

# LES GRANDS PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE

Pendant longtemps, le système de santé français a consacré l'essentiel de ses ressources aux activités de soins. Or, depuis quelques années de nouvelles orientations témoignent d'une prise de conscience visant à faire de la prévention une priorité des politiques de santé. Un rapport récent de l'Inspection générale des affaires sociales<sup>1</sup> a par exemple souligné les enjeux d'une approche globale entre médecine curative et préventive. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique vise à donner corps à cette priorité.

La définition de la prévention fait l'objet de débats d'experts dont l'encadré ci-contre tente de tirer une synthèse opérationnelle.

Les principaux problèmes de santé publique accessibles à la prévention seront donc abordés dans les trois premières parties de ce chapitre. Il s'agit tout d'abord des pathologies qui ont leur origine principale dans l'environnement et le milieu de vie : maladies infectieuses, autres risques biologiques, chimiques et physiques issus du milieu de vie, dont en particulier, les expositions en milieu de travail.

La deuxième partie s'intéresse aux liens entre santé et modes et de vie : comportements individuels liés à l'hygiène de vie (nutrition, sédentarité) mais aussi à la prise

### ENCADRÉ 2.1 – APPROCHES DE LA PRÉVENTION

Une définition de la prévention constitue sans aucun doute une difficulté majeure : la littérature médicale fournit en effet de nombreuses définitions, dont la traduction en classifications opérationnelles n'est pas toujours immédiate. Un certain consensus peut être trouvé autour des définitions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui distingue prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Selon l'OMS, la prévention médicale regroupe l'ensemble des actions tendant à éviter l'apparition, le développement ou la complication d'une maladie ou la survenue d'un accident.

La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes ; elle désigne l'action portant sur les facteurs de risque des maladies avant leur survenue, c'est la prévention de la transmission ou de l'infection (ex : vaccinations).

La prévention secondaire vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où l'on peut intervenir utilement ; elle vise à dépister les maladies et à éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques (ex : dépistage du cancer du sein).

La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer les récurrences, les incapacités et de favoriser la réinsertion sociale ; elle a pour vocation de limiter les complications et séquelles d'une maladie. Elle est en général pratiquée pendant ou après les soins et s'attache à limiter la gravité des conséquences de la pathologie (ex : prévention des récurrences d'infarctus du myocarde).

1. Igas, Rapport annuel 2003 : « Santé, pour une politique de prévention durable », Paris, La Documentation française, 2003.

de risques accidentels, et au contexte social pouvant influencer sur ces comportements ou ces risques, l'impact de la violence sur la santé étant par exemple abordé dans cette partie.

Enfin la troisième partie traite d'autres enjeux importants concernant la prévention comme la maternité et la périnatalité, la santé bucco-dentaire, les troubles sensoriels et les pathologies liées au vieillissement.

Comme cela a été évoqué dans l'avant-propos, des encadrés introduits dans le texte permettent d'illustrer les indicateurs d'ores et déjà disponibles et relatifs à certains des objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004.

---

## II.1. Environnement, milieu de vie et prévention

---

Grâce aux progrès de l'antibiothérapie et des vaccinations, les maladies infectieuses sont aujourd'hui moins à craindre que par le passé, mais elles restent encore à l'origine de nombreux états pathologiques et d'une mortalité non négligeable. L'incidence de certaines maladies infectieuses comme la légionellose et les infections nosocomiales pourrait sans doute être mieux maîtrisée. En outre, la progression de la résistance aux antibiotiques est préoccupante, en particulier en milieu hospitalier.

### III.1 Une couverture vaccinale qui doit encore être développée pour les adultes

---

- La couverture vaccinale des enfants continue de s'améliorer

Les données sur la couverture vaccinale des enfants de moins de 6 ans sont un indicateur de la place de la prévention au sein du dispositif de santé, dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI) ou de la médecine libérale. En effet, le contact avec un professionnel à l'occasion d'une vaccination favorise aussi le dépistage d'affections et les conseils en éducation pour la santé (nutrition, sommeil...).

De façon générale, les taux de couverture vaccinale s'améliorent au cours du temps, exception faite d'un léger infléchissement au cours de l'année 1998, probablement dû aux interrogations sur l'innocuité de la vaccination contre l'hépatite B survenues à cette époque.

- Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, haemophilus influenzae :  
l'efficacité de la vaccination de masse

L'introduction de la vaccination contre la poliomyélite à la fin des années 1950 a entraîné une chute spectaculaire du nombre de cas déclarés. Ce nombre a continué de décroître au cours des vingt dernières années, de 26 cas déclarés en 1978 à aucun depuis 1990<sup>2</sup>, à l'exception d'un cas importé en 1995. L'objectif de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est désormais l'éradication complète de cette maladie dans les pays en développement

---

2. « Surveillance nationale des maladies infectieuses 1998-2000 », 2003, InVS.

où persistent des foyers endémiques. L'élimination a été prononcée par l'OMS pour le continent américain, la région du Pacifique occidental puis, en 2002, l'Europe.

La vaccination de masse a eu le même effet pour la diphtérie, pour laquelle un seul cas a été déclaré en France depuis 1989, malgré une situation épidémique en Europe de l'Est depuis 1990. Le risque persiste pour des personnes non immunisées voyageant en pays d'endémie : ainsi, une femme de 27 ans originaire d'Asie a été soignée à Paris en 2002, et un cas de diphtérie contractée lors d'un séjour à Madagascar a été soigné à Strasbourg en 2004.

La situation est un peu différente pour le tétanos, dans la mesure où cette maladie est due à une bactérie ubiquitaire<sup>3</sup>. Le nombre annuel de cas déclarés ces dernières années est faible, de l'ordre d'une trentaine (29 cas déclarés en 2000, 26 en 2001, dont respectivement 9 et 2 ont conduit à un décès)<sup>4</sup>, mais on connaît mal la sous-déclaration de cette maladie. On ne constate cependant aucun cas chez l'enfant et le jeune adulte, la plupart survenant chez des personnes de plus de 70 ans, majoritairement des femmes, jamais (ou mal) vaccinées ou encore chez des personnes n'ayant pas eu de rappel au cours des dix dernières années. La généralisation de la vaccination contre l'*haemophilus influenzae* de type B depuis 1993 a diminué de façon considérable l'incidence des méningites dues à ce germe, de 82 pour 100 000 en 1991, à 0,08 pour 100 000 en 2002<sup>5</sup>.

D'après les informations recueillies sur la base des certificats de santé en 2003, 97 %<sup>6</sup> des enfants de 2 ans ont reçu une première série d'injections contre la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie et le tétanos, et près de 89 % ont une couverture vaccinale complète à cet âge (trois injections plus un rappel), cette proportion étant assez stable depuis 1995 (tableau 2.1). La vaccination contre l'*haemophilus influenzae*, qui leur est associée, a de ce fait très rapidement atteint un niveau équivalent, avec 86 % de vaccinations complètes en 2003, alors que la vaccination contre l'hépatite B n'a été effectuée que pour 27 % des enfants de 2 ans. L'association de cette vaccination dans un vaccin unique hexavalent<sup>7</sup> devrait progressivement améliorer cette situation.

- Tuberculose : une augmentation de l'incidence dans la population de nationalité étrangère

À la fin des années 1980, on a observé en Europe un arrêt de la décroissance régulière de l'incidence de la tuberculose. Cette tendance, due en Europe de l'Est à la crise socio-économique, est liée à l'augmentation de la migration en provenance des pays de forte endémie et, dans une moindre mesure, à l'épidémie de sida<sup>8</sup> en Europe de l'Ouest.

3. Contrairement à la diphtérie, la rougeole, l'hépatite... le tétanos n'est pas causé par une transmission inter-humaine mais à une bactérie présente dans le sol qu'il n'est donc pas possible d'éradiquer.

4. ANTONA Denise : « Le tétanos en France en 2000 et 2001 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 40, octobre 2002.

5. En comparaison, l'incidence des méningites à méningocoques est estimée à 0,8 pour 100 000 habitants en 2001. Il n'existe pas à l'heure actuelle de vaccin efficace contre le sérotype B responsable de la moitié de ces infections (cf. GEORGES Scarlett, PERROCHEAU Anne, LAURENT Edith, LEVY-BRUHL Daniel et réseau Epibac : « Infections invasives à *H. influenzae*, *L. monocytogenes*, *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *S. agalactiae* et *S. pyogenes* en France en 2001-2002 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 34, juin 2004.

6. Le taux de couverture vaccinale est calculé en rapportant le nombre d'enfants vaccinés au nombre de certificats reçus, ce qui revient à assimiler une non-réponse à une non-vaccination. De ce fait, les résultats fournis sont des estimations basses de la couverture vaccinale des enfants.

7. Associant six vaccins différents dans une même injection : diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, *haemophilus influenzae* de type b et hépatite B.

8. INFUSO A., ANTOINE D., BARBOZA P., FALZON D. : « Surveillance de la résistance aux antituberculeux en Europe, 1999 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 44, octobre 2002.

**Tableau 2.1 – Couverture vaccinale des enfants à l'âge de 2 ans**

en %

Taux de couverture vaccinale		1992	1995	2000	2001	2002	2003 (p)
Diphtérie-tétanos	3 injections	95,5	97,1	98,1	98,1	97,5	97,1
	3 injections + rappel	86,1	88,5	88,0	87,9	88,4	89,2
Coqueluche	3 injections	93,7	95,9	97,4	97,5	97,1	97,4
	3 injections + rappel	84,2	87,3	87,2	87,2	87,9	88,6
Poliomyélite	3 injections	94,7	96,9	98,0	98,0	97,4	96,8
	3 injections + rappel	85,6	88,1	87,7	87,7	88,3	89,0
Haemophilus				86,1	85,8	86,5	85,8
Hépatite B				26,0	28,0	29,2	27,4
BCG		76,8	82,7	83,1	83,9	84,5	83,9
Rougeole		75,5	82,6	84,1	84,6	85,9	87,2
Oreillons				83,5	84,2	85,7	87,0
Rubéole		74,9	81,5	83,8	84,2	85,6	86,9

(p) Provisoire.

Note : la couverture vaccinale est vraisemblablement sous-estimée car les non-réponses sont assimilées à des non-vaccinations.

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES-PMI : certificats de santé du 24<sup>e</sup> mois.

En France, l'incidence de la tuberculose ne diminue presque plus depuis 1997 ; si elle continue à décroître dans la population de nationalité française, elle augmente pour les personnes de nationalité étrangère. En 2002, 6 322 cas de tuberculose ont été déclarés<sup>9</sup> (6 162 en France métropolitaine et 160 dans les départements d'outre-mer), soit respectivement 10,5 et 9,6 cas pour 100 000 habitants. Les taux d'incidence les plus élevés sont relevés en Île-de-France et en Guyane (respectivement 27,7 et 24,9 cas pour 100 000 habitants). L'incidence de la tuberculose est plus élevée chez les adultes, particulièrement après 60 ans, tandis que le taux le plus bas s'observe chez les enfants de moins de 15 ans : sur l'ensemble des 6 322 cas déclarés en 2002, 277 ont concerné des enfants de moins de 15 ans, dont 74 % étaient vaccinés, pour ceux dont le statut vaccinal était connu. Les migrants sont particulièrement concernés : 40,6 % des cas déclarés affectent des personnes de nationalité étrangère alors qu'ils représentent moins de 6 % de la population totale. Dans cette population, l'incidence est particulièrement élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans, et plus encore entre 25 et 39 ans.

**Objectif n° 38 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**T**uberculose : stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000 actuellement) d'ici à 2008.

Indicateur retenu : incidence de la tuberculose.

	Taux pour 100 000 habitants	
	1997	2002
<b>France métropolitaine</b>	<b>11,5</b>	<b>10,5</b>
<i>dont Île-de-France</i>		27,1
Nationalité française	8,1	5,6
<i>dont 60 ans ou plus</i>		10,7
Nationalité étrangère	44,2	64,9
<i>dont 25-39 ans</i>		111,3
<b>DOM</b>	<b>9,4</b>	<b>9,6</b>
<i>dont Guyane</i>		24,9

Champ : France entière.

Source : InVS, données de déclaration obligatoire.

9. CHE Didier, DECLUDT Bénédicte, CAMPESE Christine : « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2002 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 4, janvier 2004.

Des mesures ont été prises pour limiter l'extension de la maladie et renforcer l'efficacité des dispositifs de lutte contre la tuberculose, particulièrement dans les zones et les groupes à risque. Parallèlement, le calendrier vaccinal 2004 introduit une simplification du schéma vaccinal contre la tuberculose avec la suppression de la revaccination<sup>10</sup>. Sauf contre indication médicale, l'obligation vaccinale n'est pas remise en cause pour les enfants de moins de 6 ans placés en collectivité (y compris chez une assistante maternelle) et, au plus tard, au cours de la sixième année pour tout enfant qui n'a pas encore été vacciné. La méthode de référence pour la primo vaccination demeure la voie intra dermique, la multipuncture est cependant tolérée jusqu'à l'âge de 3 ans.

Le taux de couverture vaccinale à 2 ans en France métropolitaine a augmenté pour le BCG: de 76,8 % en 1992 à 83,9 % en 2003. On dispose par ailleurs de données de couverture vaccinale à l'âge de 3-4 ans recueillies lors des bilans de santé effectués par la PMI dans les écoles maternelles (tableau 2.2) : pour l'année 2003, le taux de vaccination des enfants de cet âge était de 93,7 % en moyenne nationale. L'enquête réalisée en 2002 par les médecins de santé scolaire et la Drees montre en outre que 98,9 % des enfants de 6 ans ont reçu au moins un BCG avant l'entrée à l'école primaire.

**Tableau 2.2 – Couverture vaccinale des 3-4 ans : Rougeole-Oreillons-Rubéole et BCG**

en %

	1993	1995	2000	2001	2002	2003 (p)
Rougeole	81,6	85,2	91,6	92,0	92,1	92,1
Rubéole	80,5	84,7	91,4	92,0	91,5	93,0
Oreillons	79,8	84,7	91,4	91,8	91,4	92,0
Nombre de carnets de santé sur lesquels les données sont recueillies	315 000	373 500	357 505	296 147	352 607	280 549
BCG	85,2	89,8	93,1	94,1	93,5	93,7
Nombre de carnets de santé sur lesquels les données sont recueillies	296 000	369 000	354 230	300 899	354 153	286 584

(p) Provisoire.

Note : la couverture vaccinale est vraisemblablement sous-estimée car les non-réponses sont assimilées à des non-vaccinations.

Champ : France métropolitaine.

Source : Drees-PMI : bilans de santé en école maternelle.

- Rougeole, oreillons et rubéole : des disparités géographiques notables

Ces vaccinations sont recommandées mais non obligatoires. Pour la rougeole, la rubéole et les oreillons, les taux de couverture vaccinale des enfants ont progressé entre 1985 et 2002, atteignant près de 87 % à 2 ans et 92 % à l'entrée en école maternelle en 2003 (tableau 2.2). Pour les 5-6 ans, scolarisés en grande section de maternelle, la proportion d'enfants non vaccinés contre la rougeole a été estimée à 4,5 % en 2002-2003. Cette proportion est plus élevée chez les adolescents : 12,5 % des élèves scolarisés en troisième en 2000-2001 n'étaient pas vaccinés<sup>11</sup>. Si la couverture vaccinale nationale des générations les plus récentes continue à progresser, l'existence sur plusieurs générations de sujets non vaccinés freine l'éradication de la maladie. Par ailleurs, des disparités géographiques persistent entre le

10. « Calendrier vaccinal 2004 – Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, 19 mars 2004 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 28-29/2004.

11. Enquête auprès des adolescents scolarisés en classe de 3<sup>e</sup> en 2001-2002. Drees-Desco-Invs-DGS. À paraître.

nord et le sud où la couverture vaccinale à 5-6 ans reste plus faible en 2002-2003, variant de 97,9 % en Île-de-France à 90,5 % en région PACA.

La couverture vaccinale reste donc encore insuffisante pour éliminer la rougeole, comme en témoigne la persistance de cas dont le nombre a été estimé, par le réseau « Sentinelles », à environ 10 000 en 2003 (contre près de 140 000 en 1990<sup>12</sup>). De même, les cas de rubéole diminuent de façon insuffisante, avec encore 21 cas au cours de grossesses en 2002 soit une incidence de 1,8 cas pour 100 000 (en ne tenant compte que des cas certains)<sup>13</sup>. L'augmentation de la couverture vaccinale des enfants de 2 ans (qui doit atteindre au moins 95 %) et l'administration d'une seconde dose avant 6 ans devraient permettre à terme d'interrompre la transmission de ces trois maladies.

- La vaccination des adultes mal connue et insuffisante, surtout aux âges élevés

Pour les adultes, le Comité d'hygiène et de santé publique (CHSP) recommande de faire un rappel de vaccination contre la poliomyélite et le tétanos tous les dix ans. Le calendrier vaccinal recommandé pour les adultes prévoit le rattrapage de la vaccination contre la rubéole pour les femmes non vaccinées en âge de procréer, la vaccination contre l'hépatite B pour les groupes à risque non vaccinés, ainsi qu'un vaccin annuel contre la grippe à partir de 65 ans et pour les personnes fragilisées par certaines pathologies chroniques.

Selon le Baromètre santé 2000, plus de neuf Français sur dix ont une opinion favorable sur les vaccinations<sup>14</sup>. Les opinions défavorables sont moins fréquentes pour les jeunes adultes (5 % des 25-29 ans), mais elles augmentent sensiblement avec l'âge, atteignant 17 % entre 70 et 75 ans. Le niveau d'information est inégal, 72 % des personnes interrogées s'estimant bien informées. Par ailleurs, seulement la moitié des adultes qui pourtant déclarent voir toujours le même généraliste affirme que celui-ci surveille leurs vaccinations<sup>15</sup>.

Contrairement à celle des enfants, la situation vaccinale des adultes demeure mal connue. L'enquête SPS 2002 fournit une première estimation de la couverture vaccinale contre le tétanos et la poliomyélite des adultes : 87 % des adultes se déclarent vaccinés contre le tétanos (moins de 2 % ont répondu négativement et 11 % ne savent pas, ou n'ont pas répondu à la question). Parmi les personnes vaccinées, l'ancienneté du dernier rappel est inférieure à 10 ans deux fois sur trois ; elle est supérieure près de deux fois sur dix et non connue dans les autres cas. Ainsi, la méconnaissance de la date du dernier vaccin paraît presque aussi fréquente que les retards à la réalisation des rappels. Au total, un peu moins de six adultes sur dix ont déclaré avoir eu un rappel contre le tétanos au cours des dix dernières années et moins d'un sur deux passé 75 ans<sup>16</sup>.

La connaissance du statut vaccinal contre la poliomyélite est encore moins bonne. Près du tiers des adultes interrogés n'ont pas répondu à la question posée (et même

12. « Surveillance épidémiologique du réseau Sentinelles », Inserm-unité 144, Invs.

13. PARENT du CHATELET I., SIX C., BOURAOUI L., LEVY-BRUHL D. et les biologistes du réseau Rénarub : « La rubéole chez la femme enceinte et le nouveau-né en France métropolitaine : les données 2001 du réseau Rénarub », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 1, janvier 2004.

14. Baromètre santé 2000, Inpes.

15. *Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV)*, 2001, Insee.

16. Enquête SPS 2002, Irdes, traitement Drees.

près de sept sur dix pour les 75 ans ou plus). Un peu plus de six personnes sur dix ont déclaré être vaccinées, ce taux chutant très fortement avec l'âge (moins d'une sur quatre après 75 ans), et un peu plus de 5 % ne sont pas vaccinées. En conséquence, la part de la population ayant un rappel récent contre la poliomyélite (c'est-à-dire datant de moins de dix ans) est faible : moins du tiers de la population adulte.

#### **Objectif n° 42 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**Maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui 83 à 98 %).**

Indicateur retenu : couverture vaccinale à différents âges.

	24 mois	5-6 ans	Élèves de troisième	Adultes
	2003(p)	2002/2003	2000/2001	2002
DTP 3 premières doses	97,1 %			
DTP à jour*	89,2 %		87,9 %	
Tétanos au cours des dix dernières années				58,6 %
Poliomyélite au cours des dix dernières années				31,4 %
Coqueluche 3 doses	97,4 %			
Coqueluche à jour**	88,6 %		38,1 %	
Hépatite B (3 doses)	27,4 %		72,9 %	
Haemophilus influenzae b	85,8 %			
BCG	83,9 %	98,9 %		
Rougeole	87,2 %	95,5 %	88,0 %	
Oreillons	87,0 %	95,1 %	85,1 %	
Rubéole	86,9 %	94,9 %	87,6 %	

\* 3 doses + rappel à deux ans, 6 doses à l'adolescence.

