la démence mixte et la démence à corps de Lewy. Ces maladies, que l'on regroupe sous le terme de « démences » ont pour point commun de cumuler des pertes de mémoire et une ou plusieurs atteintes des fonctions cognitives élémentaires, orientation spatio-temporelle, motricité, facultés de raisonnement, exécution de tâches complexes, capacités d'expression, etc.

En France, on estime que 860 000 personnes sont touchées par une démence de type Alzheimer. Elle affecte plus fréquemment les femmes que les hommes avec un risque relatif de 1,5 à 2 [1].

La prévalence de la maladie augmente avec l'âge. En France, elle passe de 0,5 % avant 65 ans à 15 % à 80 ans. Elle constitue ainsi la première cause de démence chez les personnes âgées, mais elle affecte également les sujets jeunes dont environ 20 000 ont moins de 60 ans [2]. Avec le vieillissement de la population et l'amélioration des techniques de dépistage, le nombre de personnes concernées devrait atteindre les 2 millions en 2020 [1].

Le taux standardisé de personnes en affection de longue durée (ALD) pour la maladie d'Alzheimer et autres démences est de 408 pour 100 000 assurés du régime général en France entière, dont 88 / 100 000 nouvellement admis dans l'année (en 2011).

La maladie d'Alzheimer est une maladie multifactorielle qui résulte de l'interaction entre des prédispositions génétiques et des facteurs environnementaux. Plusieurs facteurs de risque et facteurs protecteurs ont été mis en évidence.

L'âge est le principal facteur de risque. Le fait de disposer d'un bon réseau social serait protecteur. Les personnes ayant eu une scolarisation prolongée avec un haut niveau d'études ou celles pratiquant des activités de loisirs surtout si elles demandent de l'initiative et une planification des tâches ont un risque amoindri de démence et d'une maladie d'Alzheimer. L'hypertension artérielle, le diabète, et l'hypercholestérolémie, sont des facteurs de risque vasculaires associés à un risque accru de survenue de la maladie d'Alzheimer. Des actions de prévention autour de ces trois pathologies peuvent réduire les risques [3].

Le diagnostic est difficile en début d'évolution chez les personnes jeunes et chez les personnes très âgées. Les premiers symptômes sont souvent considérés comme normaux et liés au vieillissement. De plus la maladie d'Alzheimer reste une pathologie qui effraie les patients et leur entourage. Il existe également une faible crédibilité du corps médical dans l'efficacité des traitements. De plus, la population générale doute de la capacité du corps médical à prendre en charge cette maladie. En effet, à ce jour, aucun traitement curatif n'existe. La maladie reste sous diagnostiquée avec un retard moyen au diagnostic estimé à 24 mois. Pourtant, un groupe d'experts souligne la nécessité de reconnaître et d'analyser les premiers troubles cognitifs pour un diagnostic de la maladie avant le stade de démence. Pour cela, une formation spécifique en neuropsychologie pourrait aider à la passation et l'interprétation de tests. Cette formation contribuerait à un meilleur fonctionnement des consultations mémoire et des consultations de spécialistes libéraux au niveau local (neurologues, psychiatres, psychologues, gériatres, orthophonistes...) [4].

Les deux premiers plans Alzheimer (2001-2005 et 2004-2007) ont permis la généralisation des Consultations mémoire (CM) et des Centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR). Le rôle des consultations mémoire est de diagnostiquer de façon fiable un syndrome démentiel, de le caractériser et de suivre les patients qui le justifient. Elles permettent d'identifier des situations complexes qui nécessitent une prise en charge dans les centres mémoire. Ceux-ci sont implantés au sein des centres hospitalo-universitaires. Leur mission est de s'occuper des situations difficiles, ils assurent les consultations mémoire de leur secteur géographique, développent des travaux de recherche et traitent des questions à caractère éthique. Les centres et les consultations mémoire sont organisés autour d'une équipe multidisciplinaire [5]. Près de 200 800 patients sont pris en charge dans les centres mémoires.

Les aidants familiaux sont très sollicités pour s'occuper des malades en relais des structures. Cette situation entraîne de lourdes conséquences sur leur qualité de vie avec l'apparition de problèmes de santé physiques et psychologiques. Des mesures ont été prises pour les soulager avec la mise en place de la consultation annuelle, des structures de répit, des formations et des groupes de soutien [6].

Le 3ème plan Alzheimer 2008-2012 se décompose en 3 axes majeurs : améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles permettant ainsi aux aidants d'avoir du répit, développer la recherche pour comprendre et pour pouvoir agir, mobiliser la société autour de la maladie. Il prévoit la mise en place d'un centre national de la «maladie d'Alzheimer à début précoce» et la création de consultations et de centres mémoire dans les zones non pourvues [7].

Repères bibliographiques et sources

- [1] Neurosciences - sciences cognitives - neurologie - psychiatrie, Dossiers d'information Alzheimer, Inserm [En ligne] Disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer> (Consulté le 24 Août 2012)
- [2] Paulin M., Pasquier F., Les démences du sujet jeune, Pratique Neurologique - FMC. 2012, vol. 3, n°3
- [3] Clément JP., Facteurs de risque et facteurs protecteurs des démences, Morphologie, 2007, vol. 91, n°295
- [4] Amieva H., Andrieu S., Berr C. et al., Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux, Les éditions Inserm, 2007, 202-204
- [5] Circulaire N°DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A/2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. 2002
- [6] Recommandations de bonne pratique. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels, HAS, 2010.
- [7] Ministère de la santé. Plan Alzheimer 2008-2012.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Chaque année, entre 2008 et 2010, 185 Séquano-Dionysiens décèdent de la maladie d'Alzheimer
- > Le taux standardisé d'ALD pour maladie d'Alzheimer (377 pour 100 000 personnes) est un des taux les plus faibles de la région et il est inférieur au taux francilien (410) et au taux français (494)
- > L'offre de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est globalement peu développée dans le département, notamment dans le contexte d'augmentation du nombre de personnes âgées

Entre 2008 et 2010, la maladie d'Alzheimer a provoqué le décès de 185 Séquano-Dionysiens en moyenne chaque année (59 hommes et 126 femmes). Les taux brut de mortalité par maladie d'Alzheimer du département sont de 8 pour 100 000 hommes et de 16,2 pour 100 000 femmes.

En rapportant les résultats de la cohorte française (qui considère les 75 ans ou plus) et ceux de la cohorte italienne (pour les 65-74 ans) aux données de population, on peut évaluer à 14 000 le nombre de Séquano-Dionysiens de 65 ans ou plus atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, en 2008. Environ 10 000 d'entre eux, soit les trois-quarts, sont âgés de 80 ans ou plus. En termes d'incidence, il y aurait chaque année près de 3 000 Séquano-Dionysiens de 65 ans ou plus nouvellement atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Une autre approche s'appuie sur les données d'affections de longue durée (ALD) qui peuvent être comparées aux ordres de grandeur précédents. En 2012, 3 998 malades Séquano-Dionysiens bénéficient d'une reconnaissance de leur maladie d'Alzheimer ou apparentée, en ALD par le régime général de l'assurance maladie. Cet effectif rassemble les malades admis en ALD les années précédentes (et toujours bénéficiaires) ainsi que les malades nouvellement admis en 2012 (20% de l'ensemble). En 2012, le taux standardisé d'ALD pour maladies d'Alzheimer et autres démences est de 377 affections de longue durée pour 100 000 personnes. C'est un des taux les plus faibles de la région et il est inférieur au taux francilien (410) et au taux français (494). Le taux francilien le plus élevé est en Essonne 536 pour 100 000 personnes.

Si l'on considère les trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole et des indépendants), il y a eu en moyenne chaque année en Seine-Saint-Denis, 870 malades nouvellement admis en ALD sur la période 2009-2011. 70% sont des femmes.

Lorsqu'on rapproche les données d'ALD des ordres de grandeur issus des estimations de prévalence et d'incidence, il ressort qu'en Seine-Saint-Denis, environ un quart des malades bénéficient d'une reconnaissance médicale de leur maladie (proportion comparable en Île-de-France et en France métropolitaine). Une étude francilienne, réalisée en 2009, montre que sur 100 malades diagnostiqués relevant du régime général, 60 sont admis en ALD et 40 sont des malades traités par un médicament spécifique de la maladie d'Alzheimer mais non déclarés en ALD.

Cette reconnaissance en ALD n'est donc pas systématique chez les malades Alzheimer diagnostiqués.

Nombre annuel moyen de décès par maladie d'Alzheimer et taux brut de mortalité selon le sexe et l'âge en 2008-2010

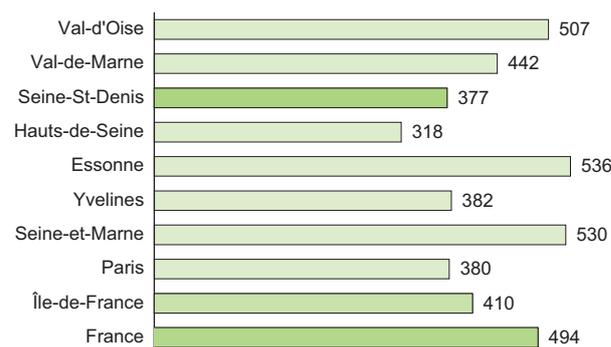
Hommes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F. métro.
	Nombre	Taux*	Taux*	Taux*
65-74 ans	5	13,3	10,9	13,5
75-84 ans	25	108,3	107,0	128,4
85 ans ou plus	28	501,1	515,2	581,1
Total	59	8,0	10,1	16,5
Femmes	Seine-Saint-Denis		ÎdF	F. métro.
	Nombre	Taux**	Taux**	Taux**
65-74 ans	5	10,8	12,1	13,8
75-84 ans	40	110,6	116,1	150,7
85 ans ou plus	81	563,0	706,3	799,2
Total	126	16,2	24,8	39,1

*Nombre annuel moyen de décès pour 100 000 hommes

** Nombre annuel moyen de décès pour 100 000 femmes

Sources : Inserm CépiDc, Insee RP2009 - Exploitation ORS Île-de-France

Taux* standardisé d'ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences en 2012 (données du régime général)



* taux pour 100 000 personnes

Sources : CnamTS - Exploitation ORS Île-de-France

Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD n°15, selon le sexe et l'âge, en Seine-Saint-Denis entre 2009 et 2011

	Hommes	Femmes	Ensemble
65-74 ans	52	55	107
75-84 ans	121	262	383
85 ans ou plus	71	274	345
Total	261	609	870

Sources : CnamTS, MSA, Canam - Exploitation ORS Île-de-France

Pour le diagnostic et le suivi thérapeutique de la maladie d'Alzheimer en Seine-Saint-Denis en médecine de ville, les calculs montrent une densité de médecins généralistes (rapportée au nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus) supérieure à la moyenne nationale, du fait du nombre relativement faible de personnes âgées dans le département. Cependant la très faible densité des médecins généralistes au regard de l'ensemble de la population limite leur disponibilité envers les personnes âgées. En ce qui concerne les neurologues et surtout les psychiatres libéraux, l'offre départementale est très faible.

Pour les malades demeurant à domicile, l'offre de proximité pour des soins quotidiens est relativement peu développée : les places

en services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), mais surtout les effectifs d'infirmiers libéraux rapportés à la population âgée, sont en deçà des moyennes nationale et régionale.

Pour les malades et leur entourage, l'offre en places d'accueil de jour (100 places pour l'ensemble du département) est relativement faible.

Le département est également un des plus mal pourvus d'Île-de-France, en hébergement pour personnes âgées (places d'hébergement temporaire, places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Ehpad -, places en unités de vie spécifiques pour malades Alzheimer).

Maladies d'Alzheimer et apparentées : principaux intervenants sanitaires et médico-sociaux en Seine-saint-Denis

L'offre pour le diagnostic et le suivi thérapeutique	Généralistes libéraux		Neurologues libéraux		Psychiatres libéraux		Consultations mémoire 2013
	effectif	taux (1)	effectif	taux (1)	effectif	taux (1)	
Seine-Saint-Denis	1 035	12,8	10	0,1	38	0,5	6
Île-de-France	10 080	13,2	105	0,1	1 661	2,2	58
France métropolitaine	61 947	11,1	507	0,1	5 077	0,9	-

L'offre pour les malades qui demeurent à domicile	Clic nb 2013	Réseaux géronto. nb 2013	Ssiad		Infirmiers libéraux		Kiné. libéraux		Accueil de jour		Hébergement temporaire	
			places 2012	taux (1)	effectif	taux (1)	effectif	taux (1)	places (2,3)	taux (1)	places (2,3)	taux (1)
Seine-Saint-Denis	7	2	1 798	21,0	848	10,5	730	9,0	120	1,5	108	1,3
Île-de-France	67	21	15 988	20,3	8 502	11,1	10 154	13,3	1 556	2,0	1 059	1,4
France métropolitaine	-	-	113 493	19,7	92 803	16,6	59 360	10,6	11 853	2,1	9 392	1,7

L'hébergement permanent en établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

	Places (2,3)	Unités de soins longues durées USLD (2)	Taux 2013 (4)
Paris	5 062	1 364	37,9
Seine-et-Marne	9 489	353	128,2
Yvelines	8 143	438	86,7
Essonne	7 049	583	95,0
Hauts-de-Seine	9 283	593	84,9
Seine-Saint-Denis	4 711	357	60,2
Val-de-Marne	5 124	937	64,9
Val-d'Oise	6 043	478	95,9
Île-de-France	54 904	5 103	76,2
France métropolitaine	541 708	31 937	99,6

(1) Nombre pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus

(2) Capacités installées

(3) Bien que les sources d'information et les périodes soient différentes pour l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et les places en Ehpad entre d'une part l'Île-de-France et les huit départements (source ORS) et d'autre part la France métropolitaine (source Drees/Drass), les tendances restent inchangées.

(4) total de (lits en EHPAD+ places USLD) pour 1000 personnes de 75 ans ou plus

Sources : RP 2010 (Insee), DREES - ARS - ADELI - FINESS - ASIP-RPPS, traitements DREES, DGOS pour les consultations mémoire, ARS Ile-de-France pour les Ssiad franciliens qui incluent les services polyvalents d'aide et de soins à domicile-Spasad (non compris les places dédiées aux moins de 60 ans handicapés ou aux personnes souffrant du VIH), Conseils généraux pour les Clic et les réseaux gérontologiques

Point sur le plan Alzheimer 2008-2012

La mesure n°4 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la labellisation sur tout le territoire de Méthode d'action et d'intégration des services d'aide et de soins du champ de l'autonomie (Maia).

La Maia est une méthode de travail innovante qui aide à orienter et à offrir à toute personne âgée en perte d'autonomie la bonne prestation, au bon moment par le bon acteur. Les Maia ont été créées pour dépasser la démarche de coordination déjà présente localement (CLIC, réseaux...) et aller vers un décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social. Par ailleurs, les Maia introduisent un nouveau professionnel dédié à l'accompagnement intensif des personnes âgées en situation complexe : les gestionnaires de cas.

En 2014, 31 Maia sont autorisées en Île-de-France. La Seine-Saint-Denis compte 3 Maia dont les territoires d'intervention couvre tout le département.

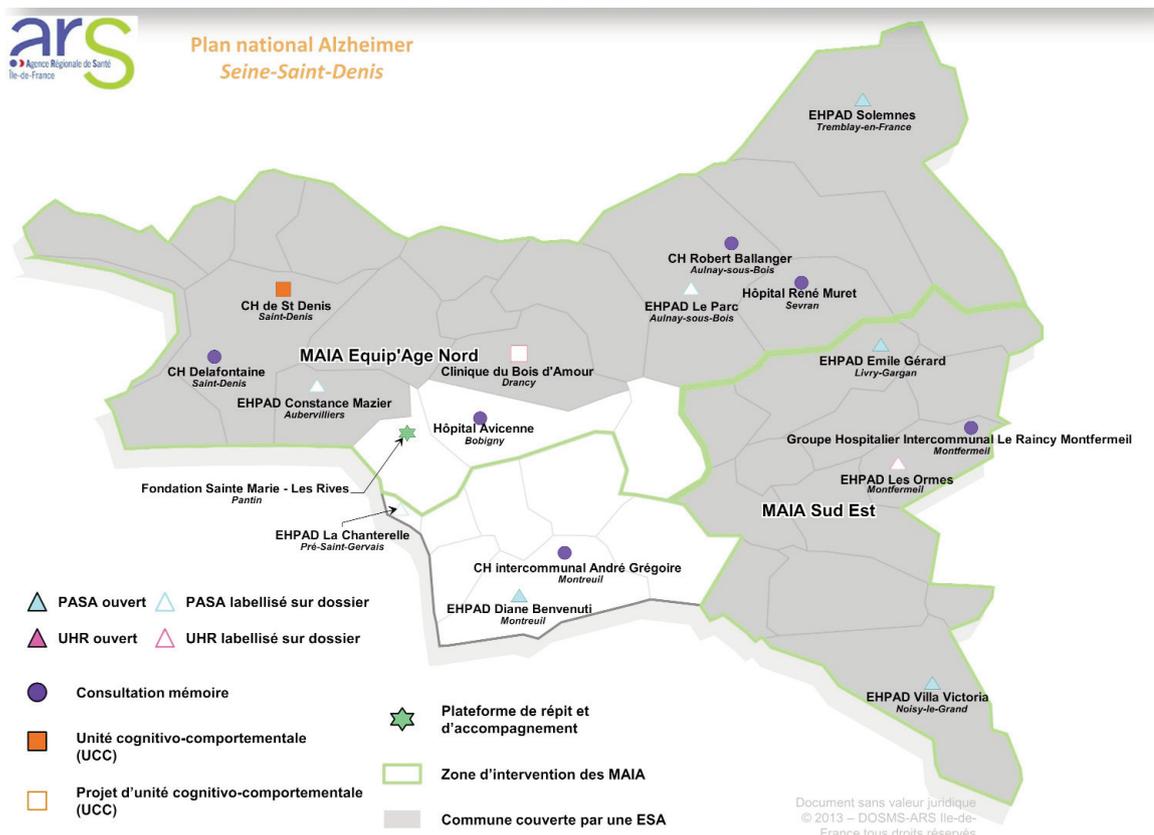
La mesure n°6 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoit la mise en place d'Equipes spécialisées Alzheimer à domicile (Esa). Ces équipes réalisent des séances de soins de réhabilitation et d'accompagnement permettant à la personne de vivre à son domicile si elle le désire. Ces séances sont assurées par des équipes de professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ergothérapeute, psychomotricien...), assurant une prise en charge non médicamenteuse et adaptée à leurs besoins. En Île-de-France, 66 Esa ont déjà été autorisées, dont 4 en Seine-Saint-Denis.

La mesure n°16 du plan Alzheimer 2008-2012 : création de Pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa). C'est un lieu de vie au sein

d'un EHPAD, doté d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure. Il propose et organise durant la journée, des activités sociales et thérapeutiques pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, ayant des troubles du comportement modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents. Le plan national prévoit la création de 257 Pasa en Île-de-France. En février 2014, 92 Pasa franciliens ont été labellisés dont 10 en Seine-Saint-Denis. A terme il est prévu l'ouverture de 24 Pasa dans le département.

La mesure n°17 du plan Alzheimer 2008-2012 : création d'Unités cognitivo-comportementales (UCC). C'est une unité de 10 à 12 lits au sein d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Elle a pour objectif de stabiliser les troubles de comportement, grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale, d'assurer les soins des troubles à l'origine de la situation de crise, en absence d'une indication en court séjour (hors psychiatrie) ou en réanimation. En 2014, 18 UCC ont été autorisées en Île-de-France, 14 ont été ouvertes. En Seine-Saint-Denis, il y a 1 UCC et une autre devrait ouvrir en 2015.

La mesure n°1B du plan Alzheimer 2008-2012 : création de plateformes d'accompagnement et de répit. C'est un dispositif qui offre une palette diversifiée de solutions de répit pour les aidants de malades Alzheimer. Cette plateforme est portée par un accueil de jour d'au moins 10 places, autonome ou adossé à un Ehpad. En 2014, 21 plateformes d'accompagnement et de répit ont été autorisées. Il y en a 1 en Seine-Saint-Denis.



Contexte national

La consommation d'alcool a connu, en France, une baisse très importante au cours des dernières décennies, imputable essentiellement à la diminution de la consommation de vin. Ainsi les consommations estimées d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus, sont passées de 26 litres en 1961 à 12,3 litres en 2009 [1]. Cependant, deux éléments tempèrent ce constat positif : la France reste dans le peloton de tête des pays de l'Union européenne les plus consommateurs et, depuis les cinq dernières années, les consommations d'alcool pur par habitant sont restées pratiquement stables [2].

Les modes de consommation d'alcool sont très variables selon l'âge, le sexe et la génération. Selon le Baromètre santé 2005, la consommation quotidienne est plus répandue chez les personnes plus âgées (33 % des 55-75 ans contre 3 % des 20-25 ans). A l'inverse, les ivresses sont plus fréquentes chez les jeunes (35 % des 20-25 ans déclarent avoir été ivres dans l'année contre 3 % des 55-75 ans). De plus, chez les jeunes, les modes de consommation semblent se modifier : la consommation régulière d'alcool comme la fréquence des ivresses et le "binge drinking" semblent avoir augmenté. Ainsi la consommation régulière d'alcool (au moins 10 fois par mois) concerne 9% des filles en 2007 contre 4% en 2003 et 18% des garçons en 2007 contre 10% en 2003. Les ivresses régulières (au moins 10 ivresses au cours des 12 derniers mois) ont augmenté de 2% en 2003 à 3 % en 2007 chez les filles et de 3% à 4% chez les garçons [3]. Si, chez les plus âgés, la consommation quotidienne comme les ivresses restent deux à trois fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, les différences entre sexe semblent se réduire chez les plus jeunes [4, 5].

Les conséquences de la consommation excessive et/ou prolongée d'alcool sur la santé sont considérables. L'alcool provoque ou favorise de très nombreuses pathologies : cancers, affections digestives, pathologies cardio-vasculaires, troubles mentaux... On considère généralement que l'augmentation du risque de maladies graves et de décès liés à la consommation d'alcool apparaît au-delà de 20 grammes d'alcool pur par jour chez la femme (2 verres de boissons alcoolisées) et 30 grammes chez l'homme (3 verres) [6]. Mais pour les cancers, de plus en plus d'études montrent une augmentation linéaire du risque avec la dose d'alcool apportée par les boissons, sans effet de seuil [7]. En 2007, en considérant uniquement les seules pathologies les plus directement liées à sa consommation, on estime l'alcool responsable, en France hexagonale d'environ 20 000 décès chaque année (15 500 hommes et 4 500 femmes) [8]. Dans la population des 45 à 64 ans, ces pathologies représentent 12% du total des décès.

D'autres estimations prenant en compte l'ensemble des pathologies et causes de décès attribuables à l'alcool font état de 30 000 décès annuels [9]. Au cours des dernières décennies, la mortalité principalement liée à l'alcool a connu en France un recul très important. Ainsi, entre 1980 et 2007, la mortalité par cirrhose du foie (dont plus de 80 % est due à la consommation excessive d'alcool) a reculé de 50%, et la mortalité par troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool d'environ 15% [8].

L'alcool accroît également de façon importante le risque de mort violente de toute nature : accident, chute, suicide, homicide... [4] En 2007, le nombre de morts liés à la consommation d'alcool était estimé à 1 200 sur 4 300 décès par accidents de la circulation. Bien que ce dernier chiffre soit en constante diminution [9], le nombre d'accidents mortels qui met en cause la conduite sous l'influence d'alcool ne semble pas avoir significativement diminué, faisant de l'alcool le premier facteur en cause de mortalité par accident de la circulation, avec un très fort effet dose : le risque est multiplié par 6 lorsque le taux d'alcoolémie du conducteur atteint 0,2 gramme d'alcool par litre de sang et par 39 quand il est compris entre 0,5 et 0,8 gramme par litre [10].

La consommation d'alcool pendant la grossesse constitue un risque important et largement sous-diagnostiqué pour l'enfant à naître [12]. La fréquence du syndrome d'alcoolisation fœtale sous ses formes graves serait de 1 à 2 pour 1 000 naissances dans les pays développés, ce qui représenterait en France entre 800 et 1 600 cas chaque année sur les 800 000 naissances enregistrées [6].

La politique de prévention du risque alcool s'inscrit actuellement dans le cadre de différents plans gouvernementaux, notamment le plan Mildt³ 2008-2011, le plan cancer 2009-2013 et le deuxième Programme national nutrition santé [11-14]. Les recommandations en matière de prévention et d'information du grand public issues de ces plans ne sont pas toujours comparables, ce qui contribue à brouiller les messages de prévention qui restent, de ce fait, peu lisibles [15].

La majorité des patients en difficulté avec l'alcool sont pris en charge par le dispositif sanitaire général, médecine de ville et hôpital. Une prise en charge spécifique est offerte par les dispositifs médico-sociaux spécialisés : antennes départementales de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), structures hospitalières de soins en addictologie.

Repères bibliographiques et sources

1. Site internet de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, données nationales, séries statistiques : www.ofdt.fr
2. Global status report on alcohol and health . 2011 www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report
3. Stéphane Legleye, Stanislas Spilka Olivier Le Nézet, Christine Hassler et Marie Choquet Alcool, Tabac et cannabis à 16 ans : Evolutions, usages récents, accessibilité et modes de vie. Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD. Tendances 64 Janvier 2009
4. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Sous la direction de P. Guilbert et A. Gautier. INPES, 2006, 170 p. (Coll. Baromètres Santé)
5. Memento alcool édition 2010 Ireb, données issues de l'enquête Irdes Esps 2002 à 2008
6. Alcool. Effets sur la santé. Ed. Inserm, 2001, 358 p. (Coll. Expertise Collective)
7. Alcool et cancer, état des connaissances en date du 20 janvier 2011, Institut national du cancer, 8 p.
8. Drogues chiffres clés 3^{ème} édition Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Juin 2010 www.ofdt.fr
9. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2007, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
10. B. Laumon, B. Gadegbku, J.L. Martin, M.B. Biecheler-Fretel Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM). Synthèse des principaux résultats, Groupe SAM, UMRETTE, OFDT, 2005, 39 p.
11. Juliette Bloch, Christine Cans, Catherine De Vigan, Ludvine de Brosse, Bérénice Doray, Béatrice Larroque, Isabelle Perthus. Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation fœtale. France, 2006-2008 BEH 10 mars 2009 / n° 10-11 2009 / no 10-11
12. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2008-2011. Mildt. <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-20082011/>
13. Le Plan cancer 2009-2013 : <http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013>
14. les rapports de la documentation française. : Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010
15. Analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool, Note, Le Haut Conseil en santé publique Juillet 2009

¹ **Binge drinking** : anglicisme que l'on peut traduire par "intoxication alcoolique aiguë".
² Pour cette estimation, les décès liés à l'alcool regroupent les décès par cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme et cancers des VADS comprenant les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, de l'oesophage et du larynx.

³ **Mildt** : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > En 2010, 12,9% des Séquano-Dionysiens déclarent ne jamais avoir consommé d'alcool. Ce pourcentage est supérieur à celui d'Île-de-France et à celui de France métropolitaine.
- > Le taux d'interpellations pour ivresse sur la voie publique en Seine-Saint-Denis est nettement inférieur à celui d'Île-de-France et de France métropolitaine.
- > Le département présente, à structure par âge comparable, des taux comparatifs de mortalité pour les pathologies liées à l'alcool supérieurs aux taux franciliens et nationaux.

Selon le baromètre santé 2010, 12,9% des Séquano-Dionysiens déclarent ne jamais avoir consommé d'alcool.

Ce pourcentage est nettement supérieur à celui d'Île-de-France et à celui de France métropolitaine (respectivement 7,9% et 5,7%). 39,9% des Séquano-Dionysiens déclarent avoir consommé de l'alcool une fois par semaine ou plus au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est moins élevée qu'en Île-de-France ou en France métropolitaine. La différence est nettement plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

La consommation d'alcool à risque⁴ est moins importante en Seine-Saint-Denis qu'aux niveaux régional ou national. Cette différence s'observe plus chez les femmes que chez les hommes. En effet les Séquano-Dionysiennes sont seulement 1,9% à avoir une consommation d'alcool à risque alors qu'elles sont 8,7% en Île-de-France et 7,7% en France métropolitaine.

En 2008, le niveau de consommation d'alcool des jeunes de 17 ans de Seine-Saint-Denis est significativement inférieur à celui mesuré en Île-de-France ou en France métropolitaine.

Les jeunes Séquano-Dionysiennes de 17 ans déclarent un usage régulier d'alcool inférieur et moins d'épisodes répétés d'usage d'alcool sévère (au moins trois dans l'année) que leur homologues masculins et par contre des ivresses répétées comparables.

En 2010, on dénombre un peu plus de 1 000 interpellations pour ivresse sur la voie publique en Seine-Saint-Denis soit un taux de 10,7 interpellations pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans. **Ce taux est nettement inférieur à celui d'Île-de-France (15,9) et de France métropolitaine (19,9), plaçant le département au 89^{ème} rang de l'ensemble des départements.**

La part des accidents corporels avec alcoolisation sur l'ensemble des accidents corporels avec taux d'alcoolémie connu est plus faible en Seine-Saint-Denis (3,9%) qu'en France et Île-de-France et place le département au 100^{ème} rang des départements de France. Ces données ne concernent pas spécifiquement des Séquano-Dionysiens mais des faits survenus en Seine-Saint-Denis.

Accidents corporels avec alcoolisation en 2010

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métr.	Rang du dept. sur l'ensemble des depts.
Nombre	70	1 003	6 081	28
Part (en %)*	3,9	6,9	11	100

Sources : Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière (ONISR)
* Part des accidents corporels avec alcool dans l'ensemble des accidents corporels avec taux d'alcoolémie connu

Consommation d'alcool chez les 15 - 85 ans en 2010 (en %)

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métr.
Déclare ne jamais avoir consommé d'alcool	12,9	7,9	5,7
Hommes	9,6	5,8	3,8
Femmes	16,0	9,9	7,5
Déclare avoir consommé de l'alcool 1 fois par semaine ou plus au cours des 12 derniers mois	39,9	44,9	48,0
Hommes	55,1	55,4	62,3
Femmes	25,4	35,3	34,8
Déclare avoir été ivre au moins une fois au cours de la vie	38,7	47,9	50,5
Hommes	53,7	63,4	69,6
Femmes	24,6	33,6	32,9
Nombre moyen d'ivresses déclarées au cours des 12 derniers mois (si < 76 ans)	0,9	3,1	2,4
Consommation d'alcool à risque⁴	8,1	13,9	14,6
Hommes	14,7	19,6	22,1
Femmes	1,9	8,7	7,7

Sources : Baromètre santé 2010 (Inpes) - Exploitation ORS Île-de-France
⁴ : Test de l'Audit C⁵ Risque ponctuel, chronique ou de dépendance

Consommation d'alcool à 17 ans en 2008 (%)

	Seine-Saint-Denis			IDF	France
	Garçons n=458	Filles n=477	Total n=935	n=5 995	n=39 542
Usage régulier d'alcool ⁵	5	2*	3	7*	8,9*
Épisodes répétés d'usage d'alcool ⁶ ponctuel sévère	10	5*	7	15*	19,7*
Ivresse répétée ⁶	12	8	10	20*	25,6*

Source : OFDT - Escapad 2008

* si différence significative entre les niveaux d'usage des filles et des garçons en Seine-Saint-Denis, entre ceux observés en IDF et en Seine-Saint-Denis et entre ceux observés en France et en Seine-Saint-Denis. Test du Chi-2 au seuil de 5%
⁵ : plus de 10 fois dans le mois
⁶ : plus de 3 fois dans année

Interpellations pour ivresse sur la voie publique en 2010

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métr.	Rang du dept. sur l'ensemble des depts.
Nombre	1 028	12 117	80 103	22
Taux*	10,7	15,9	19,9	89

Sources : DGP/N/DGPN/PP - Exploitation ORS Île-de-France
* Taux pour 10 000 personnes de 20 à 70 ans

Consultation dans les CCAA⁷ en 2010

Nombre de consommateurs venus consulter dans l'année

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métro.	Rang du dept. sur l'ensemble des depts.
Nombre	4 441	18 992	140 701	2
Taux **	4,6	2,5	3,5	31

Sources : OFDT

: Centres de cure ambulatoire en alcoologie

** Taux pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans

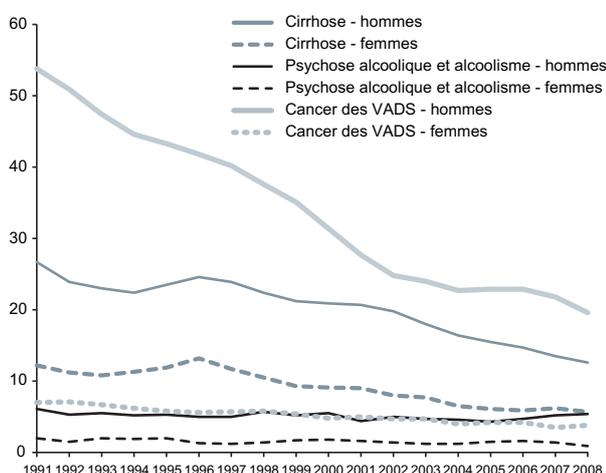
4 441 Séquano-Dionysiens sont venus consulter dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2010, soit un taux de 4,6 pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans, nettement supérieur à ceux d'Île-de-France et de France métropolitaine (respectivement 2,5 et 3,5).

De nombreuses pathologies sont imputables à une consommation excessive d'alcool. Les principales sont les cirrhoses du foie, les psychoses alcooliques et l'alcoolisme et les cancers des voies aéro-digestives supérieures (liés également à la consommation de tabac). **L'ensemble de ces pathologies a causé le décès de 285 Séquano-Dionysiens en moyenne chaque année entre 2007 et 2009.** Les hommes représentent 78% de ces décès. Une part importante de ces décès (63%) survient avant 65 ans.

La Seine-Saint-Denis présente, à structure par âge comparable, des **taux comparatifs de mortalité pour ces pathologies supérieurs aux taux franciliens mais inférieurs aux taux nationaux chez les hommes. Par contre, chez les femmes, la Seine-Saint-Denis présente des taux supérieurs à l'Île-de-France et à la France métropolitaine pour les cirrhoses du foie et les cancers des VADS.**

Par ailleurs, ces taux ont diminué depuis le début des années 90, notamment chez les hommes.

Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par maladies liées à l'alcool entre 1990-1992 et 2007-2009 en Seine-Saint-Denis



Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

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

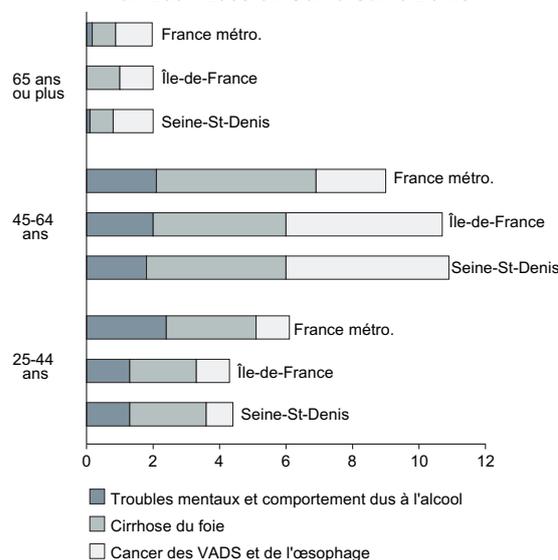
Nombre annuel de décès par pathologies liées à l'alcool en 2007-2009 en Seine-Saint-Denis

	Hommes		Femmes	
	Mortalité générale	Mortalité prématurée < 65 ans	Mortalité générale	Mortalité prématurée < 65 ans
Cirrhose du foie	54	39	26	19
Psychose alcoolique et alcoolisme	38	32	7	5
Cancer des VADS ⁸	130	77	31	14
Total	221	148	64	38

Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

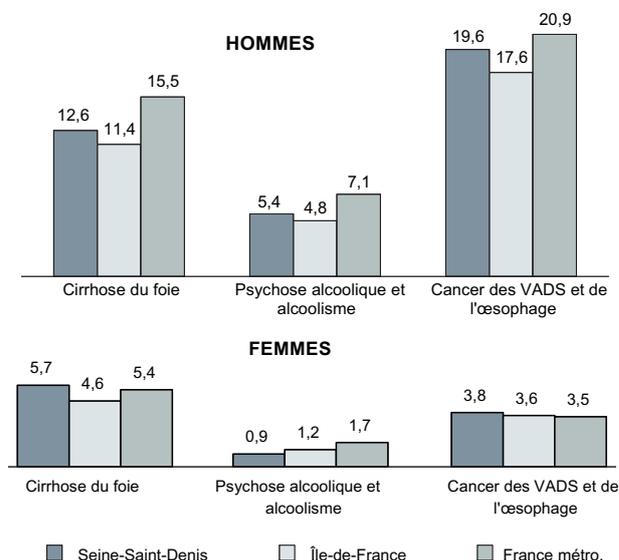
⁸ : VADS Voies aéro-digestives supérieures regroupant cavité buccale, larynx, pharynx et œsophage

Part des pathologies liées à l'alcool dans la mortalité générale en fonction de l'âge en 2007-2009 en Seine-Saint-Denis



Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

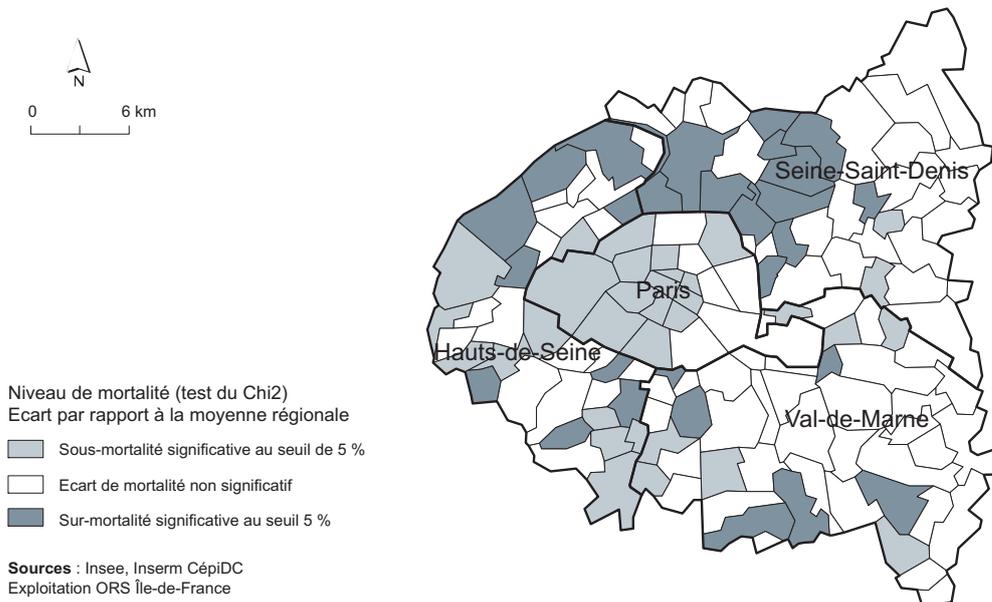
Taux comparatifs de mortalité par pathologies liées à l'alcool en 2007-2009



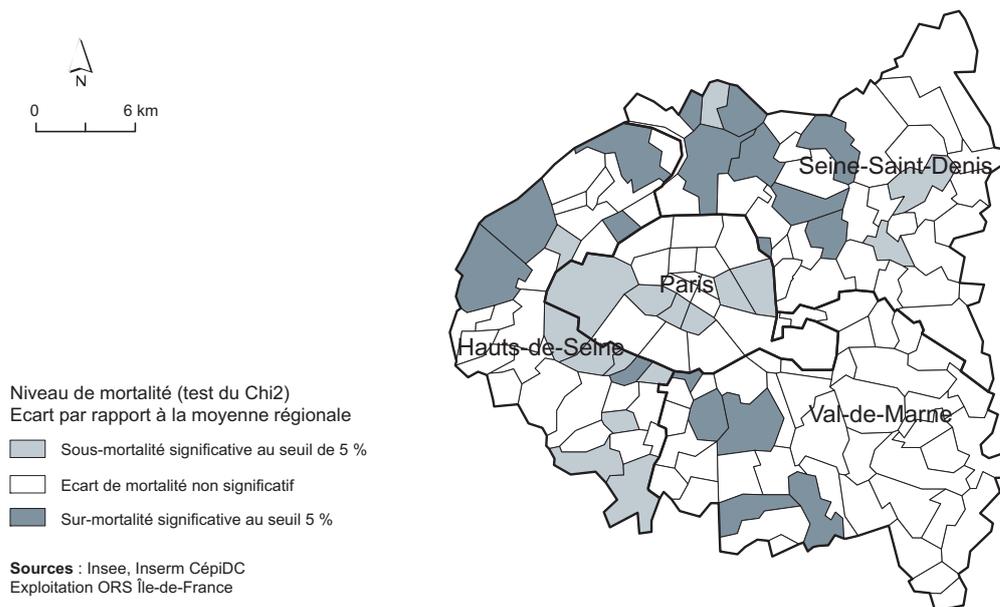
Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

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

Niveau de mortalité alcoolique⁹ chez les hommes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



Niveau de mortalité alcoolique⁹ chez les femmes dans les arrondissements parisiens et les communes de proche couronne - période 2004-2007



⁹ Regroupement de trois causes de décès ayant l'alcool pour principal facteur de risque :
 - cirrhose du foie,
 - psychose alcoolique
 - cancers des VADS.

Contexte national

Après une longue période d'augmentation au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, les achats de tabac ont diminué en France au début des Années 1990 (- 3,4 % par an entre 1991 et 2005 en volume). Entre 2003 et 2004, la baisse a été considérable (-5,7% en un an) suite à une forte hausse des prix [1]. Mais, depuis cette date, les achats de tabac se sont stabilisés et ont même marqué une reprise en 2009 (+2%) [2].

La prévalence du tabagisme dans la population est appréhendée à travers des enquêtes de consommation. Entre 2000 et 2005, la prévalence du tabagisme quotidien chez les Français de 15-75 ans a nettement diminué. Mais le nombre de " gros fumeurs " est resté stable [3]. Entre 2005 et 2010, on observe en revanche un accroissement de la proportion de fumeurs quotidiens, passant de 26,9% à 28,7%, alors que la proportion des gros fumeurs est plutôt en diminution, ainsi que les quantités fumées [3].

En Europe, la France se situe à un niveau moyen de consommation, les positions extrêmes en 2004 étaient le Portugal (16%) et l'Autriche (36%)[4].

Les habitudes de consommation varient beaucoup avec l'âge. La proportion de fumeurs quotidiens augmente progressivement et atteint son maximum à 20-25 ans chez les femmes (38,2% en 2010), et à 26-34 ans chez les hommes (46,7 % en 2010), puis décroît au-delà de cet âge. Les hommes fument plus que les femmes à tout âge et de plus grandes quantités [5]. En 2010, c'est le cas même chez les 15-19 ans (25,7% de consommateurs réguliers chez les garçons contre 20,1% chez les filles) alors qu'en 2005 la différence n'était pas perceptible dans cette tranche d'âge [3]. Entre 2005 et 2010, la consommation quotidienne de tabac augmente sensiblement chez les femmes âgées de 45 à 64 ans. On observe, par ailleurs, une augmentation du tabagisme dans certaines populations en situation de précarité sociale, notamment les chômeurs et les moins diplômés, accentuant de ce fait les contrastes sociaux de la prévalence du tabagisme entre 2005 et 2010.

Les conséquences du tabagisme sur la santé sont considérables. En 2000, le nombre annuel de décès attribués au tabagisme a été estimé en France à 60 500. Les seuls décès par cancers attribuables au tabac sont estimés à 37 000 en 2006 [6, 7]. Les fumeurs ont un risque accru de cancer du poumon, des voies aérodigestives supérieures, de la vessie, du rein et du pancréas. Les hommes sont beaucoup plus touchés que les femmes par ces cancers : on estime qu'environ 33% des cancers chez les hommes et 10% chez les femmes seraient attribuables au tabac. Mais, ces écarts diminuent, la morbidité et la mortalité par cancer d'origine tabagique diminuant chez l'homme et augmentant chez la femme. Outre les cancers, les pathologies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires chroniques sont également plus fréquentes chez les fumeurs [8, 9, 10, 11].

Chez les femmes, les risques cardio-vasculaires liés au tabac sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux.

Les risques du tabagisme passif sont non négligeables : prématurité et hypotrophie pour les nouveau-nés exposés lors de la grossesse au tabagisme de leur mère, affections ORL pour les jeunes enfants exposés au tabagisme de leurs parents, cancer du poumon et maladies cardio-vasculaires pour les adultes. L'exposition au tabagisme durant la période pré et postnatale accroît les risques de mort subite du nourrisson [12]. L'évolution de la consommation de tabac dépend étroitement des politiques publiques. En France, la " loi Veil " de 1976 et la " loi Evin " de 1991 ont constitué des étapes importantes dans la lutte contre le tabagisme. La " loi Evin " (hausse des prix, interdiction de fumer dans les lieux collectifs, interdiction de la publicité) s'est traduite par une forte diminution des ventes depuis 1992.

La limitation de l'accès au produit avec la poursuite de l'augmentation du prix du tabac est un autre axe de ces politiques publiques. La forte hausse des prix observée entre 2002 et 2004 (+42%) a été immédiatement suivie d'une forte baisse de la consommation. La hausse des prix, plus modeste les années suivantes, n'a pas permis de prolonger la diminution de la consommation qui stagne depuis 2005 et semble même repartir à la hausse en 2009.

La dénormalisation de l'usage (interdiction de fumer dans les lieux publics) et l'encouragement à l'arrêt du tabac (consultations de tabacologie avec plus de 500 consultations de tabacologie en France métropolitaine en janvier 2007), l'accès plus large aux substituts nicotiques, notamment avec le remboursement des substituts nicotiques et du Champix[®] à hauteur de 50 euros par an et par personne depuis 2007) auront probablement contribué à limiter la récente hausse de la consommation [13, 14]. Cette tendance à la hausse de la consommation de tabac est indirectement confirmée par des ventes des traitements d'aide à l'arrêt et des substituts nicotiques (patchs, Zyban, Champix) qui sont, en 2010, plutôt orientées à la baisse par rapport à 2007, à l'exception des substituts nicotiques oraux dont les ventes progressent [15].

Repères bibliographiques et sources

1. Consommation de tabac : la baisse s'est accentuée depuis 2003. D. Besson, Insee Première, Insee, n° 1110, décembre 2006, 4 p.
2. Données sur les ventes de cigarettes et de tabac 1990-2009 : http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00006.xhtml
3. Premiers résultats du baromètre santé 2010 : Evolutions récentes du tabagisme en France. Baromètre 2010 <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-%20sante-2010.pdf>
4. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes. Enquête HIS, exercice 2004 http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/main_tables
5. Drogues chiffres clés 3ème édition Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Juin 2010 www.ofdt.fr
6. Peto R., et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000, 2nd ed, CTSU (University of Oxford), 2004
7. Hill C., Doyon F., Moussanif A., Evolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006, Institut de veille sanitaire, 2009, 272 p.
8. Catherine Hill, Eric Jouglu, François Beck. Le point sur l'épidémie de cancer du poumon du au tabagisme. BEH 19-20 /25 mai 2010. http://www.invs.sante.fr/beh/2010/19_20/beh_19_20_2010.pdf
9. Plan cancer, prévention mesure 10 Cancers et tabac chez les femmes mai 2010, http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Livrables/axe3/FRepere_femme_tabac_3.pdf
10. Plan cancer, prévention mesure 10. Cancers et tabac septembre 2010, http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Livrables/axe3/freperetabac_2010.pdf
11. Le tabac : la première cause de cancer évitable en France. INCa, 2006, 12p.
12. Risques du tabagisme passif. J. Trédaniel. Dans L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Paris, 8-9 octobre 1998, Anaes, AP-HP, Ed. EDK, 1998, pp. 74-80
13. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2008-2011. Milt. <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-20082011/>
14. Le Plan cancer 2009-2013 <http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013>. Journée mondiale sans tabac. Numéro thématique. InVS. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 22-23, mai 2003, pp. 97-108
15. http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_10bil.pdf, Bilan de l'année 2010. Tabagisme et arrêt du tabac en 2010

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- En 2010, selon le Baromètre santé, 30% des Séquano-Dionysiens déclarent fumer, même occasionnellement, et 27,1% déclarent fumer quotidiennement.
- Par sexe et à structure par âge comparable, les pathologies liées au tabac sont plus fréquentes en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France et en France.

En 2010, selon le Baromètre santé, **30% des Séquano-Dionysiens déclarent fumer même occasionnellement** (34,3% des hommes et 26% des femmes) et **27,1% déclarent fumer quotidiennement**. Ces proportions sont légèrement inférieures aux niveaux régionaux et nationaux. Si la proportion de Séquano-Dionysiennes déclarant fumer quotidiennement est inférieure à celle d'Île-de-France et de France, en revanche la proportion de Séquano-Dionysiens déclarant fumer quotidiennement est supérieure à celle d'Île-de-France et de France métropolitaine. **L'âge moyen de la première cigarette en Seine-Saint-Denis est comparable à celui d'Île-de-France et de France métropolitaine.**

51,2% des Séquano-Dionysiens fumeurs présentent une dépendance (moyenne ou forte) à la cigarette. Le niveau de dépendance chez les hommes de Seine-Saint-Denis est comparable au niveau régional et national alors qu'il est supérieur chez les femmes de Seine-Saint-Denis.

Consommation de tabac chez les 15 - 85 ans en 2010 (en %)

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métr.
Déclare fumer, même occasionnellement	30,0	31,5	31,6
Hommes	34,3	35,3	35,5
Femmes	26,0	27,9	27,9
Déclare fumer quotidiennement	27,1	26,9	27,3
Hommes	31,2	30,0	30,8
Femmes	23,3	24,1	24,1
Âge moyen à la première cigarette	16,9	16,6	16,5
Hommes	16,7	16,2	16,0
Femmes	17,3	17,1	17,1
Dépendance* (moyenne ou forte) à la cigarette	51,2	48,9	51,9
Hommes	52,2	52,4	54,7
Femmes	49,8	45,0	48,8

Sources: Baromètre santé 2010 (Inpes) - Exploitation ORS Île-de-France
* Test de Fagerstrom

La consommation de tabac figure dans l'enquête ESCAPAD réalisée lors des "Journées d'appel à la préparation à la défense" effectuées par tous les jeunes (garçons et filles) dans leur dix-septième année. Selon cette enquête, **la proportion de jeunes fumeurs en Seine-Saint-Denis est de 20%** alors qu'elle est de 25% en Île-de-France et 29% en France métropolitaine.

Proportion de fumeurs quotidiens chez les jeunes de 17 ans en 2008 (en %)

	2008
Seine-Saint-Denis	20
Île-de-France	25
France métropolitaine	29

Sources: OFDT - Enquête Escapad 2008

Le nombre de cigarettes vendues en Seine-Saint-Denis est quasiment équivalent aux ventes au niveau national. Ainsi la Seine-Saint-Denis est au 49^{ème} rang des départements français pour la vente de cigarettes par habitants. Si l'on considère la vente de tabac à rouler, le département est au 91^{ème} rang. Ces données portent sur les ventes des buralistes Séquano-Dionysiens et non sur la consommation des habitants du département.

Ventes de cigarettes et de tabac à rouler en 2010

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métr.	Rang du dept. sur l'ensemble des depts.
Cigarettes				
En kilos	1 307 978	11 343 745	54 794 145	7
Par habitant (tous âge)	861	967	852	49
Tabac à rouler				
En kilos	71 428	673 892	7 581 245	44
Par habitant (tous âge)	47	57,5	117,9	91

Sources : Altadis Distribution

* : Pour les cigarettes, les unités sont depuis 2004 en kilos de tabac pour les chiffres totaux et de grammes par habitant pour les chiffres par habitant.
En ce qui concerne le tabac à rouler, les chiffres sont exprimés en kilos de tabac pour les chiffres totaux et en grammes de tabac par habitant pour les chiffres par habitant.

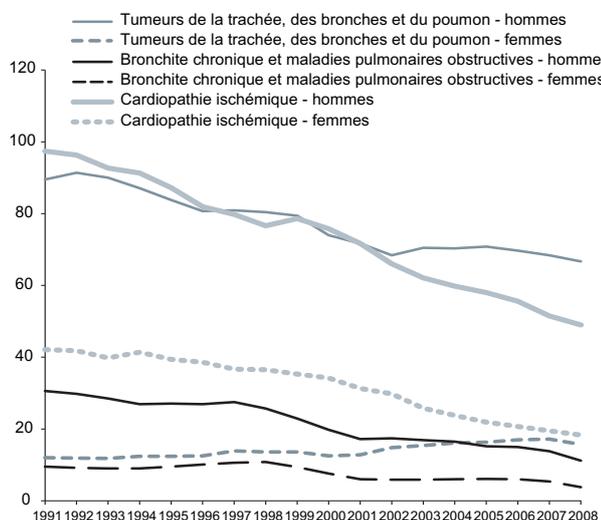
Parmi les nombreuses pathologies imputables au tabac, on distingue **les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives et les cardiopathies ischémiques**. Ces trois groupes de pathologies sont à l'origine du décès de plus de 1 198 Séquano-Dionysiens en moyenne chaque année entre 2007 et 2009. Le nombre de décès masculins est plus élevé que celui des décès féminins pour ces pathologies.

Avant 65 ans, si l'on considère la mortalité par ces trois pathologies imputables au tabac, les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon sont la cause de plus de la moitié des décès. Après 65 ans, les cardiopathies ischémiques deviennent la cause de mortalité liée au tabac la plus fréquente.

Par sexe et à structure par âge comparable, ces pathologies sont plus fréquentes en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France, à l'exception des tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon féminines qui sont plus élevées dans la région.

Depuis quinze ans, les taux comparatifs de mortalité ont diminué pour l'ensemble de ces pathologies et pour les deux sexes, sauf pour les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, en forte progression chez les femmes.

Evolution des taux comparatifs annuels de mortalité par pathologies liées au tabac entre 1990-1992 et 2007-2009 en Seine-Saint-Denis



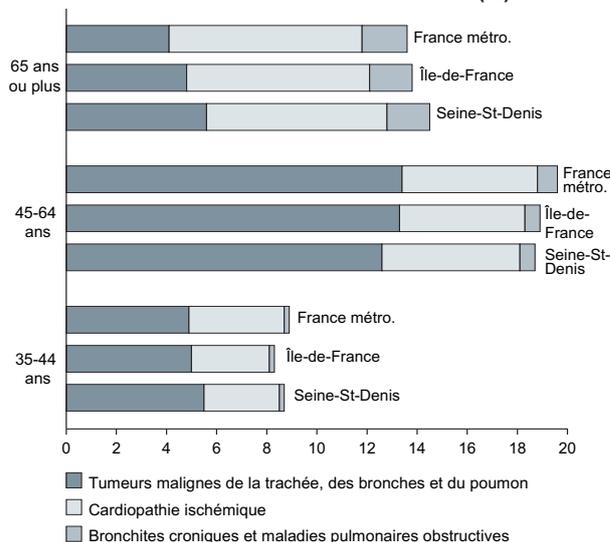
Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Nombre annuel moyen de décès par maladies liées au tabac en 2007-2009 en Seine-Saint-Denis

	Hommes		Femmes	
	Mortalité générale	Mortalité prématurée	Mortalité générale	Mortalité prématurée
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	436	180	128	59
Cardiopathie ischémique	314	89	208	18
Bronchites chroniques, maladies pulmonaires obstructives	69	4	43	1
Total	819	273	379	78
% du total des décès	68,4	22,8	31,6	6,5

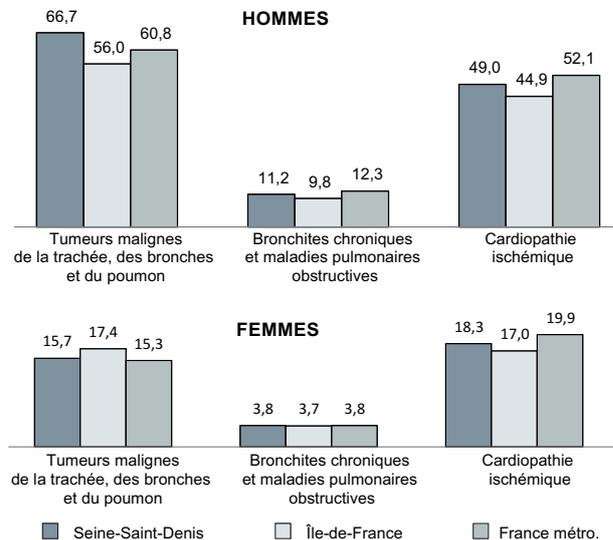
Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

Part des pathologies liées au tabac dans la mortalité générale en fonction de l'âge en 2007-2009 en Seine-Saint-Denis (%)



Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

Taux comparatifs de mortalité par pathologies liées au tabac en 2007-2009



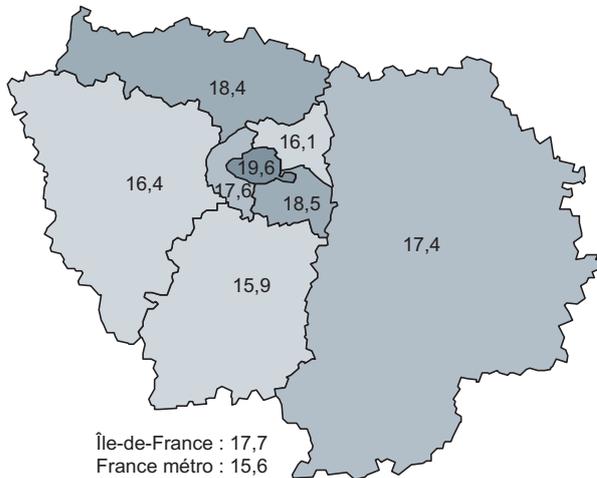
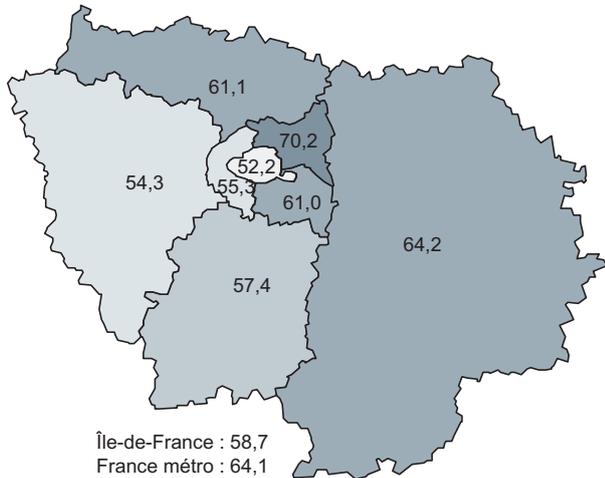
Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes du même sexe

Taux comparatifs de mortalité par cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon dans les départements d'Île-de-France en 2006-2008

(Nombre annuel de décès pour 100 000 personnes du même sexe*)

Hommes

Femmes

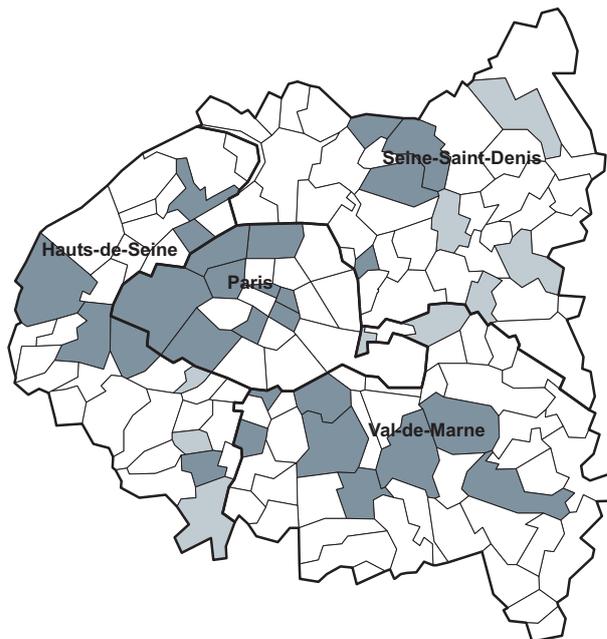
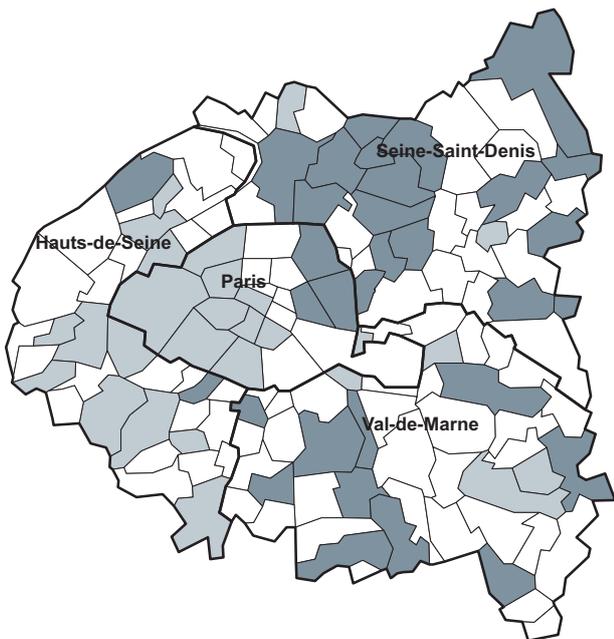


* Les taux sont standardisés sur la population européenne
Sources : Inserm CépiDc, exploitation ORS Île-de-France

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

Hommes

Femmes



- Sous-mortalité significative au seuil de 5 %
- Ecart de mortalité non significatif
- Sur-mortalité significative au seuil 5 %

Sources : Insee, Inserm CépiDc
Exploitation ORS Île-de-France

Contexte national

L'usage de drogues recouvre la consommation de produits licites (alcool, tabac, médicaments) et de produits illicites utilisés seuls ou sur un mode de polyconsommation.

Le cannabis est de loin la drogue illicite la plus accessible et la plus consommée. Mais après une décennie de forte hausse, on observe depuis 2000 une stabilisation de sa consommation. En 2010, 3,8 millions de personnes en France métropolitaine déclarent avoir consommé du cannabis dans l'année, principalement les jeunes de 18-25 ans. L'usage régulier concerne 1,2 million de personnes et l'usage quotidien 550 000 [1]. La France présente en 2005 un des niveaux de consommation, chez les jeunes scolarisés de 15-16 ans, les plus élevés d'Europe alors qu'elle occupait une position moyenne au milieu des années 1990 [2].

Les consommations de stimulants sont en augmentation : en 2010, 400 000 personnes ont consommé de la cocaïne et 150 000 de l'ecstasy dans l'année [1]. En 2005, les niveaux de consommation de cocaïne et d'ecstasy restent toutefois parmi les plus faibles de l'Union européenne [2]. En 2006 on estime entre 144 000 et 367 000 le nombre d'usagers de drogues par voie veineuse ou usagers réguliers d'opiacé ou cocaïne à problème [3].

Les effets du cannabis sur la santé sont de mieux en mieux identifiés. Il existe des présomptions sur son implication notamment dans la survenue de certaines pathologies psychiatriques et vasculaires, de cancers pulmonaires et des voies aéro-digestives supérieures. Depuis 2003, une rubrique "drogue" est apparue dans le fichier des accidents de la circulation routière mais reste encore peu exploitable en 2009 car elle n'est renseignée que dans un cas sur dix. A titre indicatif, en 2009, on recense 523 accidents corporels dont 118 accidents mortels (soit 3% d'entre eux) où au moins un conducteur a subi un test positif, que l'accident lui soit imputable ou non. Ces accidents "à présence cannabis" ont provoqué 128 décès (soit 3% de la mortalité routière). Mais, tous ne sont pas imputables au cannabis, ni directement, ni indirectement [4]. Parmi les usagers de drogues par injection, la prévalence de l'hépatite C se maintient à un niveau élevé (plus de 60%), alors que la prévalence du sida poursuit sa baisse entamée au début des années 1990. En 2008, 93 usagers de drogues par voie intraveineuse sont décédés du sida contre plus de 1 000 en 1994.

Le nombre de décès par surdose chez les consommateurs d'opiacés et les polyconsommateurs a aussi diminué entre les années 90 et 2004, passant de plus de 500 à 70, mais tend à ré-augmenter rapidement depuis avec 287 décès par surdoses en 2009 [5].

La prise en charge des toxicomanes repose sur le dispositif de soins généralistes (hôpitaux, médecins de ville, réseaux de santé) et sur un dispositif de soins spécialisés (établissements médico-sociaux). En 2011, près de 96 000 usagers de drogues ont eu recours aux établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention (CSAPA), les patients pris en charge pour des problèmes avec les opiacés/cocaïne et autres substances sont majoritairement des hommes (77,3%), l'âge moyen des personnes suivies est de 37,1 ans, 41,4% vivent d'une activité fixe et 76,5% occupent un logement durable [7]. En 2006, un peu plus de 100 000 personnes bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés, ce chiffre étant le résultat de la politique visant à rendre accessible dès le milieu des années 1990 les médicaments de substitution aux opiacés (MSO), qu'il s'agisse de la Buprénorphine haut dosage (BHD) ou de la méthadone. On estime ainsi à 120 000 le nombre de personnes traitées par MSO en 2007 avec – spécificité française – une nette prédominance de la BHD représentant 80% de l'ensemble [8].

La réduction des risques d'infections repose sur la mise à disposition de seringues, vendues en pharmacie notamment sous forme de Stéribox®, ou distribuées gratuitement dans le cadre de programmes d'échanges de seringues. Ces programmes sont gérés, depuis 2006, par les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD). Les échanges sont assurés par différents acteurs de soins et de prévention ou par des automates installés sur la voie publique.

Le plan 2004-2008 d'action contre les drogues, le tabac et l'alcool est un plan global, mis en œuvre sous l'égide de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et décliné dans chaque département. Le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions vient renforcer et coordonner les dispositifs existants, notamment en termes de soins hospitaliers (consultations et services d'addictologie, équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie, pôles de référence dans les CHU, réseaux ville-hôpital) [9, 10].

En matière de répression, la loi de 1970 constitue toujours le cadre légal. En 2009, 124 000 personnes ont été interpellées pour usage de cannabis (soit un taux de 49 pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans) et 11 204 pour usage d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy [5]. Depuis 2003, un dépistage du cannabis est obligatoire en cas d'accident mortel de la circulation, ou en cas d'accident corporel lorsque le conducteur est soupçonné d'avoir fait usage de stupéfiants [11]. En 2011, le nombre de décès imputables à une conduite sous l'emprise du cannabis a évolué dans les mêmes proportions que celui imputable à des conducteurs sous aucune influence, et celui imputable à une conduite sous emprise de l'alcool plus favorablement encore. Ces évolutions seraient essentiellement liées à la réduction des vitesses pratiquées suite au développement du Contrôle sanction automatisé (CSA). De fait l'ordre de 175 à 190 décès seraient aujourd'hui imputables à une conduite sous l'emprise du cannabis et 1 380 à une conduite sous l'emprise de l'alcool [12].

Repères bibliographiques et sources

1. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010.. F. Beck, R. Guignard, J-B. Richard, M-L. Tovar, S. Spilka. Tendances, OFDT, n° 76, juin 2010, 6 p.
2. Rapport annuel 2005 sur l'état du phénomène de la drogue en Europe. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Office des publications officielles des Communautés européennes, 2005, 90 p.
3. Rapport national 2011 (données 2010) à l'OEDT, point focal français du réseau REITOX France. Nouveaux développements, tendances et informations détaillées sur des thèmes spécifiques. OFDT
4. La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2009. La documentation française
5. Site internet de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, base d'information ILLIAD www.ofdt.fr
6. La prise en charge des consommateurs de drogues illicites ayant recours au système sanitaire et social. V. Bellamy. Document de Travail, Série Statistiques, Drees, n° 83, mai 2005, 34 p.
7. Recap 2010. OFDT
8. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Carnarelli T. Coquelin A., Tendances n°65 OFDT, mai 2009, 6p.
9. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Mildt. Ed. La Documentation française, 2004, 125 p.
10. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011. Ministère de la santé et de la solidarité, 2006, 19 p.
11. Loi n° 2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants. Journal Officiel de la République Française, 4 février 2003, 2 p.
12. Stupéfiants et accidents mortels (Projet SAM), B. Laumon, B. Gagebeku, J.L. Martin, avril 2011 OFDT

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Les jeunes Séquano-Dionysiens déclarent une consommation de produits psychoactifs inférieure à la moyenne nationale.
- > La Seine-Saint-Denis est le premier département français en terme d'interpellation pour usage de cannabis.
- > Le taux de recours aux Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) est passé de 20,9 pour 10 000 Séquano-Dionysiens âgés de 20 à 39 ans en 1997 à 57,7 en 2008.

La consommation de produits psychoactifs est déclarée lors des "Journées d'appel de préparation à la défense" (JAPD) effectuées par tous les jeunes (garçons et filles) dans leur dix-septième année pour l'enquête ESCAPAD. **Selon cette enquête, 31% des jeunes Séquano-Dionysiens ont expérimenté le cannabis, soit une proportion significativement inférieure aux moyennes nationale ou régionale (42%).** Parmi ceux-ci, 5% déclarent un usage régulier de cannabis, soit une proportion significativement inférieure à la moyenne nationale.

Proportion de jeunes de 17 ans ayant déjà consommé un produit psychoactif en 2008 (en%)

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métro.
Expérimentation de cannabis	31	42 *	42,2 **
Usage régulier de cannabis ¹	5	8 *	7,3 **
Expérimentation d'ecstasy	2	3 *	2,9
Expérimentation de cocaïne	2	4 *	3,2 *
Expérimentation d'héroïne	1	1	1,1

Sources : Escapad 2008, OFDT

* indique une différence significative entre les niveaux d'usage observés dans le reste de la région et dans le département

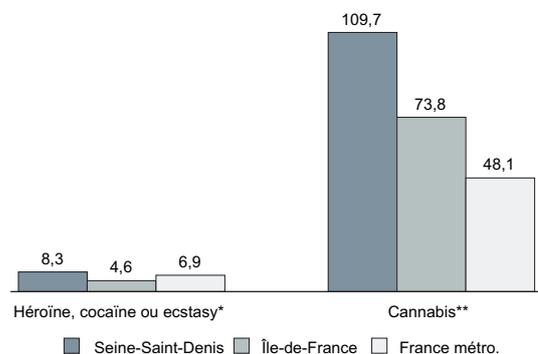
** indique une différence significative entre les niveaux d'usage observés dans le reste de la région et dans le département

¹ supérieur ou égal à 10 fois par mois

En 2010, 375 interpellations pour usage d'héroïne, cocaïne ou ecstasy et 7 290 pour usage de cannabis ont eu lieu en Seine-Saint-Denis. La majorité des infractions relatives à l'usage des stupéfiants dans le département concerne l'usage du cannabis.