\*\* 3 doses + rappel à 2 ans, 5 doses à l'adolescence.

Champs : France entière sauf pour 24 mois et ESPS (France métropolitaine).

Sources : PMI-Drees à 24 mois, Drees-Desco-DGD-InVS cycle triennal en milieu scolaire à 5-6 ans et en classe de troisième, Irdes : ESPS 2002 pour les adultes.

L'incidence de la grippe est régulièrement estimée grâce au réseau de surveillance « Sentinelles » : elle était de près de 4 900 000 cas sur le territoire national (médecine libérale) durant l'année civile 2003, soit 8 300 cas pour 100 000 habitants, la grippe ayant surtout touché les enfants et les jeunes adultes. La prise en charge de la vaccination contre la grippe par l'assurance maladie a été instaurée initialement pour les personnes de 75 ans ou plus, élargie en 1988 aux 70 ans et plus (ainsi que pour 7 ALD), puis aux 65-69 ans (et à 2 autres ALD) en 2 000. La Cnamts estime à près de 70 % la proportion des personnes âgées d'au moins 65 ans ayant utilisé la prise en charge proposée pendant la campagne de vaccination 2002-2003 : 48 % des 65-69 ans et 76 % des 70 ans ou plus. Mais cette part est nettement plus faible pour les personnes plus jeunes ayant une des affections de longue durée (ALD) pour laquelle la vaccination contre la grippe est indiquée (25 %).

### **III.2 L'infection à VIH et le sida : amélioration de l'état de santé des personnes infectées grâce aux multithérapies rétrovirales**

L'introduction des associations de médicaments anti-rétroviraux en 1996 a fortement modifié l'évolution de l'infection par le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH). L'état de santé des personnes infectées par le VIH s'est nettement amélioré, l'évolution vers le stade sida a diminué et l'espérance de vie a été allongée. L'impact de ces traitements sur le nombre de nouveaux cas de sida et la mortalité des patients a été rapide et sensible dès 1996.

### Objectif n° 39 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004

**Grippe** : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %), professionnels de santé (actuellement 21 %) et personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici à 2008.

Indicateur retenu : taux de vaccination contre la grippe.

	Campagne 2002-2003
65 ans ou plus	68,5 %
<i>dont 65-69 ans</i>	48,0 %
<i>dont 70 ans ou plus</i>	76,0 %
Moins de 65 ans	
ALD exonérantes	25,0 %

Champ : France métropolitaine, travailleur salariés uniquement.

Source : Cnamts.

Le sida est maintenant de plus en plus assimilé à une maladie chronique. Néanmoins, ces multithérapies ont introduit une rupture entre l'évolution des contaminations par le VIH et l'évolution de l'incidence du sida, seule cette dernière étant aujourd'hui connue avec précision.

L'amélioration de l'état de santé des patients atteints par le VIH se traduit par une diminution des recours de ces patients au système hospitalier et, particulièrement, des hospitalisations complètes<sup>17</sup>. Toutefois, la prise en charge des patients demeure fortement centrée sur les services hospitaliers, dans la mesure où l'évaluation médicale de cette pathologie repose sur des investigations para-cliniques complexes. Le médecin référent pour la pathologie VIH joue un rôle majeur à tous les niveaux de la prise en charge médicale : soins, informations sur les traitements et prise en compte des effets secondaires, dont la moitié des patients rapportent qu'ils sont importants. Mais c'est aussi le cas pour les modalités d'accès aux aides sociales diverses, domaine dans lequel les associations jouent également un rôle notable. L'accès à des aides sociales et/ou psychologiques s'avère d'autant plus nécessaire que les difficultés sociales sont fréquentes dans cette population<sup>18</sup>.

- Inflexion de la diminution du nombre de nouveaux cas de sida

Après une augmentation du nombre annuel de nouveaux cas de sida jusqu'en 1994, une diminution s'est amorcée dès 1995, qui s'est fortement accentuée en 1996 et en 1997 lors de la diffusion des associations thérapeutiques anti-rétrovirales. Néanmoins, on observe un inflexion de cette tendance depuis 1998 : 5 762 nouveaux cas de sida en 1994, 1 933 en 1998, 1 585 cas<sup>19</sup> en 2002 et 904 au cours des trois premiers trimestres de l'année 2003<sup>20</sup>. En 2002, l'incidence des cas de sida était estimée à 2,6 pour 100 000 habitants en France, contre 2,5 pour l'ensemble de l'Union européenne<sup>21</sup>.

17. DE PERETTI Christine, WCISLO Martine, NADAL Jean-Marc : « Les patients soignés pour infection à VIH en 1999 dans les services hospitaliers de court séjour », Drees, *Études et Résultats*, n° 149, décembre 2001.

18. OBADIA Y., MARIMOUTOU C., BOUHNİK A.-D. et alii : « Les aides apportées aux personnes atteintes par l'infection à VIH-SIDA – Une enquête auprès des patients des services de soins en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur », Drees, *Études et Résultats*, n° 203, novembre 2002.

19. Pour 2002 et 2003, il s'agit des nombres redressés par rapport aux délais de notification. Il semble qu'il y ait un inflexion de la déclaration en 2003.

20. Institut de veille sanitaire et Centre national de référence pour le VIH de Tours, « Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (« BEH »), n° 24-25, juin 2004.

21. A 15 pays. « Surveillance du VIH/SIDA en Europe – Rapport du premier semestre 2003 », n° 69, décembre 2003 EuroHIV, Centre européen collaborateur pour la surveillance épidémiologique du sida, et Centre collaborateur OMS et ONUSIDA sur le Sida.



Une tendance similaire est observée pour le nombre de décès qui, après quelques années de forte décroissance, semble ne plus diminuer notablement, compte tenu des délais de notification : 4 168 décès en 1994<sup>22</sup>, 769 en 1998, 681<sup>23</sup> en 2002 et 384<sup>24</sup> au cours des trois premiers trimestres 2003. Le nombre de personnes vivantes ayant développé une pathologie classante pour le sida s'accroît chaque année. Au 30 septembre 2003, le nombre de personnes vivantes atteintes de sida est estimé entre 24 300 et 26 400, et le nombre total de décès depuis le début de l'épidémie, à près de 34 000.

La répartition des cas de sida selon le mode de transmission s'est profondément modifiée depuis 1990. La part de la contamination hétérosexuelle continue à augmenter, plus de la moitié des cas de sida diagnostiqués au cours des trois premiers trimestres de l'année 2003 étant liée à ce mode de contamination (51 %). Dans ce groupe, plus de quatre patients sur dix sont originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne. À l'inverse, les parts des personnes contaminées par usage de drogues injectables et par relations homosexuelles ont diminué : elles représentent respectivement 11 et 27 % des cas de sida diagnostiqués durant cette période.

La chute importante de l'incidence du sida est principalement due à la forte diminution du nombre de cas de sida chez les personnes séropositives dépistées et traitées. La majorité des personnes qui ont développé un sida dans la période récente n'ont pas bénéficié de traitement anti-rétroviral. C'est le cas de près des trois quarts des nouveaux cas de sida recensés en 2003<sup>25</sup> : il s'agit soit de personnes qui ont découvert leur séropositivité au moment du diagnostic de sida (51 %), soit de personnes qui se savaient séropositives mais n'ont pas reçu d'anti-rétroviraux (22 %). La connaissance du statut sérologique au moment du diagnostic de sida diffère selon le mode de contamination ; la méconnaissance est plus fréquente parmi les personnes contaminées par des rapports hétérosexuels dont six sur dix ignoraient alors qu'elles étaient séropositives. À l'inverse, elle est plus rare chez les usagers de drogues injectables (14 %). Elle est aussi plus élevée pour les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne.

En taux cumulés depuis le début de l'épidémie, les régions les plus touchées sont les régions Antilles-Guyane et Île-de-France, avec respectivement 2,7 et 2,4 cas de sida cumulés pour 1 000 habitants, suivies par la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (1,6 cas cumulés pour 1 000 habitants). Ces trois régions regroupaient encore près des deux tiers des cas de sida diagnostiqués entre le premier octobre 2002 et le 30 septembre 2003.

- Relâchement des comportements de prévention et persistance du risque de contamination

Quelques éléments font cependant craindre une recrudescence des contaminations par le VIH au cours de ces dernières années. En effet, plusieurs indicateurs font état d'un relâchement des comportements de prévention des groupes exposés<sup>26</sup>, avec augmenta-

22. « Surveillance du Sida en France, situation au 31 mars 2002 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 27, juillet 2002.

23. Nombres redressés des délais de déclaration.

24. *Ibidem*.

25. 3 premiers trimestres.

26. « Sida, VIH et MST, état des lieux des données en 2001 », InVS.

**Objectif n° 36 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**I**nfection VIH-Sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000)

**I**ndicateur retenu : nouveaux cas de sida.

	1996	2000	2001 (p)	2002 (p)	2003* (p)
Incidence (taux pour 100 000 habitants)	6,7	2,8	2,7	2,6	
Nombre de nouveau cas	4 018	1 707	1 641	1 585	904
<i>Hommes</i>	79,4 %	72,5 %	73,6 %	70,0 %	72,1 %
<i>Femmes</i>	20,6 %	27,5 %	26,4 %	30,0 %	27,9 %
<i>Séropositivité non connue</i>	25,3 %	46,4 %	49,5 %	50,1 %	51,0 %
<i>Pas de traitement préalable**</i>	55,5 %	73,3 %	74,9 %	76,8 %	73,0 %
<b>Personnes contaminées par rapport hétérosexuels</b>					
Nationalité française	66,8 %	51,0 %	45,8 %	41,6 %	40,5 %
Afrique Sub-saharienne	15,0 %	33,6 %	38,5 %	42,3 %	43,5 %

\* Au 30 septembre 2002.

\*\* Séropositivité non connue ou séropositivité connue mais pas de traitement préalable.

(p) Provisoire, données redressées des délais de déclaration.

Champ : France entière.

Sources : INSEE : population, InVS : déclaration obligatoire.

tion des prises de risque notamment de la part des homosexuels masculins. Par ailleurs, entre 2000 et 2002, le nombre de cas de syphilis a augmenté chaque année, cette maladie touchant principalement les hommes homosexuels en Île-de-France<sup>27</sup>.

**Objectif n° 41 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**R**éduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2.

**I**ndicateur retenu : cas de syphilis récente.

	2000	2001	2002
<b>Total France métropolitaine</b>	37	207	401
Île-de-France	30	162	309
Autres régions	7	45	92

Champ : France métropolitaine

Source : InVS (surveillance prospective sur sites volontaires, cas de syphilis récente : primaire, secondaire ou latente précoce)

L'analyse des bilans d'activité des centres de dépistages anonymes et gratuits montre une augmentation de la proportion des diagnostics positifs en 1999 et en 2000, particulièrement à Paris, avec une stabilisation à un niveau élevé en 2001 et 2002<sup>28</sup>. Mais actuellement, le nombre de patients contaminés par le VIH sans avoir le sida n'est pas connu avec précision. Une première approche des découvertes de séropositivité (et non des séroconversions) a été fournie par l'Institut de veille sanitaire qui a étudié l'activité de dépistage des laboratoires d'analyses médicales, et estime entre 4 500 et 5 000 le nombre de séropositivités découvertes en France en 2001<sup>29</sup>. Ce nombre aurait donc peu évolué entre 1997 (environ 5 000) et 2001. L'extension de la déclaration obligatoire à l'ensemble des découvertes de séro-

27. COUTURIER E., Michel A., BASSE-GUERINEAU A.-L., & SEMAILLE C., « Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2002 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (« BEH »)*, n° 3, janvier 2004. Toutefois, l'InVS note dans une autre publication que l'évolution des infections à gonocoque est un peu différente avec baisse en 2001 et stabilisation en 2002.

28. LE VU S., HERIDA M., PILLONEL J., ALLEMAND M., COUTURIER S., SEMAILLE C. « Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan 2001 et 2002 d'activité du dépistage du VIH en France, InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (« BEH »)*, n° 17, avril 2004.

29. CAZEIN F., BASSELIER B., DAVID D., SEMAILLE C. : « Activité de dépistage du VIH dans les laboratoires d'analyse médicale » in « Surveillance du VIH/Sida en France, données sida au 30 septembre 2002 », InVS, Rapport semestriel, n° 1, mai 2003.

positivité au VIH a été initiée en mars 2003. Les premières informations issues de cette source (non encore exhaustive) montrent que la transmission sexuelle est le mode de contamination prédominant en 2003 alors que les infections liées à l'usage de drogue sont devenues peu fréquentes<sup>30</sup>. Les nouveaux diagnostics d'infections à VIH concernent en premier lieu des hétérosexuels (53 %), dont la moitié provient d'un pays d'Afrique subsaharienne (des jeunes femmes deux fois sur trois). Dans la population hétérosexuelle de nationalité française, la distribution par sexe est plus équilibrée, mais la proportion d'infections récentes est plus élevée pour les femmes, sans doute en lien avec la surveillance gynéco-obstétricale. L'épidémie se maintient aussi chez les hommes contaminés lors de rapports homosexuels, pour qui le taux d'infection reste le plus élevé dans la période récente : ce fait pourrait témoigner d'un relâchement des comportements de prévention, mais aussi très probablement d'une pratique plus fréquente des tests de dépistage.

- Hépatites virales chroniques :  
insuffisance de la vaccination contre l'hépatite B  
et du dépistage de l'hépatite C

Les hépatites virales C et B comportent un risque d'évolution chronique vers la cirrhose, l'insuffisance hépatique ou l'hépatocarcinome.

Selon le CépiDc<sup>31</sup>, la mortalité attribuable aux hépatites chroniques n'est pas à ce jour précisément connue : les complications peuvent être répertoriées comme cause de décès sans notification systématique de l'hépatite chronique. Elle semble donc très sous-estimée par les certificats de décès : ainsi 900 décès ont été comptabilisés en 2000, alors qu'une étude effectuée en 1997 pour la seule hépatite C faisait état d'un nombre deux fois plus élevé. À cet égard, une enquête nationale portant sur les infections chroniques dues aux virus des hépatites B et C est actuellement réalisée par le CépiDc et ses partenaires et devrait prochainement permettre de quantifier précisément la part de la mortalité associée à ces deux affections.

L'infection chronique par virus de l'hépatite C est la plus fréquente. Selon les estimations de l'InVS, la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C a été estimée à 1,1 % de la population adulte française. Il est ainsi communément admis qu'entre 500 000 et 650 000 personnes seraient porteuses d'anticorps sériques anti-VHC<sup>32</sup>. Le plus souvent, l'hépatite C aiguë est asymptomatique : elle peut guérir spontanément mais son taux de passage à la chronicité est élevé (de 50 à 90 %)<sup>33</sup>. Plusieurs années peuvent s'écouler entre la date de contamination et l'apparition des premiers symptômes, décalant d'autant la prise en charge. Sur le long terme, les complications les plus redoutées de l'hépatite C chronique et responsables de la mortalité pour cette pathologie, sont la cirrhose et l'hépatocarcinome. En France, l'hépatite C est la deuxième cause de cirrhose et de carcinome hépato-cellulaire, après la consommation excessive d'alcool, ces deux causes étant souvent associées ; ces complications sont également une indication majeure de transplantation hépatique.

30. Institut de veille sanitaire et Centre national de référence pour le VIH de Tours, « Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 24-25, juin 2004.

31. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm.

32. « Estimation du nombre de sujets infectés par le VHC en France, 1994-1995 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 5, janvier 1996.

33. « Hépatite C : Transmission nosocomiale : état de santé et devenir des personnes atteintes, expertise collective », Inserm, juin 2003.

Le virus de l'hépatite C se transmet par le sang ou les produits biologiques qui en sont dérivés, mais aussi par des dispositifs, médicaux ou non, souillés par des produits sanguins contaminés. Grâce à différentes mesures réglementaires et notamment à la généralisation depuis juillet 2001 du dépistage génomique viral (DGV) des dons de sang, les risques liés à la transfusion et aux dons d'organes sont désormais résiduels<sup>34</sup>. Les autres situations à risque sont le tatouage et le *piercing* et, pour les usagers de drogues injectables ou per nasales, l'échange de seringues, le partage du matériel de préparation (coton, cuillère), ou de pailles en cas de lésions de la muqueuse nasale. La politique de réduction des risques, qui a eu un impact positif en matière de VIH, est toutefois moins efficace pour le VHC parce que le virus se transmet plus facilement et qu'il est plus résistant à l'air.

Selon l'expertise collective de l'Inserm<sup>35</sup>, les deux facteurs de risque les plus fréquents retrouvés chez les malades pris en charge sont l'utilisation de drogues par voies intraveineuses et les transfusions sanguines antérieures à 1991, mais on observe entre 1991 et 2000 une diminution des infections consécutives à une transfusion et une augmentation des contaminations suite à l'usage de drogues injectables ou per nasales chez les personnes nouvellement prises en charge. Ce mode de contamination concerne plus souvent les hommes alors que la transfusion antérieure à 1991 prédomine chez les femmes.

Contrairement aux hépatites A et B, il n'existe pas, à ce jour, de vaccin efficace contre l'hépatite C. En conséquence, la lutte contre cette maladie repose sur le renforcement des mesures de prévention, de dépistage et de prise en charge thérapeutique. Le dépistage des personnes atteintes est en effet le préalable à une prise en charge éventuelle. Or, en dépit des mesures d'incitation prises dans le cadre du plan national de lutte contre l'hépatite C, la découverte de la séropositivité au VHC chez les patients nouvellement pris en charge en 2001 s'est faite de façon relativement peu ciblée : de façon fortuite dans 41 % des cas (bilan de santé, don de sang, bilan pré-transfusionnel), en fonction de facteurs de risque dans 25 % des cas, sur démarche diagnostique, dans 18 % des cas et dans 16,5 % des cas dans d'autres circonstances (dont l'asthénie). Ainsi, si l'activité de dépistage des laboratoires appartenant au réseau de surveillance s'est accrue de 10 % entre 2000 et 2001, cette augmentation a concerné davantage de personnes à faible risque d'infection<sup>36</sup>.

Toutefois, on constate que les patients nouvellement pris en charge le sont à un stade clinique généralement moins avancé : la part des patients ayant une forme évoluée de la maladie (cirrhose ou hépato-carcinome) est passée de 21 % en 1993 à 11,5 % en 2001<sup>37</sup>. La précocité de la prise en charge est un facteur pronostique déterminant puisque des traitements efficaces sont disponibles et que la guérison est aujourd'hui possible.

---

34. PILLONEL Josiane, LAPERCHÉ Syria, le groupe « Agents transmissibles par transfusion », de la Société française de transfusion sanguine, l'Établissement français du sang et le Centre de transfusion sanguine des armées : « Risque résiduel de transmission du VIH, du VHC et du VHB par transfusion sanguine entre 1992 et 2002 en France et impact du dépistage génomique viral », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 48, décembre 2003.

35. « Hépatite C : Transmission nosocomiale : état de santé et devenir des personnes atteintes, expertise collective », Inserm, juin 2003.

36. MEFFRE Christine, LARSEN Christine, PERIN Annie, BOURAOUI Laurence, DELAROCQUE-ASTAGNEAU Elisabeth : « Surveillance de l'activité de dépistage et contrôle de dépistage de l'hépatite C au sein du réseau de laboratoires Rena-VHC, France, 2000-2001 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 16-17, 2003, pp 86-89.

37. DELAROCQUE-ASTAGNEAU Elisabeth, CAMPESE Christine : « Surveillance de l'hépatite C à l'échelon national à partir des pôles de référence volontaires », 2000-2001, InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 16-17/2003.

Selon les résultats de l'enquête menée une semaine donnée en octobre 2000<sup>38</sup>, 577 services hospitaliers ont accueilli près de 5 000 patients pour une hépatite C chronique durant cette période : 30 % pour une hépatite chronique minime, 46 % pour une hépatite chronique modérée et 24 % au stade des complications (cirrhose, hépato-carcinome ou transplantation). Les modes de recours étaient pour 69 % une consultation, pour 19 % une hospitalisation complète et pour 12 % une hospitalisation de jour. Les prises en charge ont été assurées à 60 % par les centres hospitaliers régionaux ou par l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP). La part des patients traités par Interféron s'élevait en octobre 2000 à 35 % des recours.