Avec 109,7 interpellations pour 10 000 habitants âgés de 15 à 44 ans, **la Seine-Saint-Denis est le premier département français comptant le plus grand nombre d'interpellations pour usage de cannabis.** Le taux d'interpellation pour usage d'héroïne, cocaïne ou ecstasy, de 8,3 pour 10 000 personnes âgées de 20 à 39 ans, est également supérieur à ceux observés en Île-de-France et en France métropolitaine. Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence puisqu'ils dépendent largement des moyens mis en place, des priorités et activités répressives locales. D'autre part, toutes les personnes interpellées ne résident pas dans le département (ou la région) d'interpellation.

Taux d'interpellation pour usage de drogue en 2010

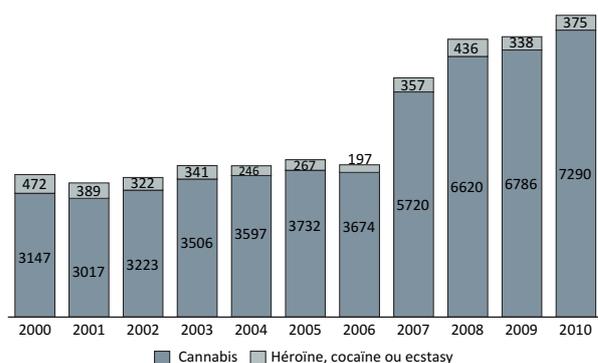


Sources : OFDT - Exploitation ORS Île-de-France

* Taux pour 10 000 habitants de 20-39 ans

** Taux pour 10 000 habitants de 15-44 ans

Evolution du nombre d'interpellations pour usage de drogue entre 2000 et 2010



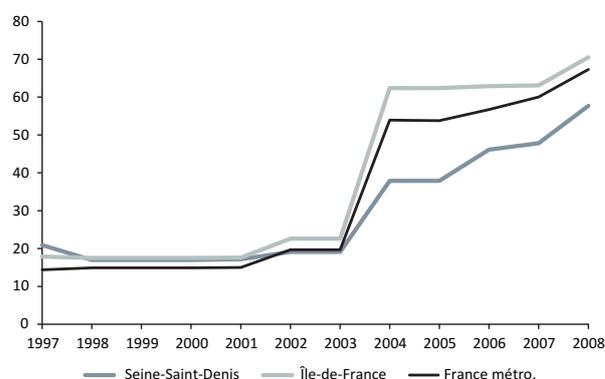
Sources : OFDT - Exploitation ORS Île-de-France

Le nombre de personnes interpellées pour usage de drogue dans le département est resté assez stable entre 2000 et 2006 puis a fortement augmenté après 2007. **La progression concerne les interpellations pour usage de cannabis. Ainsi, les interpellations pour usage de cannabis représentent 95% des interpellations pour usage de drogue en 2009 contre 83% en 1997.**

Cette évolution témoigne d'une orientation de la politique de sécurité publique augmentant la répression de l'usage de cannabis ces dernières années.

En 2008, plus de 2 600 consommateurs de drogues illicites sont venus consulter dans les CSST séquano-dionysiens. Le taux de recours est passé de 20,9 pour 10 000 Séquano-Dionysiens âgés de 20 à 39 ans en 1997 à 57,7 en 2008. Depuis 2004, ce taux est nettement inférieur à ceux observés aux niveaux régional et national.

Evolution du recours aux Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) entre 1997 et 2008



Sources : OFDT - Exploitation ORS Île-de-France
* Recours pour 10 000 habitants âgés de 20 à 39 ans

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont des structures résultant du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (CCAA et CSST). La plupart ont été constitués en 2010, quelques-uns sont encore en cours de création.

La Seine-Saint-Denis compte 13 CSAPA et 3 antennes. Le département présente la spécificité d'être le seul département francilien au sein duquel la gestion de certains CSAPA est assurée par les municipalités (Aulnay sous Bois, La Courneuve, Aubervilliers, Le Blanc-Mesnil, Saint-Ouen, Saint-Denis).

Nombre de CSAPA et antennes en 2012

	CSAPA	Antennes
Paris	19	8
Seine-et-Marne	6	7
Yvelines	3	5
Essonne	7	2
Hauts-de-Seine	7	9
Seine-Saint-Denis	13	3
Val-de-Marne	9	3
Val-d'Oise	6	6
Île-de-France	70	-
France	423	-

Sources : ARS Île-de-France

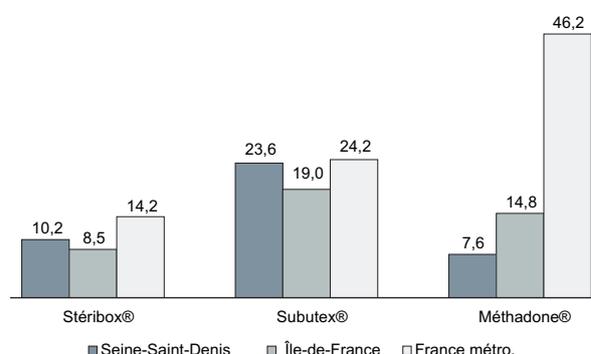
La mise sur le marché des traitements de substitution a conduit un nombre croissant d'usagers d'opiacés à s'engager dans une démarche de soins.

En 2010, près de 46 000 trousseaux de prévention Stéribox® ont été vendus ou distribués en Seine-Saint-Denis (voir définition et limites ci-contre), soit un taux de 10,2 trousseaux pour 100 Séquano-Dionysiens âgés de 20 à 39 ans.

Plus de 107 000 boîtes de Subutex® et près de 35 000 boîtes de Méthadone® ont été vendues dans le département en 2010. Rapportée à la population âgée de 20-39 ans, la vente de Subutex® est plus élevée en Seine-Saint-Denis qu'en moyenne en France, c'est le contraire pour la méthadone.

La diffusion des traitements de substitution, entraînant une diminution de la consommation d'héroïne, a eu en particulier pour conséquence de **réduire très sensiblement le nombre de décès par surdose** : 2 décès par surdose ont été recensés en Seine-Saint-Denis en 2009, contre 20 en 1997.

Ventes* d'unités de Stéribox®, de boîtes de Subutex® et de flacons de Méthadone® en 2010



Sources : OFDT - Exploitation ORS Île-de-France
* Taux pour 100 habitants âgés de 20 à 39 ans

Stéribox® : trousse de prévention contenant : 2 seringues, 2 flacons eau stérile, 2 tampons alcoolisés, 1 préservatif + message prévention ; 2 stericups (réceptif + filtre stérile)

Les seringues vendues en pharmacie représentent entre 80 et 90% de l'offre totale de seringues.

Les programmes d'échange de seringues en distribuent entre 10% et 20% selon des estimations réalisées en 1996.

L'action de la Mission de Prévention des Conduites à Risques du Conseil Général de la Seine-Saint-Denis.

La Mission de prévention des conduites à risques (MPCR) contribue par son action à réduire l'impact des conduites à risques et d'en prévenir l'exacerbation. Dans une logique de recherche-développement, la MPCR base son activité sur la recherche appliquée, sur le soutien au développement d'expériences innovantes, et leur valorisation. La prévention des conduites à risques renvoie à une approche globale de la prise de risques qui s'inscrit à l'articulation du social, du sanitaire, de l'éducatif et de l'insertion. Elle concerne les adolescents et les jeunes, mais aussi les adultes vulnérables amenés à engager des conduites les mettant en danger (consommation de drogues, violences, tentatives de suicide, déscolarisation, mise en danger de soi, délinquance, sexualité à risques, etc.). La MPCR intervient à deux niveaux :

- auprès des jeunes du département dans un lieu d'accueil accessible sans rendez-vous pour échanger sur leurs difficultés (l'espace Tête à Tête)
- auprès des professionnels pour travailler avec eux sur leurs pratiques et postures en s'étayant mutuellement sur les problématiques liées aux conduites à risques de leur public.

Dans le domaine des drogues, la MPCR a plus particulièrement travaillé à la qualification des acteurs par le biais des formations à l'échelle des villes, à la mise en place de groupes de travail thématiques (CAARUDS, avec le concours de la délégation territoriale de l'ARS en Seine-Saint-Denis), à la mise en place d'évaluations participatives, à l'accompagnement des équipes sur des thématiques spécifiques telles que :

- la prévention du trafic de drogues,
- la réduction des risques et la prévention des usages de drogues,
- le débat sur le statut juridique des drogues illicites.

Contact téléphonique 01 41 60 16 60. centreprév@cg93.fr

Le Tête à Tête : un espace d'information, de prévention et d'écoute pour les 13/25 ans.

Dans le cadre de la prévention des conduites à risques, le Tête à Tête vient renforcer et compléter l'offre des dispositifs existants en direction de la jeunesse séquanodionysienne. Son objectif premier est de permettre à tous les jeunes du département de trouver, dans la permanence et la durée, un espace d'information, de prévention et d'écoute, facile d'accès et capable de répondre à leurs préoccupations concernant l'usage de substances psychoactives, la sexualité, les violences, le mal-être...

Il s'agit d'un concept de prévention innovant en direction de la jeunesse. Atypique dans le paysage actuel, cet espace d'information de prévention et d'écoute pour les 13/25 ans, intègre à Rosny2, la galerie marchande de l'un des plus grands centres commerciaux d'Île-de-France. Il a ouvert ses portes depuis juin 2006, à l'initiative de la Mission Départementale de Prévention des Conduites à Risques de la Seine-Saint-Denis,

Le Tête à Tête assure une mission de service public et offre toute l'année, un accueil libre, anonyme et sans condition. Le public trouve au sein de cet espace original, de l'information, des expositions, des rendez-vous (débat, rencontres, projections ; etc.), des outils multimédias et des supports pédagogiques, une écoute et une orientation en matière de prévention drogues, mais aussi de la sexualité, du mal-être, et des violences... En parallèle de cet accueil, le Tête à Tête propose sur rendez-vous, des actions d'information collectives, aux établissements scolaires (collèges, lycées, CFA) et aux structures hors scolaires (PJJ, SMJ, Missions locales, IME, Associations, etc.) du département.

En 2011, la fréquentation du Tête à Tête est de 16 828 visiteurs rencontrés, avec une moyenne mensuelle de 1 312 passages. La répartition entre l'accueil en groupe et l'accueil spontané reste constante ces dernières années. En effet, 80 % du public s'est rendu au Tête à Tête de manière spontanée. L'amplitude d'ouverture permet à un large public de se rendre au Tête à Tête 6 jours/7 de 10 h à 18 h 30.

* Centre commercial Rosny 2. Accès porte 2 Rdc.

Contact téléphonique 01 48 12 01 01. teteatete@cg93.fr

Pour en savoir plus

Septième rapport national du dispositif TREND. M. Gandilhon, A. Cadet-Tairou, A. Toufik et al. Tendances, OFDT, n° 52, décembre 2006, 4 p.

Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 S. Spilka, O. Le Nézet, M.-L. Tovar Tendances n° 79, OFDT, 4 p. Février 2012.

La santé des étudiants en 2005. Enquête SMEBA. Rapport région Ouest. Fnors, Usem, 2005, 71 p.

Drogues et dépendances. Données essentielles. OFDT. Ed. La Découverte, 2005, 202 p.

Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. M. Choquet, F. Beck, C. Hassler et al. Tendances, OFDT, n° 35, mars 2004, 6 p.

Prévenir les toxicomanies. Sous la direction de A. Morel. Ed. Dunod, 2004, 319 p.

Soigner les toxicomanies. A. Morel, F. Hervé, B. Fontaine. Ed. Dunod, 2e éd. 2003, 328 p.

Droit de la drogue. F. Caballero, Y. Bisiou. Ed. Dalloz, 2e éd. 2000, 827 p. (Précis - Droit Privé)

Prises en charge des usagers de drogues. L. Gibier. Ed. Doin, 1999, 341 p. (Coll. Conduites)

ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011: Enquête sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté (OFDT /Direction centrale du service national - DSCN)

Contexte national

Autant par leur poids sanitaire, social et économique, que par leur médiatisation et leur retentissement dans la vie quotidienne, les accidents constituent en France une préoccupation majeure de santé publique. Ils représentent plus de 25 000 morts par an et l'une des causes de décès les plus importantes, après les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs et les maladies respiratoires [1].

Les accidents se définissent comme des événements responsables de lésions traumatiques ou d'intoxications, d'origine non intentionnelle. Ils se distinguent en cela des événements intentionnels tels que les suicides et les agressions ou homicides. Parmi l'ensemble des accidents, on distingue principalement les accidents de la vie courante, les accidents de la circulation (voir fiche 8.4.2 Accidents de la circulation), les accidents du travail (voir fiche 8.6 Accidents du travail et des maladies professionnelles) et les accidents thérapeutiques. Les conséquences des accidents pèsent très lourd en termes économiques (soins, rééducation, arrêts de travail, indemnités...), en termes sociaux (réinsertion sociale et professionnelle), et en termes humains (vie familiale et professionnelle bouleversée, projets personnels abandonnés...). Les accidents de la vie courante sont définis comme les accidents survenant au domicile ou dans ses abords immédiats, lors de pratiques sportives ou de loisirs, à l'école, et de façon plus générale dans le cadre de la vie privée.

Avec près de 20 000 décès en 2008, ce sont les accidents de la vie courante, pourtant moins médiatisés que les accidents de la circulation, qui représentent la part la plus importante de la mortalité accidentelle. Selon les estimations réalisées par l'InVS à partir de l'Enquête santé et protection sociale 2004 [2], 11,2 millions de personnes auraient été blessées dans un accident de la vie courante au cours de l'année, ce qui correspond à un taux annuel d'incidence des accidentés de la vie courante de l'ordre de 18 pour 100 personnes. La population la plus touchée est celle des hommes de 10-19 ans. Cette surmorbidity est principalement liée au mode de vie (loisirs, pratique sportive intense...) et aux prises de risque plus fréquentes des garçons de ce groupe d'âge. Selon cette même étude, le taux annuel d'incidence de recours aux urgences et/ou hospitalisation pour accident de la vie courante serait de 10 pour 100 personnes. La CnamTS, à partir d'enquêtes réalisées de 1987 à 1995 [3], indique que 11% des accidentés de la vie courante présentent au moins une séquelle. Dans un autre travail portant sur les enfants ayant eu recours aux urgences hospitalières pour accident [4], on a enregistré 10,4% de séquelles entre 4 et 29 mois après l'accident, dont les deux tiers sont considérées comme majeures.

La fréquence de survenue des accidents de la vie courante, maximale entre 0 et 5 ans, décroît ensuite avec l'âge pour augmenter de nouveau après 75 ans [5]. En ce qui concerne les taux de mortalité par accident de la vie courante, plus élevés à chaque âge chez les hommes, ils progressent régulièrement avec l'âge pour atteindre des niveaux très élevés après 75 ans [6]. Les chutes et les suffocations (essentiellement des fausses routes alimentaires) représentent les deux tiers des décès par accidents de la vie courante (78 % chez les personnes de plus de 75 ans), mais l'on peut noter l'importance des noyades entre 1 et 24 ans (première cause des décès par accident de la vie courante dans cette tranche d'âge).

D'autres études ont également montré que 59% des passages aux urgences hospitalières et 10% des recours urgents en médecine générale sont d'origine traumatique [7,8].

En matière d'accidents de la vie courante, la loi de santé publique de 2004 a fixé comme objectifs, à un horizon quinquennal : d'une part de réduire de 50% la mortalité par accident de la vie courante des enfants de moins de 14 ans, et d'autre part de réduire de 25% le nombre de chutes des personnes de plus de 65 ans. Le rapport 2009-2010 de suivi de ces objectifs [9] fait état d'une baisse de 27% du taux de mortalité par accident de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans entre 2000 et 2006, plus forte chez les filles (-43 %) que chez les garçons (-17 %), mais il souligne l'absence de baisse du taux de mortalité par chute accidentelle chez les personnes de plus de 65 ans entre 2000 et 2004.

En matière de prévention, la Commission de la Sécurité des Consommateurs a pour mission de fournir des avis relatifs à des produits ou des services dangereux, d'informer les consommateurs et de mettre en place des campagnes de sensibilisation du public face à certains risques. L'Inpes mène régulièrement des campagnes d'information nationales pour prévenir les accidents domestiques des enfants, les intoxications au monoxyde de carbone, les chutes des personnes âgées.

Repères bibliographiques et sources

1. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2007, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
2. Dalichamp M, Thélot B. Les accidents de la vie courante en France métropolitaine. Enquête santé et protection sociale 2004. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, décembre 2008, 46p. Disponible sur : www.invs.sante.fr
3. Bazile S, Berton E, Garry F, Pierre-Louis J. Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats 1987 à 1994. Dossier Etudes et Statistiques 2007;38:1-114
4. Tursz A, Crost M. Sequelae after unintentional injuries to children: an exploratory study. *Inj. Prev.* 2000;6:209-213
5. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Epac. Résultats 2007 Saint-Maurice: InVS ; 2008.
6. Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006. *BEH* 2010;8:65-69.
7. Gouyon M., Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats. Etudes et résultats, DREES, n°471, mars 2006, 8 p.
8. Baubeau D., Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et résultats, DREES, n°215, janvier 2003, 12 p.
9. L'état de santé de la population en France. Suivi des indicateurs associés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Paris: Drees; 2010; coll. Etudes et Statistiques

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

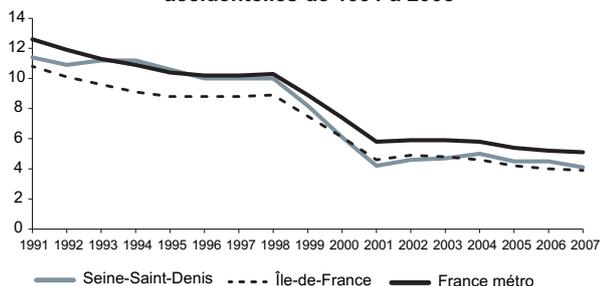
- > Chaque année, les accidents de la vie courante coûtent la vie à 308 Séquano-Dionysiens en moyenne.
- > Les lésions traumatiques sont la cause de plus de 17 000 hospitalisations dans le département.
- > Le taux comparatif de mortalité par chute accidentelle du département se situe entre la moyenne régionale et la moyenne nationale.
- > Les chutes accidentelles et les suffocations représentent les principales causes de décès par accidents de la vie courante.

En moyenne, entre 2007 et 2009, 308 Séquano-Dionysiens sont décédés chaque année suite à un accident de la vie courante, dont 55% d'hommes. Les décès surviennent principalement après 65 ans (62%). Les chutes accidentelles et les suffocations représentent les principales causes de décès par accidents de la vie courante pour les deux sexes.

A structure d'âge comparable, la mortalité par chute accidentelle en Seine-Saint-Denis se situe entre la moyenne régionale et la moyenne nationale et est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

En quinze ans, le nombre de décès par chute accidentelle a fortement baissé. Ces évolutions sont cependant à minorer ces dernières années du fait du passage de la CIM9 à la CIM10. En effet, à partir de 2000, le changement de classification des causes médicales de décès a provoqué une baisse sensible du nombre de décès par chutes accidentelles, les fractures sans cause précisée étant passées de la rubrique "chutes accidentelles" à la rubrique "accidents sans autre indication".

Evolution des taux comparatifs de mortalité par chutes accidentelles de 1991 à 2008



Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Île-de-France

Séjours hospitaliers pour lésions traumatiques et empoisonnements en 2008

	Nombre de séjours	% Seine-St-Denis	% Île-de-France	% France métro
Traumatismes, séquelles de traumatismes	12 851	75,5	75,2	75,6
dont fractures	6 885	40,5	42,7	42,4
dont luxations, entorses, lésions musculo-tend.	2 672	15,7	14,2	12,9
dont traumatisme crânien	1 307	7,7	7,8	10,1
dont traumatisme intra-thoracique ou intra-abdominal	288	1,7	1,4	1,4
dont traumatisme des nerfs	257	1,5	1,4	1,2
dont plaies	1 442	8,5	7,6	7,7
Intoxications	3 738	22,0	23,2	22,7
dont par produit pharmaceutique	2 184	12,8	13,0	12,1
dont par produit non pharmaceutique	262	1,5	1,2	1,3
dues à l'alcool	1 292	7,6	9,0	9,2
Séquelles traumatismes et empoisonnement	118	0,7	0,5	0,4
Brûlures, corrosions	311	1,8	1,1	1,3
Total lésions traumatiques et empoisonnements	17 018	100,0	100,0	100,0

Sources : PMSI - Exploitation ORS Île-de-France

Nombre annuel moyen de décès par accidents de la vie courante en 2007-2009

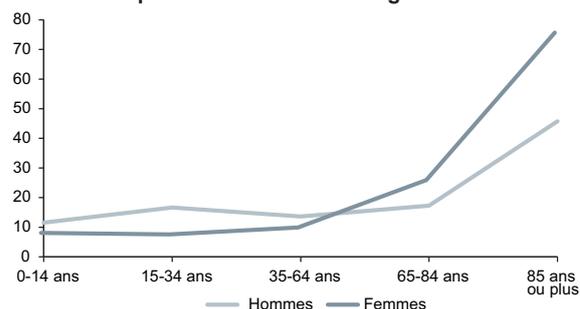
	Hommes	%	Femmes	%
Moins de 35 ans	35	20,7	10	7,2
dont chutes accidentelles	5	3,0	0	0,0
dont suffocations	3	1,8	0	0,0
dont noyades	3	1,8	1	0,7
dont exposition fumées, feu *	1	0,6	2	1,4
35-44 ans	14	8,3	4	2,9
dont chutes accidentelles	3	1,8	0	0,0
dont suffocations	1	0,6	1	0,7
dont noyades	1	0,6	0	0,0
dont exposition fumées, feu *	0	0,0	0	0,0
45-54 ans	18	10,7	6	4,3
dont chutes accidentelles	3	1,8	1	0,7
dont suffocations	3	1,8	1	0,7
dont noyades	1	0,6	1	0,7
dont exposition fumées, feu *	4	2,4	1	0,7
55-64 ans	21	12,4	9	6,5
dont chutes accidentelles	3	1,8	2	1,4
dont suffocations	0	0,0	3	2,2
dont noyades	1	0,6	0	0,0
dont exposition fumées, feu *	3	1,8	2	1,4
65 ans ou plus	81	47,9	110	79,1
dont chutes accidentelles	23	13,6	30	21,6
dont suffocations	13	7,7	17	12,2
dont noyades	1	0,6	0	0,0
dont exposition fumées, feu *	6	3,6	6	4,3
Total	169	100,0	139	100,0
dont chutes accidentelles	36	21,3	33	23,7
dont suffocations	20	11,8	22	15,8
dont noyades	7	4,1	2	1,4
dont exposition fumées, feu *	14	8,3	11	7,9

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

*Exposition fumées, feu, flammes

En 2008, les lésions traumatiques et empoisonnements étaient la cause de plus de 17 000 hospitalisations dans le département. Le taux d'hospitalisation pour lésions traumatiques et empoisonnements augmente avec l'âge et principalement après 65 ans. Avant cet âge, le taux féminin est en moyenne de 8,5 hospitalisations pour 1 000 Séquano-Dionysiennes âgées de moins de 65 ans, taux nettement inférieur à celui des hommes : 14 pour 1 000. Après 65 ans, les hospitalisations féminines deviennent plus fréquentes que celles des hommes.

Taux d'hospitalisation* pour lésions traumatiques et empoisonnements selon l'âge en 2008



Sources : PMSI, Insee -Exploitation ORS Île-de-France

* Taux pour 1 000

Contexte national

Le bilan 2010 de la circulation routière en France métropolitaine fait état de 67 288 accidents corporels dont 3 956 accidents mortels, de 3 706 personnes tuées “ à trente jours ” et de 84 461 personnes blessées dont 30 993 hospitalisées [1].

D’après les données issues du Registre des victimes d’accidents de la circulation du département du Rhône entre 2003 et 2008, la grande majorité des victimes (environ 73%) ne présentaient qu’une ou plusieurs lésion(s) mineure(s), un peu moins de 35% conserveront des déficiences mineures ou modérées et 1% un handicap sévère.

Depuis trente ans, le nombre d’accidents et de tués a régulièrement diminué en France comme dans la plupart des pays de l’Union européenne [2, 3]. Six pays européens : l’Espagne, l’Estonie, la France, la Lituanie, le Luxembourg et le Portugal ont réussi à réduire de plus de 40% le nombre annuel de victimes de la route depuis 2002. Les pays du nord de l’Europe : Royaume-Uni, Suède, Pays-Bas, Allemagne et Irlande sont ceux qui affichent les niveaux de mortalité routière les plus bas en 2010. Les pays d’Europe de l’Est et la Grèce sont ceux qui affichent les niveaux les plus élevés. La France, au 11^{ème} rang, se situe dans la moyenne européenne [1]. La diminution du nombre d’accidents et de tués s’explique principalement par l’adoption progressive de différentes réglementations (ceinture de sécurité, lutte contre l’alcoolémie, limitations et contrôles de vitesse) ainsi que par une meilleure prise de conscience du risque routier. Au vu des résultats encourageants au niveau européen, la Commission européenne a adopté le 20 juillet 2010 une nouvelle stratégie en matière de sécurité routière pour la décennie à venir (2011-2020). Dans ce contexte, on peut noter que le bilan de l’année 2010 n’est pas très favorable en France puisque si les nombres d’accidents et de blessés diminuent par rapport à 2008, celui des tués est stable, mettant fin à plusieurs années de baisse.

Les victimes d’accidents sont majoritairement les hommes et les jeunes. Ainsi, les conducteurs âgés de 18 à 24 ans représentent 21% des tués sur les routes en 2010, ces accidents mortels survenant plus fréquemment la nuit et le week-end. 72% des personnes tuées en 2010 l’ont été en “ rase campagne ” alors que 70% des accidents corporels se sont produits en milieu urbain. Ces accidents présentent une mortalité moins importante du fait des vitesses pratiquées nettement moins élevées qu’en rase campagne. Les usagers des véhicules légers (voitures de tourisme) sont les principales victimes des accidents de circulation (53% des tués à 30 jours), devant les conducteurs de 2 roues (motocyclistes, cyclomoteuristes, cyclistes 28%) et les piétons (12%). En agglomération, la proportion de victimes piétonnes et conductrices de deux roues est plus importante qu’en campagne [1].

Les accidents de la circulation ont des causes multiples, relevant à la fois des comportements des individus, des infrastructures, des conditions de circulation et des équipements des véhicules. Les liens entre la vitesse excessive et le risque d’accidents sont bien établis. L’inexpérience, la perte d’aptitude physique constituent également des facteurs de risques. Parmi les facteurs susceptibles d’altérer les capacités de conduite et provoquer des accidents, la distraction au volant fait l’objet d’une attention grandissante et, en particulier, la distraction liée à l’usage de systèmes de télécommunication. En 2010, près d’un accident de la route sur dix est associé à l’utilisation du téléphone au volant [4]. 1,2% à 3,5% des conducteurs, en majorité des hommes, conduisent avec une alcoolémie au-dessus de la limite légale (0,5 g/l). Le risque d’accident est multiplié par 6 lorsque le taux d’alcoolémie du conducteur atteint 0,2 gramme d’alcool par litre de sang et par 39 quand il est compris entre 0,5 et 0,8 grammes par litre [5]. En 2010, près d’un accident mortel sur trois implique un conducteur ayant un taux d’alcool dépassant le taux légal. Par ailleurs, une enquête menée en 2002-2003 avait permis d’évaluer à 230 personnes tuées le nombre de victimes de la route annuellement imputables au cannabis [5].

Les actions de prévention concernent donc aussi bien l’amélioration des infrastructures, la sécurité des véhicules que l’information des usagers de la route. Des Etats Généraux de la Sécurité Routière, réunis une première fois en septembre 2002 et une seconde fois en octobre 2005, ont contribué à une mobilisation nationale sur le sujet [6]. En parallèle d’une semaine annuelle de la sécurité routière, à l’occasion de laquelle sont mises en œuvre de nombreuses actions locales, les campagnes développées par la Sécurité Routière utilisent tous les médias pour sensibiliser les usagers aux risques de la route : télévision, radio, affichage, internet, presse...

Un nouveau plan d’action de lutte contre l’insécurité routière a été présenté par le ministre de l’Intérieur en février 2011. Les succès, en termes d’accidentologie et de mortalité, d’une politique basée fortement sur les contrôles-sanctions mais aussi sur la formation et l’information, reflètent une prise de conscience dans l’opinion et un changement des comportements individuels.

Repères bibliographiques et sources

1. La sécurité routière en France. Bilan de l’année 2009. Observatoire national interministériel de sécurité routière. Ed. La documentation Française, 2010, 315 p.
2. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2007 Inserm CépiDc, exploitation ORS
3. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
4. Site internet de la sécurité routière : <http://www.securite-routiere.equipement.gouv.fr>
5. Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière (Projet SAM). Synthèse des principaux résultats. B. Laumon, B. Gadegbku, J.L. Martin, M.B. Biecheler-Fretel, Groupe SAM, Umrestet, OFDT, 2005, 39 p.
6. Loi n°2003-495 du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière. Journal Officiel de la République Française, 13 juin 2003, 13 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La mortalité par accidents de la circulation en Seine-Saint-Denis est en forte baisse.
- > Les usagers de deux roues motorisés sont les principales victimes des accidents.
- > Le taux de gravité des accidents de la circulation survenus en Seine-Saint-Denis ne diminue pas depuis 1980.

Dans un contexte national de baisse de la mortalité par accident de la circulation, la Seine-Saint-Denis a une situation favorable. **En effet, le taux comparatif de mortalité par accident de la circulation dans le département, déjà bas au début des années 1990 a diminué de 64% entre 1991 et 2008 et continue à être inférieur au taux d'Île-de-France et de la France métropolitaine.**

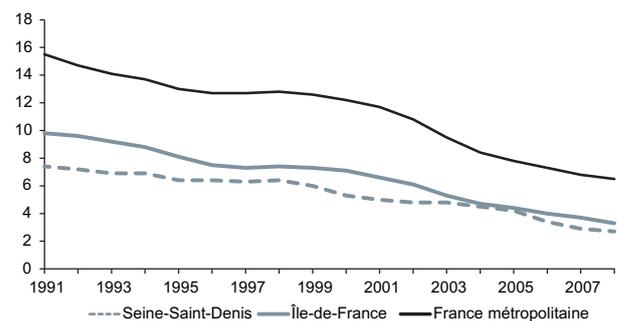
Entre 1980 et 2010, le nombre annuel de tués par accident de la circulation en Seine-Saint-Denis a considérablement baissé, passant de 140 à 39.

Sur les cinq dernières années (2006 à 2010), le nombre annuel moyen de tués est de 37. Sur cette même période, on observe une diminution du nombre de tués et une augmentation du nombre de blessés à l'exception de l'année 2009.

Les victimes d'accidents de la circulation sont le plus souvent des usagers de deux-roues motorisés (43,6% du total des tués), des piétons (35,9%) et des utilisateurs de voiture (véhicules légers) (12,8%).

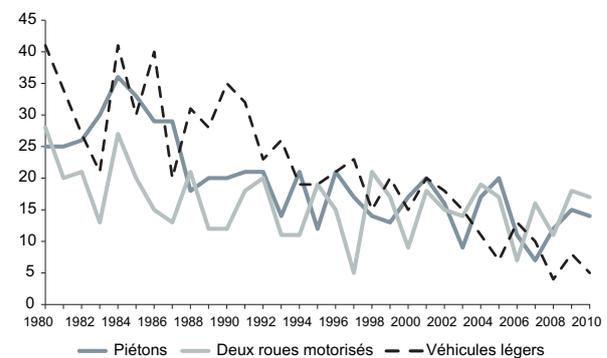
Les victimes (blessés et tués) d'accidents de la circulation sont des personnes de tous âges. Les enfants et les personnes âgées sont majoritairement des victimes "piétons".

Evolution des taux comparatifs de mortalité par accident de la circulation de 1991 à 2008



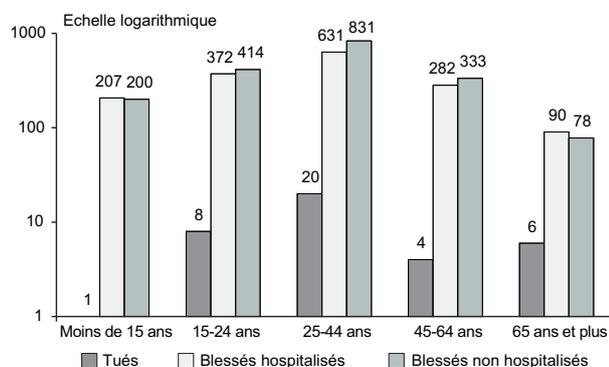
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans, taux pour 100 000 personnes

Evolution du nombre de tués selon la catégorie d'usagers dans les accidents de la circulation entre 1980 et 2009



Sources : Setra - Exploitation ORS Île-de-France

Nombre de victimes d'accidents de la circulation selon l'âge en 2009



Sources : Setra - Exploitation ORS Île-de-France

Nombre de tués en 2010 selon le type d'utilisateur

	Nombre annuel	%
Piétons	14	35,9
Cycliste	0	0,0
2 roues motorisés	17	43,6
VL	5	12,8
Autres	3	7,7
Total	39	100,0

Sources : Setra - Exploitation ORS Île-de-France

Nombre de victimes d'accidents de la circulation

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tués	46	38	35	30	43	39
Blessés	3 223	3 532	3 718	3 260	3 033	3 442
dont hospitalisés	1 772	1 623	1 636	1 672	1 584	1 583

Sources : Setra - Exploitation ORS Île-de-France

Le taux de gravité des accidents de la circulation correspond au rapport du nombre de tués sur les personnes victimes d'un accident, qu'elles soient décédées ou blessées. **Ce taux de gravité concernant les accidents de la circulation survenus en Seine-Saint-Denis reste important depuis 1980.**

En 2010, le département présente un taux de gravité de 1,12, proche de celui observé au niveau régional et nettement inférieur au taux national. Le taux de gravité du département se situe au 4^{ème} rang derrière Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne. D'une manière générale, on constate que les taux de gravité les plus élevés se situent dans les départements ruraux.

Sur la période 2004-2008, la Seine-Saint-Denis a un indicateur d'accidentologie locale (IAL) de 0,93, c'est-à-dire que pour un nombre équivalent de kilomètres parcourus, le risque d'être tué dans un accident de la circulation est inférieur de 7% à ce qu'il est en France métropolitaine (cf la définition de l'IAL au verso). On observe cependant que la situation relative du département s'est légèrement dégradée au cours des dix dernières années (l'IAL était de 0,81 en 1996-2000). L'installation de nombreux radars automatiques sur les routes de France a permis une forte diminution du nombre de décès hors des centres villes (et donc une amélioration de l'IAL français plus rapide que celle de l'IAL Séquano-Dionysien). Dans le même temps, l'augmentation du nombre de deux roues motorisés en centre ville a pu contribuer à une dégradation de cet indicateur dans le département.

Gravité¹ des accidents de la circulation en 2007-2009 selon le type d'utilisateur

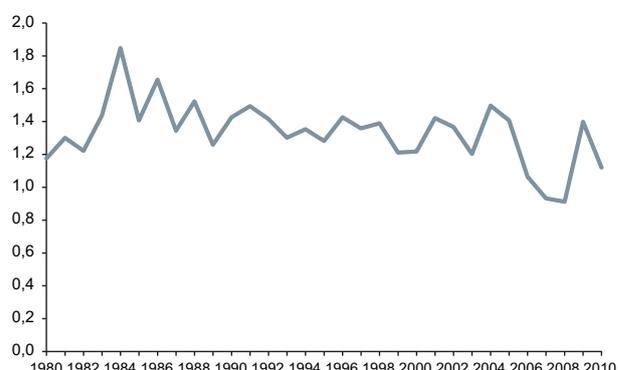
	Piétons	Cyclistes	2 roues motorisé	VL	Autres ²
Paris	0,95	0,36	0,40	0,36	0,43
Seine-et-Marne	5,04	10,20	8,28	5,71	4,30
Yvelines	3,67	6,06	4,78	3,45	1,15
Essonne	3,48	4,08	2,67	1,64	1,49
Hauts-de-Seine	1,73	0,76	0,87	0,66	0,0
Seine-Saint-Denis	1,78	0,00	1,67	0,36	1,82
Val-de-Marne	0,75	0,00	1,53	0,57	1,16
Val-d'Oise	1,85	1,92	2,82	2,35	0,93
Île-de-France	1,58	1,38	1,43	1,57	1,33
France métro.	3,86	3,57	3,44	5,40	6,02

Sources : Setra - Exploitation ORS Île-de-France

¹ : Gravité = tués/victimes*100, les victimes correspondant aux tués, blessés graves et blessés légers

² : Usagers de poids lourds, véhicules utilitaires, voitures, transports en commun, tracteurs agricoles ou engins spéciaux

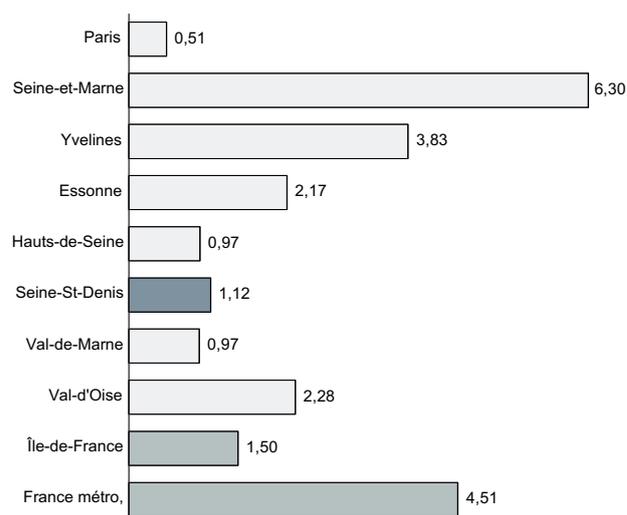
Evolution de la gravité¹ des accidents de la circulation entre 1980 et 2009



Sources : Setra - Exploitation ORS Île-de-France

¹ Gravité = tués/victimes*100, les victimes correspondant aux tués, blessés graves et blessés légers

Gravité¹ des accidents de la circulation en 2007-2009



Sources : Setra - Exploitation ORS Île-de-France

¹ Gravité = tués/victimes*100, les victimes correspondant aux tués, blessés graves et blessés légers

Indicateur d'accidentologie locale

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France	France métro.
IAL 1996-2000	0,81	0,81	1
IAL 2000-2004	0,91	0,81	1
IAL 2004-2008	0,93	0,84	1

Sources : ONISR - Exploitation ORS Île-de-France

Les statistiques du **Setra** sont élaborées à partir des bordereaux automatiques des accidents corporels (**BAAC**) établis lors de chaque accident corporel dû à la circulation routière. Elles concernent les accidents survenus dans le département (**données enregistrées**) et sont différentes des données de l'**Inserm** qui portent sur les décès des habitants du département (**données domiciliées**).

Tués : personnes décédées sur le coup ou dans les 30 jours qui suivent l'accident (**dans les 6 jours jusqu'en 2004**). Afin de comparer le nombre de "tués" (SETRA) **avant et après le 1^{er} janvier 2005**, date du passage à la nouvelle définition des « tués », l'Observatoire National Interministériel de la Sécurité Routière utilise un coefficient multiplicateur de 1,069 pour passer des « tués à 6 jours » aux « tués à 30 jours ».

Blessés : victimes non tuées (ces blessés peuvent décéder après les 30 jours mais ils restent considérés comme blessés).

Blessés graves ou hospitalisés : blessés dont l'état nécessite plus de 24 heures d'hospitalisation (**blessés graves : plus de 6 jours d'hospitalisation jusqu'en 2004**).

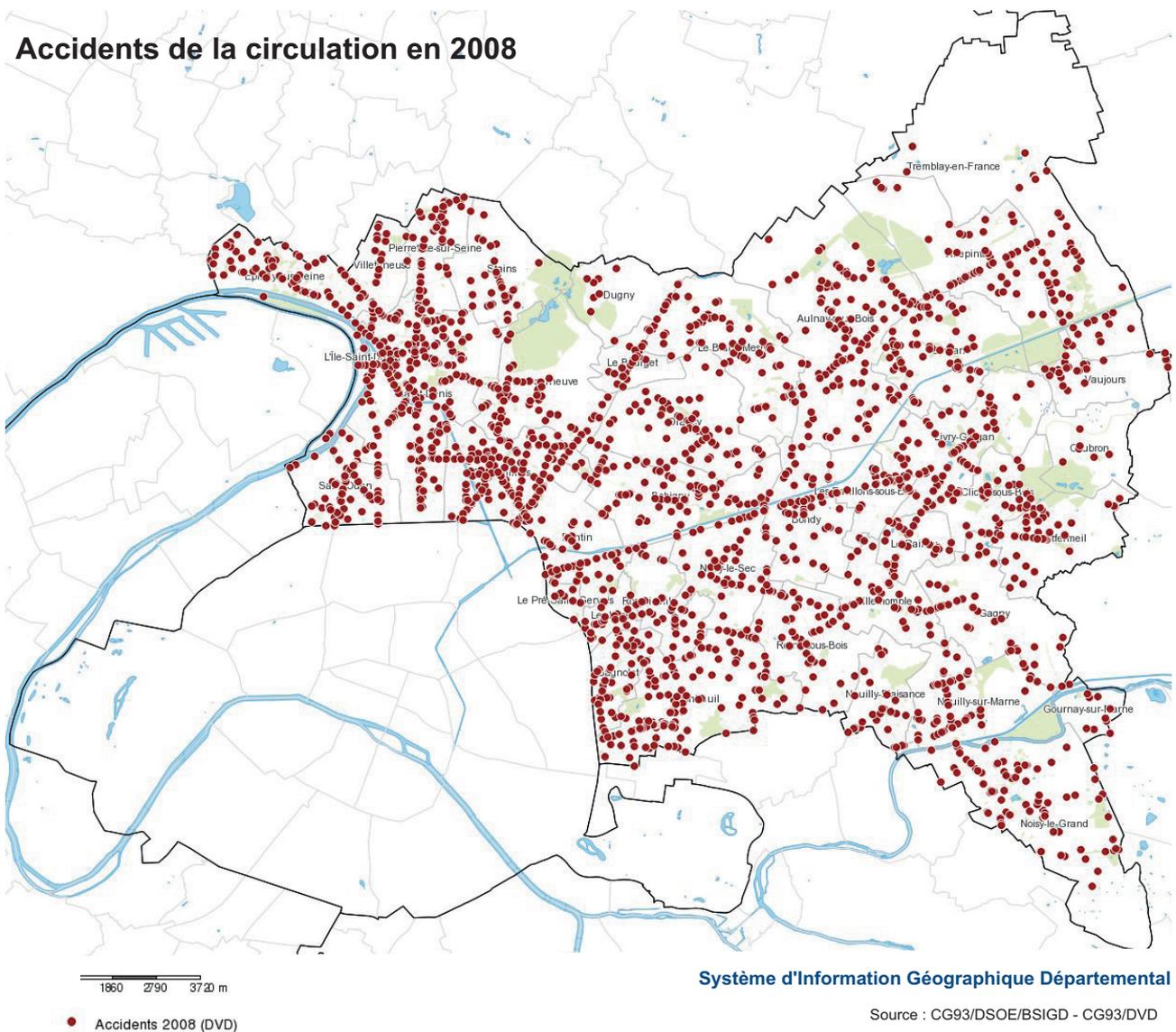
Blessés légers : blessés dont l'état nécessite moins de 24 heures d'hospitalisation ou un soin médical (**blessés légers : de 0 à 6 jours d'hospitalisation ou un soin médical jusqu'en 2004**).

Indicateur d'accidentologie locale : l'**IAL** compare les résultats d'un département à ce qu'ils seraient si ce département avait eu les mêmes taux de risque d'accident que la France métropolitaine sur ses différents réseaux. Il prend en compte l'importance du trafic et de sa répartition entre les différentes catégories de réseaux (autoroutes, rase campagne, zones urbaines).

Les dernières données disponibles sont celles de 2006 (moyenne 2004-2008), l'Onirs ayant décidé d'abandonner cet indicateur en raison de l'absence de données de trafic exhaustives, fiables et harmonisées relatives aux réseaux départementaux.

Un **indicateur d'accidentologie locale** supérieur à 1 traduit une exposition au risque accrue.

Accidents de la circulation en 2008



Contexte national

La crise suicidaire peut être représentée comme "la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité" [1]. 5% des personnes âgées de 15-75 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Les femmes, et notamment les femmes jeunes sont les plus concernées. Les récurrences sont fréquentes puisqu'elles concernent le tiers des suicidants.

En 2010, sur une période rétrospective de 12 mois, 3,9% des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées déclaraient avoir eu des pensées suicidaires et 0,5% avoir fait une tentative de suicide (TS). Le genre est une variable importante : les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir pensé au suicide (7,6% chez les femmes vs 3,2% chez les hommes) et à avoir effectué une TS au cours de l'année. Le facteur de risque le plus important dans la survenue à la fois des pensées suicidaires et des TS est le fait d'avoir subi des violences (sexuelles mais aussi non sexuelles). Les autres facteurs associés aux pensées suicidaires et/ou aux TS sont le fait de vivre seul, la situation de chômage, un niveau faible de revenu et la consommation de tabac [2].

En France métropolitaine, entre 2004 et 2007, un total de 359 619 séjours pour TS ont été comptabilisés en médecine et chirurgie, correspondant à 279 843 patients, soit environ 90 000 hospitalisations pour 70 000 patients par an. Au cours des quatre années étudiées, 84,1% des patients ont été hospitalisés une seule fois et 15,9% des patients ont été hospitalisés plusieurs fois pour TS. Quelle que soit l'année, les séjours féminins ont représenté 65% de l'ensemble des séjours pour TS. L'absorption de médicaments était le mode opératoire des TS de loin le plus fréquent, concernant 79% des TS hospitalisées, soit entre 67 000 et 79 000 séjours hospitaliers par an. Le taux de séjour pour TS entre 2004 et 2007 était de 16,9 pour 10 000 habitants (12,4 pour 10 000 hommes et 21,2 pour 10 000 femmes). Les séjours hospitaliers pour TS concernant les adolescentes de 15 à 19 ans présentaient les taux les plus élevés, avoisinant 43 pour 10 000. Les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île-de-France et des Pays-de-la-Loire, avaient des taux standardisés supérieurs au taux national chez les hommes et chez les femmes.[3].

Le suicide a été à l'origine de 10 500 décès en France en 2008 [4]. Ce nombre serait sous-estimé d'environ 20% selon l'Inserm [5]. Au sein des pays de l'Union européenne, la France occupe une situation défavorable avec, par rapport à la moyenne européenne, une surmortalité par suicide de 42% chez les hommes et de 70% chez les femmes en 2008 [6].

Les disparités entre les régions françaises sont très marquées, avec une prévalence élevée du suicide dans le nord-ouest. La Bretagne connaît notamment une surmortalité par rapport à la moyenne nationale qui atteint 59 % chez les hommes et 69 % chez les femmes [7]. La grande majorité des décès par suicide concerne des hommes (74%), les taux masculins de mortalité étant à tout âge nettement supérieurs aux taux féminins.

La fréquence du suicide augmente avec l'âge. Cette situation est particulièrement marquée chez les hommes pour lesquels les taux sont trois fois plus élevés chez les 85 ans et plus que chez les 35-64 ans.

Mais le suicide est une cause de mortalité importante chez les jeunes adultes. Dans la population âgée de 15 à 44 ans, les suicides constituent la première cause de décès chez les hommes comme chez les femmes [4].

La mortalité par suicide, après une phase d'augmentation entre 1975 et 1985, s'est stabilisée, puis a eu tendance à diminuer. Entre 1991 et 2007, la baisse annuelle moyenne a été de 1,3% par an chez les hommes et de 1,7% par an chez les femmes. Cette baisse concerne surtout les personnes de plus de 70 ans (- 2,7%), les moins de 25 ans (-1,9%) et les 50-69 ans (-1,3 %). Par contre, la mortalité par suicide est restée stable chez les 25-49 ans [4].

Différents facteurs de risque de suicide sont bien identifiés : la famille et plus généralement le support social protègent; les suicides sont plus fréquents chez les hommes divorcés, vivant seuls ou qui ont perdu leur conjoint. L'inactivité, la dépendance financière ou l'instabilité dans le travail représentent également des situations à risque [1, 8].

Les suicides sont plus fréquents dans les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées ainsi que dans les zones rurales. Les personnes présentant une pathologie psychiatrique sont plus à risque (syndrome dépressif, psychose maniaco-dépressive...). Il est, par ailleurs, établi que l'alcool est un puissant facteur de risque tant par son action directement dépressogène, que par l'impulsivité qu'il induit. Enfin, le risque de décès par suicide est fortement majoré chez les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide [1, 8].

La prévention, développée notamment dans le cadre du schéma national d'action face au suicide 2000-2005, associe des interventions visant à favoriser le dépistage de la crise suicidaire, à diminuer l'accès aux moyens létaux et à améliorer la prise en charge des suicidants [9, 10].

Repères bibliographiques et sources

1. Anaes, Fédération française de psychiatrie. (2001), La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 19 et 20 octobre 2000, Ed. John Libbey Eurotext. 446 p.
2. Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T., Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010, BEH n°47-48 13 décembre 2011
3. Chan-Chee C., Jezewski-Serra D., Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO, BEH n°47-48 13 décembre 2011
4. Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2008
5. Chappert JL, Pequignot F, Pavillon G et al. 2003, Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention. Document de travail Série études. Drees n° 30 45 p.
6. Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
7. Inserm CépiDc. Site du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. www.cepide.vesinet.inserm.fr
8. Courtet P. (2010). Suicides et tentatives de suicide, Ed. Flammarion Médecine-Sciences. 349 p.
9. Direction générale de la santé. (2000), Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. 17 p.
10. Eureval-C3E. (2006). Evaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. Rapport final et Annexes. Direction générale de la santé. 70 + 106 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Chaque année, 82 Séquano-Dionysiens décèdent par suicide.
- > Il existe une sous-déclaration des décès par suicide, les comparaisons régionales et nationales sont donc peu fiables.
- > En 2007-2009, à structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité par suicide est de 5,4 décès pour 100 000 Séquano-Dionysiens

En 2007-2009, les suicides ont été la cause du décès de 82 Séquano-Dionysiens en moyenne par an. Ce chiffre est une estimation basse de la réalité car il existe **une sous-déclaration des décès par suicide** dans les départements franciliens relevant territorialement de l'Institut médico-légal de Paris, soit tous les départements franciliens sauf le Val d'Oise et les Yvelines.

En 2007-2009, à structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité par suicide est de 7,9 décès pour 100 000 hommes et de 3,2 décès pour 100 000 femmes en Seine-Saint-Denis. Ces taux sont nettement inférieurs à ceux de l'Île-de-France et de la France métropolitaine pour les deux sexes mais là encore, il convient de rappeler que les valeurs sont très sous-estimées en Seine-Saint-Denis.

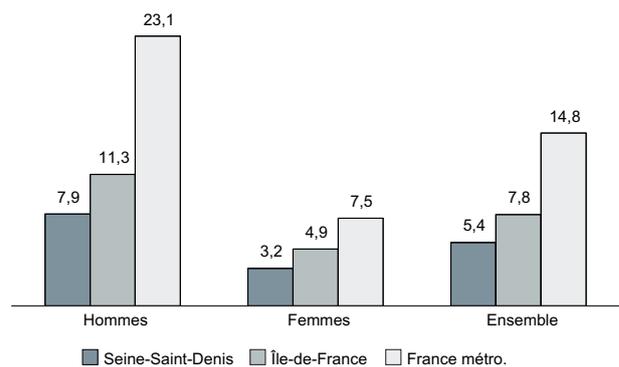
Après une baisse dans les années 90, les niveaux de mortalité par suicide sont relativement stables.

Nombre annuel moyen de décès par suicide en 2007-2009

	Hommes	Femmes	Ensemble
< 15 ans	0	0	0
15-24 ans	4	0	4
25-34 ans	7	3	11
35-44 ans	12	4	16
45-54 ans	15	8	23
55-64 ans	8	3	12
65 ans ou plus	10	6	16
Total	56	24	82

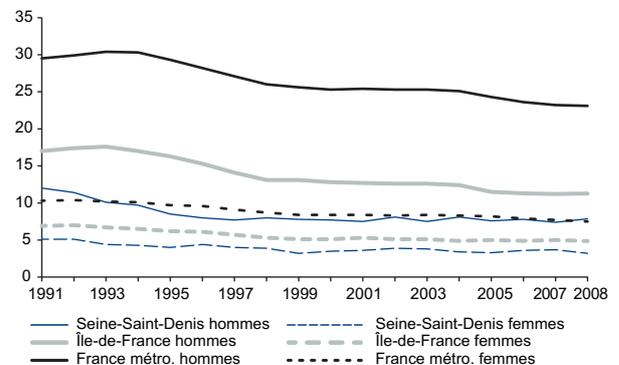
Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France

Taux comparatifs de mortalité par suicide en 2007-2009



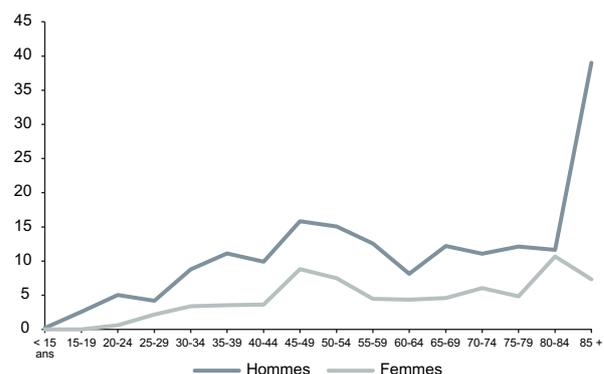
Sources : Inserm CépiDc - Exploitation FNORS - ORS Île-de-France
Taux pour 100 000 personnes du même sexe
Données lissées sur 3 ans

Evolution des taux comparatifs de suicide par sexe et âge de 1991 à 2009



Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France
Données lissées sur 3 ans - Les années figurant dans la courbe, sont les années centrales de la période triennale utilisée pour le calcul

Taux de mortalité par suicide par sexe et âge en 2007-2009



Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Île-de-France
Taux pour 100 000 personnes du même sexe et âge

Contexte national

L'activité professionnelle constitue un déterminant important de la santé des populations [1]. Les expositions aux nuisances et aux pénibilités du travail sont nombreuses et de nature variée : contraintes physiques (port de charges lourdes, postures...), environnementales (bruit, température, conduite sur la voie publique...), organisationnelles (horaires ou rythmes de travail intenses, agressions, manque de soutien...), exposition à des agents biologiques, chimiques... [2, 3]. Selon l'enquête Sumer, la proportion des salariés du secteur privé exposés à des bruits supérieurs à 85 dB A, toutes durées d'exposition confondues, s'est accrue, passant de 13% en 1994 à 18 % en 2003 puis 20% en 2010. D'après la même enquête, 40% des salariés étaient soumis à au moins une contrainte physique intense lors de la dernière semaine travaillée. Cette proportion est équivalente à celle observée en 2003 mais nettement inférieure à celle de 1994 (46%). En 2010, un tiers des salariés du secteur privé a été exposé à au moins un produit chimique lors de la dernière semaine travaillée précédant l'enquête. Cette proportion a diminué de plus de trois points entre 2003 et 2010, revenant globalement au niveau de 1994 [4-6].

A côté des accidents du travail (chutes, ensevelissements, accidents de la route...) et de leurs éventuelles séquelles, l'ensemble des pathologies somatiques et psychiques sont potentiellement concernées par les risques professionnels : cancers, affections respiratoires, dermatologiques et allergiques, troubles musculo-squelettiques, auditifs, psychologiques ou troubles de la reproduction... [1, 2]. Contrairement aux accidents du travail, la cause professionnelle d'une maladie est souvent difficile à préciser, à la fois parce que les expositions peuvent être multiples et que certaines pathologies ne se manifestent que plusieurs années après l'exposition [7].

La connaissance statistique des accidents du travail et des pathologies professionnelles repose principalement sur les données issues du système de réparation de la Sécurité sociale. Mais ces données ne reflètent que très partiellement la fréquence des maladies liées au travail, ceci pour différentes raisons [2]. Le système de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) de l'Institut de veille sanitaire (InVS) donne ainsi une idée de l'ampleur de leur sous-déclaration. Par ailleurs, ces enquêtes révèlent l'importance de la prévalence des souffrances psychiques liées au travail, très peu prises en compte par le système de réparation [2, 8-10].

En France, 711 100 accidents du travail (AT) ont été nouvellement indemnisés en 2009 par le régime général (651 500), et le régime agricole (salariés et exploitants, 59 600), dont 669 accidents mortels [11-13].

Le bruit, les efforts physiques contribuent pour une large part à la survenue des AT [3]. Le risque routier constitue une dimension à part entière avec 20 % des AT mortels du régime général en 2009 (hors accidents de trajet domicile travail).

Parmi les salariés, les hommes, les jeunes, les ouvriers et notamment ceux des secteurs agricole et artisanal (construction), sont plus touchés. Les salariés des DOM et d'Île-de-France sont deux fois moins concernés que dans les autres régions [3, 14, 15].

La fréquence des AT nouvellement indemnisés suit depuis 1955 une tendance à la baisse, passant de 4,5 pour 100 salariés en 1999 à 3,6 en 2009 au régime général. Cette baisse est principalement observée dans les secteurs industriels (métallurgie en particulier) et dans la branche "bâtiment et travaux publics" (BTP). Le nombre de décès est également en diminution (717 en 1999 vs 538 en 2009) [16, 17]. La fréquence des maladies professionnelles (MP) nouvellement indemnisées a augmenté de façon considérable, passant de 1,1 pour 1 000 salariés en 1999 au régime général à 2,7 en 2009 soit un taux de progression annuel moyen de 9,7 %. Cette croissance, qui concerne principalement les troubles-musculo-squelettiques (TMS) (+11,6 %) et les affections dues à l'amiante (+7,2 %), résulte pour l'essentiel de la meilleure reconnaissance juridique des pathologies professionnelles (élargissement des droits à réparation, amélioration des pratiques de déclaration) [17, 20, 21].

En 2009, plus de 49 300 cas de MP ont été nouvellement indemnisés par le régime général, et 4 900 par les régimes agricoles [12, 13, 17]. Les TMS représentent 80 % des cas de MP nouvellement indemnisées au régime général et les affections dues à l'amiante, 11 %. Les cancers professionnels nouvellement indemnisés, dont le nombre s'élève à 1 805 en 2009, sont imputés neuf fois sur dix à une exposition à l'amiante [17, 18].

Les femmes et les ouvriers sont les plus exposés aux MP. Les fortes disparités géographiques observées (les MP sont cinq fois plus fréquentes en Bretagne qu'en Île-de-France) sont liées au contexte économique mais aussi à l'intérêt que les professionnels portent à l'identification et la déclaration des cas [15, 19].

Repères bibliographiques et sources

- Goldberg M, Imbernon E, Arnaudo B et al. (2006). La place de la santé au travail dans la santé publique. Actualité et dossier en santé publique. HCSP. n° 57. pp. 17-70.
- Imbernon E, Goldberg M. (2007). La santé au travail. In *Traité de santé publique*. Sous la direction de Bourdillon F, Tabuteau D, Brucker G. Ed. Flammarion. pp. 180-187.
- Hamon-Cholet S, Sandret N. (2007). Accidents et conditions de travail. Premières informations et premières synthèses. Dares. n° 31.2. 7 p.
- Drees. (2010). Exposition des travailleurs au bruit. L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010. Ed. La Documentation française. pp. 148-149.
- Drees. (2010). Exposition aux agents cancérogènes en milieu professionnel. In *L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010*. Ed. La Documentation française. pp. 150-151.
- Arnaudo B, Magaud-Camus I, Sandret N et al. (2004). L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête Sumer 2003. Premières informations et premières synthèses. Dares. n° 52.1. 8 p.
- Abadia G, Cosset Y, Delépine A, Chapouthier-Guillon A, Marques K et al. (2010). Les maladies professionnelles : guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale. INRS. 357 p.
- Diricq N. (2008) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative 131 p.
- Conseil d'orientation sur les conditions de travail. Les AT et les MP. In *Conditions de travail. Bilan 2011*. Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique.
- Valenty M, Chevalier A, Homère J et al. (2008). Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 32. pp. 281-284.
- Cnamts. (2010). Risque AT 2009 : statistiques "technologiques" tous CTN et par CTN. 13 p.
- Viarouge N. (2010). Approche statistique des risques professionnels des salariés agricoles 2009. Synthèse nationale. CCMSA.
- Chrétien JC. (2010). Approche statistique des risques professionnels des non-salariés agricoles. Données nationales 2009. CCMSA. 12 p.
- Euzenat D. (2009). L'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007. Premières informations et premières synthèses. Dares. n° 50.2. 8 p.
- ORS Centre, ORS Haute-Normandie, ORS Languedoc-Roussillon, ORS Picardie, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2008). La santé au travail dans les régions de France : contexte socio-économique, répartition de l'offre de médecine du travail en France, conditions de travail, AT, MP, risques psychosociaux au travail. Fnors.
- Serres N, Jacquetin P. (2010). Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité. Points de repère. Cnamts. n° 32. 14 p.
- Cnamts. (2010). Risque MP 2009 : sinistralité détaillée par CTN, n° de risque, n° de tableau MP et syndrome. 17 p.
- Cnamts. (2010). Nomenclature des tableaux de maladies professionnelles et des syndromes associés au 15-01-2009. 19 p.
- Euzenat D. (2010). L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007. Dares analyses. Dares. n° 056. 11 p.
- Cnamts. (2005). Evolution depuis son origine du tableau n° 57 des MP relatifs aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures au travail. 12 p.
- Cnamts. (2006). Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles. Année 2004. 544 p.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > On observe une augmentation de la fréquence des accidents du travail nouvellement indemnisés.
- > Les troubles musculo-squelettiques et les affections liées au bruit sont plus fréquents dans le département qu'en Île-de-France.
- > La fréquence des maladies professionnelles nouvellement indemnisées pour affections liées à l'amiante est nettement moins élevée qu'en Île-de-France ou en France. La proportion d'incapacité permanente partielle (IPP) pour les maladies professionnelles est inférieure à la moyenne régionale.

Entre 2008 et 2010, en Seine-Saint-Denis, 175 premières indemnisations pour 100 000 salariés ont eu lieu en moyenne chaque année pour une des trois principales maladies professionnelles : troubles musculo-squelettiques (TMS), affections liées à l'amiante et affections liées au bruit. Les TMS sont de loin le premier motif d'indemnisation du régime général. La Seine-Saint-Denis présente un taux plus élevé d'indemnisations pour TMS que la moyenne francilienne, mais très inférieure à la moyenne nationale. La fréquence des maladies professionnelles nouvellement indemnisées pour affections liées à l'amiante est nettement moins élevée qu'en Île-de-France ou en France.

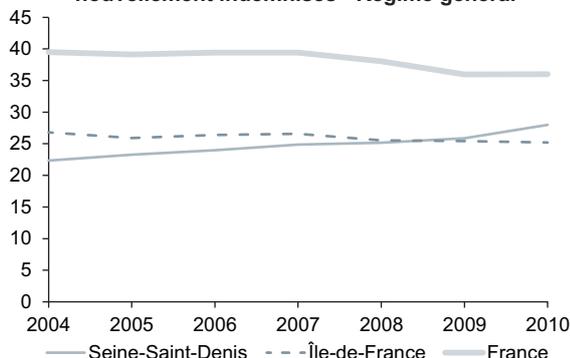
En Seine-Saint-Denis, la proportion d'incapacité permanente partielle (IPP) est inférieure à la moyenne régionale. Près de la moitié des nouvelles indemnisations pour maladies professionnelles donnent lieu à une IPP.

En Seine-Saint-Denis comme en Île-de-France, la quasi-totalité des maladies professionnelles faisant suite à une exposition au bruit ou à l'amiante donne lieu à une IPP. Les taux d'IPP pour TMS, affections liées au bruit ou à l'amiante du département restent comparables à ceux observés en moyenne en Île-de-France.

Depuis 2004, la fréquence des accidents du travail nouvellement indemnisés de Seine-Saint-Denis augmente chaque année, alors que l'on remarque une stagnation au plan régional et une légère diminution au plan national.

C'est dans la branche "bâtiment travaux publics" que le risque d'accident du travail est le plus important (42 pour 1 000 salariés). Dans les branches des transports, de la métallurgie, du commerce non alimentaire et du service I, les accidents du travail sont plus fréquents en Seine-Saint-Denis qu'en Île-de-France.

Evolution de la fréquence⁴ des accidents du travail nouvellement indemnisés - Régime général

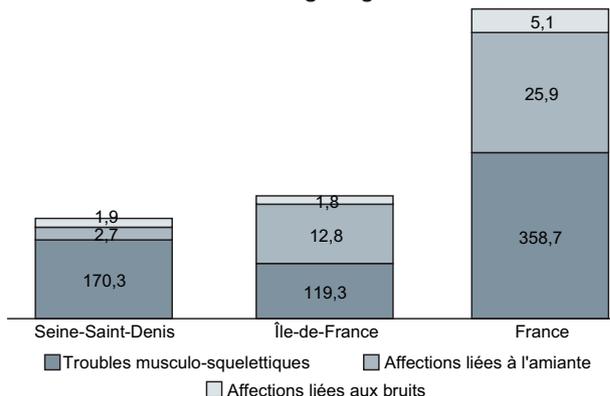


Sources : CRAMIF, Exploitation ORS Île-de-France
⁴ : nombre d'accidents pour 1 000 salariés - moyenne sur trois ans

Les **maladies professionnelles** dont il est tenu compte dans les statistiques de sinistralité, désignés par le terme "MP avec premier règlement", sont les maladies professionnelles ayant entraîné l'imputation au compte employeur ou à un compte commun d'un 1er règlement :

- d'indemnité journalière, correspondant à un arrêt de travail d'au moins 24 heures, en sus du jour au cours duquel le sinistre est survenu
- d'indemnité en capital ou d'un capital rente, correspondant à la réparation d'une incapacité permanente (I.P.),
- ou d'un capital décès, consécutif à un sinistre mortel.

Fréquence¹ des maladies professionnelles nouvellement indemnisées - Régime général - 2010



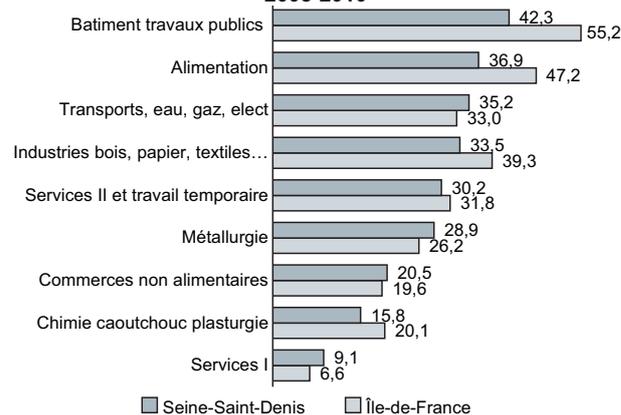
Sources : CRAMIF, Exploitation ORS Île-de-France
¹ : nombre de maladies pour 1 000 salariés

Proportion et taux moyen d'incapacité permanente partielle (IPP) pour maladies professionnelles dans le régime général en 2008 - 2010

	Seine-Saint-Denis	Île-de-France
Proportion d'IPP²		
TMS	46,8	68,7
Affections liées à l'amiante	95,1	98,7
Affections liées au bruit	96,3	99,4
Autres	65,6	99,3
Ensemble des tableaux	49,5	71,8
Taux moyen d'IPP³		
TMS	8,2	8,6
Affections liées à l'amiante	38,6	40,0
Affections liées au bruit	22,6	25,3
Autres	67,5	46,1
Ensemble des tableaux	10,2	14,9

Sources : CRAMIF, Exploitation ORS Île-de-France
² : Rapport du nombre d'IPP sur le total des premières indemnisations
³ : Moyenne des taux d'incapacité parmi les IPP nouvellement attribués

Fréquence⁴ des accidents du travail nouvellement indemnisés selon la branche d'activité - Régime général - 2008-2010



Sources : CRAMIF, Exploitation ORS Île-de-France
⁴ : nombre d'accidents pour 1 000 salariés - moyenne sur trois ans

Cancers d'origine professionnelle : une recherche-action innovante en Seine-Saint-Denis

Depuis 2002, le Giscop 93¹ – d'abord sous forme associative "Scop93", puis sous le statut Groupement d'intérêt scientifique – assure la réalisation d'une enquête permanente auprès de patients atteints de cancer. Elle répond à trois objectifs principaux :

- Connaître : identifier les risques cancérigènes dans l'activité et dans l'environnement de travail, les postes et les activités exposées à ces cancérigènes.
- Reconnaître : favoriser la déclaration en maladie professionnelle des personnes qui ont été exposées à des cancérigènes dans leur travail, identifier les obstacles à la reconnaissance et leurs conséquences en terme de production de connaissances.
- Prévenir : favoriser la mise en place d'une politique de prévention effective pour les salariés d'aujourd'hui et ceux de demain, par la connaissance et la reconnaissance du rôle du travail dans la survenue des cancers.

Un ancrage territorial

Ce dispositif de santé publique n'est pas né en Seine-Saint-Denis par hasard, mais découle des spécificités de ce département : ce territoire détient, dès les années 70, l'une des plus fortes surmortalités par cancer par rapport aux niveaux régional et national ; héritier d'une longue histoire industrielle, il est alors l'un des départements les plus densément peuplés, avec une forte proportion d'ouvriers dans la population active.

Ce dispositif s'est construit en plusieurs étapes, à partir de la fin des années 80. Plusieurs études sont d'abord menées. Elles suggèrent que l'excès de cas de cancers du poumon en Seine-Saint-Denis ne peut pas être uniquement lié à la consommation de tabac. La sur-représentation des cas de cancers de la plèvre et de la vessie, spécifiques d'une origine professionnelle, évoquent l'impact des conditions et des environnements de travail. Se penchant sur le cas très spécifique des mésothéliomes, considérés comme des "marqueurs" de l'exposition à l'amiante, ces études mettent également à jour les logiques sociales par lesquelles ces cancers échappent à la déclaration en maladie professionnelle, à la reconnaissance et à la réparation.