Par ailleurs, le VHC occasionne des complications spécifiques graves pour les patients co-infectés par le VIH et le VHC. L'enquête hospitalière transversale effectuée en juin 2001 auprès des patients séropositifs au VIH estime que 28 % des patients sont également séropositifs pour le VHC. Cette proportion est élevée parmi les usagers de drogues (84 %) et les transfusés (53 %), et nettement plus faible pour les patients contaminés suite à un rapport hétérosexuel (9 %) ou homosexuel (6 %)<sup>39</sup>.

La clarification des indications thérapeutiques<sup>40</sup>, la mise à disposition de traitements plus efficaces (la bithérapie Interféron pégylé + Ribavirine), plus maniables et mieux tolérés, ainsi que le renforcement du dispositif de soins devraient accroître l'accès aux soins et le nombre de patients traités. Ces améliorations thérapeutiques devraient également avoir un impact sur l'augmentation du dépistage dans les groupes les plus exposés.

L'hépatite B est moins fréquente que l'hépatite C et son incidence semble avoir diminué au cours des dernières années. Le nombre de porteurs chroniques est estimé à au moins 100 000 et la mortalité de décès à environ 1 000 décès. Les principaux modes de transmissions sont la voie sexuelle et l'usage de drogue par voie parentérale, ce profil correspondant en grande partie à celui de la transmission par VIH. Toutefois le mode de transmission n'est pas connu dans le tiers des cas environ, ce qui limite l'efficacité du traitement prophylactique des groupes à risque connu<sup>41</sup>. La vaccination universelle des nourrissons, qui reste à ce jour insuffisante, est donc fortement recommandée pour contrôler, voire *in fine* éliminer l'hépatite B.

### II.1.3 Les risques liés au milieu de vie : une vigilance qui se renforce

---

- La légionellose : une maladie mieux repérée

Cette maladie bactérienne transmise par voie respiratoire n'est connue que depuis 1976. L'agent infectieux, présent dans le milieu naturel, se multiplie très facilement dans les réseaux d'eau et peut être inhalé lorsqu'il se retrouve en suspension dans l'air : douches, jets d'eau, fontaines, certains systèmes de climatisation.

38. GUIGNON Nathalie : « Le recours aux soins hospitaliers pour hépatite C chronique – Résultats des enquêtes 2000-1999-1998 », Drees, Document de travail, Série Statistiques n° 31, février 2002.

39. GOUËZEL Pascal, SALMON Dominique, PIALOUX Gilles, HOLSTEIN Josiane, DELAROCQUE-ASTAGNEAU Elisabeth : « Co-infection VIH-VHC à l'hôpital », enquête nationale, juin 2001, InVS, collection Enquêtes-Études, juin 2002.

40. « Conférence de consensus traitement de l'hépatite C », février 2002, Association française pour l'étude du foie.

41. « Réunion de consensus : vaccination contre le virus de l'hépatite B », Anaes-Inserm, septembre 2003.

La légionellose se caractérise surtout par des symptômes respiratoires aigus avec une mortalité non négligeable chez des sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, alcooliques, tabagiques, diabétiques, patients atteints de silicose<sup>42</sup>...).

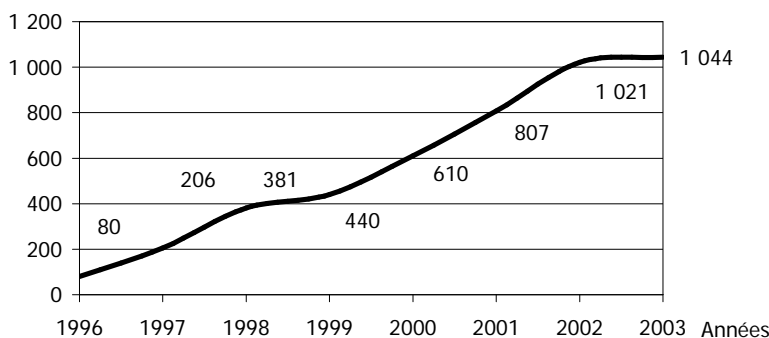
Consécutivement au renforcement du dispositif de surveillance en 1997, le nombre de cas diagnostiqués et déclarés a augmenté en moyenne de 29 % par an en France entre 1996 et 2002 (de 80 cas en 1996 à 1 021 en 2002), comme dans la plupart des pays européens. En 2003, il n'a été que faiblement supérieur à celui de l'année précédente, avec 1 044 personnes atteintes. L'incidence observée en France métropolitaine, en apparence élevée (1,7 cas pour 100 000 habitants pour une incidence moyenne européenne de 1 pour 100 000 habitants en 2002) peut être mise au compte d'une bonne performance du système de déclaration<sup>43</sup>. Le renforcement de la réglementation (directives européennes) et du dispositif de surveillance qui ont permis d'améliorer ce repérage, devraient aussi favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et contribuer ainsi à éviter l'apparition de cas groupés.

**Objectif n° 25 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**Qualité de l'eau : réduire de 50 % l'incidence des légionelloses.**

L'augmentation du nombre de cas déclarés est essentiellement due à l'amélioration du système de déclaration (voir texte).

Indicateur retenu : nombre de cas retenus.



Champ : France entière.

Source : maladies à déclarations obligatoires, InVS.

- Le saturnisme : de mieux en mieux surveillé

L'intoxication par le plomb est appelée saturnisme. Elle survient par ingestion ou inhalation de plomb et provoque des troubles réversibles (anémie, troubles digestifs) ou irréversibles (atteinte du système nerveux). Une fois dans l'organisme, le plomb est stocké, notamment dans les os, d'où il peut être libéré dans le sang pendant des dizaines d'années. Le niveau de plombémie ayant des conséquences sur la santé est évalué à 100 mg/l.

L'usage du plomb, particulièrement dans les peintures et dans l'essence, a contribué à sa large diffusion dans l'environnement. Depuis l'introduction de l'essence sans plomb, l'imprégnation des populations est en régression<sup>44</sup>. En France, la plombémie médiane

42. TRAN MINH N. et al. : « Cas groupés communautaires de légionellose, Pas-de-Calais, France. Enquête cas-témoins, novembre 2003 – janvier 2004 ». Surveillance. 13 mai 2004 InVS . Site Internet de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>.

43. CAMPESE Christine, CHE Didier, MAINE Catherine, DECLUDET Bénédicte : « Les légionelloses déclarées en France en 2002 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 32, juillet 2003.

44. HUEL Guy et al. : « Evolution of Blood Lead Levels in Urban French Population (1979-1995) », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 50, n° 3, juin 2002.

est en effet passée de 125 à 65 mg/l pour la population adulte résidant au centre des agglomérations urbaines entre 1980 et 1995. Elle reste cependant encore supérieure à celle estimée en Amérique du Nord et en Europe du Nord.

Les populations à plus haut risque résident à proximité des complexes métallurgiques ou dans certaines régions montagneuses où subsistent à la fois des canalisations en plomb et des eaux agressives (peu minéralisées et à pH faible).

Depuis 1985, la dégradation des peintures au plomb utilisées dans l'habitat jusqu'en 1948 a été identifiée comme une source d'exposition pouvant conduire à des intoxications chez l'enfant, ce qui a justifié la mise en place des premiers programmes ciblés de dépistage du saturnisme infantile en France. Cette situation se retrouve principalement en Île-de-France où plus de 800 enfants dépistés en 1997 présentaient une plombémie supérieure à 250 mg/l.

En effet, les enfants exposés à la présence de plomb dans l'environnement constituent, et ce d'autant plus qu'ils sont plus jeunes, une population à risque<sup>45</sup> pour plusieurs raisons :

- Pendant les premières années de sa vie, l'enfant porte spontanément les mains et les objets à la bouche. Il ingère ainsi une grande quantité de poussières et parfois également des particules non alimentaires telles que la terre ou des écailles de peintures qui peuvent contenir du plomb.
- Près de 50 % du plomb qu'il ingère passe dans le sang (contre 10 % chez l'adulte).
- Pour une même imprégnation, les effets toxiques du plomb sont plus importants et plus sévères que chez l'adulte, en raison du processus de développement cérébral. Les conséquences d'une exposition chronique dans l'enfance sont irréversibles.
- Enfin, le plomb passe la barrière placentaire et l'intoxication peut commencer dès la vie intra-utérine.

Le groupe d'experts de l'Inserm<sup>46</sup> recommande ainsi que le dépistage des enfants soit systématique dans les zones à risque, notamment autour des sites industriels.

La surveillance du saturnisme de l'enfant a été renforcée depuis février 2004 par la mise en place d'un nouveau dispositif<sup>47</sup>, l'ensemble des informations issues des Ddass étant transmis à l'InVS.

Enfin, le suivi de la cohorte d'enfants prévue par le Plan national santé environnement<sup>48</sup> devrait permettre à l'avenir une meilleure connaissance de l'exposition.

---

45. HIVERT Gwénaëlle et al. : « Le respect de la réglementation actuelle permet-il une protection suffisante de la population infantile vis-à-vis du plomb ? », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 50, n° 3, juin 2002.

46. Inserm : « Plomb dans l'environnement, quels risques pour la santé ? », Expertise collective, février 1999, Paris.

47. BRETIN Philippe, LECOFFRE Camille, SALINES Georges : « Saturnisme de l'enfant mineur, une nouvelle dynamique de surveillance », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 8, 17 février 2004.

48. Etude épidémiologique sur une cohorte de 20 000 enfants suivis de la période gestationnelle jusqu'à l'âge adulte. Seront surveillées les pathologies susceptibles d'être liées à l'environnement (cancers, troubles neurologiques et de la reproduction) et les expositions aux principaux polluants dont le plomb.

#### Objectif n° 18 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004

**Habitat** : réduire de 50 % en dix ans la prévalence des enfants ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l : de 2 % en 1999 à 1 % en 2008.

L'enquête de prévalence réalisée en 1995 par l'Inserm et le Réseau national de santé publique (RNSP), a conduit à une estimation de 85 000 enfants de 1 à 6 ans exposés à des niveaux de plombémie pathogènes sur le territoire français (2 %).

- La pollution atmosphérique :  
des effets néfastes établis à court et long termes

En 2000, on estimait en France à 32 000 par an le nombre de décès prématurés attribuables à une exposition de long terme à la pollution atmosphérique urbaine. Plus de la moitié de ces décès (18 000) seraient causés par la pollution automobile. En termes de morbidité, entre 60 000 et 190 000 crises d'asthme ainsi que 110 000 bronchites sont également attribuées chaque année à ce facteur<sup>49</sup>.

Au cours des dix dernières années, de nombreuses études épidémiologiques ont montré que même des niveaux relativement faibles de pollution ont des effets à court terme sur la santé. Les indicateurs communément mesurés par les réseaux de surveillance de la pollution atmosphérique sont la présence de dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>), de particules (fumées noires – FN – ou particules de moins de 10 micromètres de diamètre – PM10), de dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>) et d'ozone (O<sub>3</sub>).

#### Objectif n° 20 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004

**Réduire** l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2008 (NOx et particules fines PM10) dans toutes les villes (-20 % par rapport à 2002).

Indicateur retenu : niveaux de PM10 dans sept villes de France.

Ville	Année	Moyenne	Ecart-type	10 <sup>e</sup> percentile de distribution	90 <sup>e</sup> percentile de distribution
Bordeaux	2000	20,1	10,1	10,3	32,4
Lille	2000	19,5	7,9	11	30
Lyon	2000	23	12	11,8	37,3
Marseille	2000	24,4	9,2	13,5	33,5
Paris	1998	24	13,6	12	38,9
Strasbourg	1999	22,3	10,9	10,4	36
Toulouse	2000	17,9	8,3	9	29

Les données sur l'exposition aux particules fines (PM 10) ne concernent actuellement que sept villes françaises : Paris, Lyon, Bordeaux, Lille, Marseille, Strasbourg et Toulouse.

Selon la directive 1999/30/CE du 22 avril 1999 relative aux valeurs limites pour les concentrations ambiantes en polluants, la moyenne annuelle des PM10 ne doit pas dépasser 40µg/m<sup>3</sup> au 1er janvier 2005 et 20 µg/m<sup>3</sup> au 1er janvier 2010.

PM 10 : Particules en suspension dans l'air (particulate matter) de diamètre inférieur à 10 micromètres.

Source : APHEIS, Evaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans 26 villes européennes, octobre 2002.

Il a été ainsi établi, d'abord aux États-Unis, puis dans de nombreux autres pays, notamment en Europe, que l'augmentation journalière des niveaux de pollution est associée à une vaste gamme d'effets néfastes allant d'une altération de la fonction ventilatoire à la précipitation du décès chez des personnes déjà fragilisées. Ces effets sont observés même pour des niveaux de pollution inférieurs aux valeurs limites d'exposition définies par les normes

49. KUNZLI Nino et al. : « Public-Health Impact of Outdoor and Traffic-Related Air Pollution : a European Assessment », Lancet, 356 : 795-801, 2000.



de qualité de l'air. Ainsi, les résultats de la récente méta-analyse de l'étude européenne *Air Pollution and Health, European Approach (APHEA)*, conduite sur des données des années 1980<sup>50</sup> montrent qu'une augmentation de 50 µg/m<sup>3</sup> des niveaux journaliers de pollution s'accompagne dans les jours qui suivent d'un accroissement de 1 à 3 % de la mortalité totale non accidentelle, de 4 à 5 % de la mortalité pour causes respiratoires et de 1 à 4 % de la mortalité pour causes cardiovasculaires. En termes de morbidité, les conséquences sont une augmentation de 1 à 3 % du nombre journalier d'hospitalisations pour causes respiratoires chez les patients âgés de 65 ans ou plus, de 1 à 8 % des hospitalisations pour asthme chez l'enfant, de 1 à 4 % des hospitalisations pour broncho-pneumopathies chroniques obstructives.

L'intoxication par le monoxyde de carbone (CO) constitue une préoccupation particulière de santé publique liée à l'air<sup>51</sup>. En effet, les décès par intoxication due au CO (hors suicide et incendie) représentent la première cause de mortalité par inhalation toxique en France<sup>52</sup>.

#### **Objectif n° 23 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**Habitat** : réduire de 30 % la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone (CO).  
La mortalité par intoxication au CO est estimée entre 100 et 300 décès par an.

En 2001, on dénombre environ 2 500 hospitalisations suite à une intoxication de ce type et 3 700 personnes exposées. Parmi les personnes hospitalisées, 27 % sont des enfants de moins de 14 ans<sup>53</sup>. Or les enfants sont particulièrement sensibles à l'intoxication par le monoxyde de carbone qui perturbe leur développement cérébral. Les données disponibles montrent que le nombre d'intoxications ne diminue pas et que leur incidence n'est pas homogène sur le territoire (70 % des cas au nord de la Loire).

Les polluants présents dans l'air proviennent des installations de combustion fournissant chauffage et énergie, des installations d'incinération des déchets, des sources industrielles et artisanales, des moyens de transports (essence, diesel) auxquels s'ajoutent, pour les espaces intérieurs, les sources liées aux activités professionnelles et domestiques, les émanations issues des matériaux de construction et de revêtements intérieurs, et surtout le tabagisme. L'augmentation de 40 % en dix ans de la consommation énergétique liée aux transports (qui est issue à 95,2 % du pétrole<sup>54</sup>) illustre la part de plus en plus préoccupante en termes de santé publique de ce secteur d'activité dans l'émission de polluants.

Si on observe, de 1970 à 1996, une diminution des émissions de monoxyde de carbone (CO), du dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>) et des particules atmosphériques, en revanche celles d'oxydes d'azote (NO<sub>x</sub>) restent à un même niveau et celles de dioxyde de carbone aug-

50. KATSOUYANNI K. et al. : « Short-Term Effects of Ambient Sulphur Dioxide and Particulate Matter on Mortality in 12 European Cities : Results from Time Series Data from the APHEA Project » *Air Pollution and Health : a European Approach*. BMJ, 1997, 314(7095) : 1658-63.

- SPIX C. et al. : « Short-Term Effects of Air Pollution on Hospital Admissions of Respiratory Diseases in Europe : a Quantitative Summary of APHEA Study Results » *Air Pollution and Health : a European Approach*. *Archives of Environmental Health*, 1998, 53(1) : 54-64.

51. Ces intoxications sont dues aux appareils et installations de chauffage, de production d'eau chaude, de bricolage ou aux moteurs thermiques défectueux, vétustes, mal entretenus ou employés dans de mauvaises conditions.

52. SALINES Georges : « Surveiller les intoxications dues au monoxydes de carbone », Rapport au Comité supérieur d'hygiène publique de France, InVS, 2002.

53. DGS : « Rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique 2003-2008 », 2003.

54. Commissariat général au Plan, cité dans : DGS : « Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé : poursuivre la réduction des risques », juin 2002. Site Internet du Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pollution/sommaire.htm>.

mente. Mais il existe aussi des polluants présents dans l'air dont la toxicité est suspectée ou reconnue et qui ne font pas l'objet de dosages systématiques (produits phytosanitaires ou dioxines par exemple).

L'exposition des personnes est variable selon leurs lieux de vie, la répartition de leur temps entre espaces intérieurs et extérieurs, leur activité physique (qui augmente la ventilation donc la pénétration des polluants)... Une particularité de cette exposition est qu'elle touche l'ensemble de la population, contrairement à l'eau ou aux aliments ingérés.

L'importance du phénomène de pollution de l'air urbain et de ses conséquences sanitaires a justifié la mise en place d'un système de surveillance et d'étude sur 26 villes d'Europe<sup>55</sup> et, en France, d'un Programme de surveillance air et santé dans neuf villes (PSAS-9) portant sur les effets à court terme de la pollution urbaine, mis en œuvre par l'InVS et les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE).

Par ailleurs, concernant les émissions de CO dans l'air intérieur, un nouveau système de surveillance permettra à partir de janvier 2005 de recenser annuellement les cas d'intoxication avérés. La réglementation concernant les appareils, les installations et les locaux sera renforcée, et une campagne annuelle de prévention et d'information mettra l'accent sur les bonnes conduites en cas d'intoxications ainsi que sur les conditions d'usage et d'entretien des installations.

- L'exposition aux rayonnements : le problème du radon

L'exposition aux rayonnements concerne les rayonnements ionisants (radon et rayonnements ionisants d'origine médicale) et non ionisants (UV).

Le radon, gaz radioactif émanant de certains sols, est une des principales sources d'exposition de la population aux rayonnements ionisants de par son accumulation dans l'atmosphère des bâtiments. C'est un cancérigène pulmonaire avéré et le deuxième facteur de risque connu de cancer du poumon après le tabac<sup>56</sup>. On estime ainsi qu'environ 3 350 des 25 000 décès (soit environ 13 %) par cancer du poumon observés annuellement en France seraient attribuables à l'exposition au radon. De même, on estime qu'environ 185 des 938 décès (soit environ 20 %) par cancer du poumon observés en Bretagne annuellement peuvent lui être attribués. Ce risque peut être diminué en réduisant les niveaux de radon dans les bâtiments par l'adoption de mesures techniques<sup>57</sup>.

55. Commission européenne, InVS, Ajuntament de Barcelona, Institut municipal de Salut Publica : « APHEIS, Air Pollution and Health : a European Information System. Health impact Assessment of Air Pollution in 26 European Cities », Second Year Report, 2000-2001.

56. BAYSSON Hélène et al. : « Exposition au radon dans l'habitat français et risque de cancer du poumon. » Laboratoire d'épidémiologie des rayonnements ionisants (LEPID), texte présenté au Congrès de santé publique, 1-3/07/2004, Lyon. Site Internet de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) <http://www.irsn.org/net-science>.

57. InVS, Département santé environnement : « Propositions pour la mise en place et le renforcement d'activités de surveillance des expositions et des risques associés à l'inhalation du radon » Rapport, octobre 2003. Site Internet de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>.

- La qualité de l'eau :  
les normes sont actuellement respectées  
mais il est important de protéger la ressource

L'impact sanitaire de la qualité de l'eau est encore insuffisamment connu. Les travaux concernant les relations exposition/risque sont en cours. La surveillance se limite avant tout actuellement au respect des normes<sup>58</sup>. Deux grandes catégories de paramètres sont mesurées en routine : paramètres physico-chimiques (pesticides) et microbiologiques. Le responsable de la distribution d'eau doit fournir en permanence une eau dont la qualité respecte les exigences de qualité fixées par le Code de la santé publique. Les analyses du contrôle sanitaire sont effectuées de manière discontinue. Il suffit d'un résultat d'analyse non conforme dans l'année pour considérer que l'eau ne respecte pas en permanence la conformité pour le paramètre considéré (microbiologie ou pesticides)<sup>59</sup>.

- Pesticides : Compte tenu que le nombre de molécules de pesticides existantes est très important (plusieurs centaines), l'ensemble de ces molécules ne peut être recherché simultanément dans le cadre du contrôle sanitaire des eaux. Les autorités sanitaires déterminent à l'échelon local les molécules à analyser en fonction du contexte local agricole : type de cultures, pesticides employés...

- Paramètres microbiologiques : Les paramètres retenus pour élaborer l'indicateur de suivi de la qualité microbiologique des eaux destinées à la consommation humaine sont les *Escherichia coli* et les entérocoques. Ils sont recherchés plus fréquemment que la plupart des paramètres physico-chimiques dans la mesure où ils caractérisent le risque microbien à court terme (maladies infectieuses intestinales).

La qualité de l'eau de consommation est globalement satisfaisante mais la maîtrise de la qualité bactériologique est encore perfectible, surtout dans les réseaux de petite taille. En 2002, 21 % des réseaux, alimentant 6 % de la population française, ont distribué une eau dont la qualité bactériologique n'était pas conforme aux normes<sup>60</sup>.

#### **Objectif n° 22 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**Qualité de l'eau** : diminuer par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées en permanence pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.

**Indicateur retenu** : pour les paramètres microbiologiques, environ 6 % de la population n'est pas desservie par une eau de qualité conforme aux normes. Pour les pesticides, moins de 1 % des prélèvements dépassent les seuils autorisés.

On observe cependant une dégradation continue de la qualité de l'eau dans le milieu naturel. Le Plan national santé environnement<sup>61</sup> a ainsi défini l'accélération des procédures de protection des captages et la limitation du rejet des polluants comme un des axes

58. La directive européenne : 98/83/CE du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine fixe les paramètres à contrôler dans le cadre du suivi sanitaire.

59. Ce sont les DDASS qui assurent la gestion locale des informations relatives au contrôle sanitaire (résultats d'analyses, modélisation des systèmes de production et de distribution d'eau...) qui sont stockées dans la base nationale SISE-Eaux (Système d'Information en Santé-Environnement sur les Eaux).

60. Données issues de la contribution du bureau SD7C de la Direction générale de la santé au travail d'élaboration des indicateurs de la loi de santé publique copiloté par la Drees et la DGS, mars 2004.

61. Ministère de la Santé et de la Protection sociale ministère de l'Écologie et du Développement durable ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère délégué à la Recherche : « Franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires dus aux pollutions des milieux de vie » Plan national 2004 – 2008.

d'action prioritaire dans ce domaine. La gestion des risques sanitaires liés à l'eau doit ainsi prendre en compte les problèmes relatifs à l'ensemble du cycle de l'eau et de ses usages, de la ressource au robinet à l'évacuation aux rejets dans l'environnement.

- La surveillance d'autres risques pour la santé en lien avec l'environnement débute

D'autres préoccupations de santé publique liées à l'environnement sont maintenant bien identifiées. Leur surveillance débute et l'on ne dispose pas encore de données chiffrées pour la population française. Il s'agit plus particulièrement :

- des problèmes de pollution autour des sites industriels (incinérateurs, sols pollués sur d'anciens sites, surveillance de sites en prévention d'éventuels accidents...);
- de l'exposition chronique aux produits chimiques et de leur rôle dans la survenue de cancers et de troubles de la reproduction (pesticides, dioxines, métaux lourds...);
- de l'exposition au bruit.

Enfin, la surveillance des conséquences du climat sur la santé (canicule, grands froids), notamment pour les personnes les plus fragiles (personnes âgées, dépendantes, sous traitement, personnes sans domicile...), apparaît comme un enjeu important, compte tenu des risques révélés durant l'été 2003. L'impact sanitaire de la canicule de 2003 a en effet été majeur avec, pour la période du 1<sup>er</sup> au 20 août 2003, une surmortalité de près 15 000 décès par rapport aux trois années précédentes<sup>62</sup>.

L'ensemble de ces problèmes a fait l'objet en 2004 d'un premier plan d'action interministériel Santé Environnement couvrant la période 2004-2008, qui sera évalué et prolongé dans l'avenir<sup>63</sup>.

#### II.1.4 La iatrogénie, un problème encore mal évalué

En 1998, le HCSP a défini la iatrogénie comme «les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé ».

Elle regroupe ainsi des événements d'origine diverses : conséquences pathogènes des actes médicaux (incluant ceux liés aux irradiations médicales), effets secondaires des médicaments, événements liés à l'organisation des soins ainsi que la plupart des infections contractées au cours d'une hospitalisation (infections nosocomiales) qui constituent une part notable de la iatrogénie.

Une étude menée par l'Inserm en 1997 à partir des certificats de décès a évalué à 3 600 la mortalité d'origine iatrogène immédiate (10 000 si on totalise les causes immédiates et associées).

62. InVS, Département maladies chroniques et traumatismes, Département santé environnement : « Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 en France : bilan et perspectives » Rapport, octobre 2003. Site Internet de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>.

63. Ministère de la Santé et de la protection sociale, ministère de l'Écologie et du Développement durable, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, ministère délégué à la Recherche : « Franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires dus aux pollutions des milieux de vie » Plan national 2004 – 2008.

Le taux moyen de décès tous âges et tous sexes confondus est de 4,5 pour 100 000 personnes pour les accidents et les complications survenus au cours ou à la suite d'actes médicaux et chirurgicaux. Il augmente avec l'âge pour atteindre 76,2 pour 100 000 chez les personnes âgées de 95 ans et plus.

Une enquête préliminaire visant à évaluer le nombre d'évènements indésirables graves liés au processus de soins<sup>64</sup> a été réalisée dans 7 établissements de santé de la région Aquitaine (en hospitalisation de court séjour). Elle a montré qu'environ 15 % des patients hospitalisés avaient été victimes d'au moins un évènement iatrogène grave, qu'il soit à l'origine de l'hospitalisation ou qu'il soit survenu au décours de celle-ci. Une enquête similaire effectuée au niveau national<sup>65</sup> dont les résultats ne sont pas encore connus s'est déroulée au deuxième trimestre 2004. Elle a vocation à être reproduite tous les cinq ans.

La iatrogénie globale est susceptible de connaître une augmentation tendancielle dans les années à venir, notamment du fait des progrès des nouvelles technologies qui permettent des interventions sur des sujets de plus en plus âgés ou fragilisés.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement les effets secondaires indésirables des médicaments, une estimation a été réalisée en 1998 à partir des données des centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) sur la fréquence des hospitalisations dans les hôpitaux publics causés par des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse chez les personnes prises en charge en médecine de ville<sup>66</sup>.

#### **Objectif n° 27 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**R**éduire la fréquence des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008.

Indicateur retenu : en 1998, à partir des données des centres régionaux de pharmacovigilance, la part des séjours hospitaliers publics consécutifs à un effet médicamenteux indésirable chez les personnes suivies en médecine de ville a été évaluée à 3,2 %.

- Les infections nosocomiales : surtout en réanimation et en soins de suite et de réadaptation

Les infections nosocomiales sont de façon plus spécifiques les infections contractées au cours d'une hospitalisation et liées aux soins ou imputables au séjour hospitalier.

Longtemps considérées comme une fatalité, elles ne font l'objet d'une politique de prévention et de suivi que depuis les années 1970. Cette politique repose à la fois sur la formation et la sensibilisation des médecins et des personnels et sur des outils de surveillance et des programmes de prévention. Dans chaque établissement de soins, un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) est chargé de la prévention, de la surveillance, de l'information, de la formation et de l'évaluation dans ce domaine.

64. Ont été considérés comme graves les évènements suivants : évènement iatrogène ayant entraîné le décès, ayant mis en danger la vie du patient, ayant nécessité une hospitalisation ou l'ayant prolongée, ou étant à l'origine d'une incapacité ou d'un handicap à la fin de l'hospitalisation.

65. Etude nationale sur les évènements indésirables graves liés au processus de soin (ENEIS), Drees et Comité de Coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA).

66. POUYANNE Pierre, HARAMBURU Françoise, IMBS Jean Louis, BEGAUD Bernard : « Admissions to hospital caused by adverse drug reactions: cross sectional incidence study » *BMJ* 2000;320:1036 (15 April).

Des réseaux de surveillance ont été mis en place par les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) afin d'aider les établissements, notamment par des apports méthodologiques<sup>67</sup>.

L'Institut de veille sanitaire (InVS), les cinq CClin et le Comité technique national des infections nosocomiales (CTIN) ont créé en 2001, dans le cadre d'un accord de partenariat, le Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) dont la finalité est d'harmoniser les programmes de surveillance des infections pour disposer de données nationales, de mettre en œuvre des études nationales et de permettre une meilleure réponse à l'alerte (signalement des infections nosocomiales).

La mortalité réellement attribuable aux infections nosocomiales n'est pas précisément connue. On estime que ces infections seraient à l'origine de 7 000 à 20 000 décès par an et prolongeraient la durée d'hospitalisation des patients atteints<sup>68</sup> de 6 à 20 jours. Le coût par infection et par patient est estimé dans les pays européens entre 610 et 1 370 euros<sup>69</sup>.

Une enquête de prévalence « un jour donné » a été menée en juin 2001 dans les établissements hospitaliers publics et privés par le RAISIN. Elle a concerné 1 533 établissements représentant 77 % des lits hospitaliers français et 305 656 patients.

6,9 % des malades hospitalisés en moyenne étaient atteints d'une ou plusieurs infections nosocomiales. Les quatre plus fréquentes localisations infectieuses représentant 71 % du total étaient : les infections urinaires (40 %), les infections cutanéomuqueuses (11 %), les pneumopathies (10 %) et les infections du site opératoire (10 %).

#### **Objectif n° 26 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**R**éduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10 % à 7 % d'ici à 2008.

**I**ndicateur retenu : en 2001, la prévalence « un jour donné » des infections nosocomiales est évaluée 6,9% des malades hospitalisés (un même malade pouvant avoir plusieurs infections).

Les patients atteints sont plus âgés que la moyenne des patients hospitalisés et plus souvent immunodéprimés. On enregistre en conséquence des taux plus élevés d'infections en réanimation et en services de soins de suite et de réadaptation. La fréquence moins élevée des infections nosocomiales relevée dans les établissements privés est également probablement liée à des facteurs de risque moins importants des patients suivis dans ces établissements. La résistance aux antibiotiques apparaît préoccupante pour ce type d'infection<sup>70</sup>.

- L'exposition aux radiations médicales

Les populations sont soumises à des radiations ionisantes qui ont deux origines : des expositions naturelles d'une part (irradiation cosmique, irradiation tellurique, incor-

67. Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) : « Bactériémies nosocomiales en France : résultat des données de surveillance des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 50/2001.

68. CARLET Jean et al. : « Les infections liées aux soins médicaux », *Actualité et dossiers en santé publique*, n° 38, mars 2002, pp. 24 à 48.

69. *Ibidem*.

70. Réseau d'alerte, d'investigations et de surveillance des infections nosocomiales : « Enquête de Prévalence Nationale 2001 Résultats » Rapport, octobre 2003, InVS.

poration d'éléments radioactifs naturels et inhalation de radon), et, d'autre part, des expositions dues à l'activité humaine (les diagnostics et traitements médicaux et les conséquences d'activités commerciales industrielles et militaires). Ces expositions concernent l'ensemble des Français, mais de façon inégale. Peuvent s'ajouter éventuellement les expositions professionnelles qui touchent près de 300 000 travailleurs.

Pour l'ensemble de ces expositions, un bilan est effectué à l'échelle mondiale, tous les quatre ans, par l'UNSCEAR (*United Nation Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation*).

D'après ce bilan, l'exposition moyenne d'un habitant en France est de l'ordre de 4 mSv<sup>71</sup>, valeur plutôt supérieure à la « moyenne mondiale » fournie par l'UNSCEAR (3,5 mSv pour les pays dotés d'un système de santé comparable au nôtre).

Les expositions au radon (voir chapitre II1.2) et les expositions médicales constituent 75 % du total des rayonnements ionisants auxquels les Français sont exposés<sup>72</sup>. Ce sont de plus celles sur lesquelles une réduction substantielle est possible, à un coût souvent modéré.

Pour l'exposition médicale, l'irradiation est consécutive, soit à un examen, lors du diagnostic ou du dépistage : radiodiagnostic médical classique, diagnostic dentaire, scanners (tomodensitométrie), diagnostic en médecine nucléaire (techniques fondées sur l'incorporation de radionucléides), soit à des actes de radiologie interventionnelle (interventions réalisées avec visualisation grâce à la radiologie). Il existe aussi des situations où les doses sont administrées en thérapie, notamment dans le traitement de certains cancers. Dans ce cas, évidemment, elles ne feront pas l'objet de mesures préventives de réduction de l'exposition.

Sans remettre en cause le bénéfice indiscutable apporté par l'imagerie par rayons X et le caractère indispensable de cet outil diagnostique dans la chaîne des soins, de nombreux éléments montrent néanmoins qu'un certain nombre d'examens sont réalisés sans que leur utilité soit formellement établie, et que les doses délivrées aux patients pourraient souvent être significativement réduites. Les études réalisées jusqu'ici, en France comme à l'étranger, mettent en effet en évidence une grande variabilité des doses délivrées pour un même examen, qui ne s'explique pas uniquement par des facteurs individuels liés aux patients.

L'exposition de populations spécifiques telles que les enfants, dont les risques à long terme sont plus importants que ceux des adultes, ou les malades soumis à des actes diagnostiques irradiants fréquents est encore très mal connue et prise en compte.

Il est donc apparu important d'améliorer la rigueur des indications et la qualité des pratiques. Deux principes, la justification des indications et l'optimisation des pratiques sous la responsabilité des praticiens prescripteurs et utilisateurs de rayonnements ionisants, figurent ainsi dans la nouvelle réglementation applicable dans ce domaine suite à la transposi-

---

71. Une grandeur, la dose dite « efficace », mesurée en Sievert (Sv), ou milli-Sievert (mSv), est utilisée pour additionner et comparer les diverses expositions aux rayonnements ionisants.

72. Ces données sont issues de la contribution à la Commission d'Orientation du Plan National Santé et Environnement, de Philippe Hubert, Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) et Philippe Pirard, InVS : « Exposition aux rayonnements ionisants dans une perspective santé environnement : les expositions et les enjeux de santé publique », novembre 2003 ainsi que de la contribution de la Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection (DGSNR) au travail d'élaboration des indicateurs de la loi de santé publique copiloté par la Drees et la DGS, mai 2004.

tion de la directive 97/43 Euratom. Leur mise en œuvre par l'InVS et l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) débute, conformément à un plan d'action coordonné<sup>73</sup>.

### II.1.5 La santé au travail : un enjeu majeur de prévention

---

L'étude récente réalisée par la Dares montre que, parmi les personnes qui travaillent ou ont déjà travaillé, une sur quatre déclare un problème de santé et celui-ci est considéré d'origine professionnelle pour 20 % d'entre elles, soit 5 % de cette population<sup>74</sup>. Selon les personnes interrogées, les maladies professionnelles toucheraient 3,6 % d'entre elles et des séquelles durables d'accidents du travail ou de trajet, 1,7 % et ce, indépendamment de l'effectivité de la reconnaissance administrative ou de l'attribution médicale.

Certaines pathologies sont plus souvent attribuées au travail. C'est surtout le cas des troubles musculo-squelettiques (affections des membres supérieurs et du dos ou du cou et, dans une moindre mesure, des membres inférieurs) ; viennent ensuite les difficultés auditives, les dépressions ou autres troubles psychiques qui sont attribués au travail dans respectivement 26 et 16 % des cas. Le poids des pathologies varie selon la catégorie professionnelle : ainsi, les troubles musculo-squelettiques sont plus fréquents chez les agriculteurs, artisans et ouvriers, alors que la part des troubles visuels est plus importante pour les cadres et les professions libérales et intermédiaires, celle des problèmes cardiaques et respiratoires, pour les artisans et commerçants, et celle des dépressions, pour les employés. En outre, l'attribution au travail d'une pathologie varie selon les catégories professionnelles : les troubles musculo-squelettiques sont plus volontiers reliés au travail pour les agriculteurs, artisans ou commerçants et ouvriers, et les dépressions ou autres problèmes psychologiques, pour les cadres.

La moitié des personnes qui déclarent un problème de santé estiment que celui-ci limite la quantité ou la nature, du travail qu'elles peuvent réaliser ou leurs possibilités de déplacement du domicile au travail, l'impact sur la capacité de travail étant plus élevé pour les accidents de la route, qu'ils soient ou non liés au travail, et les accidents du travail.

- Des accidents du travail plus fréquents dans les secteurs de l'agriculture et du bâtiment

Le nombre global d'accidents du travail (déclarés et reconnus) avec arrêt a fortement décru durant les trente dernières années. Il a diminué d'un tiers entre 1970 et 2000. Toutefois, la tendance à la baisse n'est pas continue et une hausse du nombre d'accidents s'est produite de 1988 à 1991, suivie ultérieurement d'une diminution. Pour le régime général, les années 1996 et 1997 ont enregistré les niveaux d'accidents les moins élevés jamais recensés en ce domaine. Mais, parallèlement à la reprise de l'activité économique, on observe entre 1997 et 2002 une nouvelle augmentation du nombre d'accidents du travail avec arrêt alors qu'il s'est élevé en 2002, à 759 980<sup>75</sup> (hors accidents de trajets).

---

73. Plan d'action pour la surveillance de l'exposition des patients aux rayonnements ionisants (PASEPRI).

74. WALTISPERGER Dominique : « Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq », Dares, *Premières synthèses*, n° 19.1, mai 2004.

75. « Statistiques nationales des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles - Année 2002 », 2004, Cnamts.



La diminution des accidents graves et des accidents mortels entre 1970 et 1999 est encore plus marquée, leurs nombres ayant été respectivement divisés par 2,4 et 3 pendant cette période<sup>76</sup>. En 2002, on dénombrait, pour les seuls salariés du régime général d'assurance maladie, 47 009 accidents du travail<sup>77</sup> ayant causé une incapacité permanente et 686 décès<sup>78</sup> (contre respectivement 101 821 et 1 423 en 1980, 67 233 et 1 213 en 1990). En termes de fréquence (pour 1 000 équivalents temps plein), on observe, en 2002, une légère augmentation par rapport à 2001 des accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente ou un décès. La tendance à la baisse observée sur longue période est en partie due aux évolutions structurelles de la population salariée, de moins en moins nombreuse dans les industries lourdes, plus nombreuse dans les commerces et les services. En outre, la fréquence des accidents ne diminue pas au même rythme dans tous les secteurs et, surtout, elle reste très différente d'un secteur à l'autre (tableau 2.3).

**Tableau 2.3 – Accidents du travail\* : incapacité permanente ou décès selon la branche professionnelle**

2002

Branche professionnelle	Incapacité permanente	Décès	Effectifs salariés	Fréquence**	
<b>Ensemble des groupements d'activité du régime général</b>	<b>47 009</b>	<b>686</b>	<b>17 673 670</b>	<b>2,7</b>	<b>(3.9)</b>
dont : <i>Métallurgie</i>	6 573	74	2 092 585	3,2	(4.2)
<i>Bâtiment et travaux publics (1)</i>	9 854	157	1 272 392	7,9	(12.3)
<i>Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication (2)</i>	6 090	181	2 074 305	3,0	
<i>Services, commerces, industries de l'alimentation</i>	5 931	47	2 216 434	2,7	(4.1)
<i>Chimie, caoutchouc, plasturgie</i>	1 318	14	513 177	2,6	
<i>Bois, ameublement, papier-carton, textiles, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu</i>	3 150	29	708 319	4,5	
<i>Commerces non alimentaires</i>	4 033	67	2 248 916	1,8	(2.5)
<i>Activités de services I (banques, assurances, administrations...)</i>	2 832	43	3 688 826	0,8	
<i>Activités de services II et travail temporaire (santé...)</i>	7 228	74	2 858 716	2,6	
<b>Agriculture (3) (4)</b>	<b>5 889</b>	<b>60</b>	<b>(5) 602 841</b>	<b>9,9</b>	<b>(11.0)</b>

\* Proprement dits (non compris accidents de trajet).