Une méthodologie innovante

Ces travaux concluent à la nécessité de mettre en place un dispositif permanent de surveillance des cancers d'origine professionnelle, sous la forme d'une recherche action. Il s'agit d'une recherche qui fait progresser la connaissance des cancers liés au travail par l'identification des expositions cancérigènes professionnelles, favorise leur réparation par un appui à leur déclaration en maladie professionnelle, et vise, à terme, la disparition de ces "maladies éliminables".

La méthodologie retenue est innovante dans le champ scientifique à plus d'un titre. Elle s'inscrit dans une recherche de longue durée et se dote d'outils et d'approches en rapport avec la singularité du cancer d'origine professionnelle : celui-ci ne se distingue pas, dans ses caractéristiques cliniques et pathologiques, d'un autre cancer ; tout comme lui, il ne peut être rattaché à une seule et unique cause mais résulte d'une histoire ; enfin, il survient plusieurs décennies après les expositions aux cancérigènes, rendant d'autant plus compliquée leur identification.

Plutôt que de mettre l'accent sur un secteur d'activité particulier ou un type de risque cancérigène, la recherche s'appuie sur la constitution et le suivi d'une cohorte de patients atteints de cancer. En collaboration étroite avec des médecins de trois hôpitaux de Seine-Saint-Denis – le CHU Avicenne à Bobigny (service d'oncologie), le Centre hospitalier intercommunal du Raincy-Montfermeil (service d'oncologie et de pneumologie) et l'hôpital Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois (service de pneumologie) – l'enquête est proposée à tous les patients hospitalisés, résidant dans le département, dont le cancer vient d'être diagnostiqué et dont les localisations cancéreuses primitives sont les plus susceptibles d'être d'origine professionnelle : le poumon, la plèvre (mésothéliome malin ou autres tumeurs), la trachée, la vessie, les voies urinaires, le rein ou la sphère ORL (sinus de la face, larynx).

Sur la base de leur consentement éclairé, il est proposé à chaque patient un entretien de reconstitution de son parcours professionnel. Le questionnement n'est pas orienté vers les produits et les risques – des études préalables ayant démontré qu'ils étaient souvent ignorés – mais vers une description la plus fine possible des gestes, des procédés de travail, de l'environnement, des protections... Ces informations sont ensuite soumises à l'expertise de personnes qui, compte tenu de leur formation spécifique et de leur expérience professionnelle², sont en mesure d'identifier les expositions à des agents reconnus cancérigènes par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), l'Union européenne ou la littérature scientifique³.

Ainsi, si l'enquête recourt, pour l'analyse quantitative, aux classiques catégories socio-professionnelles et à la nomenclature des activités, elle tend également à rendre visible, dans une approche qualitative, l'activité de travail « réelle », qui ne correspond à aucune catégorie établie : elle permet ainsi de documenter certaines situations de travail exposantes, souvent mouvantes, les phénomènes de sous-traitance, d'intérim, difficilement observables autrement.

La méthodologie d'évaluation des expositions s'éloigne des approches de type matrices emplois-expositions par la description fine des parcours sur laquelle elle se fonde, par l'individualisation et le caractère pluridisciplinaire de l'expertise qui y est appliquée, mais aussi par le grand nombre d'agents cancérigènes examinés à chaque poste de travail.

¹ : **Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis.** Ce GIS est soutenu financièrement par quatre de ses membres : le CG93, la Direction Générale du Travail (DGT), le comité départemental de la Ligue contre le cancer, et l'Association pour la prévention et la médecine du travail (AMET). Le GIS compte également parmi ses membres l'Université Paris 13, le Centre d'étude de l'emploi (CEE), l'Association des médecins du travail du Nord-Est parisien (METRANEP), le Cancéropôle Île-de-France et l'École des hautes études en santé

publique (EHESP). Des ressources externes proviennent également de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM93) et de la réponse aux appels à projets de recherche. L'INCa soutient ainsi plusieurs axes de recherche développés par l'équipe.

² : En particulier : médecin du travail, ingénieur de prévention des CRAM, hygiéniste industriel, membre de CHSCT, sociologue de la santé au travail.

³ : Sur la base d'une liste évolutive de 54 agents et activités.

L'approche mise en œuvre, au croisement de plusieurs disciplines (sociologie, épidémiologie, ergo-toxicologie), revêt au final deux dimensions, l'une rétrospective, et l'autre prospective. La survenue du cancer est considérée comme un événement « sentinelle » qui invite, d'une part, à reconstituer rétrospectivement le parcours professionnel de la personne pour identifier et qualifier les éventuelles expositions à des cancérogènes et, d'autre part, à accompagner prospectivement ses démarches de déclaration en maladie professionnelle pour analyser les logiques du système de réparation. Du point de vue interventionnel, le dispositif fonctionne ainsi comme un dispositif de rattrapage permettant la mise en visibilité et l'accompagnement de patients qui n'auraient, dans leur grande majorité, pas été orientés vers une consultation de pathologie professionnelle.

Des résultats éclairants

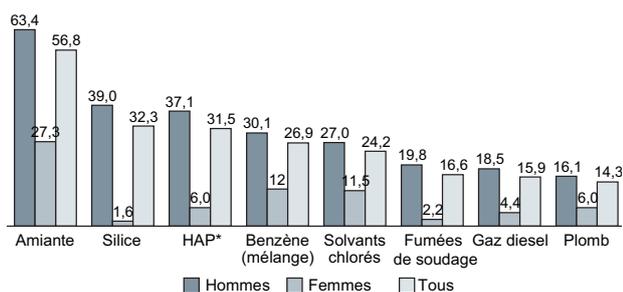
Depuis 2002, ce dispositif d'enquête permanente a permis de construire une base de données conséquente. Ainsi, au 31 décembre 2011, 1 016 patients ont pu être rencontrés, et autant de parcours professionnels ont été reconstitués et expertisés. Il s'agit majoritairement d'hommes (82%), atteints d'un cancer broncho-pulmonaire (87%). Plus de 40% des patients sont âgés de moins de 60 ans, dont plus de 70% sont encore en activité au moment de la survenue du cancer.

Les résultats de ces 10 années d'enquête confirment les inégalités face aux expositions cancérogènes en milieu professionnel. Près de 60% des personnes ont en effet occupé majoritairement des postes d'ouvriers au cours de leur parcours professionnel, et près de 19 % des postes d'employés. Ces parcours étaient massivement exposés puisque la présence d'au moins une exposition à l'un des 54 agents cancérogènes pris en compte a été mise en évidence pour la grande majorité des patients (83%).

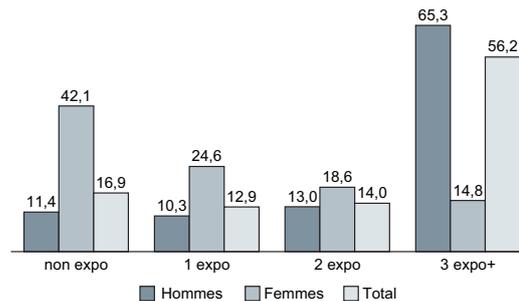
Si les patients de l'enquête Giscop ont été le plus souvent et lourdement exposés à l'amiante durant leurs parcours de travail, de nombreux autres agents se révèlent également qui, pour la plupart d'entre eux, sont considérés comme des cancérogènes avérés chez l'homme.

Le graphique ci-dessous à gauche rend compte des 8 cancérogènes les plus fréquents, par ordre d'importance en pourcentage de patients exposés.

Prévalence de l'exposition vie entière aux principaux cancérogènes selon le sexe



Distribution de la poly-exposition selon le sexe



Sources : Giscop 93

Sources : Giscop 93

* : HAP : Hydrocarbure Aromatique Polycyclique

Les secteurs d'activité les plus fréquemment exposés sont ceux de la construction, de l'industrie métallurgique et chimique et de l'industrie automobile. Les postes liés aux tâches de maintenance, d'entretien et de réparation sont les plus fortement exposés. Autre phénomène marquant, la poly-exposition : elle concerne 75% des postes exposés. Plus d'un quart des patients (28,5%) a été exposé à au moins 5 cancérogènes différents.

- Exposés à 3 substances ou + : 56 %
- Exposés à 1 ou 2 substances : 27 %
- Pas d'exposition professionnelle aux cancérogènes : 17%

Autre constat, des écarts se font jour à chacune des étapes de l'enquête permanente. Ainsi, seules 60% des personnes ayant été exposées à des cancérogènes sont éligibles à une déclaration en maladie professionnelle. Ensuite, alors même qu'elles bénéficient d'un certificat en maladie professionnelle établi par un médecin, elles ne seront que 65% à déclarer leur cancer à l'assurance maladie. Trois quarts d'entre elles obtiendront une réparation financière, mais le plus souvent pas de leur vivant. Ces écarts se construisent au croisement de différentes temporalités : celle du travail hospitalier, celle de la progression de la maladie, celle de l'enquête du Giscop, celle de l'administration en charge de la reconnaissance.

Mais ils interrogent également l'organisation des hôpitaux et la charge de travail des médecins qui participent au recrutement des patients de l'enquête, l'état du patient au moment de la demande de consentement, les modalités de reconstitution de son parcours professionnel, l'expertise dans l'identification des expositions, la connaissance scientifique de leur caractère cancérogène, les tableaux de maladie professionnelle existants, les modalités d'instruction en maladie professionnelle...

Les pistes de recherche

L'équipe et les travaux du Giscop93 se caractérisent par une forte pluri-disciplinarité qui permet d'explorer des pistes de recherche aussi diverses que la construction sociale des inégalités de genre en matière d'expositions cancérogènes au travail et de reconnaissance en maladie professionnelle, la présence-absence des traces du travail et des expositions et leurs répercussions en matière d'accès au droit à la réparation, ou encore l'accumulation spatiale d'un certain nombre de désavantages en termes de défaveur sociale et matérielle et d'environnement de vie et de travail.

Les apports croisés de la sociologie et de l'épidémiologie, mais aussi plus largement des bio-statistiques, et plus récemment de l'histoire et de la géographie viennent patiemment éclairer les différentes facettes d'un phénomène encore largement invisible socialement.

En savoir plus : www.univ-paris13.fr/giscop/

Contexte

L'eau est source de vie pour l'homme et pour les espèces animales et végétales, et un fluide essentiel aux activités économiques. Des prélèvements d'eau sont quotidiennement effectués pour de multiples usages : alimentation en eau potable, irrigation, production d'énergie, activités industrielles... En 2004, 33,7 milliards de m³ d'eau ont été prélevés en France métropolitaine pour satisfaire les activités humaines, dont 18% pour les besoins en eau potable. La consommation d'eau des ménages est de 165 litres par jour et par habitant. Les milieux aquatiques sont par ailleurs le réceptacle de la quasi-totalité des rejets liquides des villes, industries et activités agricoles. La préservation des ressources en eau est un enjeu essentiel. La pollution de l'eau est de plusieurs types. Elle peut être physique (limpidité altérée, température modifiée), chimique (nitrates, métaux et autres micropolluants), organique (entraînant une surconsommation d'oxygène indispensable à la vie aquatique) et microbiologique avec l'introduction de germes pathogènes (bactéries, virus, parasites). Les risques pour la santé humaine peuvent être microbiens et se manifester à court terme par des pathologies, le plus souvent de nature digestive. Ce sont des gastro-entérites dues à des bactéries, à des parasites ou à des virus. Ces pathologies sont généralement suite à des contaminations accidentelles ou à des pannes dans la procédure de désinfection de l'eau. Une contamination importante par des agents chimiques (métaux, pesticides, nitrates...) peut survenir lors de déversements accidentels. Dans ce cas, les risques sanitaires sont immédiats. Ces situations sont rares et, le plus souvent, la contamination est chronique avec des effets sur la santé se manifestant à long terme (plusieurs années ou décennies), suite à une intoxication lente par la consommation régulière d'une eau contaminée à des niveaux faibles (par le plomb par exemple). Afin de protéger la population, l'eau destinée à la consommation humaine est préservée, traitée et sévèrement contrôlée. Ainsi, des périmètres de protection sont instaurés autour des captages d'eau. Avant d'être distribuée, l'eau subit divers traitements de potabilisation pour éliminer les polluants ainsi que les microorganismes pathogènes. Enfin, l'eau du robinet est régulièrement contrôlée et sa qualité doit répondre à des critères très stricts¹.

Les autres usages de l'eau peuvent avoir des conséquences sanitaires ou accidentelles, la noyade étant le risque principal. Les pathologies observées sont le plus souvent bénignes. Elles peuvent être infectieuses généralisées (leptospirose, légionellose), cutanées (mycoses, irritations, verrues), oculaires et ORL (conjonctivites, rhinites, rhinopharyngites, angines, sinusites). La qualité de l'eau destinée à la baignade, qu'il s'agisse des piscines ou des eaux de baignades aménagées fréquentées par le public, est régulièrement contrôlée par les Ddass. Les analyses portent surtout sur la qualité microbiologique. La leptospirose et la légionellose font partie des maladies à déclaration obligatoire. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a défini comme objectif prioritaire de santé publique la réduction de 50% de l'incidence de la légionellose en 2008. La prévention des noyades reste d'actualité, notamment pour les enfants. Depuis le 1^{er} janvier 2006, la loi impose que toutes les piscines enterrées non closes privatives à usage individuel ou collectif doivent être équipées d'un dispositif de sécurité normalisé.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

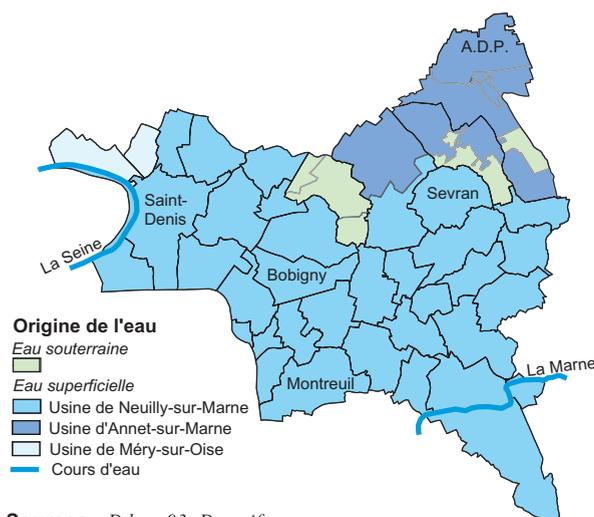
- > 95% de la population, soit une proportion bien plus élevée qu'en Ile-de-France, est desservie par de l'eau potable issue des eaux de surface en 2007
- > 100% de la population est desservie par une eau d'excellente qualité bactériologique en 2007
- > Aucun cas de leptospirose et 21 cas de légionelloses isolés déclarés chez des habitants du département en 2006

Une eau destinée à la consommation humaine provenant majoritairement des eaux de surface

En Seine-Saint-Denis, l'eau potable provient soit des cours d'eau de la région (principalement de la Marne, de l'Oise pour 2 communes, et de la Seine en cas de problème sur les 3 captages principaux), soit de nappes souterraines. Les eaux de surface alimentent presque la totalité de la population (95%, contre 44% en Ile-de-France), les eaux souterraines ne desservant que les communes du Blanc-Mesnil et d'Aulnay-sous-Bois, ainsi qu'une partie de Villepinte et de Tremblay-en-France, soit 5% de la population du département (28% en Ile-de-France). Aucun habitant du département n'est desservi par des eaux mélangeant les deux origines (28% des Franciliens).

Le département est alimenté par 9 ouvrages de captage d'eau, rendue potable par 8 stations de traitement ; 1 141 points de surveillance permettent un suivi de la qualité de l'eau par des prélèvements et analyses réguliers, répartis dans les 12 unités de distribution.

Origine de l'eau consommée en Seine-Saint-Denis



Sources : Ddass 93, Drassif

La totalité de la population de Seine-Saint-Denis dispose d'une eau conforme bactériologiquement

Les maladies les plus courantes provoquées par l'ingestion d'une eau contaminée bactériologiquement sont les gastro-entérites caractérisées par des diarrhées accompagnées de fièvre, de vomissements et de douleurs abdominales.

En Seine-saint-Denis, en 2007, la qualité bactériologique de l'eau potable au robinet du consommateur est bonne (100% conforme aux normes bactériologiques dans toutes les communes).

Pas de dépassements de norme mais une eau provenant des eaux superficielles contenant des nitrates

Le risque essentiel de la transformation par l'organisme des nitrates en nitrites est de provoquer une méthémoglobinémie, maladie qui n'affecte que le nourrisson (cyanose du "nourrisson"). Cette pathologie entraîne une asphyxie qui, sans traitement, peut s'avérer mortelle. Un risque cancérigène, notamment pour l'estomac et la vessie, n'est pas à exclure. L'eau potable n'est pas la seule source de nitrates, les nitrates issus des aliments solides représentant environ 80% de la dose journalière.

En Seine-Saint-Denis, en 2007, les teneurs moyennes en nitrates sont peu élevées. Toute la population a bénéficié d'une eau dont la teneur moyenne est restée sous la norme (50 mg/L). Au-delà de 100 mg par litre, l'eau ne doit pas être bue ni utilisée dans la préparation des aliments. La mairie et le syndicat des eaux doivent informer la population de tout dépassement de la norme.

Pas de restrictions d'usage malgré un dépassement de la norme concernant la teneur en pesticides

La totalité de la population desservie par le captage de Neuilly-sur-Marne a connu en 2007 un dépassement des teneurs moyennes en pesticides, mais qui n'a pas nécessité de restriction d'usage. Un seul pesticide était en cause : l'AMPA² et pour une seule des douze analyses effectuées sur l'année pour ce captage et cette substance (0,14 µg/L alors que la norme est de 0,10 µg/L par substance et de 0,50 µg/L pour le total des substances).

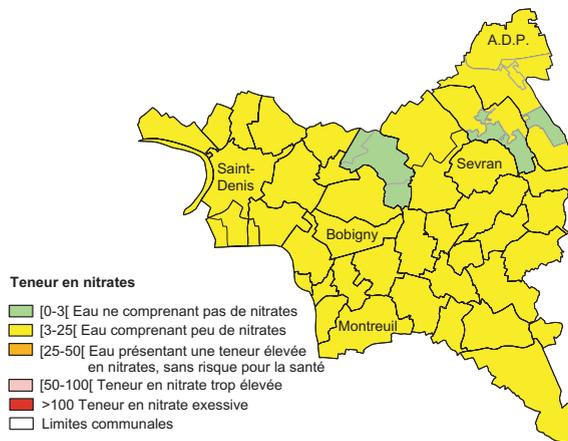
Les effets aigus sur la santé des pesticides sont connus (irritations, vomissements, toux, intoxication grave...). Ils surviennent chez des personnes directement en contact avec les produits. Les effets à long terme sont plus difficiles à mettre en évidence, en raison du nombre élevé de substances mises en cause et de la difficile évaluation des expositions. Cependant, une association avec une exposition aux pesticides est suspectée pour certaines localisations tumorales, pour certains troubles neurologiques, troubles de la reproduction et perturbations endocriniennes.

Satisfaits de la qualité de l'eau, pas de son prix

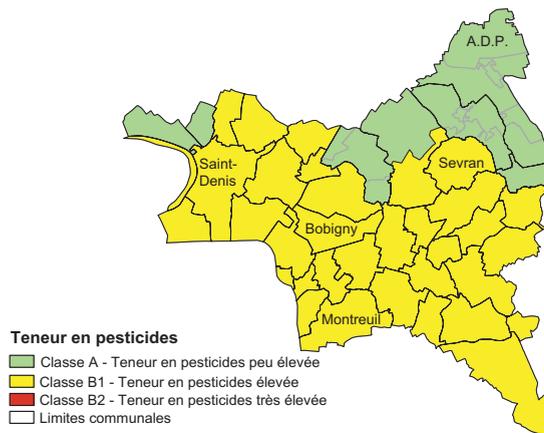
L'exploitation départementale du baromètre santé-environnement permet de connaître la satisfaction des habitants vis-à-vis de l'eau du robinet, ainsi que leur perception des risques liés à l'eau sur leur santé. Dans cette enquête, les séquan-dyonisiens ne se démarquent pas des autres Franciliens. Ils sont 79% à se déclarer satisfaits de la qualité de l'eau et 47% de son prix (ces chiffres ne diffèrent pas significativement de ceux observés auprès des autres Franciliens).

Leur perception des risques est aussi peu différente de celle des autres Franciliens. Ils sont 35% à estimer que la qualité de l'eau du robinet présente un risque élevé pour la santé, ce qui montre une bonne confiance dans l'eau distribuée. Enfin, 73% d'entre eux considèrent que les légionelles présentent un risque élevé pour la santé.

Teneur moyenne en nitrates en 2007 (mg/L)

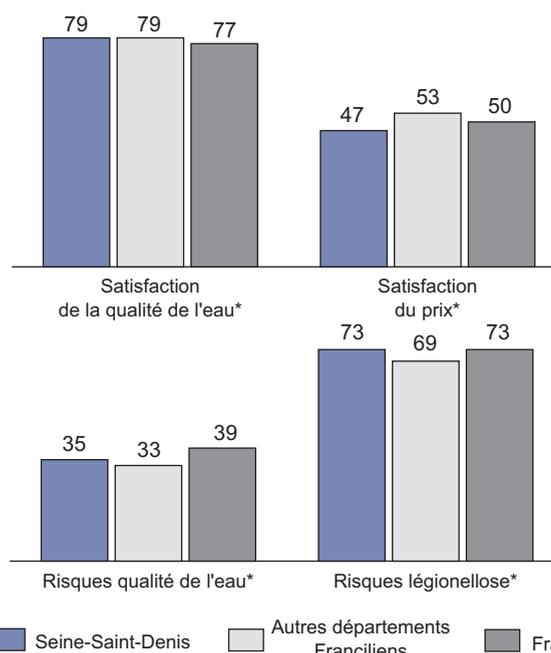


Teneur moyenne en pesticides en 2007 (µg/L)



Sources : Ddass 93, Drassif

Satisfactions et perceptions liées à l'eau en 2007



* moyenne SSD non significative par rapport à la moyenne francilienne
 Source : Baromètre Santé-Environnement 2007 (Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France

Les Français, dans leur ensemble, sont légèrement moins satisfaits de la qualité de leur eau et sont un peu plus nombreux à estimer qu'elle présente un risque pour la santé.

Aucun cas de leptospirose en 2006

La leptospirose est une anthroponose (maladie animale transmissible à l'homme). Elle est provoquée par une bactérie du genre *Leptospira* qui vit essentiellement parmi les rongeurs mais aussi dans les zones où il y a de l'humidité et de l'eau. La transmission se fait surtout par contact avec les milieux aquatiques souillés par les animaux infectés. La leptospirose est classiquement contractée dans le cadre d'une activité professionnelle (égoutiers) ou lors d'activités de loisirs aquatiques. Les premiers symptômes associent fièvre, frissons, douleurs musculaires et céphalées. En Seine-Saint-Denis, aucun cas de leptospirose n'a été dénombré en 2006 (50 en Ile-de-France et 192 en France). Ces chiffres ne sont toutefois qu'une sous-estimation de l'incidence réelle de la maladie, dont la déclaration, bien qu'obligatoire, n'est pas systématique³.

21 cas de légionellose en 2006

La légionellose, maladie infectieuse le plus souvent bénigne mais pouvant être grave chez des personnes fragilisées (personnes âgées, immunodéprimées,...), se contracte par inhalation de bactéries (légionelles) présentes en forte concentration dans des gouttelettes d'eau tiède en suspension dans l'air (grosses unités de climatisation, douches...). Les deux principales sources d'exposition aux légionelles sont les tours aérorefrigérantes (TAR) et les réseaux d'eau chaude sanitaire. Les établissements collectifs comme les hôpitaux ou les maisons de retraite sont particulièrement exposés, notamment en raison de la présence d'une population fragilisée ainsi que d'actes médicaux particuliers (soins respiratoires, intubations, nébuliseurs...). Depuis 2006, un programme d'inspection par les Ddass portant sur les établissements sanitaires et médico-sociaux a été engagé. A ce jour, dans le département, 8 établissements sanitaires et 2 établissements d'hébergement pour personnes âgées en ont bénéficié, et 3 autres inspections sont planifiées en 2008.

Les TAR humides à cycle ouvert font désormais l'objet d'un inventaire : en juin 2008, 97 sites présentant un risque "légionelle" ont été recensés en Seine-Saint-Denis, regroupant 234 Tar (1 116 sites en Ile-de-France, pour 2 699 TAR).

En 2006, 21 cas de légionellose ont été déclarés par les habitants du département, soit un taux d'incidence de 1,41 pour 100 000 habitants. Ces chiffres sont à interpréter avec prudence, l'exposition pouvant avoir eu lieu en dehors du département⁴. En Ile-de-France, 239 cas ont été déclarés, dont 29 cas groupés autour de la gare d'Austerlitz (la TAR source d'exposition a été identifiée).

11 noyades en 2005

En 2005, 11 Séquanodionysiens sont décédés par noyade (10 hommes et 1 femme), à des âges très divers (source Inserm CépiDC⁵). En 2003-2005, à structure par âge comparable, le taux comparatif de mortalité (TCM) par noyade en Seine-Saint-Denis est de 2,1 décès pour 100 000 hommes et de 0,4 pour 100 000 femmes. Les habitants du département ont une mortalité comparable pour les femmes et supérieure pour les hommes à celle des habitants de l'Ile-de-France (ces taux ont été établis sur de petits effectifs et les noyades ont pu avoir eu lieu en dehors du département). Il n'y a aucune baignade autorisée en eau douce dans le département, sauf en piscine et une seule base nautique permanente (hors événementiel).

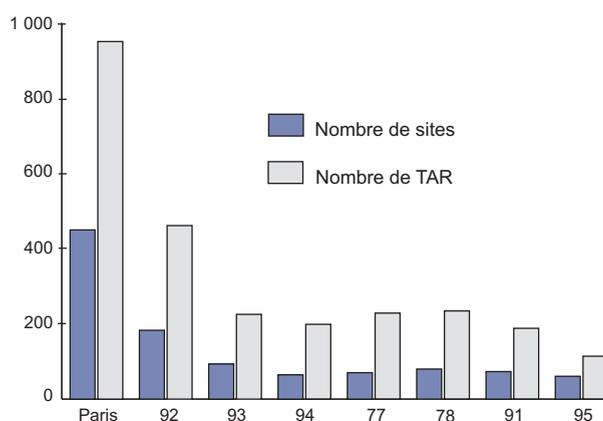
Les leptospiroses en 2006

	Nombre de cas	Taux*
Paris	19	0,88
Hauts-de-Seine	4	0,26
Seine-Saint-Denis	0	0,00
Val-de-Marne	20	1,55
Seine-et-Marne	1	0,08
Yvelines	3	0,21
Essonne	0	0,00
Val-d'Oise	3	0,26
Ile-de-France	50	0,44
France métropolitaine	192	0,31

Sources : Centre national de référence des leptospirose, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France

* Taux brut pour 100 000 habitants

Répartition des TAR en Ile-de-France en juin 2008



Source : Système d'information géographique Légéo V1 (InVS-Cire IdF), juin 2008

Les légionelloses en 2006

	Nombre de cas	Taux*
Paris	54	2,49
Hauts-de-Seine	41	2,68
Seine-Saint-Denis	21	1,41
Val-de-Marne	29	2,24
Seine-et-Marne	13	1,03
Yvelines	20	1,43
Essonne	42	3,52
Val-d'Oise	19	1,65
Ile-de-France	239	2,08
France métropolitaine	1 443	2,36

Sources : InVS, Insee - Exploitation ORS Ile-de-France, 2007

* Taux brut pour 100 000 habitants

Piscines contrôlées pour la qualité des eaux par les services de la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS)

Piscines publiques	35
Piscines privées dont :	14
- piscines d'hôtels ouvertes pendant la période estivale	6
- piscines à usage "thérapeutique"	2
- piscines dans des salles de sports	4
- piscines dans des résidences de logements	2
Total	49

Source : DDASS 93, 2008

Les actions locales pour l'eau en Seine-Saint-Denis

AUDACE : La Seine-Saint-Denis s'engage pour préserver l'eau sur son territoire

La Seine-Saint-Denis est très impliquée dans le domaine de l'eau du fait qu'elle est propriétaire et exploitant du réseau d'assainissement qui collecte et évacue les eaux usées et les eaux pluviales sur son territoire. Le schéma départemental AUDACE (Assainissement Urbain Départemental et Actions Concertées pour l'Eau) fixe les grandes lignes de son engagement sur la période 2003-2012. Les performances des services d'assainissement ont un impact direct sur la salubrité dans la mesure où la mission principale et originelle de l'assainissement est d'éloigner les eaux polluées des zones habitées. Bien des problèmes sont maintenant réglés : les rejets d'eaux usées en rivière ont été supprimés dans leur quasi-totalité, et le traitement des effluents en station d'épuration est de plus en plus exigeant.

Certains domaines requièrent une grande vigilance, tels que la maîtrise de la qualité des effluents non domestiques collectés. Pour cela le département dispose d'une cellule spécialisée dont la vocation est double : surveiller le respect par les industriels de l'interdiction de rejet de substances toxiques; conseiller ces mêmes industriels dans la mise en place et l'exploitation des équipements permettant d'intercepter ces substances indésirables. En 2007, 120 établissements industriels et 111 stations-services ont été l'objet de l'attention de cette cellule (avec respectivement 73% et 68% de conformités constatées). Un autre domaine d'action justifie la mise en œuvre de gros moyens. Il s'agit de la réduction des inondations dues à la montée en charge des réseaux par temps de pluie. Plusieurs types d'actions y sont attachés : la suppression des insuffisances du réseau, qui se traduisent par des débordements des égouts sur les chaussées (AUDACE répertorie 29 secteurs sensibles, leur résorption s'effectue au rythme de construction des bassins de stockage), l'imposition à tout nouveau constructeur de stocker ses eaux de pluie (54 000 m³ de stockage ont été demandés en 2007 pour compenser l'urbanisation) et la mise en conformité des raccordements des usagers au réseau. Cette action est un travail de longue haleine et peu investi jusque là (34 000 branchements sont répertoriés sur le réseau départemental). Leur contrôle monte en puissance depuis quelques années (plus de 700 contrôles en 2007), mais il faudra 20 à 30 ans pour espérer inspecter l'ensemble du parc de branchements et les installations intérieures des habitations.

Des études permettant d'engager des travaux d'amélioration

L'usine de Neuilly-sur-Marne, propriété du Syndicat des Eaux d'Ile de France (SEDIF) et exploitée par Veolia Eau dans le cadre d'un contrat de délégation de service public, produit de l'ordre de 300 000 m³ d'eau potable par jour, à partir d'eau puisée dans la Marne. Elle alimente 40 communes d'Ile-de-France, dont 34 en Seine-Saint-Denis.

Dans le cadre d'une meilleure connaissance des sources de pollution de la Marne, une étude a été menée sur les collecteurs d'eau pluviale en amont de l'usine. Cette étude comportait deux volets : une caractérisation des effluents (réalisée à partir de campagnes d'analyses) et une modélisation de leur impact sur la prise d'eau de l'usine de potabilisation, dans différentes conditions. Il est apparu nécessaire de détourner un collecteur situé trop près de la prise d'eau. Ce point a été repris par l'hydrogéologue agréé qui s'est prononcé en janvier 2006 sur la définition des périmètres de protection à instaurer en amont de la prise d'eau de l'usine de Neuilly-sur-Marne et les prescriptions à y associer. Des actions sont engagées en vue de la réalisation des travaux au plus tôt.

¹ Définition des critères de potabilité :

- Qualité microbiologique : l'eau ne doit contenir ni parasite, ni virus, ni bactérie pathogène.
- Qualité physique et gustative (les paramètres organoleptiques) : l'eau doit être limpide, claire, aérée et ne doit présenter ni saveur ni odeur désagréable.
- Substances "indésirables" : leur présence est tolérée tant qu'elle reste inférieure à un certain seuil (les nitrates par exemple).
- Substances aux effets toxiques : le plomb et le chrome en font partie. Les teneurs tolérées sont extrêmement faibles, généralement de l'ordre du millionième de gramme par litre.

² Le glyphosate est un désherbant non sélectif de plus en plus utilisé en agriculture et dans les jardins des particuliers; son métabolite de dégradation dans l'environnement est l'AMPA.

³ L'année 2006 a été marquée par des modifications dans la stratégie du diagnostic biologique de la leptospirose en France. Les conséquences cliniques et épidémiologiques de cette réduction des moyens sont au minimum un sous-diagnostic et une sous-estimation du nombre de cas (diminution de 50% du nombre de demande de sérologie parvenue au centre national de référence de la leptospirose).

⁴ La déclaration obligatoire (DO) recueille le département de domicile des cas (code postal) - ce qui ne reflète pas obligatoirement les lieux d'exposition. La répartition géographique des cas n'est donc qu'en partie le reflet de la répartition des expositions. D'autre part, les données reposent sur les DO effectuées par les médecins et biologistes. Cette exhaustivité n'est pas de 100% et varie fortement d'un département à un autre.

⁵ Les données de l'Inserm CépIDC portent sur les décès des habitants du département (données domiciliées).

Définitions et sources

Baromètre Santé-Environnement

Afin d'appuyer la mise en œuvre et le suivi de ses actions nationales dans le domaine de la santé, l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), a élaboré un dispositif d'enquêtes périodiques, les Baromètres santé, qui mesurent régulièrement la perception et les comportements des personnes interrogées sur différents domaines concernant la santé.

En 2007, un nouveau Baromètre a été réalisé sur les thématiques de santé environnementale. Un échantillon de 6 007 personnes âgées de 18 à 75 ans, représentatif au niveau national, a été enquêté. L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a réalisé un sur-échantillon, portant le nombre de Franciliens enquêtés à 1 898 personnes, grâce au financement de la Drass et le Conseil régional. Il a paru intéressant dans le cadre de ce tableau de bord d'exploiter les données concernant le département de Seine-Saint-Denis. Les résultats sont cependant à prendre avec précaution, car ils portent sur un nombre de personnes restreint (180). Les personnes ne se prononçant pas ont été exclues de cette exploitation.

Repères bibliographiques

- *La qualité de l'eau au robinet du consommateur d'Ile-de-France en 2006*, Ddass-Drassif, 2007
- *La facture d'eau domestique en 2004*, Ifen, 2007
- *Résultats du contrôle sanitaire pour les installations situées sur le département de Seine-Saint-Denis en 2007*, Ddass 93, 2007
- *Epidémiologie de la leptospirose en France en 2007*, Centre national de référence des leptospiroses - Institut Pasteur, 2008

Contexte

“Il y a pollution de l'air lorsque la présence d'une substance étrangère ou une variation importante de la proportion de ses constituants est susceptible de provoquer un effet nuisible [...], compte tenu des connaissances scientifiques du moment, ou de créer une gêne” (Communauté européenne, 1968). En France, la Loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie (LAURE) de 1996 prévoit la mise en œuvre d'une politique dont l'objectif est de permettre à tous de “respirer un air qui ne nuise pas à sa santé” et définit un droit à l'information sur sa qualité.

La surveillance de la qualité de l'air et l'information du public sont confiées à des Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air (AASQA), indépendantes, qui regroupent les différents acteurs impliqués dans les questions de pollution atmosphérique, conformément à la Loi sur l'air. Les résultats obtenus par ces réseaux de mesure sont accessibles à tous, notamment à travers leur site internet. Ils permettent non seulement de comparer les niveaux de pollution observés aux objectifs de qualité de l'air définis à l'échelle européenne, mais aussi de déclencher les procédures d'information ou d'alerte lorsque ces niveaux dépassent certains seuils fixés par la réglementation. Ces résultats sont également utilisés à l'échelle locale ou nationale à des fins d'études épidémiologiques. Ainsi l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) a mis en place en 1999 un programme de surveillance épidémiologique de la qualité de l'air dans 9 agglomérations françaises (PSAS). Les derniers résultats de cette étude confirment l'existence de liens significatifs entre les niveaux de pollution ambiante et le risque de décès en particulier par maladie cardiovasculaire.

A l'échelle nationale, la qualité de l'air, au regard des indicateurs de pollution mesurés, montre une tendance à l'amélioration sur le long terme pour certains polluants. Pour d'autres, comme l'ozone, les niveaux sont globalement en hausse à l'échelle nationale (de même qu'à l'échelle de l'hémisphère Nord où les niveaux de base ont été multipliés par 5 en l'espace d'un siècle). L'année 2003, du fait de conditions climatiques très défavorables, a été marquée par une remontée notable des niveaux de pollution pour ce polluant sur l'ensemble du territoire. L'année 2007 a été caractérisée par une remontée des niveaux de particules, due en partie à un changement de méthode de mesure décidé par le Ministère de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables, pour toute la France, afin de se conformer aux normes de mesures européennes, et qui a été appliqué à partir du 1^{er} janvier 2007.

La Loi sur l'Air prévoit la mise en place de plans locaux ayant pour objectifs la protection de la qualité de l'air. Les Plans Régionaux pour la qualité de l'air (PRQA) établissent un diagnostic à l'échelle régionale, et proposent des orientations permettant des améliorations. Les Plans de Protection de l'Atmosphère (PPA) sont élaborés dans les grandes agglomérations et dans les secteurs où les valeurs limites ne sont pas respectées. Ils contiennent un ensemble de mesures spécifiques obligatoires permettant d'atteindre les objectifs fixés à l'échelle européenne. Ces deux plans sont complétés localement par des Plans de Déplacement Urbains (PDU). Le plan Particules, qui doit permettre d'atteindre l'objectif fixé au Grenelle de réduire de 30% les concentrations particulières d'ici 2015, sera inclus dans le deuxième plan national Santé-environnement. Il ciblera quatre secteurs responsables des émissions : domestique, industriel, résidentiel tertiaire et agricole.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

En Ile-de-France, des mesures des niveaux de pollution atmosphérique existaient depuis les années 50. La création d'Airparif en 1979 a permis une modernisation des équipements. La surveillance actuelle permet une couverture complète du territoire en associant la mesure continue des principaux indicateurs de pollution sur une cinquantaine de stations, dont 7 permanentes et 2 semi-permanentes en Seine-Saint-Denis, la mise en œuvre complémentaire de campagnes de mesure intensives et l'utilisation opérationnelle d'outils de modélisation.

En terme de qualité de l'air, la Seine-Saint-Denis fait partie de l'agglomération parisienne dont elle connaît les mêmes problématiques du fait de son importante urbanisation et de la forte densité du trafic : c'est-à-dire des niveaux de pollution dus au dioxyde d'azote supérieurs à l'objectif de qualité français. En Seine-Saint-Denis, comme dans les autres départements de la petite couronne on observe ainsi une diminution progressive des niveaux moyens de ce polluant au fur et à mesure que l'on s'éloigne du cœur de l'agglomération parisienne.

Parallèlement à ce phénomène, la présence en Seine-saint-Denis d'axes routiers importants et d'une partie de l'aéroport international Roissy-Charles-de-Gaulle représente autant de sources de pollution atmosphérique au voisinage desquelles les niveaux de dioxyde d'azote sont plus importants. L'Ile-de-France dans son ensemble peut être soumise à des épisodes de pollution photochimique estivaux au cours desquels l'ozone dépasse les objectifs de qualité, due notamment à des imports d'ozone en provenance du reste de l'Europe. Cette situation est cependant plus marquée dans les zones rurales, placées sous le vent du panache des émissions de précurseurs d'ozone émis par l'agglomération parisienne, que dans l'agglomération même et donc qu'en Seine-Saint-Denis (tout particulièrement par vents de Nord-Est). Les phénomènes d'import provenant du Nord de l'Europe peuvent aussi s'observer pour les particules comme cela a été le cas en décembre 2007 sur l'ensemble de l'Ile-de-France.

Les effets sanitaires de la pollution atmosphérique en Seine-Saint-Denis peuvent être évalués à partir d'une part des données disponibles dans la littérature internationale, et d'autre part des résultats obtenus en Ile-de-France dans le cadre de l'étude Erpurs. Le programme Erpurs, mis en place en 1990 à la suite des épisodes de pollution intervenus au cours de l'hiver 1989, a pour objectif l'analyse des effets sanitaires de la pollution atmosphérique urbaine à l'intérieur d'une zone comprenant Paris et les trois départements de proche couronne.

Cette fiche a été réalisée en partenariat avec Airparif

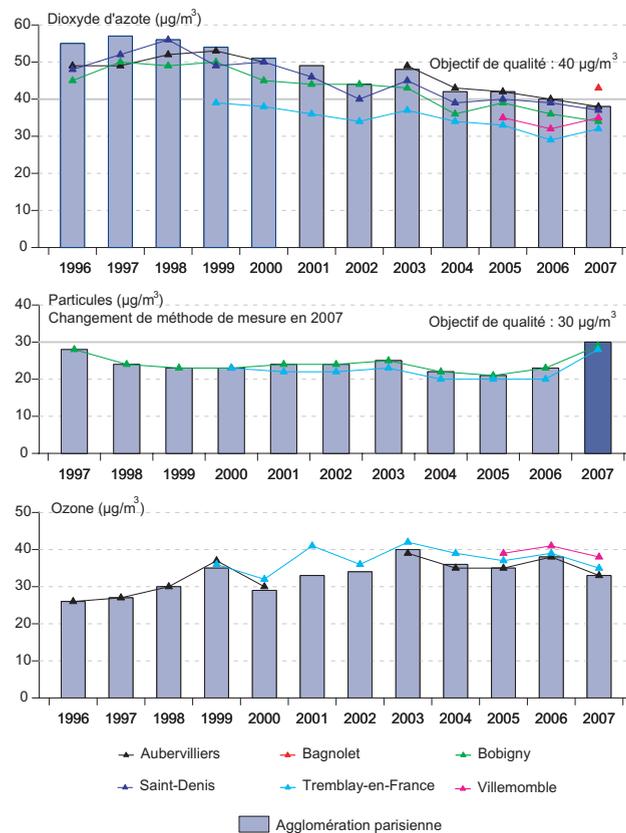
Neuf stations de mesures en Seine-Saint-Denis

En Seine-Saint-Denis, le réseau de surveillance de la qualité de l'air (Airparif) est constitué de six stations automatiques fixes dites de fond situées à Aubervilliers, Bagnolet, Bobigny, Saint-Denis, Villemomble (stations urbaines) et Tremblay-en-France (station péri-urbaine). A ces stations de fond mesurant la qualité de l'air ambiant s'ajoute une station automatique trafic située à proximité immédiate de l'autoroute A1 à Saint-Denis et 2 stations trafic semi-permanentes à Pantin sur la RN2 et à Villemomble sur la RN 302, équipées de tubes à diffusion qui mesurent le dioxyde d'azote sur les deux sites et le benzène sur le site de Pantin. Courant 2008, une nouvelle station trafic permanente devrait entrer en service à Pantin sur la RN2. Cette surveillance est complétée par la mise en œuvre de campagnes de mesures telles que celle autour de l'échangeur de la Porte de Bagnolet ou celle du quartier des "4 chemins" à Pantin ou encore celle menée actuellement autour de la plate-forme aéroportuaire de Roissy-Charles-de-Gaulle, et par l'utilisation d'outils de modélisation.

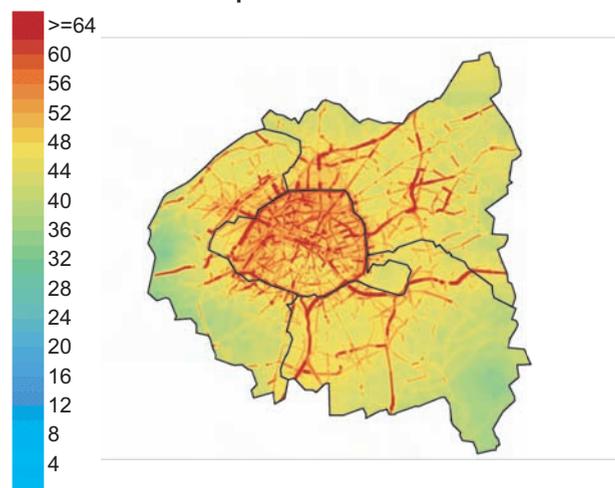
Lorsque l'on s'intéresse aux niveaux de fond en dioxyde d'azote, en particules et en ozone, trois polluants pour lesquels des objectifs de qualité réglementaires sont définis, on remarque que ces derniers sont assez similaires à ceux observés dans le reste de l'agglomération parisienne. C'est le cas notamment des niveaux moyens en particules qui sont assez homogènes entre les stations. On observe en 2007 une remontée des niveaux de particules, d'une part en raison du changement de méthode de mesure, d'autre part en raison d'une période en décembre particulièrement défavorable à la dispersion de la pollution, et induisant des niveaux records de particules sur toute l'Ile-de-France. Cependant les 2 stations de fond de Seine-Saint-Denis mesurant les particules ont respecté l'objectif de qualité et les valeurs limites de ce polluant, ce qui n'est pas le cas le long des axes routiers les plus importants de Seine-Saint-Denis comme notamment en bordure de l'autoroute A1 (220 jours de dépassement de la moyenne journalière de $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ pour 35 jours autorisés). Sur ces mêmes grands axes, les teneurs annuelles de dioxyde d'azote dépassent également les valeurs réglementaires et les niveaux de l'autoroute A1 sont près de 2,5 fois plus élevés que ceux des stations de fond du département. Au fur et à mesure que l'on s'éloigne des axes, la pollution tend progressivement à décroître. On retrouve en général le niveau de pollution de fond lorsque l'on se situe à une distance de plus de 100 à 200 m suivant les polluants, mais les situations peuvent être très différentes d'un lieu à un autre. L'amorce d'une baisse des concentrations moyennes annuelles de fond en dioxyde d'azote s'observe depuis 2000. Cependant, l'objectif de qualité ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en moyenne annuelle) est dépassé en 2007 sur la station de Bagnolet.

Les niveaux de fond de dioxyde d'azote décroissent généralement au fur et à mesure que l'on s'éloigne du cœur de l'agglomération, c'est pourquoi la station de Tremblay-en-France présente des niveaux systématiquement inférieurs à ceux des autres stations du département. En revanche, du fait du mode de formation de l'ozone, des niveaux d'ozone plus élevés sont observés au niveau de cette même station. L'ozone est, en effet, un polluant dit "secondaire" qui n'est pas directement rejeté dans l'atmosphère. Il se forme par réactions chimiques à partir d'autres polluants (appelés précurseurs d'ozone) tels que les oxydes d'azote et les hydrocarbures sous l'action du rayonnement solaire et par vent faible (un vent fort aurait permis sa dispersion). Ce polluant dit

Niveaux moyens annuels de dioxyde d'azote, de particules (PM10) et d'ozone enregistrés par les stations de Seine-Saint-Denis



Moyenne annuelle de dioxyde d'azote en 2007 en petite couronne



Source : Airparif

"photochimique" pose donc problème en été, en période d'ensoleillement intense. Ses niveaux sont plus élevés en zone rurale que dans l'agglomération où ses précurseurs ont été émis. En Seine-Saint-Denis, comme dans toute l'Ile-de-France, l'objectif de qualité annuel relatif à la protection de la santé est régulièrement dépassé pour ce polluant. Cependant, hormis en 2003 où la moyenne annuelle avait été la plus forte de l'historique en raison de la canicule du mois d'août, on constate au cours des 6 dernières années, une certaine stabilité des niveaux d'ozone.

D'autres éléments sur les différentes sources de polluants dans le chapitre Transports et déplacements

Des effets sanitaires avérés de la pollution atmosphérique sur Paris et la proche couronne

De nombreux travaux épidémiologiques et toxicologiques confirment que la pollution atmosphérique urbaine a des effets sur la santé. Ces effets sont relativement faibles, comparés à d'autres facteurs de risque comme la consommation de tabac ou d'alcool, mais ils touchent l'ensemble de la population d'une agglomération, et ses conséquences sanitaires sont de ce fait non négligeables. Par ailleurs, les effets de la pollution sont sans seuil, c'est à dire qu'ils sont ressentis dès les plus faibles concentrations en polluants atmosphériques, en dehors même des épisodes de pics de pollution.

A court terme, c'est à dire dans les quelques jours suivant une exposition, la pollution favorise des irritations rhino-pharyngées et oculaires, la toux, une dégradation de la fonction ventilatoire, une hypersécrétion bronchique, une augmentation de la résistance pulmonaire, le déclenchement de crises d'asthme, et des effets sur le système cardio-vasculaire. A long terme, ou à la suite d'une exposition chronique, la pollution conduit au développement de pathologies respiratoires chroniques (asthme chez les enfants, pathologies pulmonaires obstructives chez les personnes âgées), et contribue à la progression de l'athérosclérose et à un accroissement du risque de décès, par maladies cardio-respiratoires et par cancer du poumon notamment.

Même si chacun peut ressentir les effets de la pollution, certaines personnes sont plus vulnérables : les enfants, dont les poumons ne sont pas complètement formés, les personnes âgées, car la capacité et les défenses respiratoires diminuent avec l'âge, les personnes souffrant de pathologies chroniques, les fumeurs, dont l'appareil respiratoire est déjà irrité par le tabac, les sportifs, qui, de par leur activité respiratoire accrue, sont plus exposés aux polluants.

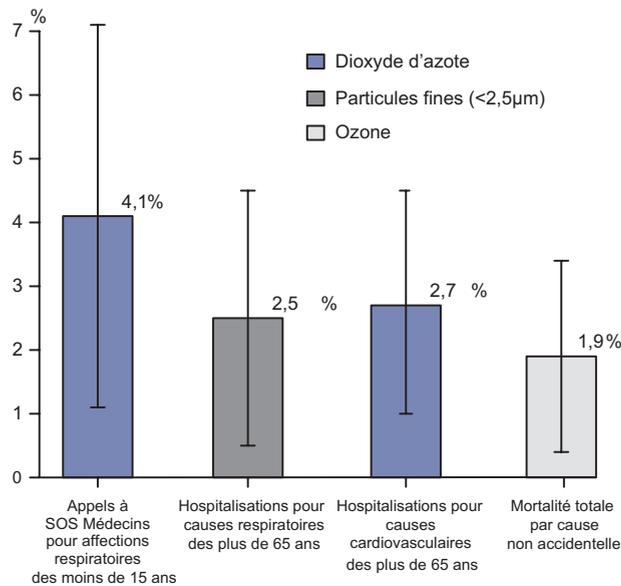
Le programme Erpurs a permis de mettre en évidence à Paris et en proche couronne des liens à court terme entre différents indicateurs (particules, dioxyde d'azote, ozone) de la pollution atmosphérique rencontrée et le nombre de décès, d'hospitalisation, ou d'appels à SOS Médecins dans cette zone. Quelques résultats de ces études sont présentés dans la figure ci-contre.

63% des habitants ont senti un effet de la pollution de l'air extérieur sur la santé

L'exploitation départementale du baromètre santé-environnement permet de connaître la perception des Séquano-dyonisiens des risques environnementaux liés à l'air sur leur santé. Dans cette enquête, les Séquano-dyonisiens sont 87% à considérer le risque de la pollution de l'air extérieur sur la santé comme élevé (résultat semblable à celui observé pour l'ensemble des autres Franciliens). Le risque d'exposition au soleil est estimé à la même hauteur (le lien direct sur les cancers de la peau semble ainsi bien perçu).

Les habitants du département sont 63% à avoir déjà senti les effets de la pollution de l'air extérieur sur leur santé ou celle de leur entourage proche. C'est un

Augmentation de risques sanitaires lorsque les niveaux des polluants passent d'un niveau bas* à un niveau haut** (Paris et proche couronne)



Source : ORS Ile-de-France

Lecture : lorsque la concentration de dioxyde d'azote passe d'un niveau bas* à un niveau haut**, le risque d'appeler SOS Médecins pour un problème respiratoire pour les moins de 15 ans augmente de 4,1%.

Particules fines : ces poussières fines en suspension proviennent de la combustion des matières fossiles, du transport automobile et d'activités industrielles diverses. Leur taille et leur composition sont très variables. Les PM10 ont un diamètre inférieur à 10 micromètres, les PM2,5 ou très fines particules ont un diamètre inférieur à 2,5 micromètres.

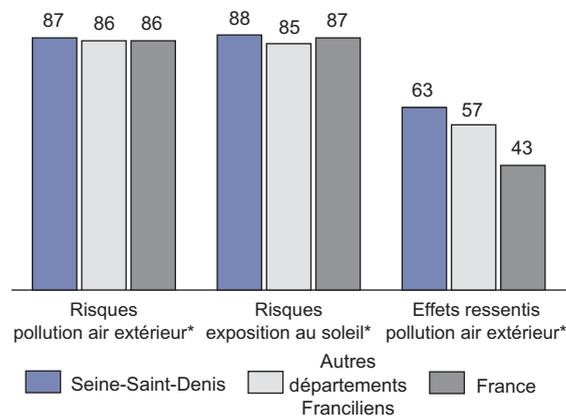
Dioxyde d'azote (NO2) : il est émis lors de la combustion. Les sources principales du NO2 sont les transports, l'industrie, l'agriculture et la transformation d'énergie.

Ozone : il résulte de la transformation dans l'atmosphère de certains polluants (oxydes d'azote et composés organo-volatils), sous l'effet du rayonnement solaire.

* Niveau bas : valeur de concentration en polluants au delà de laquelle se situent les 3/4 des jours

** Niveau haut : valeur de concentration en polluants en deçà de laquelle se situent les 3/4 des jours

Perception des risques et effets ressentis liés à l'air extérieur en 2007



* Moyenne SSD non significative par rapport à la moyenne francilienne
Source : Baromètre Santé-Environnement 2007(Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France

résultat semblable à celui observé sur le reste de la région, mais qui se situe 20 points au-dessus de celui de l'ensemble des Français, qui ont pourtant une perception du risque équivalente.

Des études sur la pollution de l'air en Seine-Saint-Denis

Actualisation de l'étude sur l'impact de l'aéroport de Roissy

Une première étude autour des plates-formes aéroportuaires avait mis en évidence en 2003 un surcroît notable de pollution chronique liée au dioxyde d'azote, traceur du trafic routier et aérien, sur certains secteurs de la périphérie de la plate-forme de Roissy-Charles-de-Gaulle. Une nouvelle campagne de mesure, démarrée fin 2007, autour de la plate-forme aéroportuaire de Roissy-Charles de Gaulle va permettre de suivre l'évolution en 5 ans de ces niveaux. Le dioxyde d'azote (NO₂) est suivi sur 120 sites de mesure répartis sur 27 communes, ainsi qu'en 3 points de mesure par analyseurs automatiques au plus proche de la plate-forme (Tremblay-en-France, Mesnil-Amelot et Epiais-Les-Louvres). Cette étude devrait permettre, entre autre, une cartographie détaillée de la pollution aux abords de l'aéroport, ce qui est nécessaire aux études d'impact sanitaire du trafic aérien programmées dans le cadre du Plan régional santé environnement d'Ile-de-France (PRSE). Aéroports de Paris s'est associé à cette étude et des mesures complémentaires simultanées ont été faites à l'intérieur de l'enceinte de la plate-forme aéroportuaire.

D'autre part, toujours dans le cadre du PRSE, un dispositif de surveillance de l'impact sanitaire du trafic aérien "Survol" a été mis en place. Airparif participe au comité de pilotage de ce projet et assurera la fourniture d'indicateurs pertinents de pollution atmosphérique notamment à travers les résultats de la nouvelle campagne de mesure menée autour de la plate-forme de Roissy-Charles-de-Gaulle.

Pantin : la confirmation du rôle de l'urbanisme sur la qualité de l'air

Airparif a mené une étude pour le compte de la commune de Pantin, au sein du quartier des "4 chemins". Comme attendu, les concentrations ambiantes en dioxyde d'azote sont maximales à la périphérie Ouest de la commune, du fait de l'influence des émissions du cœur dense de l'agglomération parisienne et du boulevard Périphérique, puis décroissent au fur et à mesure que l'on s'éloigne de Paris. Les niveaux relevés au sein du quartier des "4 chemins" montrent une influence des émissions du trafic routier du boulevard Périphérique et de la route nationale 2.

La décroissance des niveaux à partir de ces deux axes mettent en évidence l'influence de la topographie et de l'urbanisation des lieux sur la dispersion des polluants. Ainsi, les teneurs en dioxyde d'azote et en benzène enregistrées au plus près du boulevard périphérique (à 35 mètres) sont inférieures à celles mesurées à 95 mètres de la voie. Ceci est lié au positionnement de l'axe routier, situé en hauteur par rapport aux sites de mesures. Les teneurs similaires relevées à 95 et 165 mètres du Boulevard Périphérique, montrent l'influence de l'urbanisme du quartier et plus particulièrement d'une rue de type canyon qui limite la décroissance des niveaux des polluants malgré l'éloignement de l'axe. L'influence du boulevard périphérique n'est plus visible au delà de 300 mètres.

Etude de santé publique autour d'une ancienne usine de broyage d'amiante, le Comptoir des minéraux et matières premières à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis)

En 1938, s'installait à Aulnay-sous-Bois une entreprise spécialisée dans le broyage de minéraux et tout particulièrement de minerai d'amiante. Son activité de broyage, source de bruit et d'une intense production de poussière, donna lieu à de multiples plaintes du voisinage. En 1997, une famille de riverains portait plainte suite au décès par mésothéliome d'un des leurs, décès qu'elle attribuait à l'exposition environnementale générée par l'entreprise. Une étude a été menée pour vérifier l'existence d'au moins un cas de pathologie liée à l'amiante pour laquelle une exposition environnementale était la seule retrouvée et pour estimer l'ampleur de cette exposition passée en fibres d'amiante autour de l'usine au temps de son activité. La reconstitution des expositions de 21 personnes présentant une pathologie liée à l'amiante a été possible. Onze d'entre elles ont présenté une pathologie confirmée (mésothéliome, plaque pleurale) en lien avec une exposition strictement environnementale ou associée à une exposition paraprofessionnelle mineure.

Définitions et sources

La pollution de fond

Il s'agit des niveaux de pollution enregistrés par des stations dites "de fond". Ces capteurs sont placés à distance de toute source directe de pollution afin de mesurer l'ambiance générale d'un quartier en terme de pollution atmosphérique. Les niveaux de pollution d'une station de fond sont ainsi représentatifs du secteur géographique alentour et correspondent aux niveaux de pollution minimum auxquels la population de ce secteur est exposée mais tout au long de la nuit et de la journée, et ce, quelle que soit son activité.

La pollution à proximité du trafic

Cette pollution est relevée par des stations dites "trafic" permanentes ou semi-permanentes qui permettent d'évaluer le risque maximal d'exposition auquel sont soumis les piétons ou les automobilistes dans leur voiture. L'exposition du public en situation de proximité automobile est en général de courte durée mais les niveaux de pollution y sont élevés. Les niveaux de pollution les plus élevés sont observés à l'intérieur de l'habitacle des véhicules dans le flux de circulation. (Source Airparif).

Erpurs

Erpurs est une étude épidémiologique de séries temporelles écologiques, qui consiste à relier les variations à court terme (d'un jour à l'autre) d'un indicateur de l'état de santé de la population de Paris et de la proche couronne (nombre d'hospitalisations, de décès) à celles d'indicateurs de pollution atmosphérique sur cette zone. Cette étude permet de quantifier l'influence à court terme (un ou deux jours suivant l'exposition) de la pollution atmosphérique sur le risque de connaître un événement sanitaire.

Baromètre Santé-Environnement

Voir fiche 9.1

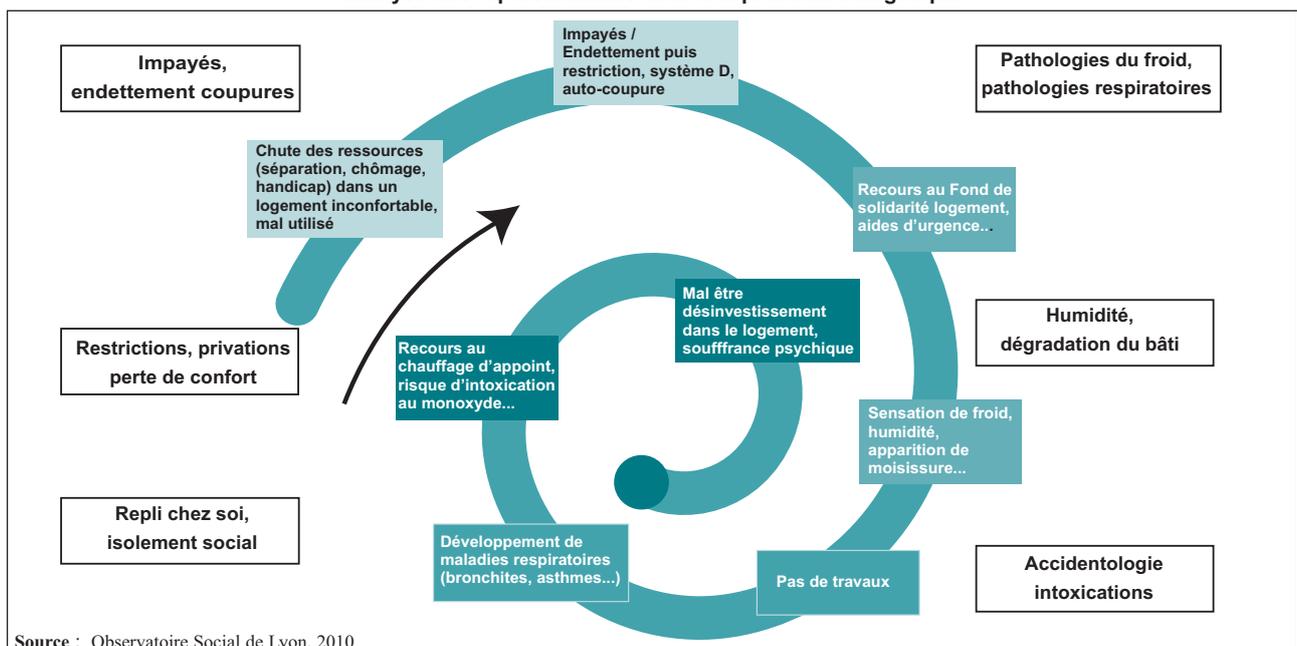
Repères bibliographiques

- Programme de surveillance air et santé - analyse des liens à court terme entre pollution atmosphérique urbaine et mortalité dans neuf villes françaises, INVS, 2008
- HOST S., CHATIGNOUX E., Gremy I., Évaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé (erpurs). Analyse des liens à court terme entre pollution particulière et morbidité, ORS Ile-de-France, 2008
- La qualité de l'air dans le département de Seine-Saint-Denis : émissions et concentrations des principaux polluants, Airparif, 2006
- Caractérisation de la qualité de l'air en bordure de voirie au centre-ville de la commune de Montreuil, Airparif, 2007
- Caractérisation de la qualité de l'air du quartier des "4 chemins" et de la commune de Pantin, Airparif, 2006
- COUNIL E., DANIAU C., ISNARD H., Étude de santé publique autour d'une ancienne usine de broyage d'amiante : le Comptoir des minéraux et matières premières à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis), INVS, 2007.

Contexte national

L'organisation d'un territoire, sa composition sociale et son environnement ont des impacts sur la santé des habitants. Il existe des liens avérés entre urbanisme et santé qui traduisent l'influence de l'aménagement du territoire sur les comportements et le cadre de vie de la population. Par ailleurs, une population en bonne santé participe du développement d'un territoire. Un cadre de vie comportant des équipements et services, une politique en faveur des transports en commun et des transports actifs, un partage de la voirie, diminuent les expositions à la pollution atmosphérique et au bruit et favorise l'activité physique. Enfin, une offre en logements de qualité permet de diminuer les pathologies liées à l'insalubrité, la pollution de l'air intérieur, la suroccupation, la précarité énergétique et contribue au bien-être. En France, on considère que 8 millions de personnes sont en situation de mal-logement ou de fragilité dans leur logement [1] et on estime à 3,5 millions les ménages menacés de précarité énergétique [2]. Selon l'article 11 de la loi Grenelle 2, "est en situation de précarité énergétique, une personne qui éprouve dans son logement des difficultés particulières à disposer de la fourniture d'énergie nécessaire à la satisfaction de ses besoins élémentaires en raison de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'habitat" [3]. L'habitat indigne, quand à lui, recouvre les logements, immeubles et locaux insalubres, les locaux où le plomb est accessible, les immeubles menaçant de tomber en ruine, les hôtels meublés dangereux et les habitats précaires. Selon les estimations ministérielles, les risques sanitaires liés à l'habitat indigne en France concernent environ 611 000 logements dans lesquels vivent un peu plus d'un million de personnes. La qualité de l'air intérieur est un enjeu de santé publique de mieux en mieux caractérisé, les citoyens passant environ 80% de leur temps dans des locaux. Les principales sources de pollution sont : les occupants eux-mêmes et leurs activités (tabagisme, cuisine, utilisation de produits ménagers, etc.), les matériaux de construction (revêtements de murs et de sols, peintures, matériaux d'isolation, etc.), les équipements du bâtiment (appareils de combustion pour le chauffage, systèmes de ventilation et d'air conditionné, etc.), ainsi que différents allergènes (acariens, moisissures, animaux domestiques, etc.) [4]. Etant donné son poids dans les dépenses des ménages, un ménage sur deux consacrait en 2010 plus de 18,5 % de ses revenus à son habitation principale [5], l'impact du logement sur la santé de ses occupants est fortement corrélé à leur statut socio-économique. Le logement crée des inégalités environnementales et sociales importantes, tant pour ce qui a trait à sa configuration qu'à son environnement. Enfin, le "syndrome des bâtiments malsains" (ou syndromes psycho-sociogéniques) correspond à des épidémies de malaises non expliqués touchant des personnes présentant les mêmes symptômes (céphalées, troubles de la concentration, asthénie, irritations cutanées, oculaire ou des muqueuses nasales et des voies aériennes supérieures) mais sans cause organique apparente. Les événements surviennent pour des occupants de bâtiments non industriels. Ce syndrome présente des origines multifactorielles qui mettent en jeu les nuisances environnementales (présence de composés organiques volatils et de biocontaminants, bruit, luminosité insuffisante, ventilation défectueuse, etc.) ainsi que des facteurs socioprofessionnels et psychologiques.

Analyse des représentations liées à la précarité énergétique



Source : Observatoire Social de Lyon, 2010

Repères bibliographiques et sources :

1. Les chiffres du mal-logement en 2013. Fondation Abbé Pierre.
2. Enquête Nationale Logement, 2006. Agence Nationale de l'Habitat.
3. Loi du 12 juillet 2010 (n° 2010-788)
4. Observatoire de la Qualité de l'Air Intérieur
5. INSEE. Tableaux de l'économie française. Edition 2013.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > 9,1% du parc privé en Seine-Saint-Denis est estimé potentiellement indigne (contre 4,8% en Île-de-France), soit le plus touché des départements franciliens
- > En 2008, 36 000 logements étaient en situation de surpeuplement accentué*, soit 6,2% des résidences principales (contre 3,4 % au niveau régional)
- > 13 % des ménages déclarent vivre dans de très mauvaises conditions de logement (1 point de moins qu'à Paris)

* manque deux pièces par rapport à la norme

Habitat indigne

En 2007, 33 952 résidences principales privées, soit 9,1% du parc en Seine-Saint-Denis sont estimées potentiellement indignes¹. Le département est ainsi le plus touché des départements franciliens. La majorité (70 %) de ces résidences est occupée par des locataires. Près de 100 000 habitants peuvent être ainsi potentiellement exposés aux conséquences sanitaires d'un logement indigne. Les communes les plus concernées sont Saint-Denis, Aubervilliers et Saint-Ouen, aussi bien en nombre de résidences principales privées potentiellement indignes qu'en pourcentage du parc. Ces résultats sont cependant à nuancer, car depuis le département a connu des opérations de rénovation urbaine qui ont nettement amélioré la situation dans certains quartiers. Par ailleurs, le nombre d'arrêtés préfectoraux pris pour insalubrité a doublé entre 2007 et 2011, passant de 140 à 284².

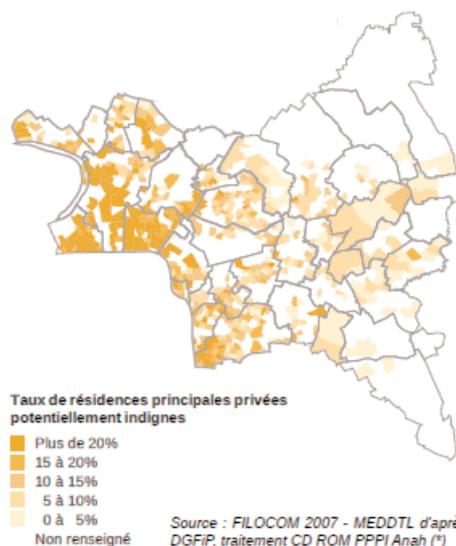
Saturnisme

Sur la période 2007-2010, 5 341 enfants ont bénéficié d'une première plombémie, soit 1 335 enfants dépistés par an. L'activité de primo-dépistage du département représente 30% de l'activité francilienne. Parmi ces enfants, 171 avaient une plombémie supérieure à 100 µg/l de sang, soit 3,2 cas de saturnisme pour 100 enfants primo-dépistés (contre 2,8 en Île-de-France et 3,5 en France). Ce taux d'incidence ne cesse de baisser depuis 1995, passant de 29,3% en 1995 à 4,6% en 2006 et 2,4 % en 2010.

Intoxications au monoxyde de carbone

La survenue d'une intoxication par le monoxyde de carbone dans les appartements ou les maisons, équipés d'une chaudière individuelle comme mode de chauffage principal, montre une incidence qui demeure élevée en Seine-Saint-Denis. Le monoxyde de carbone reste en France la première cause de mort toxique accidentelle et durant la période hivernale, on déplore des accidents, parfois mortels par l'utilisation inappropriée de chauffage d'appoint. Une aération insuffisante des locaux habités voire l'obstruction des dispositifs de ventilation, un mauvais entretien ou l'absence d'entretien des installations, l'obstruction d'un conduit de fumée ou enfin des défauts d'installation sont des facteurs qui accentuent sa production.

Nombre de résidences principales privées potentiellement indignes en 2007



Primo-dépistage du saturnisme entre 2007 et 2010

	2007	2008	2009	2010
Seine-saint-Denis				
Nombre de plombémies de primo-dépistage	1 446	1 390	1 299	1 206
Nombre de cas au primo-dépistage	58	49	35	29
% de cas en primo-dépistage	4,0	3,5	2,7	2,4
Île-de-France				
% de cas en primo-dépistage	3,2	2,9	2,5	2,7
France métro				
% de cas en primo-dépistage	3,7	3,5	3,3	3,6

Source : InVS - Système national de surveillance

Cas d'intoxication au monoxyde 2007 - 2010

	Pour 100 000 appartements		Pour 100 000 maisons	
	Episodes	Incidence	Episodes	Incidence
Paris	68	7,0	3	12,0
Hauts-de-Seine	32	8,3	26	9,2
Seine-St-Denis	33	10,6	61	12,8
Val-de-Marne	32	11,4	37	9,1
Seine-et-Marne	6	3,5	18	2,4
Yvelines	11	4,4	35	5,5
Essone	6	4,4	21	3,4
Val d'Oise	12	8,9	34	6,3

Source : InVS - Système national de surveillance

1. "Constituent un habitat indigne les locaux utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé" (Loi du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion). Le parc potentiellement indigne est issu du croisement de données relatives à la qualité des logements privés et au revenu de leurs occupants. Il permet un premier repérage territorial des logements indignes, qui doit être complété sur le terrain.