\*\* Nombre d'accidents ayant entraîné une incapacité permanente ou un décès pour 1 000 équivalents temps-plein. Entre parenthèses, le chiffre pour 1994 pour les branches dont le contenu n'a pas été modifié en 2000.

(1) Hors sièges sociaux et bureaux.

(2) Hors agents statutaires et y compris agents temporaires hors étudiants.

(3) Non compris les départements d'Alsace-Moselle qui bénéficient d'un régime particulier.

(4) Année 1999.

(5) Équivalent temps plein.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Cnamts pour les groupements d'activité du Régime général et MSA pour l'agriculture.

Les secteurs les plus touchés par les accidents graves sont l'agriculture et le bâtiment. L'enquête *Conditions de travail*, menée en 1998 par la Dares, montre que le risque global d'accidents du travail déclarés par les enquêtés (toutes gravités confondues) est plus élevé pour les hommes et les jeunes salariés, alors qu'il diminue avec l'âge. Par ailleurs, les ouvriers et les salariés sous contrats « précaires » (apprentis, intérimaires) déclarent plus d'ac-

76. « Statistiques technologiques des accidents du travail et des maladies professionnelles – Remarques - Année 2001 », 2003, Cnamts.

77. Hors accidents de trajets.

78. « Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles – Année 2002 », 2004, Cnamts.

cidents que la moyenne<sup>79</sup>. De même, la CNAMTS observe un surcroît d'accidents du travail avec arrêt chez les moins de 30 ans. En revanche, la fréquence des accidents avec incapacité permanente apparaît plus élevée chez les 50-59 ans<sup>80</sup> (tableau 2.4).

**Tableau 2.4 – Accidents du travail\* : incapacité permanente selon l'âge  
Tous groupements d'activité du régime général**

2002

Âges	Accidents avec incapacité permanente		Population active
	Nombre	%	%
Moins de 20 ans	955	2,0	1,2
20 - 24 ans	2 996	6,4	7,5
25 - 29 ans	4 331	9,2	12,1
30 - 34 ans	5 670	12,1	13,9
35 - 39 ans	6 546	13,9	14,3
40 - 49 ans	13 817	29,4	28,0
50 - 59 ans	11 904	25,3	20,9
60 - 64 ans	626	1,3	1,6
65 ans et plus	164	0,3	0,5
<b>Total</b>	<b>47 009</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* Proprement dits (non compris accidents de trajet).

Champ : France métropolitaine.

Sources : CNAMTS et Insee.

Les accidents du travail dus à des véhicules (à l'exclusion des chariots de manutention et des engins de terrassement) surviennent soit sur le lieu de travail soit au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur. Ils sont en moyenne plus graves que les accidents du travail survenus au lieu habituel du travail. En 2002, ils représentaient 3,2 % des accidents du travail avec arrêt (24 384), 6,3 % des accidents avec incapacité permanente (2 957) mais 37 % des décès (254). De plus, en 2002, les accidents de trajet ont entraîné, pour les salariés du régime général, 615 décès et 9 776 incapacités permanentes

- Des maladies professionnelles mieux reconnues : les plus fréquentes sont les affections péri-articulaires et celles dues à l'amiante

Le nombre de maladies professionnelles reconnues, et indemnisées à ce titre, augmente régulièrement (31 461 en 2002 contre 3 834 en 1980<sup>81</sup>). Cette croissance tient principalement aux évolutions des critères de reconnaissance dont l'application reste toutefois hétérogène. Le rapport au gouvernement de la Commission Déniel avait ainsi souligné en 1997 de fortes disparités régionales dans le nombre de maladies professionnelles reconnues.

Néanmoins, le suivi des déclarations sur plus de vingt ans met en évidence une évolution importante de la répartition des pathologies. Ainsi, pour les affections respiratoires, on observe une baisse du nombre de pneumoconioses consécutives à l'inhalation de silice (293 en 2002 contre 548 en 1980), mais une hausse des affections provoquées par les pous-

79. HAMON-CHOLET Sylvie : « Accidents et accidentés du travail : un nouvel outil statistique, l'enquête Conditions de travail de 1998 », Dares, *Travail et Emploi*, n° 88, octobre 2001.

80. « Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles – Année 2002 », 2004, Cnamts.

81. *Ibidem*.

sières d'amiante (cancers inclus : 4 494 en 2002 contre 149 en 1980). Le nombre de pathologies péri-articulaires<sup>82</sup> « provoquées par certains gestes et postures de travail » s'accroît très fortement (21 126 en 2002 contre 287 en 1980), comme dans tous les pays où les données sont disponibles. Ces deux groupes de pathologies représentent dorénavant les deux premières causes de reconnaissance de maladies professionnelles. Pour les salariés du régime général d'assurance maladie, elles constituent ainsi en 2002, plus des deux tiers de l'ensemble des cas constatés pour les affections péri-articulaires et 14 % pour celles provoquées par les poussières d'amiante. Le troisième groupe concerne les affections chroniques du rachis lombaire dues à des vibrations ou à la manutention de charges lourdes, qui ont été introduites au tableau des maladies reconnues en 1999 et dont la part atteint 8,5 % en 2002.

Toutefois, le système de reconnaissance et d'indemnisation des maladies d'origine professionnelle peut conduire à une sous-estimation de certaines pathologies dues à l'environnement de travail. C'est le cas de certains cancers, dans la mesure où certains facteurs cancérigènes connus ne sont toujours pas inscrits sur les tableaux de reconnaissance des maladies professionnelles et, d'autre part, parce que ces maladies, survenant le plus souvent à distance de l'exposition, lui sont difficilement reliées. Une étude réalisée par l'InVS<sup>83</sup> montre ainsi, par exemple, que, selon les hypothèses retenues, pour les hommes, le nombre de nouveaux cas de cancers du poumon dus à une exposition professionnelle varierait entre 2 400 et 5 400 par an, la majorité d'entre eux (1 900 à 3 700) étant attribuables à l'exposition à l'amiante. Or, en 1999, seulement 458 cancers du poumon ont été reconnus comme maladie professionnelle.

Le taux de cancers réparés en maladie professionnelle est également très inférieur à l'incidence pour mésothéliome de la plèvre, dont le seul facteur de risque reconnu est l'amiante. Toutefois, l'InVS a montré que c'est la déclaration à l'assurance maladie, plus souvent que la reconnaissance au tableau des maladies professionnelles par celle-ci, qui expliquerait ce déficit<sup>84</sup>.

En plus des facteurs personnels, l'évolution des entreprises, les modes d'organisation du travail et de gestion de la main-d'œuvre interviennent également, rendant complexe l'approche de ces problèmes de santé dont l'impact est pourtant considérable : selon l'enquête *Estev*<sup>85</sup> portant sur plus de 20 000 salariés<sup>86</sup>, certains problèmes de santé pour un salarié en activité, comme la présence d'une douleur au membre supérieur, sont des facteurs prédictifs de cessation d'activité ou de chômage dans les cinq années qui suivent, avec des conséquences potentielles sur les itinéraires professionnels et la situation sociale des personnes concernées, qui mériteraient d'être mieux connues dans l'avenir.

---

82. Tendinites de l'épaule, du coude, du poignet, du genou ou de la cheville, syndromes canaux du genou et des membres supérieurs, dont le syndrome du canal carpien...

83. IMBERNON Ellen : « Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France », InVS, avril 2003.

84. CHAMMING'S Soizick et alii, « Impact du PNSM sur la prise en charge médico-sociale des mésothéliomes pleuraux, 1999-2001 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 40, octobre 2003.

85. « Âge, travail, santé », Questions en santé publique, 1996, Inserm.

86. Enquête réalisée en 1990 puis en 1995 sur un échantillon aléatoire de salariés des deux sexes nés en 1938, 1943, 1948, 1953.

- Une cartographie des risques professionnels à travers l'enquête SUMER

Selon les résultats de l'enquête *Sumer*<sup>87</sup> qui a permis de dresser une cartographie des expositions professionnelles à des contraintes ou nuisances identifiées par la médecine du travail en 1994, les principales causes d'exposition étaient à cette date :

- les contraintes physiques (station debout plus de 20 heures par semaine, gestes répétitifs à cadence élevée, manutention de charges, nuisances sonores et thermiques, travail sur écran) : trois quarts des ouvriers étaient exposés à trois contraintes physiques ou plus, contre un peu plus du quart pour les autres catégories professionnelles ;

- les agents biologiques : un peu plus d'1,2 million de salariés y étaient exposés ;

- les agents chimiques : un tiers de la population salariée y était exposée, soit 4 millions de salariés (plus de la moitié des ouvriers y était exposée) ;

- les contraintes organisationnelles : rythme de travail et horaires. Sur ce dernier point, près de la moitié des salariés était soumise à des conditions telles que : travail posté en équipe alternante, travail tout ou partie de la nuit, équipe de suppléance de fin de semaine, horaires irréguliers ou imprévisibles imposés par l'employeur, durée quotidienne du travail supérieure à 8 heures.

La part des salariés exposés aux contraintes physiques est élevée particulièrement chez les ouvriers. Les contraintes articulaires au travail concernent 28 % des salariés et 49 % des ouvriers. Par ailleurs, 13 % de l'ensemble des salariés subissent un bruit supérieur à 85 décibels et, pour près de 6 %, plus de vingt heures par semaine. Ces proportions s'élèvent à 28 et 13 % pour les ouvriers. La part des salariés disposant d'une protection auditive lorsqu'ils sont soumis à de tels niveaux sonores est d'à peine six sur dix (sept sur dix quand l'exposition dure plus de 20 heures par semaine)<sup>88</sup>.

Selon les auteurs de l'enquête, 9 % des salariés, 18 % des ouvriers, étaient exposés pendant leur travail à des produits estimés cancérigènes pour l'homme<sup>89</sup> en 1994, avec des durées et des intensités d'exposition variables. Cinq produits cancérigènes étaient responsables de 90 % des expositions : les huiles minérales (51 % des expositions), les poussières de bois, l'amiante, les goudrons et les brais de houille. Une protection collective existe pour un peu plus du quart des expositions aux produits cancérigènes et une protection individuelle dans 42 % des cas.

87. « Expositions professionnelles : Sumer 94, l'état des lieux », Santé et Travail, 1997, La Mutualité française et « Expositions aux contraintes et nuisances dans le travail : Sumer 94 », Les dossiers de la DARES, n° 5-6, juillet 1999, Dares.

88. La nouvelle enquête *Sumer*, réalisée en 2003 mais dont les résultats ne sont pas encore disponibles, devrait permettre d'étudier les évolutions.

89. La liste des substances cancérigènes retenues alors comprenait le groupe 1 de la liste du Centre international de recherche contre le cancer (CIRC) ainsi que les hydrocarbures aromatiques polycycliques, soit vingt-cinq substances.

---

## II.2 Santé, modes de vie et comportements individuels et sociaux

---

### II.2.1 Les comportements alimentaires : de nouveaux enjeux pour la santé à tous les âges de la vie

---

- Surcharge pondérale et obésité sont en augmentation rapide

L'obésité<sup>90</sup> expose les adultes à l'hypertension artérielle, au diabète de type II et à ses complications, ainsi qu'aux maladies cardiovasculaires. L'impact psychosocial de l'obésité doit également être pris en considération : selon l'expertise collective de l'Inserm publiée en 2000 en partenariat avec la Cnamts<sup>91</sup>, des travaux sociologiques ont mis en évidence l'existence d'attitudes négatives à l'égard des obèses, notamment une stigmatisation qui peut aboutir à des discriminations tant dans l'accès à l'enseignement supérieur, l'emploi ou la promotion professionnelle que dans la vie privée. Chez l'enfant, si les conséquences médicales d'un simple surpoids sont controversées, l'obésité sévère est associée à des troubles orthopédiques, métaboliques et endocriniens. La probabilité de persistance de l'obésité à l'âge adulte augmente avec la précocité de sa survenue, sa sévérité et les antécédents familiaux. Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité de l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée (de 50 à 80 % selon les études), en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Selon l'expertise collective effectuée par l'Inserm, la prévalence de l'obésité augmente dans la plupart des pays, y compris la France. L'obésité et le surpoids sont devenus un problème de santé pour une fraction non négligeable de la population, bien que la tendance semble moins marquée dans notre pays qu'aux États-Unis, en Angleterre et en Allemagne<sup>92</sup>. Différentes investigations ont permis une meilleure évaluation de ce qui apparaît dorénavant comme une épidémie en développement rapide.

L'analyse des données enregistrées par les médecins militaires auprès des jeunes Français en âge de faire leur service militaire (plus de 4 millions d'individus) a d'abord montré que l'état pondéral de ces jeunes a évolué défavorablement entre 1987 et 1996. Pendant cette période, les prévalences d'obésité ont augmenté dans presque toutes les régions, à l'exception de la Bretagne<sup>93</sup>.

Au début des années 1990, la prévalence de l'obésité des adultes français se situait aux alentours de 6 % contre 10,3 % en 2002<sup>94</sup>. Les études menées par la Sofres, l'Institut Roche et l'Inserm auprès de la population des 15 ans et plus (enquêtes *ObÉpi*) confirment cette augmentation rapide, de 8,2 % en 1997 à 11,3 % en 2003<sup>95</sup>. À ce rythme, la situation française pourrait dès 2020 rejoindre la situation américaine actuelle.

---

90. Définie par une valeur de l'indice de masse corporelle (rapport du poids, en kg, par le carré de la taille exprimée en mètre) supérieure ou égale à 30 kg/m<sup>2</sup>.

91. « Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant », Expertise collective, juin 2000, Inserm, Paris.

92. « Santé et nutrition humaine : éléments pour une action européenne », Rapport de la Société française de santé publique, octobre 2000.

93. SALEM Gérard et al. : « Géographie d'une crise française », *La Recherche*, n° 330, avril 2000.

94. Données de l'enquête décennale de santé 1991-1992, Insee et de l'enquête *SPS 2002*, Credes.

95. Enquête *ObÉpi 2003*.

## Objectif n° 5 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004

**R**éduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) chez les adultes : passer de 42 % en 2003 à 33 % en 2008 (objectif PNNS).

Indicateur retenu : prévalence de l'excès pondéral en population adulte.

	1991/1992	2000	2002	2003
Excès pondéral	32,4	38,9	39,8	41,6
dont surpoids	25,9	29,1	29,5	30,3
dont obésité	6,5	9,7	10,3	11,3

L'obésité de l'adulte est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup> ;

le surpoids proprement dit correspond à des valeurs élevées de l'IMC, qui n'atteignent pourtant pas les critères de l'obésité (IMC compris entre 25 et 30) ; l'ensemble constitue l'excès pondéral (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>).

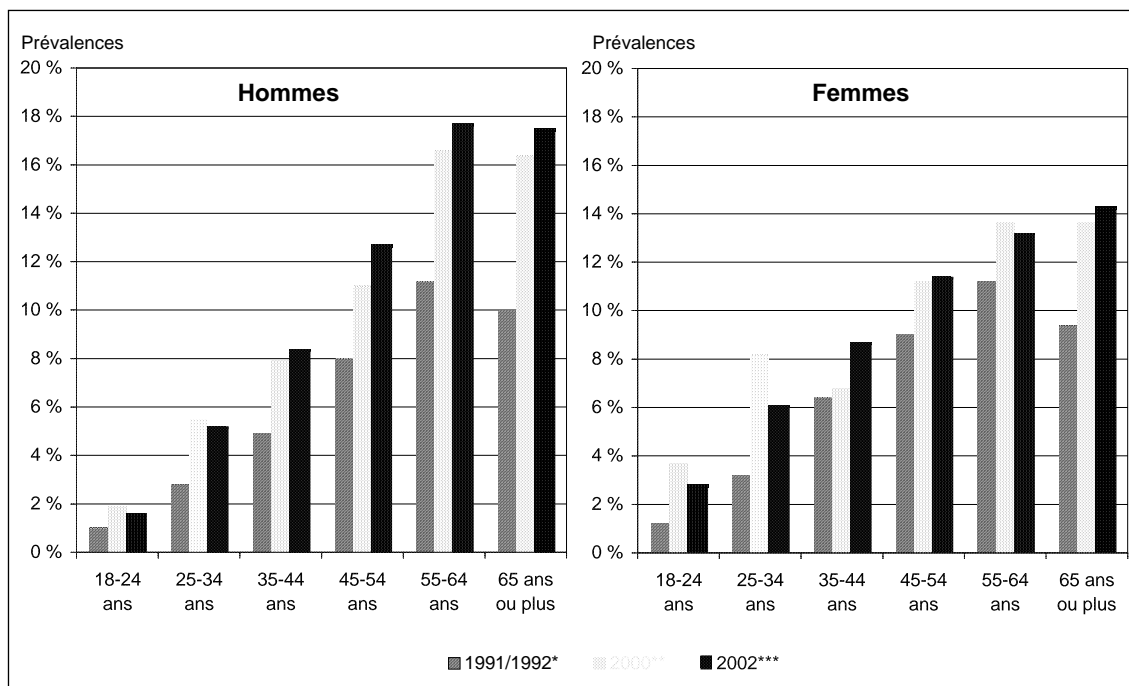
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 ans ou plus (15 ans ou plus pour ObEpi).

Sources : Insee : enquête nationale santé 91/92, CreDES : enquêtes SPS 2000 et 2002,

Inserm-Institut Roche de l'obésité : enquête ObEpi 2003.

Cette évolution concerne aussi bien les hommes que les femmes adultes : ainsi, en 2002, en France, l'obésité touche 10,7 % des hommes et 9,9 des femmes<sup>96</sup>. Cette proportion est en augmentation pour les deux sexes. Il y a dix ans, la prévalence de l'obésité était de 6,1 % pour les hommes et de 6,8 % pour les femmes<sup>97</sup>. L'augmentation est sensible dans toutes les classes d'âge avec une évolution qui semble particulièrement marquée chez les plus âgés (graphique 2.1).

### Graphique 2.1 – Évolution de l'obésité entre 1991 et 2002



Note : l'obésité est définie par un indice de masse corporelle [poids en kg/(taille en mètre)<sup>2</sup>] supérieur ou égal à 30.

Champ : France métropolitaine.

Sources : \* enquête santé 1991-1992, \*\* enquête SPS 2000, \*\*\* enquête SPS 2002.

96. Enquête Santé, protection sociale (SPS) 2000, CreDES. L'indice de masse corporelle est calculé à partir des valeurs de poids et de taille déclarées par les personnes enquêtées.

97. Enquête Santé 1991-1992, Insee. Même remarque : le poids et la taille sont déclarés par les personnes enquêtées.

La dernière étude ObÉpi (2003) atteste l'importance des disparités socioculturelles (selon le niveau d'études notamment) et régionales, la prévalence de l'obésité étant particulièrement élevée dans les ZEAT<sup>98</sup> Nord et Bassin parisien<sup>99</sup>. C'est dans l'Ouest qu'elle est la plus faible en 2003, l'aggravation étant particulièrement marquée en région parisienne qui avait pourtant la prévalence la plus faible en 1997.

### **Dès 6 ans, près d'un enfant sur huit est en surcharge pondérale**

Les enquêtes réalisées en milieu scolaire montrent que 16 % des adolescents de troisième et même un enfant sur cinq en CM2 ont un excès pondéral. L'obésité à proprement parler<sup>100</sup> est moins fréquente que chez les adultes, et concerne 3 % des adolescents et 4 % des élèves de CM2<sup>101</sup>.

À six ans l'excès pondéral est un peu moins fréquent. L'enquête réalisée en 1999-2000 auprès des enfants de 5-6 ans montre que 14 % des enfants examinés présentent une surcharge pondérale : 4 % sont obèses et 10 % en surpoids<sup>102</sup>. À cet âge, les filles apparaissent plus sujettes aux surcharges pondérales que les garçons : elles comptent 4,4 % d'obèses, contre 3,3 % chez les garçons, et 11,5 % d'entre elles sont en surpoids, contre 8,8 % pour les garçons. Les chiffres relevés en 1999-2000 sont plus élevés que ceux relevés au même âge pour les élèves scolarisés en grande section de maternelle huit ans plus tôt<sup>103</sup>. Toutefois, une nouvelle enquête réalisée en 2002-2003 montre un léger infléchissement de cette tendance, la prévalence de la surcharge pondérale à six ans étant égale à 13 % en 2002/2003.

#### **Objectif n° 12 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**Obésité** : interrompre la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif PNNS).