2. Agence Régionale de Santé - Délégation Territoriale de Seine-Saint-Denis

Consommation énergétique des habitants

Le graphique donne les consommations unitaires des logements par commune. On constate la présence d'une large bande, au centre du département, au sein de laquelle les consommations unitaires sont plus élevées. Ceci s'explique par la présence dans ces zones d'un parc ancien de maisons individuelles. A contrario, bien que la partie ouest du département soit également caractérisée par un parc d'habitat ancien, la forte présence de logements collectifs limite les consommations. La mitoyenneté des logements permet de réduire les besoins unitaires de consommations énergétiques ; à données égales par ailleurs, les logements collectifs ont une consommation environ 30 % inférieure aux logements individuels. Ainsi, les maisons individuelles composent près de 25% du parc de logements, mais 40% des consommations d'énergie du département. Dans la lutte contre la précarité énergétique, les habitants avec des revenus faibles, résidant dans des logements anciens mal isolés constituent une cible prioritaire.

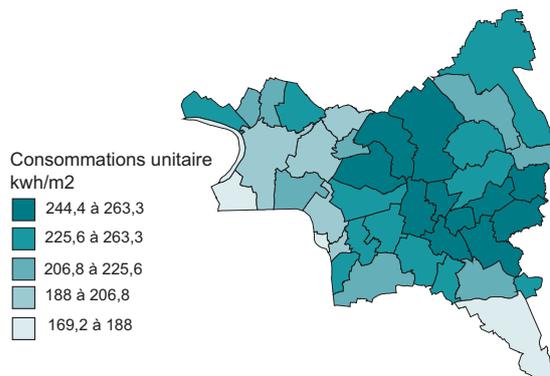
Augmentation des prix de l'énergie et précarité énergétique

La part des dépenses d'énergie dans les dépenses globales des ménages pour le logement s'accroissent. La précarité énergétique illustre les difficultés croissantes d'une partie de la population à « boucler les fins de mois » ; elle devient ainsi le symbole de la fragilisation des classes moyennes. Les Français ne sont pas égaux face à la dépense énergétique, pour des raisons qui ne tiennent pas seulement à leur niveau de revenu. Résider dans les zones périurbaines éloignées des centres-villes oblige à rajouter au prix du logement un budget « véhicules » et « carburants » élevé. Les mêmes individus cumulent souvent un habitat à mauvaise efficacité thermique et un éloignement des commerces et services. C'est donc la notion de « coût résidentiel », consistant à cumuler le coût du logement, charges comprises, et le coût de la mobilité en fonction du type de commune de résidence, qui est aujourd'hui pertinente pour analyser des inégalités sociales et territoriales croissantes, dont la montée de la précarité énergétique est le symptôme. Les conséquences possibles sur la santé sont encore peu étudiées.

Pratique du sport

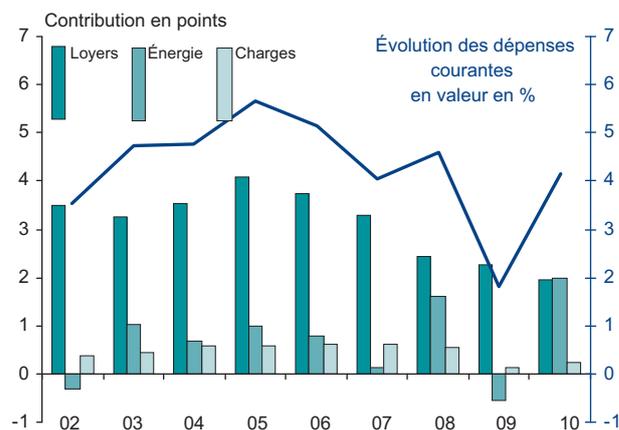
Sur la base d'une enquête auprès de la population de l'Institut régional de développement du sport, le taux de pratique sportive en Seine-Saint-Denis est plus faible dans toutes les catégories de population, par rapport à l'Île-de-France. La catégorie des 15-34 ans a cependant une pratique qui se rapproche des tendances régionales (61 % versus 67 %). Les freins à la pratique les plus souvent avancés sont le manque de temps, les horaires d'ouverture trop restreints et le prix d'accès. La pratique autonome est une réponse que les habitants apportent au manque de temps. L'appropriation des espaces publics, pourvu qu'ils soient ressentis comme suffisamment sécurisés et non polluants, constitue une piste de développement de la pratique sportive, qui va de pair avec l'aménagement du territoire. La pratique modérée d'activité physique, au delà du bien-être mental qu'elle procure aux individus, réduirait de 30 % les risques de maladie coronarienne.

Consommation énergétique unitaire des logements par commune du département



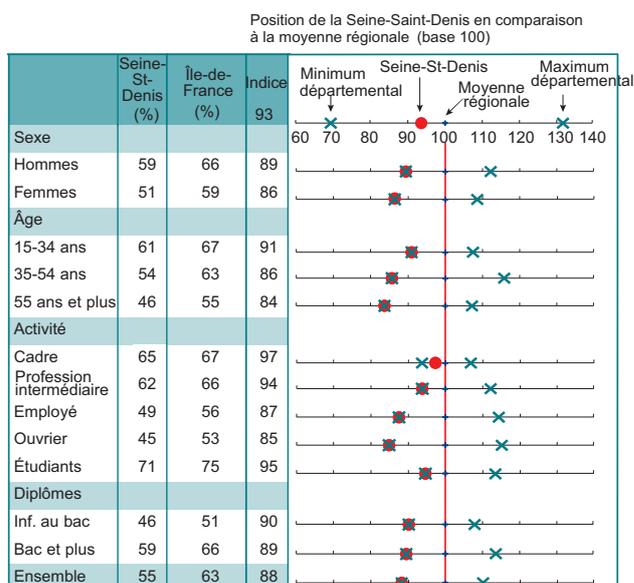
Source : Bilan Carbone de la Seine-Saint-Denis

Evolution des dépenses courantes pour le logement



Source : Commissariat général au développement durable. Janvier 2011

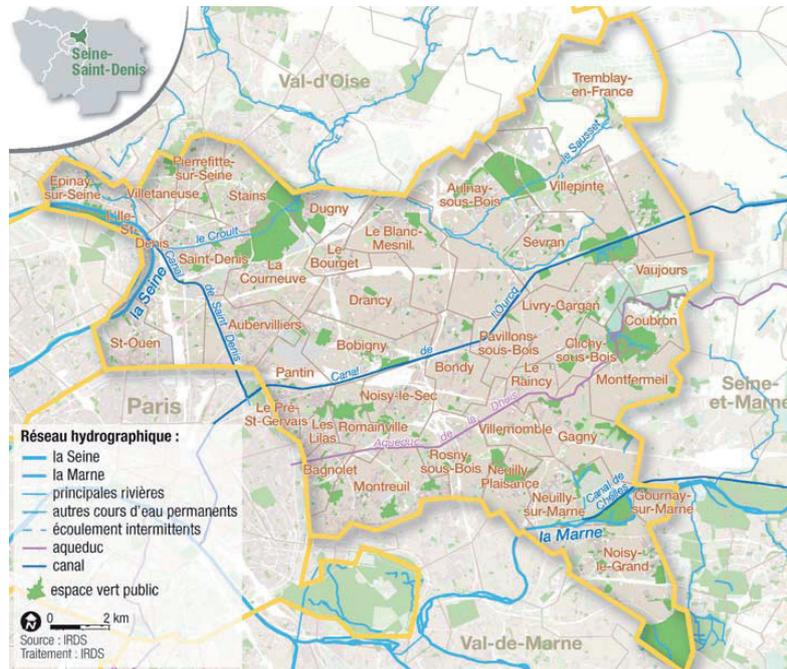
Profil des pratiquants de sports



Lecture : 59% des hommes en Seine-Saint-Denis ont une pratique régulière contre 66% dans le reste de la région. En comparaison avec la moyenne régionale (indice 100), la Seine-Saint-Denis a le taux de pratique masculine le plus faible avec un indice de 89.

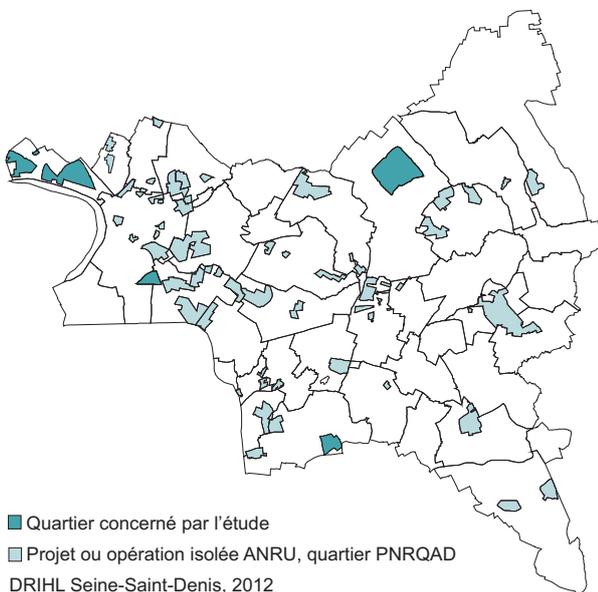
Source : IRDS - EPSF 2007-2010

Espaces verts et voies d'eau en Seine-Saint-Denis



Source : IRDS

Le Programme national de rénovation urbaine en Seine-Saint-Denis



Source : Le logement et l'hébergement en Seine-Saint-Denis. DRIHL, ADIL. 2012

Le mouvement de renouvellement urbain en Seine-Saint-Denis se caractérise par une ampleur qui n'a pas d'équivalent dans d'autres départements. Plus de 11 000 logements sont concernés sur 60 à 65 sites de rénovation urbaine. Le contexte spécifique du département, tant par l'intensité des phénomènes de pauvreté, que par la pénurie importante de logements accessibles, rend difficile la mise en oeuvre d'interventions visant le renforcement de la mixité sociale. Une étude réalisée en 2012 par le bureau d'études FORSS-Recherche sociale pour le compte de la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) de Seine-Saint-Denis, souhaite apporter à travers une approche qualitative un regard sur l'amélioration des conditions de vie. Il apparaît que les ménages les mieux dotés en ressources économiques et sociales ont pu se saisir de cet "effet d'aubaine" de la rénovation urbaine et en faire un moteur d'évolution. Les ménages les plus précaires et les plus fragiles, s'ils ne reçoivent pas un accompagnement adapté, voient eux, une dégradation plus ou moins nette de leurs conditions de vie. La cohabitation entre anciens et nouveaux habitants constitue également un facteur clé de cohésion sociale, élément majeur de bien-être collectif.

"Urbanisme et santé"

Assurer la santé de tous sur l'ensemble des territoires, prévenir et guérir tout en limitant les facteurs de risques constitue aujourd'hui un défi majeur. Les liens entre l'urbanisme et la santé sont complexes et revêtent de nombreuses dimensions y compris des dimensions sociales, environnementales et économiques. L'organisation d'un territoire, son environnement, sa composition et sa cohésion sociale ont des impacts réels sur la santé, alors que les liens avérés entre urbanisme et santé traduisent l'influence de l'aménagement du territoire sur les comportements et le cadre de vie de la population. La région Ile-de-France est particulièrement concernée par les questions environnementales, pollutions atmosphériques, nuisances sonores liées aux infrastructures de transports, îlots de chaleur urbains. Dans les territoires les plus défavorisés, ces nuisances se cumulent souvent avec d'autres effets négatifs de l'urbanisme et de l'aménagement : insuffisance de l'offre de logements décents, contribuant à un renforcement des pathologies liées à l'insalubrité, à la sur-occupation, à la précarité énergétique et à la pollution de l'air intérieur ou, par exemple, à la présence d'anciens sites industriels. Le manque d'équipements sportifs, les carences en espaces verts, les coupures urbaines, la faiblesse des ressources financières rendent parfois plus difficile la pratique d'une activité physique, dont on sait pourtant l'impact bénéfique sur la santé. Le concept d'un urbanisme favorable à la santé a été élaboré comme un élément essentiel du projet Villes-Santé de l'OMS. Il se focalise sur les aspects positifs ce qui implique que les urbanistes réorientent alors leur travail en fonction de la santé et de la qualité de la vie et s'attachent plus particulièrement à faire en sorte que ces objectifs liés à la santé soient au centre du processus de prise de décision.

Contexte national

Les transports sont un élément clé de la vie économique et de l'aménagement du territoire et sont également créateurs de liens sociaux. Les transports représentent en France 27% des émissions de gaz à effet de serre et 17% de la consommation d'énergie nationale. Leurs incidences sur l'environnement et plus indirectement sur la santé sont majeures. En Île-de-France, malgré la crise économique, le transport aérien de passagers est en augmentation de 5,7 % en 2011 par rapport à 2010 et les immatriculations de véhicules progressent de 3,2 % (contre un recul de 0,8 % au niveau national). Par contre, il est observé une fragilisation du fret : en 2011, le transport routier de marchandises, qui avait enregistré un rebond en 2010 (+ 5,2 %), ralentit nettement (+ 0,3 %) et le transport aérien de marchandises après de très bons résultats en 2010 (+ 4,5 %) recule nettement en 2011 (- 3,8 %) [1]. Enfin sur la période 2009/2011, l'Île-de-France a connu une hausse de 21% des déplacements en transports collectifs alors que les déplacements en voiture se sont stabilisés (augmentation de 1% par rapport à 2001)[2]. Les transports impactent la santé des individus de façon multiple et complexe et ils peuvent, en particulier par voie terrestre, occasionner des accidents. Une des spécificités de la région est de concentrer 30 % des accidents corporels qui se produisent au niveau national, avec 28 % des victimes et 9 % des tués (19 739 accidents corporels en 2011 dont 342 accidents mortels) [3]. En France l'exposition au bruit est induite à 80 % par les transports [4]. En Île-de-France, les niveaux sonores liés aux transports sont très élevés et excèdent les valeurs limites réglementaires de jour comme de nuit. Les transports impactent également fortement la qualité de l'air. En 2011, on estimait que près de 12 millions de Français vivaient dans des zones n'ayant pas respecté les valeurs limites annuelles relatives aux particules PM₁₀ (particules fines de 10 micromètres de diamètre) [5]. Les relations entre des effets sanitaires indésirables et le fait de résider à proximité d'axes routiers majeurs ainsi que la pollution atmosphérique associée au trafic routier ont clairement été mises en évidence [5]. L'impact sur la santé humaine se caractérise par des maladies respiratoires, cardiovasculaires et des cancers. Les gaz d'échappement des moteurs diesel ont été classés en 2012 comme étant "cancérogènes pour les êtres humains" (groupe 1) par le Centre international de recherche contre le cancer [6]. La pollution urbaine est complexe, néanmoins, le transport routier apparaît comme le secteur prépondérant dans les émissions franciliennes d'oxydes d'azote et comme la deuxième source d'émission de particules fines (PM_{2,5}) [7]. Ainsi, Airparif constate de façon récurrente une situation insatisfaisante au regard des normes de qualité de trois polluants, qui ont pour point commun d'être fortement liés au trafic routier : le dioxyde d'azote NO₂, les particules de diamètre inférieur à 10 µm (PM₁₀) et les particules fines de diamètre inférieur à 2,5 µm (PM_{2,5}) [6]. En 2012, 3 millions de Franciliens (et 9 Parisiens sur 10) ont été confrontés à un niveau d'émission de dioxyde d'azote plus élevé que la valeur limite européenne autorisée selon Airparif. Pour répondre à ces différents enjeux, il s'agit de favoriser le report vers des modes de transports respectueux de l'environnement, créer des offres de transport plus durables et intégrer les transports dans une vision globale de l'aménagement du territoire. La France a présenté en 2010 un Plan d'amélioration de la qualité de l'air, dont une expérimentation de Zones d'actions prioritaires pour l'air (ZAPA) limitant l'accès au centre-ville pour certains véhicules polluants. Les villes candidates n'ont pas testé ce dispositif, qui menaçait de toucher les Français les plus modestes, habitant loin des centres et ayant plus de difficultés à s'équiper de véhicules plus récents et moins polluants. L'actuel gouvernement a ainsi mis en place un Plan d'urgence pour la qualité de l'air en février 2013, incluant des mesures incitatives pour favoriser les formes de transport et de mobilité propres. Dans le cadre du Plan de déplacement urbain d'Île-de-France (PDU IF), les objectifs d'évolution des pratiques de mobilité ont été fixés en s'appuyant sur les objectifs environnementaux (réglementation de 2010) soit une réduction de 20 % des émissions de gaz à effet de serre d'ici 2020, et le respect des objectifs de qualité de l'air pour les polluants émis par les transports. D'ici 2020, il est visé une croissance de 20 % des déplacements en transports collectifs, de 10 % en modes actifs (marche et vélo) et une diminution de 2 % en voitures et deux-roues motorisés [8]. Le report vers des modes actifs est favorisé par différentes politiques publiques locales (les PDU) ou nationales (le Programme national nutrition santé 2011-2015 en lien avec le Programme national santé environnement 2). Les bénéfices attendus sont à la fois des bénéfices individuels sur la santé et des bénéfices collectifs, avec une réduction substantielle des rejets de CO₂ [9].

Repères bibliographiques et sources

1. INSEE Ile-de-France. Regards sur l'année économique 2011. Juin 2012
2. Enquête Globale Transports (EGT). Ile de France. Synthèse n°1. Juillet 2012.
3. DRIEA. Sécurité routière. Bilan Ile de France 2011.
4. ADEME. Chiffres clés. Bruit.
5. Ministère de l'Ecologie, du Développement Durable et de l'Energie
6. INVS. BEH n° 1-2, 8 janvier 2013. Numéro thématique. Epidémiologie et pollution atmosphérique urbaine : l'observation au service de l'action.
7. Benbrahim-Tallaa L, Baan RA, Grosse Y, Lauby-Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, et al. International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of diesel-engine and gasoline-engine exhausts and some nitroarenes. *Lancet Oncol.* 2012;13(7):663-4.2.
8. Plan de Déplacements Urbains, Ile-de-France. Février 2012
9. INSEE. ORS Ile-de-France. Marcher ou pédaler davantage : des effets bénéfiques sur la santé et sur l'environnement des Franciliens. Avril 2013.
10. Enquête auprès des salariés d'Île-de-France sur les transports en commun domicile-travail, Observatoire régional de la santé au travail en Île-de-France – Observatoire social de Lyon, février 2010
11. Etude d'impact des transports en commun de la Région Parisienne sur la santé des salariés et des entreprises, Technologia, janvier 2010
12. RICOCH L., Les moments agréables de la vie quotidienne - Une question d'activités mais aussi de contexte, Insee Première n°1378, novembre 2011
13. Activité physique : contextes et effets sur la santé, Expertise collective, Inserm, 2008

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > La Seine-Saint-Denis territoire de flux, sera un noeud d'articulation des lignes rouge, bleue et orange du futur Grand Paris Express (gare Saint Denis Pleyel).
- > 11 % des émissions franciliennes de gaz à effets de serre, 10 % des émissions de NOx, 9 % des émissions de PM2.5 et 8 % des émissions de PM10 et de SO₂.
- > Le département est responsable de 16 % des émissions franciliennes de gaz à effets de serre.

Modes de déplacements en 2010

Les modes de déplacements en Seine-Saint-Denis diffèrent des grandes tendances constatées en Île-de-France. Les transports en commun et la marche représentent une part plus importante de l'ensemble des déplacements (de 2,5 à 3 % supérieurs) au détriment des véhicules particuliers qui sont 4,5 % moins utilisés qu'en Île-de-France. Les déplacements ayant pour but "la santé" représentent les déplacements dont l'activité une fois "à destination" est en lien avec les services de santé (visites en hôpital ou clinique et consultations diverses de professionnels de santé). Une utilisation plus importante des transports en commun ainsi que des véhicules particuliers est observée pour ces déplacements "santé" par rapport à l'ensemble des déplacements. Les distances et durées moyennes de ces déplacements "santé" ne présentent cependant pas de caractéristiques notables en Seine-Saint-Denis.

Déplacements dans la zone de résidence en 2010-2011

	Ensemble des déplacements		Déplacements ayant pour but "la santé"	
	Seine-Saint Denis	ÎdF	Seine-Saint Denis	Total
TC*	23,2 %	20,2 %	28 %	25 %
VP**	33,3 %	37,8 %	41 %	38 %
2RM***	1,1 %	1,4 %	0 %	1 %
Vélo	1,1 %	1,6 %	0 %	2 %
Autres	0,2 %	0,4 %	2 %	1 %
Marche	41,1 %	38,7 %	29 %	33 %
Distance	3,9 km	4,4 km	3,2 km	3,9 km
Durée	26 mn	24 mn	27 mn	25 mn

* Transports en commun

** Véhicule particulier

*** Deux roues motrices

Parts modales = part du mode dans l'ensemble des déplacements

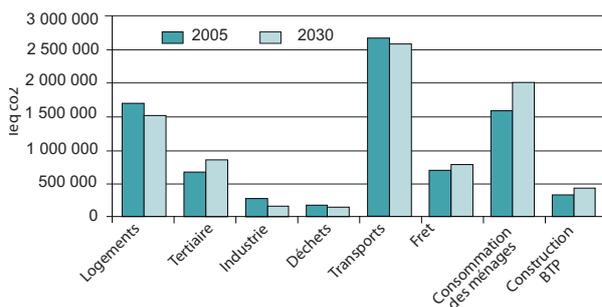
Source : Enquête globale de transports (EGT10) - Exploitation STIF

Champ : Personnes de 5 ans et plus ; déplacements effectués un jour de semaine

Contribution par secteur d'activité aux émissions brutes de GES sur le territoire et tendance prospective (2005-2030)

Le transport de personnes et de marchandises est l'un des enjeux principaux du territoire. Le département de la Seine-Saint-Denis, du fait de sa position géographique est un « territoire de flux ». Le scénario des émissions de GES à l'horizon de 2030, est un scénario qualifié d'« au fil de l'eau » car il suit les tendances et ne prévoit pas de rupture par rapport à la situation actuelle. Il intègre cependant diverses évolutions des techniques et des pratiques ainsi que les réglementations qui peuvent influencer les consommations et les émissions. Les transports de voyageurs généreraient 86 000 tonnes d'équivalent CO₂ d'économie. Ceci est principalement lié à l'évolution des émissions par km du parc automobile. Ceci masque cependant une situation en détérioration par rapport à 2005, en particulier sur les perspectives de distances domicile-travail qui continueraient à s'allonger.

Evolution des émissions brutes de GES par secteur 2005-2030



Source : Bilan Carbone territorial de la Seine Saint Denis. 2008

"Stress et transports"

Les déplacements domicile-travail, particulièrement en région parisienne peuvent avoir un impact sur la santé des travailleurs. Ainsi, un tiers environ des salariés utilisant les transports en commun déclare que leurs trajets domicile-travail ont des conséquences sur leur vie professionnelle, sur leur vie privée, ou sur leur santé. Les retards et le stress sont fréquemment cités. Les transports en commun sont souvent subis comme une contrainte, en lien avec les dysfonctionnements, les conditions inconfortables (entassement des voyageurs, bruit, etc.) et le temps de trajet. D'autre part, les automobilistes subissent de nombreux embouteillages et ont des durées de trajet souvent aléatoires. Des entretiens menés auprès de salariés se déplaçant en marchant ou à vélo montrent à contrario que le temps de trajet effectué en mode actif permet de « s'entretenir », « d'évacuer » et peut être perçu comme une ressource. Une étude récente de l'Insee sur l'emploi du temps des Français renforce ces résultats. Elle analyse le temps passé dans les trajets, jugé peu agréable lors des déplacements domicile-travail (les trajets « pour rendre service » étant par exemple mieux vécus). Mais quel que soit le but du trajet, la marche et le vélo sont nettement plus appréciés que la voiture ou les transports en commun.

De nombreuses publications ont également montré que l'activité physique est également bénéfique pour la santé psychologique, avec des corrélations positives entre l'exercice physique et l'estime de soi, l'efficacité, le bien-être psychologique et cognitif, le niveau de stress. Les études font état d'une diminution des réponses physiologiques au stress psychologique, d'une réduction de l'anxiété chez les personnes pratiquant une activité physique, avec une meilleure efficacité pour les activités aérobies, telles que le vélo ou la marche comme mode de déplacement.

Aménagements cyclables

Le Plan de déplacement urbain d'Île-de-France (PDU IF) a un objectif de 3500 km de pistes cyclables à horizon 2020 sur l'ensemble du territoire régional. En Seine-Saint-Denis, 50 km de pistes et bandes cyclables ont été développés depuis 2007. Il apparaît cependant assez difficile de comparer les données de 2007 aux données 2011. En effet, en 2008 on comptabilisait la totalité des aménagements alors que dans les années ultérieures il a été décidé de comptabiliser par linéaires aménagés (on compte un seul aménagement pour une piste bidirectionnelle par exemple).

Les linéaires cyclables en Île-de-France en 2011

	Pistes	Bandes	Couloir de bus ouverts aux cyclistes	Routes en forêt interdites aux véhicules à moteur	Total
75	129	38	66	44	277
92	77	49	1	36	163
93	110	22	3	26	162
94	118	52	0	93	263
Total Paris + PC	434	161	69	200	865
77	238	46	0	261	392
78	249	157	0	495	901
91	286	57	0	233	576
95	110	64	0	89	263
Total GC	883	324	0	1 078	2 284
Total	1 317	485	69	1 278	3 149

PC : petite couronne

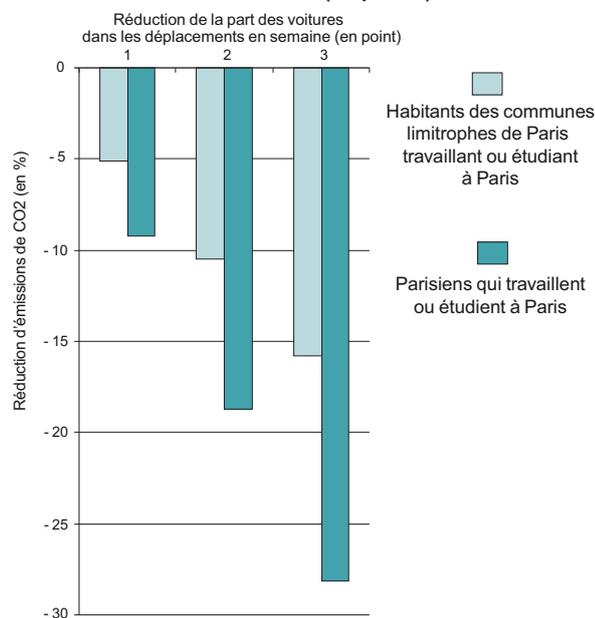
GC : grande couronne

Source : IAU Île-de-France

Baisse du CO₂ en fonction de l'augmentation des modes actifs de déplacements

Une politique volontariste, incitant les automobilistes à privilégier des modes de déplacements actifs, pourrait limiter l'émission de CO₂ de manière importante. Baisser d'un point la part modale des voitures au profit de la marche ou du vélo, pour les déplacements des Parisiens dans Paris, permettrait de réduire de près de 10 % les rejets de CO₂ des véhicules particuliers dans l'atmosphère. Cette baisse serait de 2,3 % pour l'ensemble de la région francilienne.

Réduction de la part des voitures dans les déplacements en semaine (en points)

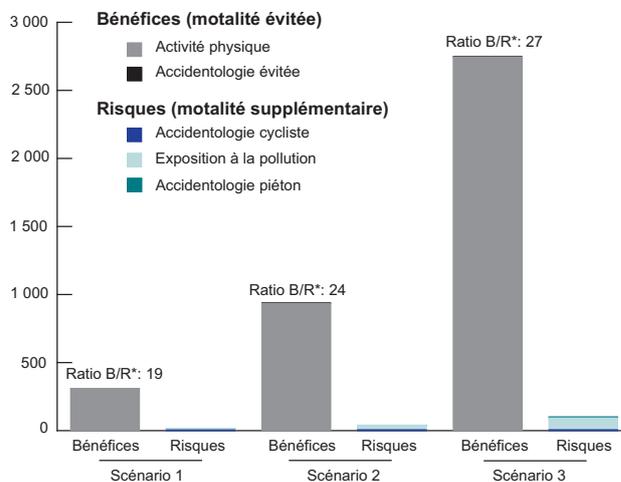


Source : Recensement de la population de 2007 et investissement mutualisé sur les émissions de CO₂ (Insee-SOeS), ORS Île-de-France

Bénéfices et risques de la pratique du vélo

Les bénéfices en termes de mortalité évitée d'une augmentation de la pratique du vélo en petite couronne sont de 22 à 27 fois plus élevés que les risques. Plus la part modale est élevée, plus les bénéfices l'emportent sur les risques. Il est à noter également que plus le report modal concerne des automobilistes, plus les bénéfices sont élevés.

Bénéfices/risques de la pratique du vélo en petite couronne à l'horizon 2020



*Le ratio bénéfices/risques (B/R) est calculé avec le bénéfice minimal et le risque maximal, pour rester dans un scénario conservateur

Scénario 1 : 4% de part modale du vélo en petite couronne; Scénario 2 : 8% de part modale; Scénario 3 : 20% de part modale

Sources : SOES, Insee, Inrets - ENTD 2008 ; Inserm Cèpi DC ; Driera - Observatoire régional de la sécurité routière ; Irmes ; Airparif ; Insee RP ; Exploitation ORS Île-de-France

"Marchabilité"

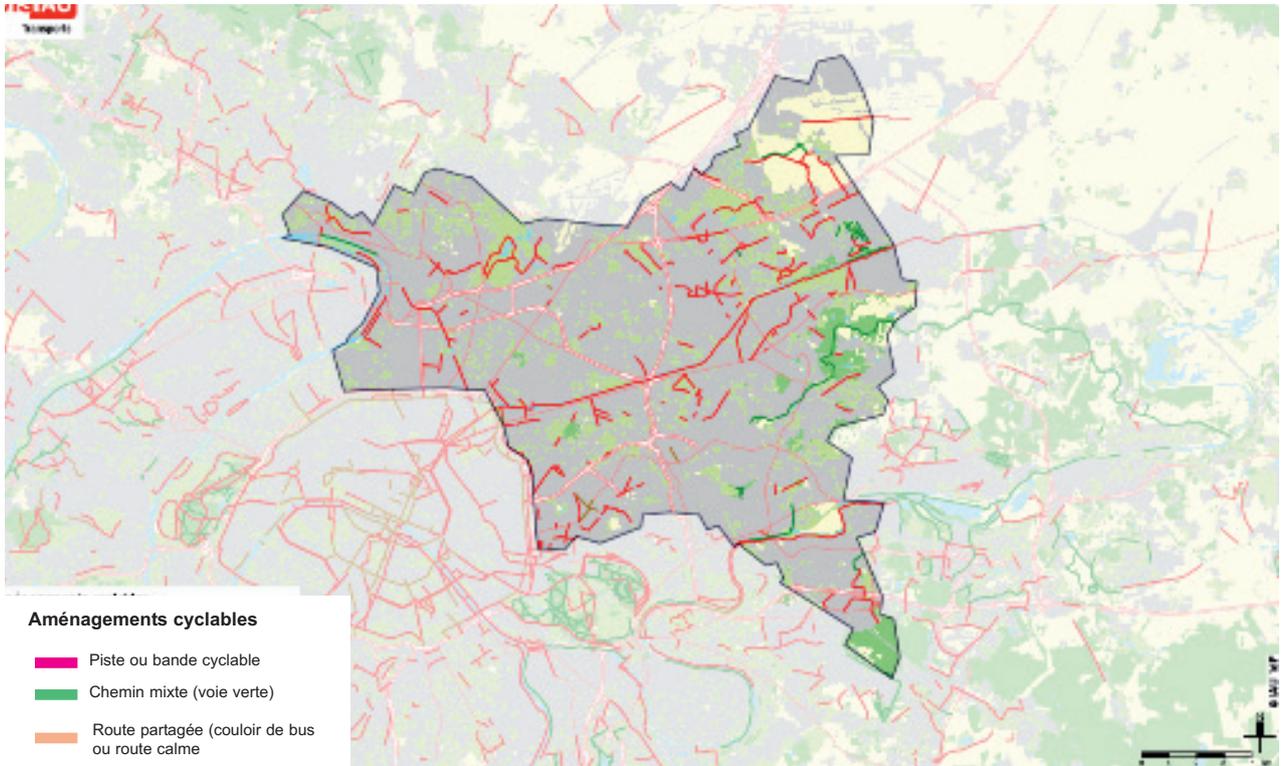
Une activité physique modérée permet de réduire de 30% le risque de mortalité et a une influence positive sur de nombreuses pathologies, dont la santé mentale. Cependant un tiers des Franciliens âgés de plus de 18 ans n'a pas un niveau d'activité physique suffisant pour sa santé et près de 40% est en surcharge pondérale.

Les quartiers qui favorisent l'activité physique sont les quartiers à fort potentiel piétonnier (ou à forte marchabilité), c'est-à-dire :

- densément peuplés ;
- avec de nombreux équipements et services (dont des commerces alimentaires de proximité) ;
- une bonne connectivité des rues, des trottoirs, des sentiers pédestres et des pistes cyclables et pas de coupures urbaines ;
- la présence de parcs, d'espaces verts et d'infrastructures récréatives et sportives ;
- des transports en commun.

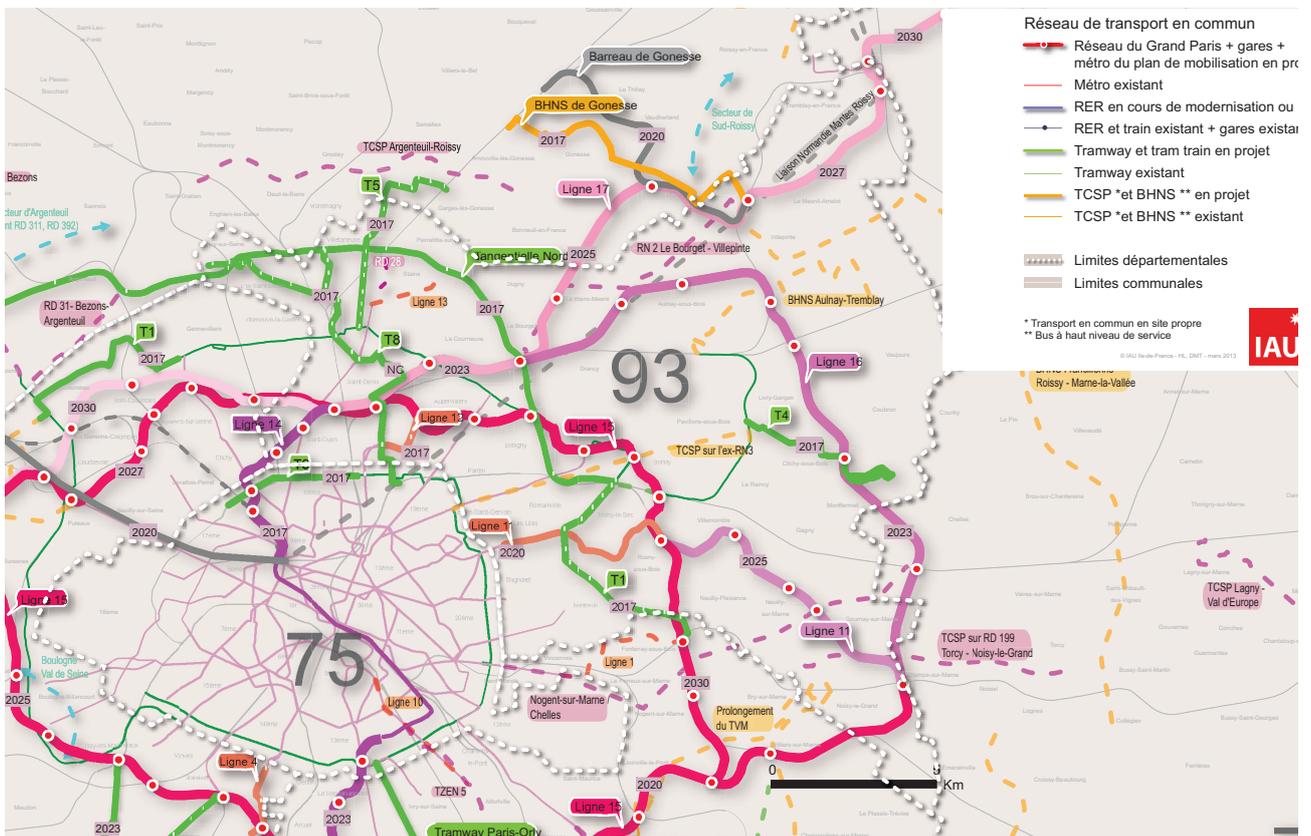
A l'inverse, le surpoids et l'obésité augmentent lorsque la densité de population et de services diminue, dans les zones avec une faible mixité fonctionnelle, une absence de centre-ville, une mauvaise connectivité des rues et peu de transports en commun.

Les aménagements cyclables en Seine-Saint-Denis



Sources : IAU Ile-de-France, Les pistes cyclables, 2011, INTERATLAS, 2008.

Carte des projets de transports du Grand Paris



Sources : Insee, RP 2006, Inserm CépiDc, IAU Ile-de-France, ORS Ile-de-France

Contexte

Le sol remplit de nombreuses fonctions. Terrain nourricier des plantes, filtre des eaux pluviales et de toutes sortes de dépôts naturels ou issus de l'industrie, support, voire matière, de l'habitat et des activités humaines, réservoir de multiples ressources souterraines et surface d'échanges avec l'atmosphère, c'est un lieu de vie intense et complexe. Les sols sont depuis toujours atteints par des phénomènes naturels : volcanisme, séismes, érosion, incendies, pluies acides... Ces phénomènes, toujours présents, sont minime comparés à la pollution issue d'activités agricoles et industrielles, porteuses de risques pour la santé humaine.

La pollution des sols résulte de l'accumulation anormale d'éléments toxiques ou d'agents pathogènes liés à l'activité humaine. L'industrie chimique et métallurgique, l'activité pétrolière et minière, l'élimination des déchets produisent des éléments toxiques et des résidus qui polluent les sols. Cette pollution se fait sous forme de rejets directs à partir des sites producteurs, ou bien par retombées aériennes après la dispersion des éléments toxiques dans l'atmosphère ou dans les eaux d'évacuation. L'agriculture contribue également à la pollution des sols par l'épandage d'engrais et d'amendements, l'usage de pesticides et de fertilisants. Une fois dans le sol, les contaminants évoluent différemment suivant leur nature. Certains sont neutralisés, d'autres s'intègrent au sol sans dommages pour ses qualités ou sont évacués ; une partie est absorbée par les plantes, d'autres persistent ou contaminent d'autres milieux (eau, air, êtres vivants).

Les métaux lourds sont parmi les plus toxiques des contaminants du sol. En très faibles quantités, certains sont indispensables au métabolisme des êtres vivants, mais nuisent à leur santé à fortes doses. C'est le cas du cuivre et du zinc par exemple. D'autres sont au contraire toxiques même à des faibles doses. C'est le cas du plomb, du cadmium et du mercure. D'une manière générale, l'imposition de normes d'émission aux industries et activités polluantes a réduit les concentrations de métaux lourds dans le milieu. Les Composés traces organiques (CTO) sont issus des mêmes sources et obéissent aux mêmes modalités de transfert dans les sols que les métaux lourds. Ce sont les polychlorobiphényles (PCB), les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), les dioxines et furannes et les composés organiques volatils. Les produits phytosanitaires sont des composés chimiques complexes, de toxicité élevée pour certains. Épanchés sous forme liquide ou solide dans le sol ou par pulvérisation, ils vont perturber l'équilibre du milieu et ce d'autant plus durablement que les volumes épanchés sont importants. La radioactivité des sols est surtout d'origine naturelle. Le radon, gaz rare, est présent naturellement dans certains types de roches du sous-sol. Il est peu fréquent en Ile-de-France.

On distingue deux voies d'exposition humaine aux polluants des sols. L'exposition directe, de faible ampleur, se fait par ingestion, inhalation de particules ou absorption cutanée. Chronique, elle devient préoccupante pour les travailleurs exposés, en particulier les agriculteurs. L'exposition indirecte survient par contact avec un élément pollué par les contaminants contenus dans le sol, transférés vers l'eau et les aliments. La voie alimentaire est donc une des principales sources de contamination. Certaines populations sont davantage exposées que d'autres aux polluants du sol. Il s'agit des populations vivant à proximité d'une source de pollution des sols (industries, voies de circulation routière...) ou consommant en grande quantité des aliments à contamination fortement concentrée (poissons...). Les enfants sont également plus sensibles à la pollution des sols : ils sont plus vulnérables à certains neurotoxiques (plomb), et ils sont, de par leur comportement, davantage en contact avec le sol.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > 10% des sites et sols pollués d'Ile-de-France sont en Seine-Saint-Denis
- > 14% des anciens sites industriels et d'activité de service d'Ile-de-France sont en Seine-Saint-Denis
- > Le département compte 237 installations classées soumises à autorisation

40 sites et sols pollués en Seine-Saint-Denis

La base de données Basol des sites et sols pollués ou susceptible de l'être, appelant une action des pouvoirs publics, à titre préventif ou curatif, répertorie 40 sites et sols pollués en Seine-Saint-Denis, soit 10% de ceux recensés en Ile-de-France. C'est un peu moins que pour les autres départements de petite couronne, Paris comptant seulement trois sites Basol. La région recense également 10% des sites et sol pollués de France.

Parmi les sites recensés dans le département en 2007, un site est sous surveillance avant diagnostic, un peu moins de six sites sur dix ont été évalués ou traités, ou sont en cours de travaux (huit sur dix au niveau régional). Depuis 2000, les sites recensés dans Basol doivent faire l'objet d'une surveillance de la qualité des eaux souterraines ou disposer d'une justification technique d'absence

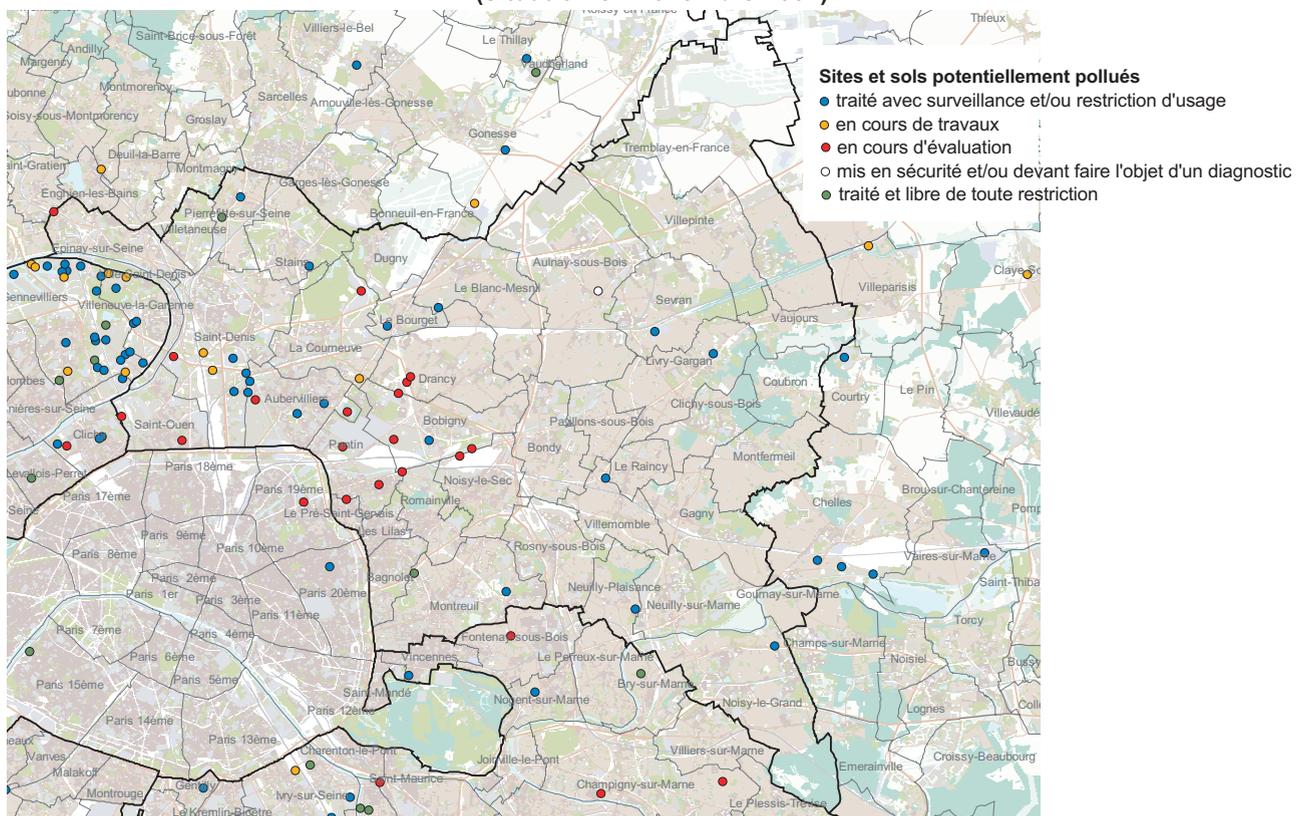
Les sites et les sols pollués en 2007

	SSD	IDF	France
Sites évalués et/ou traités et libres de toute restriction	2	59	397
Sites traités avec surveillance et/ou restriction d'usage	18	214	2 120
Sites en cours de travaux	3	44	290
Sites en cours d'évaluation	16	79	1 076
Sites sous surveillance avant diagnostic	1	3	150
Total	40	396	3 883

Source : BASOL - exploitation ORS Ile-de-France

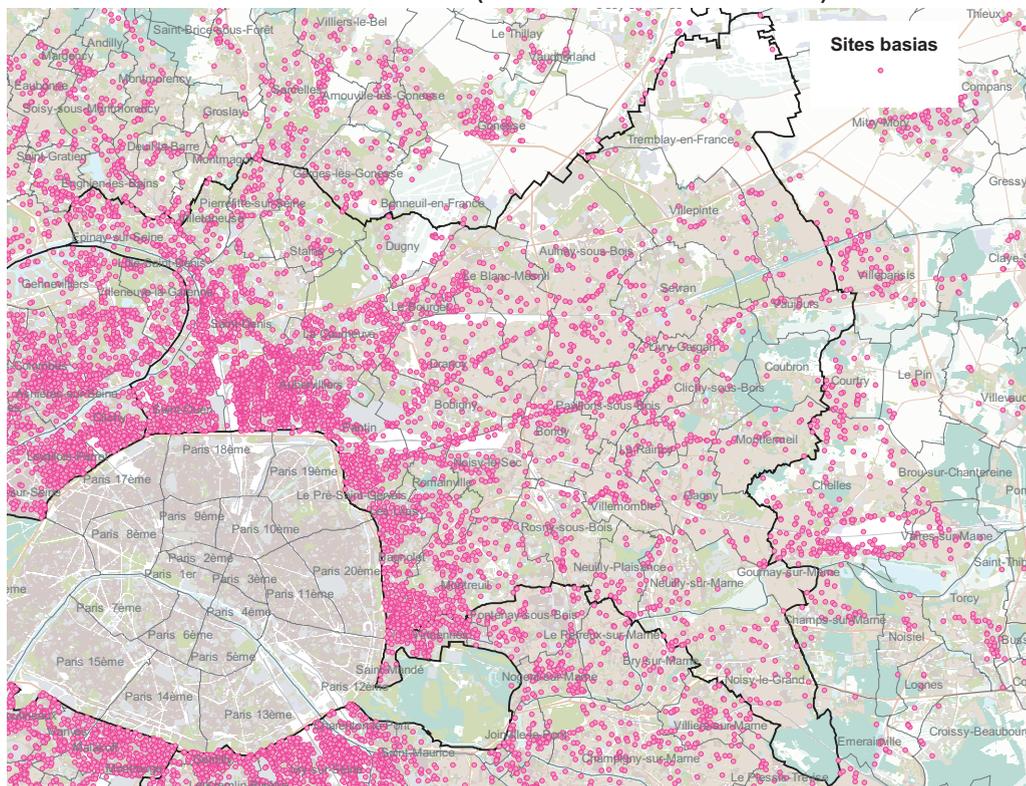
de surveillance. En Seine-Saint-Denis, les eaux souterraines de 18 sites Basol sont surveillées.

Les sites et les sols pollués en 2007 en Seine-Saint-Denis (situation en novembre 2007)



Sources : DRIRE Ile-de-France, STIIC, IAU-Ile-de-France, MOS 2003, IGN Paris 1983-2006 - exploitation IAU Ile-de-France

Anciens sites industriels et d'activités de service en Seine-Saint-Denis (situation en novembre 2007)



Sources : DRIRE Ile-de-France, STIIC, IAU-Ile-de-France, GRGM, MOS 2003, IGN Paris 1983-2006 - exploitation IAU Ile-de-France

4 061 anciens sites industriels et d'activités de service dans le département

La base de données Basias répertorie 4 061 anciens sites industriels et d'activités de service, soit 14% de ceux recensés en Ile-de-France (hors Paris, l'inventaire étant en cours dans la capitale). Les sites franciliens se concentrent autour de Paris, le long de la Seine et autour des grands axes routiers et ferroviaires.

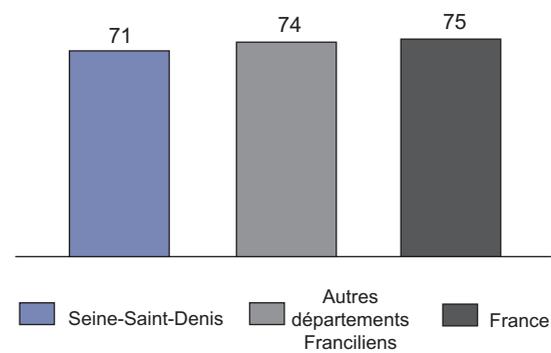
Encore trois établissements classés SEVESO dans le département

La Seine-Saint-Denis compte 237 installations classées soumises à autorisation, dont trois établissements SEVESO, tous classés "bas seuil" (voir définitions). Ces 3 établissements se trouvent sur les communes de La Courneuve (IDF Service Gaz), de Saint-Denis (Technic France Sasu) et de Villepinte (Nord Stock Chem S.A.).

Près des trois-quarts des habitants perçoivent un risque pour la santé lié à la pollution des sols

L'exploitation départementale du baromètre santé-environnement permet de connaître la perception des habitants sur le risque pour la santé lié à la pollution des sols. Dans cette enquête, les Séquano-dyonisiens sont 71% à considérer le risque comme élevé (résultat légèrement moins élevé que celui observé pour l'ensemble des autres Franciliens mais non significatif). La moyenne régionale est également comparable à la moyenne nationale. Au niveau national, 65% des enquêtés pensent que le risque est plus élevé pour les enfants que pour les adultes et 56% que la pollution des sols peut contaminer un logement.

Perception du risque pour la santé lié à la pollution des sols* en 2007



* moyenne SSD non significative par rapport à la moyenne francilienne
Source : Baromètre Santé-Environnement 2007 (Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France

Définitions et sources

Site pollué

Un site pollué est un site qui, du fait d'anciens dépôts de déchets ou d'infiltration de substances polluantes, présente une pollution susceptible de provoquer une nuisance ou un risque pérenne pour les personnes ou l'environnement. La pollution présente un caractère concentré, à savoir des teneurs souvent élevées et sur une surface réduite (quelques dizaines d'hectares au maximum). De par l'origine industrielle de la pollution, la législation relative aux installations classées est la réglementation qui est le plus souvent utilisable pour traiter les situations correspondantes.

La base de données BASOL

Cette base recense les sites et sols pollués (ou potentiellement pollués) appelant une action des pouvoirs publics, à titre préventif ou curatif. L'état des sites est classé en 5 catégories. Un site pollué est un site qui, du fait d'anciens dépôts de déchets ou d'infiltration de substances polluantes, présente une pollution susceptible de provoquer une nuisance ou un risque pérenne pour les personnes ou l'environnement.

La base de données BASIAS

Les inventaires régionaux des anciens sites industriels et d'activités de service, réalisés essentiellement à partir des archives, sont engagés sous l'impulsion des DRIRE dans toutes les régions de France. L'ensemble des données collectées est versé à la base de données BASIAS, gérée par le BRGM (Bureau de recherches géologiques et minières), et disponible sur internet à l'adresse (<http://basias.brgm.fr>). Ces inventaires, longs et coûteux, contribuent à reconstituer l'histoire industrielle d'une région, et doivent à terme permettre aux personnes gestionnaires de ces sites, d'éviter de réaliser des modifications d'usage erronées, comme d'implanter une école maternelle sur un site pollué ou une ancienne décharge.

Installation classée

Toute exploitation industrielle ou agricole susceptible de créer des risques ou de provoquer des pollutions ou nuisances, notamment pour la sécurité et la santé des riverains est une installation classée.

Classification SEVESO

Les entreprises sont classées selon leur niveau de dangerosité (quantité et dangerosité des matières manipulées ou stockées) : les établissements à hauts risques dits "seuil haut" réalisent des études de dangers, mettent en place un "système de gestion de la sécurité" et l'urbanisation autour de ces sites est contrôlée. Les établissements "seuil bas" présentent des risques de moindre ampleur.

Baromètre Santé-Environnement

Voir fiche 9.1

Repères bibliographiques

- *Inventaire historique d'anciens sites et activités de service dans le département de Seine-Saint-Denis, Préambule départemental*, BRGM, 2006
- CAMARD J-Ph., FRANCONI A., *Impact sanitaire des apports de matière fertilisante sur les sols franciliens*, ORS Ile-de-France, 2004
- FRANCONI A., CORDEAU E., POITEVIN J., CAMARD J-Ph., *L'impact sanitaire et environnemental des pesticides : la situation en Ile-de-France*, IAU Ile-de-France, 2004
- FRANCONI A., CAMARD J-Ph., *Les boues d'épuration urbaine d'Ile-de-France : enjeux sanitaires et environnementaux*, IAU Ile-de-France, 2003
- FRANCONI A., CORDEAU E., POITEVIN J., CAMARD J-Ph., *La pollution des sols : impact sur l'environnement et la santé*, IAU Ile-de-France, 2001

Contexte

En 2004, 849 millions de tonnes de déchets ont été produites en France, dont 28 millions par les ménages (4% de la production), 90 millions par les entreprises (11%), 14 millions par les collectivités (2%), 374 millions par l'agriculture et la sylviculture (44%), 343 millions par le BTP (40%) et 0,2 million par les activités de soins (0,02%). La quantité annuelle de déchets produits par les ménages diminue légèrement depuis 2002. Parmi les quantités collectées, 43% ont été incinérées, 38% ont été stockées en décharge, 13% ont été triées pour être recyclées et 6% ont été compostées ou méthanisées.

Depuis 1993, le nombre d'installations de traitement diminue. Les contraintes environnementales et technico-économiques ont eu pour effet d'augmenter la capacité unitaire des équipements. Ainsi, début 1997, il y avait en France 300 incinérateurs, contre 134 en 2008, la plupart d'installation récente. A ces derniers, s'ajoutent 312 décharges et 3 454 déchèteries.

En 2004, la valorisation de 12 millions de tonnes de déchets (essentiellement par incinération) a permis de produire de l'électricité (3 800 GWh) et de la chaleur (10 085 GWh) et 1,73 million de tonnes de compost ont été produites à partir de déchets végétaux. Les substances émises par les installations de traitement des déchets sont nombreuses et dépendent fortement de la composition des déchets entrants, des procédés mis en œuvre et de l'ancienneté des installations. Ces substances sont susceptibles d'atteindre l'homme de manière directe par inhalation des gaz, particules ou bio-aérosols émis dans l'atmosphère ou remis en suspension (pour les particules déposées au sol). L'atteinte peut être indirecte via l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. Les expositions cutanées ont lieu essentiellement en milieu professionnel. Différentes études épidémiologiques ont été menées autour des sites de traitement des déchets ménagers avec des résultats variables. La difficulté majeure de ces études est la caractérisation quantitative et qualitative de l'exposition des habitants, ainsi que l'accès aux données techniques des installations. De plus, les facteurs topographiques, l'influence des vents ou la présence d'autres installations industrielles sont rarement pris en compte.

Dans le cadre du Grenelle de l'environnement (fin 2007), il a été proposé de développer des politiques volontaristes en faveur de la réduction de la production de déchets, puis du recyclage des matières premières contenues dans les déchets (matériaux et matière organique), afin de limiter le recours à l'élimination. L'évaluation de l'impact environnemental et sanitaire des modes de gestion des déchets a été déclarée prioritaire. Cette évaluation portera sur les installations de valorisation ou d'élimination ainsi que sur les procédés ou filières de valorisation matière et permettra de s'assurer d'une limitation des impacts des modes de gestion retenus (de la collecte à l'élimination) et d'accompagner les innovations dans la prise en compte de ces enjeux.

Faits marquants en Seine-Saint-Denis

- > Moins de déchets collectés en Seine-Saint-Denis qu'au niveau régional ou national
- > 18 déchèteries, 13 centre de tri et/ou de transfert et une usine d'incinération des ordures ménagères
- > 6 communes ont des actions de gestion volontaires des déchets diffus d'activité de soins à risques infectieux

Les ménages de Seine-Saint-Denis produisent 474 kg de déchets par habitant et par an

En Ile-de-France, 5,6 millions de tonnes de déchets ménagers et assimilés ont été collectés en 2005, soit 489 kg par habitant (577 kg/hab au niveau national). L'incinération est le principal mode d'élimination (61% des déchets incinérés). Viennent ensuite le stockage (17%), la valorisation matière avec 675 000 tonnes (13%) et la valorisation organique (9%). Le taux de refus en centre de tri s'élève à 25% sur l'ensemble de la région.

En Seine-Saint-Denis, ce sont 692 000 tonnes qui ont été collectées en 2005, soit un ratio de 474 kg par habitant, légèrement inférieur à celui de l'Ile-de-France (mais supérieur aux ratios constatés pour les autres départements de petite couronne). Cette différence s'explique par un ratio de collecte sélective humide très inférieur (4 kg/hab contre 16 kg/hab au niveau régional), les ménages des zones très urbanisées étant

Tonnage de Déchets ménagers et assimilés collectés en 2005

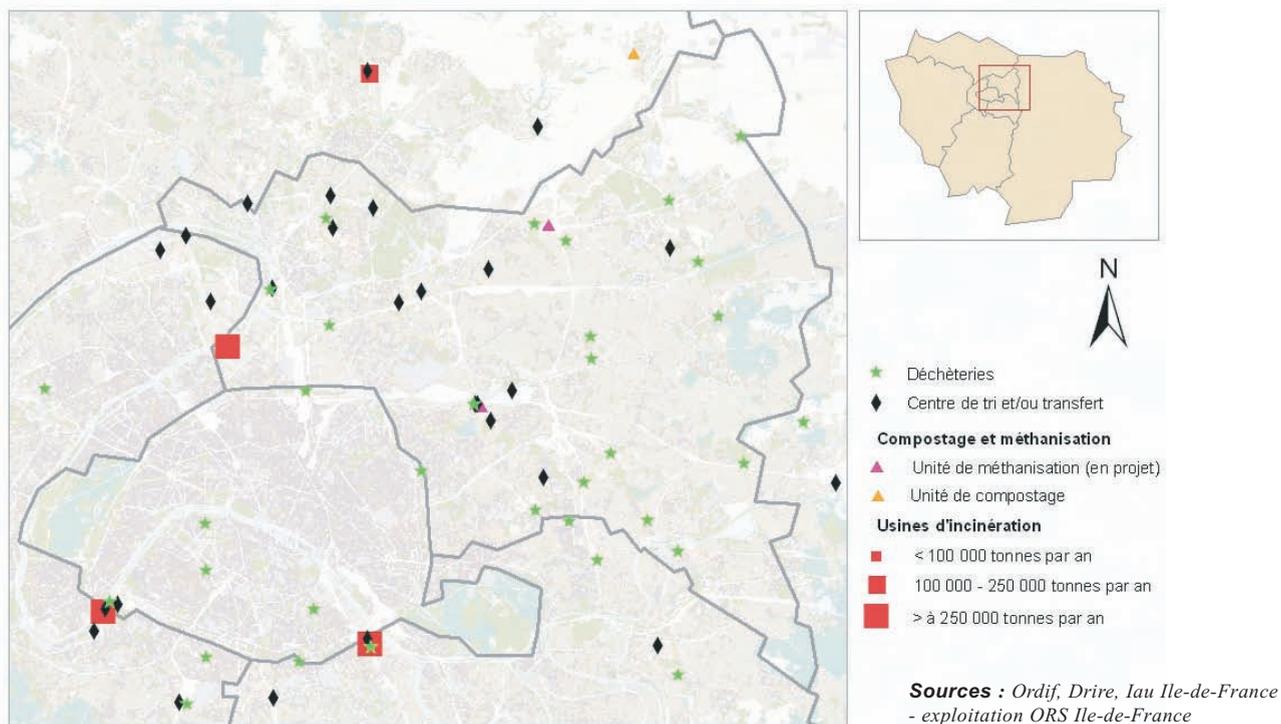
	SSD		IDF		France
	mt/an	kg/hab	mt/an	kg/hab	kg/hab
OM résiduelles	504,7	346	3 903	342	327
Encombrants hors déchèteries	48,6	33	342	30	14
Collecte sélective sèche	48,8	33	597	52	69
Collecte sélective humide	5,7	4	187	16	16
Déchèteries	84,4	58	544	48	151
Total DMA	692,2	474	5 573	489	577

Source : ORDIF, 2007
mt : milliers de tonnes

moins productifs de déchets verts.

Le ratio de déchets apportés en déchèteries est par contre plus élevé dans le département (58 kg/hab contre 48 kg/hab au niveau régional).

Les unités de traitement en seine-Saint-Denis en 2008



Un lien démontré entre l'exposition des populations adultes aux rejets atmosphériques des UIOM aux anciennes normes et l'incidence des cancers dans les années 90

Dans le département se situent 18 déchèteries, 13 centres de tri et/ou de transfert et une usine d'incinération des ordures ménagères (UIOM), d'une capacité de 630 000 tonnes par an. Ce centre de valorisation énergétique a été construit en 1990 à Saint-Ouen, et doit durer jusqu'en 2020. Il réceptionne les collectes traditionnelles (ordures ménagères) de plus de 1,3 million d'habitants (16 communes, dont 6 du département et quelques arrondissements parisiens). Le traitement des déchets, en 2006, a généré en valorisation énergétique et matière : 10 113 MWh d'électricité, 1 235 444 MWh de vapeur, 132 045 tonnes de mâchefers, 15 826 tonnes de ferreux et 1 834 tonnes de non ferreux. D'autre part, deux unités de méthanisation sont en projet, à Aulnay et Romainville.

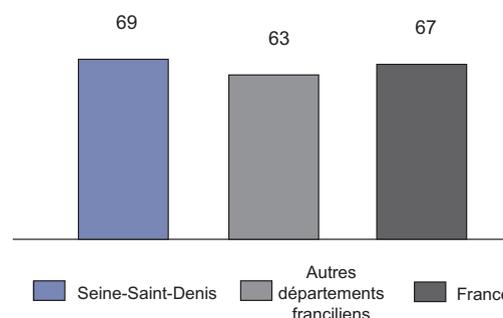
Une étude de l'InVs publiée en 2008 sur les rejets atmosphériques des incinérateurs ayant fonctionné entre 1972 et 1990 et l'incidence des cancers dans les années 90 a mis en évidence des relations significatives entre l'exposition des populations aux rejets de l'incinération et le risque de cancer : augmentation de 6% de tous les cancers féminins, de 9% des cancers du sein et de 18% des lymphomes malins non hodgkiniens chez la femme (12% pour les deux sexes) et de 23% pour les myélomes multiples chez l'homme. Les résultats suggèrent également un lien (non significatif) avec les cancers du foie et les sarcomes des tissus mous. L'étude portant sur une situation passée, ses résultats ne peuvent pas être transposés aux situations actuelles. En montrant un impact sanitaire des UIOM, elle confirme cependant l'utilité des mesures de

réduction des émissions de polluants qui ont été imposées depuis la fin des années 90. On peut dès lors s'attendre à une diminution du risque de cancer chez les populations exposées aux niveaux actuels d'émission. Toutefois, en regard de l'incertitude sur les temps de latence d'apparition des cancers, on ne peut exclure que les expositions passées depuis les années 70 puissent encore aujourd'hui favoriser la survenue de cancers.

Une large majorité des habitants perçoit un risque pour la santé lié aux incinérateurs

L'exploitation départementale du baromètre santé-environnement permet de connaître la perception des habitants sur le risque lié aux incinérateurs. Dans cette enquête, les Séquano-dionysiens sont 69% à considérer le risque comme élevé. Ce résultat est très légèrement supérieur à celui observé en Ile-de-France, mais la différence n'est pas significative.

Perception du risque pour la santé lié aux incinérateurs* en 2007



* moyenne SSD non significative par rapport à la moyenne francilienne
 Source : Baromètre Santé-Environnement 2007 (Inpes) - Exploitation ORS Ile-de-France

32 500 tonnes de déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)

Les DASRI peuvent présenter des risques importants, notamment infectieux pour les personnes pouvant y être exposés : patients, personnels de soins, agents chargés de l'élimination des déchets, etc. Depuis 10 ans, plusieurs milliers d'accidents avec exposition au sang (faisant l'objet d'une déclaration obligatoire au titre des accidents de travail) ont été recensés en France, et 13 à 25 % de ces accidents surviennent lors de l'élimination de déchets piquants ou coupants dans les collecteurs de déchets (un cas d'éboueur contaminé par le VIH). On estime le gisement de DASRI à 32 500 t/an sur le territoire francilien, y compris les déchets diffus (produits par les particuliers - diabétiques par exemple - ou les professionnels libéraux, en cabinet ou à domicile), difficiles à capter. Les capacités de traitement sont largement supérieures au gisement à traiter et l'Ile-de-France accueille une partie des DASRI de régions voisines (environ 14% des DASRI traités).

L'ensemble des DASRI est orienté dans des installations permettant un traitement adapté. Sur le territoire francilien, des lignes spéciales de traitement sont opérationnelles au sein de deux Unités d'Incinération des Ordures Ménagères (à Créteil et à Saint-Ouen l'Aumône). L'ensemble des 230 incinérateurs in situ réservés à l'usage des hôpitaux ont été fermés.

Le Département de la Seine-Saint-Denis organise pour ses propres centres de prévention (Protection Maternelle et Infantile et Centres Départementaux de Dépistage et de

Actions de collecte des DASRI connues en Seine-Saint-Denis en 2007

Communes	Système de collecte	Type de lieu de collecte
Saint-Ouen	PAV	Centre municipal de santé
Aulnay-sous-Bois	PAV	Centre municipal de santé
Tremblay-en-France	PAV	Centre municipal de santé
Pantin	PAV	Centre municipal de santé
La Courneuve	PAV	Borne d'apport volontaire
Dugny	PAV	Borne d'apport volontaire
Bondy*	PAV	Borne d'apport volontaire

PAV : point d'apport volontaire

* Action arrêtée, la municipalité réfléchit à un autre mode de collecte

Source : Ddass 93, 2008

Prévention Sanitaire notamment), la collecte des DASRI produits lors des consultations. Ceux ci sont provisoirement stockés au Centre de Romainville avant leur enlèvement hebdomadaire par une société spécialisée qui en assure le transport avant incinération.

Certaines communes ont des actions de gestion volontaires des DASRI diffus (produits par les patients en auto-traitement). C'est le cas de 6 communes en Seine-Saint-Denis. Quatre communes ont installé des points d'apport volontaire dans leurs centres municipaux de santé et deux communes ont installé des bornes de récupération. Cet état des lieux n'est pas exhaustif, certaines communes pouvant avoir des dispositifs sans en avoir communiqué l'information à la Ddass du département.

Définitions et sources

Valorisation matière ou recyclage par filière

Après leur transfert et séparation dans un centre de tri chaque matériau reprend vie sous forme de produits manufacturés.

Valorisation organique

Transformation des déchets fermentescibles (déchets verts, ordures ménagères, boues des stations d'épuration) en un résidu organique par des microorganismes

Compostage et méthanisation

Compostage : décomposition à l'air libre de la matière organique; Méthanisation : fermentation de la matière organique en l'absence d'oxygène

Les déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)

Le Décret 97-1048 du 6 novembre 1997 du Code de la Santé Publique définit les déchets d'activités de soins comme étant "les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire".

Les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI), comprennent :

- ceux qui «présentent un risque infectieux du fait qu'ils contiennent des microorganismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants»;

- ceux qui relèvent de l'une des catégories suivantes : matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ; produits sanguins à usage thérapeutique non utilisés ou arrivés à péremption ; déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.

Les différents producteurs de DASRI sont : établissements de santé (centres hospitaliers, cliniques...); secteur libéral (cabinets médicaux, vétérinaire, de radiographie, de chirurgien dentiste,...); laboratoires (d'analyses, de recherche); industriels (pharmaceutique, agroalimentaire...); ménages (patient en automédication)

Baromètre Santé-Environnement

Voir fiche 9.1

Repères bibliographiques

- Les déchets en chiffres, ADEME, 2007

- SAINT-OUEN M., CAMARD J.-Ph., HOST S., GREMY I., *Le traitement des déchets ménagers et assimilés en Ile-de-France, considérations environnementales et sanitaires*, ORS Ile-de-France, 2007

- Rapport, Atelier Intergroupes Déchets, Grenelle de l'environnement, 2007

- *Tableau de bord 2005 des déchets ménagers et assimilés en Ile-de-France*, ORDIF, 2007

- CAMARD J.-Ph., LEFRANC A., GREMY I., FRANCONI A., THIBAUT C., *Incinération et santé en Ile-de-France : état des connaissances*, ORS Ile-de-France, 2006

- HOST S., FRANCONI A., CAMARD J.-Ph., LEFRANC A., *Dioxines en Ile-de-France, : état des connaissances*, ORS Ile-de-France, IAU Ile-de-France, 2006

- FABRE P., DANIAU C., GORIA S., de CROUY-CHANEL P., EMPEREUR-BISSONNET P., *Étude d'incidence des cancers à proximité des usines d'incinération d'ordures ménagères*, Institut de veille sanitaire, 2008