**Indicateur retenu** : excès pondéral des enfants.

	<b>Excès pondéral</b>	<b>Surpoids</b>	<b>Obésité</b>
5-6 ans (1999-2000)	14,4 %	10,5 %	3,9 %
5-6 ans (2002-2003)	12,9 %	9,5 %	3,4 %
Élèves de CM2 (2001-2002)	19,9 %	15,8 %	4,1 %
Élèves de troisième (2000-2001)	15,7 %	12,4 %	3,3 %

Champ : France entière, normes IOTF.

Sources : Drees-Desco-DGS-InVS, enquêtes en milieu scolaire.

Dans toutes ces enquêtes, les proportions d'enfants en surcharge pondérale ou obèses sont plus élevées chez les enfants scolarisés en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) que chez les autres. Ces données reflèteraient notamment des différences de modes de vie selon le milieu social : habitudes alimentaires, manque d'activité physique, temps excessif passé devant la télévision.

98. Zone d'étude et d'aménagement du territoire. Les 9 ZEAT sont des regroupements de régions administratives.

99. Il s'agit de résultats globaux, non standardisés sur la structure socio-démographique de la population (âge, sexe, profession...) susceptibles d'expliquer au moins en partie les différences régionales observées.

100. Selon les normes internationales pour les enfants (IOTF).

101. LABEYRIE Céline, NIEL Xavier, : « La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 313, juin 2004.

- DE PERETTI Christine, « Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième », Drees, *Études et Résultats*, n° 283, janvier 2004.

102. GUIGNON Nathalie, BADEYAN Gérard : « La santé des enfants de six ans à travers les bilans de santé scolaire », Drees, *Études et Résultats*, n° 155, janvier 2002.

103. Données recueillies lors de l'enquête troisième de 2000-2001.

Même si une proportion notable d'enfants en surpoids ne le restera pas une fois adulte, l'obésité infantile est un facteur prédictif de l'obésité adulte. Il importe de la repérer tôt, tant en raison de ses conséquences sur le développement et la qualité de vie de l'enfant, qu'en tant que facteur de risque d'obésité ultérieure.

- Insuffisance des apports alimentaires en fruits et légumes

L'augmentation de l'obésité est très probablement en rapport avec les changements de mode de vie : diminution de l'activité physique et évolution des habitudes alimentaires, mais des facteurs nutritionnels susceptibles de jouer un rôle dès la première enfance sont également suspectés. Toutefois, l'impact sur la santé d'une alimentation variée et équilibrée et d'une activité physique suffisante ne se manifeste pas seulement en termes de corpulence. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment rappelé qu'un apport suffisant en fruits et légumes, de même qu'une activité physique régulière, constituent des déterminants importants de la santé, susceptibles de contribuer à prévenir non seulement le surpoids et l'obésité, mais aussi les maladies cardiovasculaires et de nombreux cancers, digestifs ou autres<sup>104</sup>.

À cet égard, les récents résultats de l'étude *Suvimax* apparaissent potentiellement intéressants. Cette étude a démontré les conséquences d'un apport régulier de vitamines et d'antioxydants à des doses correspondant aux apports nutritionnels fournis par une alimentation riche en fruits et légumes. En huit ans, le nombre de cancers dans la population dont l'alimentation a été complétée a été réduit de 31 % chez les hommes et celui des décès de 37 %. L'absence d'effet sensible chez les femmes est attribuée à des apports spontanés plus élevés. Celles-ci sont en effet plus nombreuses à manger des fruits et légumes frais tous les jours comme le montre l'étude *EPCV 2001* (62 % contre 53 %). Il existe en outre un effet âge (ou générationnel) puisque le maximum de fréquence de consommation quotidienne de fruits et légumes frais s'observe après 70 ans et le minimum pour les adolescents et les jeunes adultes. Outre les retraités, c'est chez les agriculteurs que la consommation quotidienne de fruits et légumes est la plus fréquente et chez les étudiants, les chômeurs et les ouvriers qu'elle est la plus rare.

Le Baromètre santé nutrition 2002<sup>105</sup> permet de préciser les habitudes nutritionnelles ainsi que l'activité physique ordinaire des Français un an après le lancement du Plan national nutrition santé (PNNS). La veille de l'enquête, à peine plus de la moitié des personnes interrogées avait consommé au moins une fois un fruit (55,5 %), et 85 % des légumes. Seulement une sur dix a déclaré avoir consommé au moins cinq fois des fruits ou légumes, conformément au repère de consommation promu par le PNNS. Cette fréquence était un peu plus élevée pour les femmes que pour les hommes (13 % contre 8 %). Concernant les apports en calcium, la quasi-totalité des personnes (93 %) avait consommé des produits laitiers (hors beurre) la veille de l'enquête, mais 38 % seulement, au moins à trois reprises.

Des insuffisances d'apport sont également notées pour les micronutriments. C'est notamment le cas l'iode. En effet, la France fait partie des pays européens pour lesquels il existe un déficit modéré d'apports en iode, avec un gradient de sévérité croissant du Nord-Ouest au Sud-Est : les apports sont minimaux en Alsace, Lorraine, Franche-comté, Massif

104. « Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine », OMS, 2002.

105. GUILBERT P., DELAMAIRE C., ODDOUX K. et alii : « Baromètre santé nutrition 2002 : premiers résultats », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 18-19, avril 2003.



Central et Pyrénées. Si l'expression extrême de la carence en iode – le crétinisme – a disparu en France, les carences légères ou modérées peuvent également avoir un impact sur le développement intellectuel et cognitif des enfants, sur la fertilité et la périnatalité ainsi que sur la morphologie de la thyroïde (goitres, nodules) et son fonctionnement hormonal (dysfonctionnement thyroïdien : hyper ou hypothyroïdie). Il semble également que la carence en fer soit relativement fréquente. Une de ses conséquences est l'anémie par carence martiale dont les effets sur la santé sont délétères (résistance aux infections diminuée, moindre capacité physique à l'effort...) Les besoins en fer de l'organisme sont plus élevés chez les enfants en période de croissance rapide, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les sujets migrants et populations en situation de précarité, les végétariens... Dans l'étude française *Suvimax*, près de 23 % des femmes âgées de 35 à 50 ans ont une déplétion totale des réserves en fer et 4,4 % une déficience suffisamment intense pour entraîner une anémie ferriprive<sup>106</sup>. L'enquête nationale INCA2-ENNS devrait prochainement préciser ces questions.

Enfin, l'activité physique pourrait s'avérer insuffisante pour environ un tiers des personnes interrogées, alors que près des deux tiers ont déclaré au moins 30 minutes de marche ou d'activité sportive la veille de l'enquête, les hommes plus souvent que les femmes (70 % contre 61 %).

## II.2.2 Les conduites addictives : l'alcoolisme et le tabagisme, déterminants majeurs de la santé

---

La plus grande part de la mortalité prématurée et une part considérable de la morbidité sont en lien direct ou indirect avec des comportements dits « à risque », dont les principaux sont le tabagisme et l'alcoolisme. Les actions de prévention dans ces domaines peuvent modifier ces comportements mais méritent encore d'être développées.

- Plus de 35 000 décès par an encore attribués à la consommation d'alcool

Le taux de mortalité directement lié à l'imprégnation éthylique chronique a diminué d'environ 40 % en vingt ans. Toutefois, en 2000, on recensait encore 21 998 décès directement liés à la consommation chronique excessive d'alcool (environ 13 % par psychose alcoolique et alcoolisme, 38 % par cirrhose alcoolique et près de la moitié par cancer des voies aéro-digestives supérieures)<sup>107</sup>. Huit décès sur dix concernent des hommes et, dans plus d'un cas sur deux, des personnes de moins de 65 ans. Les hommes veufs ou divorcés ont un risque plus élevé que les hommes mariés. Les ouvriers et les employés sont en outre dix fois plus touchés par ce type de décès que les cadres supérieurs et les professions libérales. Plus largement, chaque année, en France, le nombre de décès attribués à la consommation d'alcool se situe entre 35 000 et 45 000<sup>108</sup>, soit près de 10 % de l'ensemble des décès.

---

106. HERCBERG Serge, Contribution au « Rapport du groupe technique national de définition des objectifs de santé publique 2003-2008 », DGS, février 2003.

107. Source Inserm-CépiDc, statistiques des causes médicales de décès, 2000. Voir aussi : MICHEL Éliane, JOUGLA Éric : « La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998 », Drees, *Études et Résultats*, n° 153, janvier 2002.

108. Après détermination de la fraction attribuable à l'alcool pour un certain nombre de causes (accidents de la circulation, suicides...).

## **Objectif n° 2 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**R**éduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance

Objectif préalable : Estimer la prévalence des usages à risque ou nocif (entre 2 et 3 millions de personnes selon les données disponibles aujourd'hui) et l'incidence du passage à la dépendance (inconnue)

Indicateurs retenus : Prévalence déclarée des consommations excessives ou à risque de dépendance au cours de la vie

Test DETA positif : 8,9 % en 2000

(Source Baromètre santé 2000, Champ : France métropolitaine, 18-75 ans)

Nombre (et proportion) de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec un taux d'alcoolémie positif

En 2003, l'ONISR a dénombré 6 844 conducteurs impliqués dans des accidents corporels (dont 945 accidents mortels) soit 5,3 %.

(alcoolémies non connues pour 20 % des accidents corporels et 42 % des accidents mortels)

(Source ONISR)

Prévalence déclarée des ivresses « régulières » chez les 17-18 ans

Au moins dix ivresses déclarées au cours des douze derniers mois :

17 ans : garçons 10,1 %, filles 2,5 %

18 ans : garçons 11,2 %, filles 3,4 %

(Source OFDT, Escapad 2002, Champ France métropolitaine)

Nombre de décès liés à l'imprégnation éthylique chronique (ou mortalité attribuable à une consommation chronique d'alcool)

2000 : 21 998 (psychose alcoolique, cirrhose alcoolique, cancers des voies aérodigestives supérieures)

(Source : Inserm – CépiDc, Champ : France métropolitaine).

- Un cinquième de l'activité du système de soins concerne des patients diagnostiqués comme présentant un risque d'alcoolisation excessive

Une enquête réalisée en 2000 auprès des patients des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé estime qu'environ un cinquième de l'activité du système de soins concerne des patients présentant un risque d'alcoolisation excessive<sup>109</sup>. En effet, 20 % des patients présents dans un établissement de santé un jour donné<sup>110</sup> et 18 % des patients vus par les médecins généralistes libéraux ont été repérés comme présentant un risque d'alcoolisation excessive et ce, quel que soit le motif de leur contact avec le système de soins (tableau 2.5). Les hommes, minoritaires parmi l'ensemble des patients ayant recours au système de soins aussi bien à l'hôpital qu'en ville, représentent pourtant les trois quarts des patients classés à risque d'alcoolisation excessive. Six patients diagnostiqués en situation d'alcoolisation excessive et sept patients dépendants sur dix sont âgés de 35 à 64 ans tandis que, globalement, seulement quatre patients sur dix appartiennent à cette tranche d'âge. Chez les hospitalisés un jour donné, l'alcoolisation excessive touche près de la moitié des hommes âgés de 35 à 54 ans et une femme sur cinq du même âge. Parmi les personnes qui consultent des généralistes libéraux, celle-ci concerne deux hommes âgés de 35 à 64 ans sur cinq.

En ville comme à l'hôpital, les proportions de patients classés à risque d'alcoolisation excessive sont nettement plus élevées chez les patients en situation d'emploi précaire ou de chômage, chez ceux qui ont des conditions de logement précaires ou qui sont sans abri ainsi que chez ceux qui perçoivent le Revenu minimum d'insertion (RMI) ou sont assujett-

109. MOUQUET Marie-Claude, VILLET Hervé et al. : « Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné », Drees, *Études et Résultats*, n° 192, septembre 2002.

110. La population étudiée est celle des personnes ayant recours un jour donné au système de soins. Il ne s'agit donc pas d'une étude représentative de la file active sur une période donnée, mois, semestre ou année. En termes d'étude de population, l'enquête un jour donné sur-représente les patients ayant une durée de séjour plus longue que la moyenne ou fréquentant plus souvent le médecin. On peut penser que les patients atteints de pathologies chroniques en rapport avec l'alcool se trouvent dans ce cas. En termes de résultats, elle donne donc une image de la prévalence des problèmes d'alcool parmi les usagers du système de soins un jour donné même si les pathologies pour lesquelles ils sont pris en charge ne sont pas directement associées à une consommation excessive d'alcool. On ne peut par contre en déduire une estimation de la prévalence des situations d'alcoolisation excessive dans la population générale dans la mesure où l'enquête ne permet pas de savoir en quoi les problèmes d'alcool repérés ont induit un usage différencié du système de soins.

**Tableau 2.5 – Caractéristiques démographiques des patients âgés de 16 ans ou plus ayant recours au système de soins en 2000**

	Hôpital Présents un jour donné			Médecins généralistes Patients vus une semaine donnée		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
<b>Nombre de patients</b>	<b>156 100</b>	<b>177 200</b>	<b>333 300</b>	<b>2 146 400</b>	<b>2 988 600</b>	<b>5 135 000</b>
Proportion de patients à risque d'alcoolisation excessive (1) (en %)	33,0	9,0	20,2	31,7	8,5	18,2
<i>dont proportion de patients dépendants à l'alcool (en %)</i>	<i>11,9</i>	<i>3,3</i>	<i>7,3</i>	<i>8,6</i>	<i>2,3</i>	<i>5,0</i>
<b>Répartition par sexe (en %)</b>						
<b>Ensemble des patients</b>	46,8	53,2	100,0	41,8	58,2	100,0
Patients à risque d'alcoolisation excessive (1)	76,3	23,7	100,0	72,8	27,2	100,0
<i>dont patients dépendants à l'alcool</i>	<i>76,3</i>	<i>23,7</i>	<i>100,0</i>	<i>72,7</i>	<i>27,3</i>	<i>100,0</i>
<b>Âge moyen (en années)</b>						
Ensemble des patients	58,0	61,7	60,0	52,7	52,8	52,8
Patients à risque d'alcoolisation excessive (1)	52,3	51,1	52,0	51,2	50,2	51,0
<i>dont patients dépendants à l'alcool</i>	<i>50,1</i>	<i>49,6</i>	<i>50,0</i>	<i>53,6</i>	<i>52,3</i>	<i>53,2</i>
<b>Proportion de patients âgés de 35 à 64 ans (en %)</b>						
Ensemble des patients	43,9	31,8	37,4	47,6	43,6	45,3
Patients à risque d'alcoolisation excessive (1)	60,4	60,9	60,5	57,3	61,8	58,5
<i>dont patients dépendants à l'alcool</i>	<i>73,5</i>	<i>70,1</i>	<i>72,7</i>	<i>65,2</i>	<i>74,3</i>	<i>67,7</i>

(1) Inclut les patients dépendants à l'alcool.

Champ : France métropolitaine.

Source : Drees, Drass, Fnors et ORS, Enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins.

tis à la Couverture maladie universelle (CMU). Même si ces situations de précarité, qui peuvent d'ailleurs se cumuler, sont plus fréquemment associées à un risque d'alcoolisation excessive, l'enquête ne permet pas de déterminer si ce risque en est une cause ou une conséquence. Le risque d'alcoolisation excessive varie également en fonction de la situation familiale : près d'un quart des patients hospitalisés un jour donné déclarant vivre seuls sans enfant sont diagnostiqués comme présentant un risque. Certains antécédents médicaux peuvent aussi être révélateurs d'un risque accru d'alcoolisation excessive. La proportion de patients à risque est ainsi très élevée chez ceux qui ont déclaré au moins un arrêt de travail dans les douze mois précédents : 35 % à l'hôpital et 29 % en médecine de ville. De même, chez les médecins généralistes, plus du tiers des patients déclarant avoir eu un accident à l'origine d'une hospitalisation d'au moins 24 heures dans l'année écoulée sont diagnostiqués en alcoolisation excessive. Enfin, les patients en invalidité ou en longue maladie comme ceux bénéficiant de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) sont également diagnostiqués avec des risques d'alcoolisation supérieurs à la moyenne.

Les proportions observées de patients à risque d'alcoolisation excessive, avec ou sans dépendance, varient d'une région à l'autre. En métropole, à l'hôpital, le risque le plus élevé apparaît en Bretagne, dans le Centre et dans le Nord – Pas-de-Calais, avec environ un présent un jour donné sur quatre classé en alcoolisation excessive. Le risque le plus faible est enregistré en Aquitaine avec moins d'un patient sur six. En médecine de ville, les régions les plus touchées sont la Bretagne et le Nord – Pas-de-Calais avec plus d'un patient sur cinq classé à risque. La plus épargnée est la Corse avec moins d'un patient sur sept. Dans les départements d'outre-mer, la situation apparaît surtout préoccupante à la Réunion où, aussi bien en médecine de ville qu'à l'hôpital, les patients sont plus souvent classés à risque qu'en métropole. Ces disparités régionales tiennent pour partie à des structures de population différentes entre les régions : des différences de répartitions par sexe et âge, mais aussi des écarts

concernant les taux de chômage, ou les bénéficiaires de minima sociaux. Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » prenant en compte les caractéristiques socio démographiques des patients montre qu'à types de « patients identiques », c'est en Bretagne que le risque d'alcoolisation excessive est le plus élevé tant en ville qu'à l'hôpital et que le risque est le plus faible en Aquitaine pour les hospitalisés, et en Corse pour les consultants en médecine de ville.

- Les consommations d'alcool restent plus fréquentes chez les hommes

La consommation d'alcool s'appréhende le plus souvent à l'aide du nombre de litres d'alcool pur consommés par personne dans une année. Malgré une légère hausse en 2001 et 2002, les Français de métropole ont diminué leur consommation annuelle moyenne de près de 2 litres entre 1990 et 2003 (11,4 l/habitant en 2003, contre 13,2 en 1990)<sup>111</sup>.

#### **Objectif n° 1 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % : passer de 10,7 l/an/habitant en 1999 à 8,5 l/an/habitant d'ici à 2008.

Année	en g/an/habitant
1990	13,2
1995	12,6
2000	11,6
2001	11,8
2003	11,4

Champ France métropolitaine.

Source : Insee.

À l'adolescence, la consommation d'alcool augmente sensiblement avec l'âge. Selon l'enquête *Espad* réalisée en 2003<sup>112</sup>, 91 % des garçons et 88 % des filles de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool (respectivement 70 et 63 % à l'âge de 12 ans). Les boissons les plus appréciées (consommées au moins une fois dans les 30 derniers jours) sont le cidre et le champagne entre 12 et 15 ans, puis la bière et les « alcools forts » entre 16 et 18 ans. Ainsi, à 18 ans, 56 % des jeunes interrogés ont consommé au moins une fois un « alcool fort » au cours des 30 derniers jours, et 47 % de la bière.

Rares avant 14 ans, les consommations « régulières » d'alcool (au moins dix fois dans les 30 derniers jours) augmentent ensuite avec l'âge, passant de 4 à 22 % chez les garçons de 14 à 18 ans et de 1 à 7 % chez les filles aux mêmes âges.

Toujours selon les enquêtes *Espad*, pour les 12-18 ans, la consommation au cours de la vie comme la consommation régulière d'alcool sont restées relativement stables entre 1999 et 2003 chez les garçons comme chez les filles.

Les ivresses sont aussi plus souvent masculines : 51 % des garçons de 16-17 ans déclarent avoir été ivres au moins une fois au cours de leur vie, contre 47 % chez les filles du même âge. L'ivresse régulière (au moins 10 ivresses au cours de l'année), plus

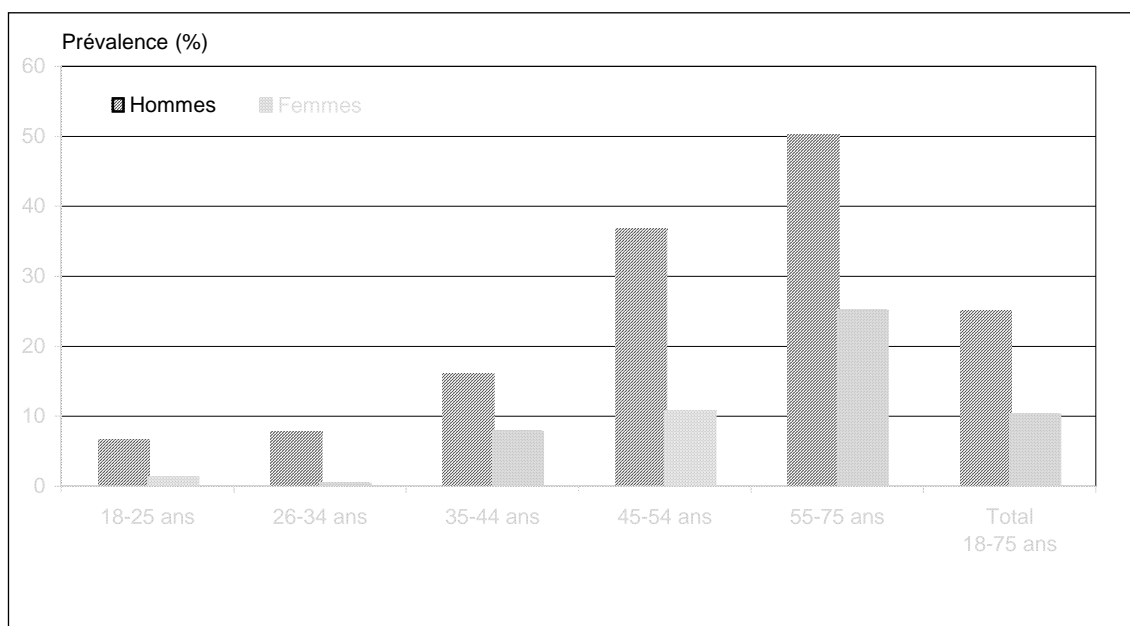
111. Source : Insee. D'après le « *World Drink Trends* », Edition 2004 qui suit d'autres modes de calculs, la consommation d'alcool en France en 2002 était de 10,3 litres/hab., ce qui la plaçait au quatrième rang de l'Union européenne (15), derrière le Luxembourg, l'Irlande et l'Allemagne.

112. CHOQUET Marie, BECK François, HASSLER Christine, SPILKA Stanislas, MORIN Delphine et LEGLEYE Stéphane, « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis 10 ans », Inserm-OFDT, *Tendances* n° 35, mars 2004.

rare, reste également plus fréquemment masculine : 5 % des garçons de 16-17 ans contre 1 % des filles de cet âge. À 18 ans, selon l'enquête *Escapad 2002*<sup>113</sup>, ces fréquences sont plus élevées. 38 % des filles et 57 % des garçons déclarent au moins une ivresse dans l'année et respectivement 3 et 11 %, au moins 10.

En 2002, plus des deux tiers de la population adulte (18-75 ans) déclarait avoir bu au moins une boisson alcoolisée au cours de la semaine écoulée<sup>114</sup>. Parmi les personnes qui ont bu au cours des 7 derniers jours, 37 % l'ont fait une ou deux fois, mais 19 % ont bu tous les jours. Les hommes sont nettement plus consommateurs que les femmes : 79 % d'entre eux ont bu de l'alcool au moins une fois durant la semaine écoulée, contre près de six femmes sur dix. Par ailleurs, on recense presque trois fois plus de buveurs quotidiens parmi les hommes que parmi les femmes (graphique 2.2). L'usage quotidien d'alcool au cours de la semaine passée concerne surtout les générations âgées : il passe de 4 % chez les 18-25 ans à 38 % chez les 55-75 ans. Si l'usage quotidien augmente régulièrement dès l'âge adulte chez les hommes, il progresse chez les femmes à partir de 34 ans environ.

**Graphique 2.2 – Pourcentage de buveurs quotidiens au cours des 7 derniers jours en 2002, selon l'âge et le sexe**



Champ : France métropolitaine.  
Source : Eropp 2002, OFDT.

14 % des adultes déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours de l'année écoulée : 22 % des hommes et 7 % des femmes<sup>115</sup>. Les ivresses répétées au moins quatre fois dans l'année concernent près de 5 % des adultes. Cette prévalence est particulièrement élevée entre 20 et 25 ans (14,5 %) puis décroît ensuite progressivement avec l'âge (7 % des 26-34 ans).

113. BECK François et LEGLEYE Stéphane : « Drogues et adolescence – Usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes Escapad 2002, Enquêtes en population générale », OFDT, septembre 2003.

114. BECK François et LEGLEYE Stéphane, « Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes », OFDT, *Tendances*, n° 30, juin 2003.

115. « Drogues et dépendances – Indicateurs et tendances 2002 », OFDT, 2002.- Source Baromètre santé 2000.

- Des représentations culturelles de l'alcool toujours positives mais qui évoluent

Malgré les effets délétères de l'abus d'alcool sur la santé, ses représentations positives semblent rester prépondérantes. Même si certains risques encourus sont bien connus (alcoolo-dépendance, cirrhose, accidents de la route), d'autres semblent moins bien appréciés comme les risques de cancers et les difficultés sociales liées à l'abus. L'alcool fait partie intégrante de la culture alimentaire et festive et reste associé à des notions positives de plaisir, de convivialité, de partage<sup>116</sup>.

Les enquêtes *Eropp*<sup>117</sup> de 1999 et 2002 montrent cependant une évolution : en 2002, les Français expriment des opinions plus sévères à l'égard des substances licites qu'en 1999. En moyenne, l'alcool est jugé dangereux à partir de 3 verres par jour (contre 3,6 en 1999)<sup>118</sup>. Cette évolution s'accompagne d'une perception accrue des dangers des consommations occasionnelles : 15 % des enquêtés (contre 8 % en 1999) jugent qu'une consommation occasionnelle d'alcool peut être dangereuse.

- Le tabagisme : une cause majeure de mortalité prématurée

Le tabac est un facteur de risque majeur à l'origine d'un grand nombre de pathologies comme les cancers du poumon et du larynx, les cancers des voies aéro-digestives supérieures (conjointement avec l'alcool), de l'œsophage et de la vessie, les bronchites chroniques, les maladies cardiovasculaires...

On estime que la consommation de tabac est responsable de 66 400 décès par an en 1999 (59 000 décès chez les hommes et 7 400 chez les femmes)<sup>119</sup>, soit plus d'un décès sur neuf. Ils représenteraient ainsi 21 % de la mortalité masculine et 3 % de la mortalité féminine de cette année. Entre 35 et 69 ans, la part de décès attribuables au tabac atteint 33 % chez les hommes et 6 % chez les femmes. Compte tenu des évolutions de la consommation de tabac, certaines projections prévoient 165 000 décès en 2025, soit un doublement des décès masculins et une forte augmentation des décès féminins<sup>120</sup>.

- Forte diminution des ventes de cigarettes en 2003

En 2003, 69 650 millions de cigarettes ont été vendues, soit une diminution de près de 14 % par rapport à 2002 (graphique 2.3). La légère baisse observée entre 2001 et 2002 (respectivement 83 500 et 80 500 millions), s'accroît ainsi entre 2002 et 2003. Après une relative stagnation dans les années 1980 à environ 5,7, le nombre de cigarettes vendues

116. BRUNEAU Maresca, LE QUÉAU Pierre, BADEYAN Gérard, ROTBART Gilbert : « Les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi Évin », Drees, *Études et Résultats* n° 78, août 2000.

117. Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes.

- BECK François et LEGLEYE Stéphane : « Drogues et politiques publiques : évolution des perceptions et des opinions, 1999-2002 », OFDT, *Tendances* n° 28, janvier 2003.

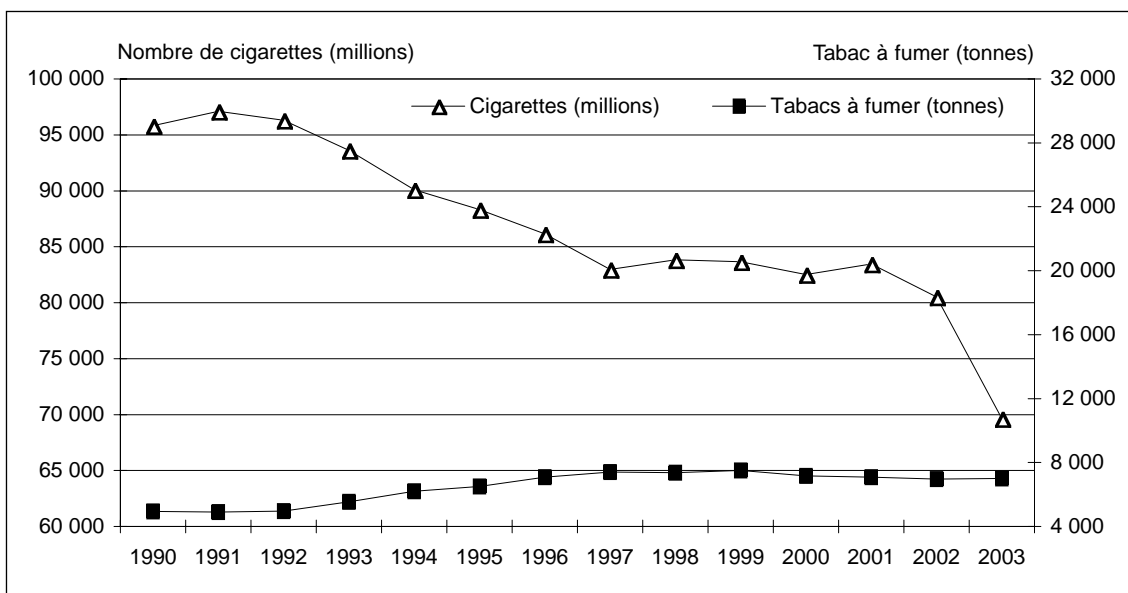
118. Comme on peut s'y attendre, les consommateurs ont tendance à fixer des seuils de dangerosité plus élevés.

119. HILL Catherine, LAPLANCHE Agnès : « Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques », InVs, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 22-23, mai 2003.

120. « Politique de santé et fiscalité du tabac », Rapport à Monsieur le Premier ministre, 1999, repris dans « Drogues et dépendances – Indicateurs et tendance », OFDT, 2002.

par jour et par personne de plus de 15 ans (France continentale) n'a cessé de diminuer. Il s'est ainsi vendu, en 2003, près de deux cigarettes de moins par personne<sup>121</sup> et par jour que douze ans auparavant (3,9 en 2003 contre 5,8 en 1991).

**Graphique 2.3 – Ventes de cigarettes et de tabac à rouler depuis 1990**



Champ : France continentale.  
Source : Seita puis Altadis.

L'évolution comparée des ventes de cigarettes et de leur prix relatif depuis plusieurs décennies souligne dans ce domaine l'effet des politiques publiques<sup>122</sup>. Depuis 1991, les augmentations du prix du tabac ont été supérieures à celles des prix des autres produits de consommation. Ces augmentations du prix relatif du tabac ont été suivies par une baisse sensible des ventes de cigarettes par habitant. L'élasticité de la demande du tabac par rapport au prix, qui mesure le lien entre la variation du prix et celle des ventes, avait été estimée en 1997 à -0,3 à trois ans, ce qui signifie qu'une hausse de 10 % du prix du tabac induirait au bout de trois ans une baisse médiane de consommation estimée à 3 %<sup>123</sup>. La diminution des ventes de cigarettes observée en 2003 confirme, et dépasse même, cette estimation puisque l'augmentation de 40 % du prix des cigarettes mise en œuvre entre janvier 2003 et janvier 2004 s'est accompagnée d'une baisse des ventes de près de 14 %.

Au début des années 1990, les hausses successives du prix du paquet de cigarettes ont pu conduire certains consommateurs vers des produits moins chers comme le tabac à fumer (tabac à rouler et tabac à pipe)<sup>124</sup> dont les ventes ont augmenté de 50 % en une dizaine d'années (4 933 tonnes en 1990 pour atteindre 7 504 tonnes en 1999). Néanmoins, on a pu noter un léger recul des ventes de tabac à fumer de 2000 à 2002, année durant laquelle la consommation a atteint 6 957 tonnes<sup>125</sup>. On constate toutefois une nouvelle hausse légère en 2003, avec près de 7 000 tonnes de tabac à fumer vendues.

121 Personnes âgées de 15 ans ou plus.

122 HILL Catherine : « L'augmentation du prix du tabac : une mesure de santé publique », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 22-23, mai 2003.

123 ANGUIS Marie, DUBEAUX Dominique : « Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac », Insee, *Insee première*, n° 551, octobre 1997.

124 *Ibidem*.

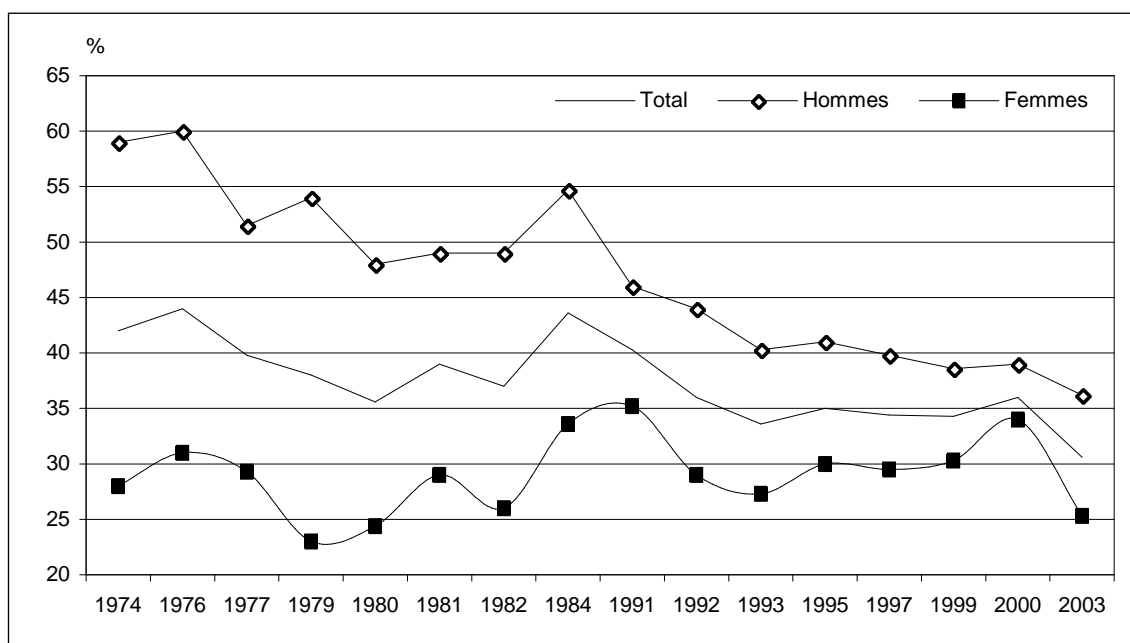
125 HILL Catherine et LAPLANCHE Agnès : « Le tabac en France : les vrais chiffres », Paris, La Documentation Française, mai 2004.

- Diminution de la fréquence du tabagisme chez les hommes adultes

Un premier bilan des effets des hausses des prix de l'année 2003 sur la prévalence du tabagisme a été effectué par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) fin 2003 : il montre une diminution de près de 12 % en quatre ans du nombre de personnes déclarant fumer au moins occasionnellement<sup>126</sup>.

En mai 2003, 30 % des hommes et 21 % des femmes âgés de 15 ans ou plus déclarent fumer au moins une cigarette par jour, soit au total 25 % de la population<sup>127</sup>. Les enquêtes successives montrent une diminution globale de la fréquence du tabagisme dans la population masculine (graphique 2.4). Ainsi, la proportion de fumeurs quotidiens a diminué depuis 1980 parmi les plus de 15 ans, atténuant progressivement les différences de comportement entre hommes et femmes : en 1980, 45 % des hommes et 17 % des femmes de plus de 15 ans se déclaraient fumeurs quotidiens.

**Graphique 2.4 – Évolution de la prévalence du tabagisme occasionnel ou régulier en population adulte**



Champ : France métropolitaine.  
Source : Inpes.

**Objectif n° 3 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).**

Indicateur retenu : prévalence du tabagisme quotidien.

	1990	1995	2000	2002	2003
Hommes	39%	36%	33%	30,6%	30,0%
Femmes	21%	21%	21%	21,5%	21,2%
Deux sexes	30%	29%	27%	25,9%	25,4%

Champ : France métropolitaine.

Sources : Irdes : enquêtes ESPS, à partir de 2000 : Insee, enquêtes EPCV.

126. ARWIDSON Pierre, LEON Christophe, LYDIE Nathalie, WILQUIN Jean Louis, GUILBERT Philippe : « Évolutions récentes de la consommation de tabac en France », InVS, *BEH*, n° 22-23, juin 2004.

127. Enquête EPCV 2003, Insee. AUVRAY Laurence, DOUSSIN Anne, LE FUR Philippe : « Santé, soins et protection sociale en 2002 », Credes, *série résultats*, n° 1509, décembre 2003.



En 2000, au sein de l'Union européenne, la consommation quotidienne de tabac des 15 ans ou plus situe la France en position intermédiaire, du fait essentiellement de la consommation de tabac relativement faible des femmes françaises, toutes générations confondues. Mais les résultats de l'enquête européenne *Espad* réalisée auprès de jeunes de 15 à 16 ans en 1999 situent la France en mauvaise position pour cette classe d'âge et ce, pour les filles comme pour les garçons, laissant présager une évolution plus défavorable à l'avenir<sup>128</sup>.

À 18 ans, 78 % des garçons et 81 % des filles déclarent ainsi avoir déjà fumé au moins une cigarette au cours de leur vie (respectivement 22 % et 16 % à 12 ans), avec une expérimentation qui croît tout au long de l'adolescence, mais qui n'implique pas forcément une consommation actuelle lors de l'enquête<sup>129</sup>. Rare avant 14 ans, l'usage quotidien du tabac (au moins une cigarette par jour) augmente par ailleurs avec l'âge : il concerne 7 % des garçons et 6 % des filles à 14 ans puis respectivement 21 % et 24 % à 16 ans et enfin 37 % et 34 % à 18 ans.

Si, depuis les années 1970 jusqu'au début des années 1990, la tendance globale de la consommation de tabac des 12-18 ans était à la baisse, elle a connu une hausse entre 1993 et 1999 parmi les 14-18 ans, portant à la fois sur l'expérimentation et l'usage quotidien. On constate toutefois une diminution de leur consommation entre 1999 et 2003. Les garçons de 16-17 ans étaient 20 % à consommer quotidiennement du tabac en 1993, 31 % en 1999 et 25 % en 2003. Les filles du même âge étaient 25 % en 1993, 35 % en 1999 et 28 % en 2003.

La précocité de l'expérimentation semble jouer un rôle important dans le passage à une consommation régulière. De la même façon, la précocité de l'usage régulier du tabac induit par la suite de plus fortes consommations. En effet, presque la moitié des gros fumeurs ont fumé leur première cigarette avant 14 ans, alors que ce n'est le cas que d'un quart des fumeurs quotidiens consommant moins de dix cigarettes par jour.

L'influence parentale sur le tabagisme des jeunes est sensible<sup>130</sup>. Lorsque les parents fument, leur enfant est plus souvent fumeur régulier. D'après les déclarations des enfants, moins de la moitié des parents d'enfants de 12 à 13 ans leur interdiraient de fumer. Cette interdiction touche plus souvent les filles que les garçons et s'atténue avec l'âge quel que soit le sexe. En outre, on remarque que l'interdiction parentale est deux fois moins fréquente chez les fumeurs réguliers que chez les fumeurs occasionnels.

Enfin, l'enquête montre que l'attitude des adolescents envers les consommateurs de tabac est très dépendante de leur propre usage. Ainsi, 87 % des fumeurs réguliers pensent que la plupart de leurs amis sont fumeurs (contre 24 % des non-fumeurs), et seulement 4 % des fumeurs réguliers désapprouvent le fait de fumer dix cigarettes par jour ou plus (contre 63 % des non-fumeurs).

128. BECK François, LEGLEYE Stéphane, PERETTI-WATEL Patrick : « Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée- Espad 99 France – *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* », tome 2, OFDT, 2002.

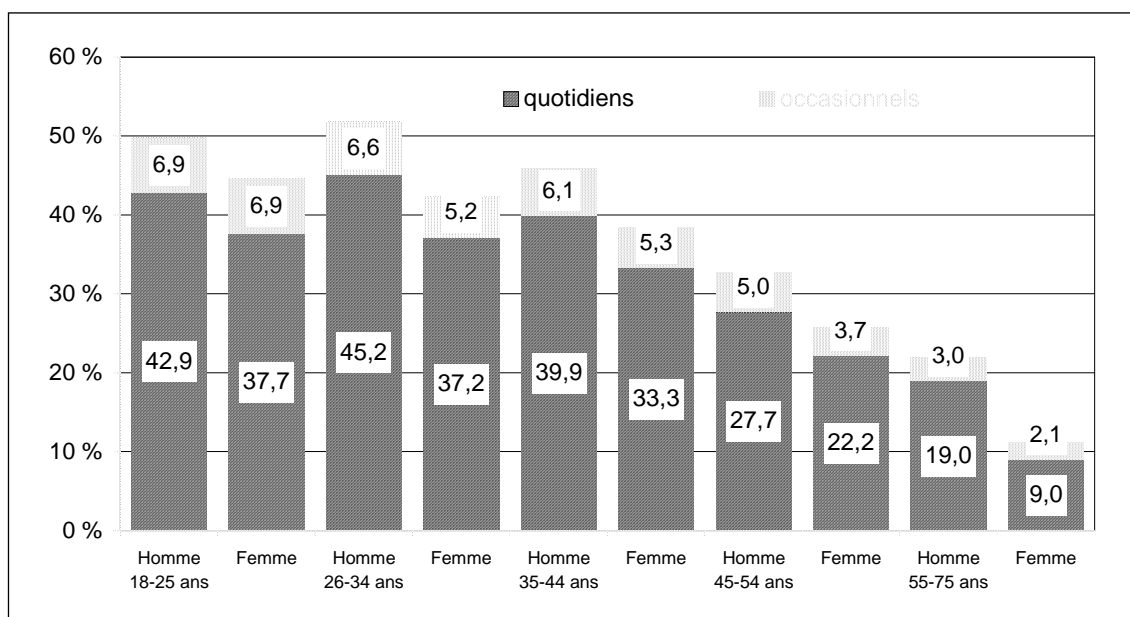
129. CHOQUET Marie, BECK François, HASSLER Christine, SPILKA Stanislas, MORIN Delphine et LEGLEYE Stéphane : « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans », Inserm-OFDT, *Tendances* n° 35, mars 2004.

130. ARENES J., JANVRIN M.-P., BAUDIER F. : « Baromètre santé jeunes 1997-1998 », CFES, 1998.

- La consommation de tabac est liée à l'âge et à la situation sociale

La fréquence de la consommation de tabac diminue régulièrement à partir de 35 ans (graphique 2.5). La prévalence tabagique est également liée à la situation sociale et ce, surtout pour les hommes. Ainsi, en 2001, 54 % des hommes de plus de 15 ans au chômage fument au moins une cigarette par jour, contre 39 % de ceux qui exercent une profession (40 % des femmes au chômage contre 27 % de celles qui exercent une profession). Parmi les hommes de plus de 15 ans exerçant une profession, les ouvriers, les professions intermédiaires et les employés fument davantage que les autres catégories socio professionnelles (respectivement 49, 36 et 35 %). Parmi les femmes, la consommation de tabac est particulièrement importante chez les artisans, commerçants, chefs d'entreprise et professions libérales, avec un tiers de fumeuses dans chacune de ces catégories. Chez les hommes de plus de 15 ans comme chez les femmes, les personnes divorcées ou célibataires fument plus que les autres. 38 % des célibataires hommes et 41 % des divorcés fument, ces chiffres étant respectivement de 32 et 34 % pour les femmes<sup>131</sup>.

**Graphique 2.5 – Consommation actuelle de tabac**



Champ : France métropolitaine.  
Source : CFES - Baromètre santé 2000.

- La proportion de personnes souhaitant arrêter de fumer augmente

Comme pour l'alcool, les Français émettent des opinions plus sévères à l'égard du tabac en 2002 qu'en 1999<sup>132</sup> : le seuil de dangerosité du tabac est passé de 11,4 cigarettes par jour en 1999 à 10 en 2002, et un quart des personnes estiment que l'usage du tabac est dangereux dès qu'il est expérimenté (contre 21 % en 1999).

131. Enquête EPCV 2001, Insee, exploitation Drees.

132. BECK François et LEGLEYE Stéphane : « Drogues et politiques publiques : évolution des perceptions et des opinions, 1999-2002 », OFDT, *Tendances* n° 28, janvier 2003.

Selon le Baromètre santé 2000, les fumeurs ayant conscience d'être davantage exposés à des problèmes de santé que les non-fumeurs craignent plus souvent les « maladies dues au tabac » (53 % contre 14 %), particulièrement les maladies respiratoires (37 % contre 26 %). En revanche, ils ne redoutent pas plus fréquemment les cancers (en général) ni les maladies cardiaques. De plus, une étude menée en Île-de-France en 2000 fait ressortir que la grande majorité des fumeurs pense bénéficier de facteurs personnels d'exemption qui les protègent des risques liés à leur consommation de tabac (« vivre au grand air », « avoir une activité physique »...) <sup>133</sup>.

En huit ans, la proportion d'adultes fumeurs souhaitant arrêter de fumer <sup>134</sup> a augmenté : ils étaient 50 % en 1992 et 58 % en 2000. Les trois quarts des fumeurs réguliers déclarent avoir interrompu leur consommation au moins une semaine, souvent à plusieurs reprises. Leurs principales motivations sont la prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé (20 %), la peur de tomber malade (15 %), une grossesse ou la naissance d'un enfant (14 %, raisons essentiellement citées par les femmes), la lassitude (13 %), la recherche d'une meilleure condition physique (12 %) et le prix des cigarettes (10 %). L'arrêt volontaire radical est la méthode préconisée par la moitié de ces personnes. Viennent ensuite l'arrêt volontaire avec diminution progressive de la consommation (28 %), l'utilisation de substitut nicotinique sous forme de patch anti-tabac (20 %), l'acupuncture (8 %), la gomme à mâcher (6 %) et la psychothérapie (4 %) <sup>135</sup>.

Sur l'ensemble de l'année 2000, on estime à un peu plus d'un million le nombre de personnes ayant débuté un traitement de substitution nicotinique, soit deux fois plus qu'en 1999 <sup>136</sup>. Cette augmentation est probablement liée à la mise en vente libre de ces substituts, mais aussi au développement des consultations de sevrage tabagique. L'enquête une semaine donnée <sup>137</sup> auprès des consultations de tabacologie montre une nette progression du nombre de fumeurs traités, qui a augmenté de plus de 60 % entre 2000 et 2003.

Cependant, le souhait d'arrêter de fumer n'est souvent qu'une velléité lorsque la dépendance au tabac est forte. Les consommations élevées sont souvent liées à une prise précoce de la première cigarette dans la journée, signe d'une forte dépendance. Ainsi, 39 % de ceux qui fument leur première cigarette dans les premières minutes après le réveil, en consomment plus de 20 par jour <sup>138</sup>. Parmi les 9 millions d'individus fumant au moins dix cigarettes par jour, 5,3 millions sont positifs au mini-test de Fagerström, qui permet de repérer des signes de dépendance (fumer au moins vingt cigarettes par jour ou fumer sa première cigarette dans la demi-heure suivant le réveil) <sup>139</sup>.

---

133. GRÉMY Isabelle, HALFEN Sandrine, SLAMA Karen, SASCO Annie : « Écarts entre la connaissance et l'acceptation pour soi-même des risques liés à la consommation de tabac, à propos du cancer du poumon », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 22-23/2004, pp.90-92.

134. Baromètres santé 2000 et 1992, CFES, exploitation OFDT, in « Drogues et dépendances – Indicateurs et tendances 2002 », OFDT, 2002.

135. Baromètre Santé 2000 – CFES, exploitation OFDT.

136. DRAGOS Simona, DAUTZENBERG Bertrand : « Estimation du nombre de fumeurs traités avant et après dépistage de substitut nicotinique », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 22-23, 2001, pp. 105-106, repris dans « Drogues et dépendances – Indicateurs et tendance », OFDT, 2002.

137. JEAN-FRANCOIS M., FERNANDES E., DAUTZENBERG B., DUPONT P., RUELLAND A. : « L'évolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 22-23, 2003, p. 108,.

138. Baromètre santé 2000, CFES, exploitation OFDT.

139. *Ibidem*.

- Vers une meilleure prise en compte du tabagisme passif

Plus des deux tiers des fumeurs déclarent avoir modifié leur comportement à la suite de la loi Évin, surtout dans la tranche d'âge des 25 à 54 ans<sup>140</sup>, sans différence notable entre les hommes et les femmes. Ils déclarent suivre les interdictions de fumer dans les lieux publics et sont plus sensibles à leur entourage ou aux personnes qu'ils pourraient gêner. En effet, selon une enquête du Crédoc<sup>141</sup>, la conscience de la nocivité du « tabagisme passif » est dorénavant assez bien partagée par les fumeurs et les non-fumeurs puisque 93 % des premiers sont d'accord pour reconnaître que « les fumeurs intoxiquent les autres ». Plus du tiers des fumeurs (38 %) déclarent avoir modifié leur comportement suite à la mise en place des restrictions de fumer et mieux respecter les non-fumeurs. Mais les fumeurs dépendants restent plus nombreux à fumer dans des zones non-fumeurs<sup>142</sup>.

- Le recours aux drogues illicites concerne surtout le cannabis

La consommation déclarée de drogues illicites est marginale en population générale à l'exception du cannabis. Le niveau d'expérimentation de cette substance est nettement inférieur à celui des produits licites (alcool, tabac), néanmoins 22 % des 18-75 ans déclarent en avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie<sup>143</sup>. En 2002, on estime à 9,5 millions le nombre de personnes ayant déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie (tableau 2.6).

**Tableau 2.6 – Estimation du nombre de consommateurs de substances psycho-actives en France métropolitaine parmi les 18-75 ans, en 2002**

	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes	Cannabis
Expérimentateurs	40,7 millions	34,2 millions	///	9,5 millions
<i>dont occasionnels</i>	38,6 millions	14,2 millions	8,3 millions	3,1 millions
<i>dont réguliers</i>	12,9 millions	11,9 millions	3,8 millions	600 000
<i>dont quotidiens</i>	7,8 millions	11,9 millions	2,4 millions	350 000

/// : non disponible.

Expérimentateurs : personnes ayant déclaré avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie.

Occasionnels : consommateurs dans l'année (sauf tabac : fumeurs actuels).

Réguliers : au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, somnifère ou tranquillisant dans la semaine, 10 consommations de cannabis dans le mois.

Quotidiens : usage quotidien (sauf médicaments : usage « quotidien ou presque » dans le mois).

Sources : EROPP 2002, OFDT et Baromètre santé 2000, INPES, exploitation OFDT.

Au cours des années 1990, la part de la population adulte ayant expérimenté le cannabis a augmenté. Les données des différents pays de l'Union européenne indiquent également une hausse du niveau d'expérimentation au cours de cette décennie, avec une stabilisation récente dans quelques pays<sup>144</sup>.

140. « Les Français et la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme : étude des effets de la loi Évin sur la consommation d'alcool et de tabac, Rapport final pour le Commissariat au plan », Crédoc-Credes, 1999.

141. MARESCA Bruneau, LE QUÉAU Pierre, BADEYAN Gérard, ROTBART Gilbert : « Les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi Évin », Drees, *Études et Résultats*, n° 78, août 2000.

142. Baromètre santé 2000, CFES.

143. Baromètre santé 2000, CFES, exploitation OFDT, in « Drogues et dépendances - Indicateurs et tendances », OFDT, 2002.

144. « Rapport annuel sur l'état du phénomène des drogues dans l'Union européenne et en Norvège – 2003 », OEDT, 2003.

Cette croissance du taux « d'expérimentation » du cannabis est particulièrement marquée chez les jeunes, avec cependant des disparités selon le sexe. L'expérimentation du cannabis, première substance illicite consommée, augmente rapidement entre 12 et 18 ans. En augmentation très nette dès 14 ans<sup>145</sup>, elle devient majoritaire chez les jeunes arrivant à l'âge adulte. En 2003, la moitié (52 %) des filles et les deux tiers (66 %) des garçons de 18 ans déclarent en avoir déjà consommé au cours de leur vie. La fréquence de l'expérimentation chez les jeunes de 16-17 ans a plus que doublé entre 1993 et 2003, pour les garçons comme pour les filles.

La consommation actuelle « répétée » de cannabis – au moins dix fois dans l'année – est moins fréquente. Elle concernait 4 % des 18-75 ans selon le Baromètre santé 2000. Comme pour l'expérimentation, les hommes sont plus souvent consommateurs de cannabis que les femmes. Ces consommations sont surtout fréquentes chez les jeunes : en 2000, 2 % des plus de 25 ans déclaraient de telles consommations contre près de 15 % des 18-25 ans (20 % chez les hommes et 9 % chez les femmes). De même, en 2003, chez les adolescents scolarisés, 21 % des garçons de 16-17 ans et 11 % des filles du même âge déclarent avoir une consommation répétée<sup>146</sup>. De même, en dix ans, la consommation répétée chez les garçons de 14-15 ans est passée de 2 à 6 %, tandis qu'elle augmentait de 7 à 21 % parmi les 16-17 ans.

6 % de l'ensemble des 18-25 ans ont par ailleurs une consommation « régulière » de cannabis (au moins dix usages au cours des trente derniers jours) selon l'étude *Eropp 2002*<sup>147</sup>. Exceptionnelle avant 15 ans, elle progresse nettement ensuite pour les garçons (de 1 % à 21 % entre 14 et 18 ans en 2003) et, dans une moindre mesure, pour les filles (de 1 % à 7 %)<sup>148</sup>. Dès l'âge de 16 ans, la consommation régulière de cannabis (au moins dix fois par mois) est aussi fréquente que celle d'alcool.

En population générale, les consommations des autres substances illicites n'atteignent pas l'ampleur relevée pour le cannabis et ne concernent qu'une petite minorité d'individus. En 2002, l'OFDT estime que 300 000 personnes entre 18 et 75 ans ont déjà consommé au moins une fois de l'héroïne au cours de leur vie, 850 000 de la cocaïne et 350 000 de l'ecstasy. Mais les consommations se développent, amenant au constat d'une diversification des produits expérimentés et consommés, notamment dans les contextes festifs, par certains jeunes : champignons hallucinogènes, drogues de synthèse et cocaïne<sup>149</sup>. Les fréquences d'expérimentation de ces produits par les 18-25 ans sont égales à 2 % pour les champignons hallucinogènes ou l'ecstasy, 2 % pour la cocaïne et 1 % pour l'héroïne<sup>150</sup>.

---

145. CHOQUET Marie, BECK François, HASSLER Christine, SPILKA Stanislas, MORIN Delphine et LEGLEYE Stéphane : « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans », Inserm-OFDT, *Tendances*, n° 35, mars 2004.

146. *Ibidem*.

147. Étude EROPP 2002, BECK François, LEGLEYE Stéphane : « Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes », OFDT, *Tendances*, n° 30, juin 2003.

148. CHOQUET Marie, BECK François, HASSLER Christine, SPILKA Stanislas, MORIN Delphine et LEGLEYE Stéphane : « Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis 10 ans », Inserm-OFDT, *Tendances*, n° 35, mars 2004.

149. « Drogues et dépendances - Indicateurs et tendances », OFDT, 2002.

150. BECK François et LEGLEYE Stéphane, « Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes », OFDT, *Tendances*, n° 30, juin 2003.

Ces expérimentations semblent également en augmentation chez les adolescents scolarisés. Ainsi, chez les 16-17 ans interrogés en 2003, 7 % des garçons et 3 % des filles avaient expérimenté des champignons hallucinogènes et 4 % des garçons et 3 % des filles de l'ecstasy. Il est à noter que la grande majorité de ceux qui ont essayé un de ces produits de renouvellent pas l'expérience<sup>151</sup>.

- L'héroïne, principal produit  
à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales

Les problèmes de santé lourds liés à la consommation de drogues illicites restent largement dominés par la consommation d'héroïne qui demeure le principal produit à l'origine des prises en charges sanitaires et sociales.

Les usagers de drogues illicites pris en charge par les professionnels de santé le sont pour leur toxicomanie et, principalement, pour suivre un traitement de substitution ou pour les morbidités somatiques associées à l'usage de drogues. Depuis dix ans, le nombre de prises en charge a fortement augmenté. Au cours du mois de novembre 1999<sup>152</sup>, on en comptait près de 30 000, ce qui représente un peu moins de 27 000 patients pour cette période si l'on tient compte des prises en charge simultanées dans deux types d'établissement. Cette évolution est sans doute la conséquence de l'augmentation du nombre d'usagers mais également de l'évolution de l'offre de soins et du développement des traitements de substitution. 58 % de ces prises en charge sont assurées par les établissements spécialisés dans les soins aux toxicomanes (soit 17 374, contre 6 152 en 1991), 24,5 % par les établissements sanitaires généraux et 17,5 % par les établissements sociaux non spécialisés.

Globalement, dans trois cas sur quatre, les « toxicomanes »<sup>153</sup> ayant recours aux structures sanitaires et sociales sont des hommes. L'âge moyen varie selon le type de structure. Dans les établissements spécialisés et sanitaires non spécialisés, la tendance au vieillissement des usagers pris en charge se poursuit depuis une dizaine d'années<sup>154</sup>. En novembre 1999, leur âge moyen était proche de 31 ans dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires. La population des établissements sociaux non spécialisés est beaucoup plus jeune avec un âge stable autour de 24 ans. La part des personnes qui occupent un emploi est faible, alors que c'est dans les établissements spécialisés que la part des actifs occupés est la plus grande : 38 % contre 25 % dans les établissements sanitaires et 29 % dans les établissements sociaux.

Entre 1997 et 1999, le nombre de prises en charge liées aux opiacés est resté à peu près stable alors que leur part relative diminuait, en raison principalement de la progression des recours aux soins liés au cannabis et à la cocaïne. Ces produits sont notamment à l'origine de la majorité des prises en charge dans les établissements spécialisés et sanitaires.

151. CHOQUET Marie, BECK François, HASSLER Christine, SPILKA Stanislas, MORIN Delphine et LEGLEYE Stéphane : « Les substances psycho-actives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis 10 ans », Inserm-OFDT, *Tendances*, n° 35, mars 2004.

152. TELLIER Sergine : « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales, novembre 1999 », Drees, *Document de travail, série Statistiques*, n° 19, février 2001.

153. Le champ de l'enquête concerne les personnes ayant recours au système sanitaire et social et ayant, au cours des derniers mois, une consommation régulière et prolongée de produits illicites ou licites détournés de leur usage normal.

154. Plusieurs facteurs peuvent intervenir : changements dans les trajectoires et les pratiques des toxicomanes, vieillissement d'un « noyau dur », effets positifs des traitements précoces...

Les consommateurs d'opiacés suivent très fréquemment un traitement de substitution ; ils sont par conséquent plus souvent présents dans les centres et donc plus à même d'être enquêtés, ce qui surestime probablement leur part.

Le cannabis vient en deuxième position, mais loin derrière les opiacés, comme produit primaire à l'origine des prises en charge recensées en 1999<sup>155</sup>. Néanmoins, il est aussi souvent associé à une consommation principale d'opiacés, de même que la cocaïne, l'alcool et les médicaments psychotropes qui apparaissent essentiellement comme des produits associés. L'ecstasy, les amphétamines ou le LSD ne représentent qu'une part très marginale des prises en charge que ce soit en tant que produit principal ou associé.

Au total, 55 % des personnes suivies par les établissements spécialisés ou sanitaires sont des polytoxicomanes.

Parmi les usagers de drogues injectables vus en 1999 en établissements spécialisés et dont on connaissait la sérologie (les trois quarts), 16 % déclarent être positifs au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) contre 23 % en 1994. L'infection par le virus de l'hépatite C est également fortement liée aux pratiques d'injection. Elle est beaucoup plus fréquente et déclarée par 63 % des injecteurs (69 % dans les autres établissements sanitaires).

Les observations récentes du dispositif *Trend*<sup>156</sup> montrent qu'en 2002, l'héroïne demeure, comme les années précédentes, un produit peu disponible et peu accessible. Toutefois son image semble s'améliorer dans les « espaces urbains »<sup>157</sup> mais aussi dans l'espace festif « techno ».

Les traitements de substitution se sont largement développés en France dans la seconde moitié des années 1990. Le Subutex® (buprénorphine haut dosage) est, en 2003 le traitement de substitution aux opiacés le plus utilisé en France (environ 80 000 personnes). Le nombre estimé de personnes traitées par méthadone serait cinq à six fois plus faible<sup>158</sup>. Sur le plan sanitaire, l'impact le plus marquant se situe dans la chute des décès par surdose qu'il paraît raisonnable d'attribuer à ces traitements.

97 décès par surdose ont été constatés par les services de police en 2002. Ces décès par surdose ont fortement baissé entre 1994 et 1999, cette tendance étant moins marquée entre 1999 et 2002 (environ 100 décès par surdose par an). Cette diminution des décès provient principalement de la réduction des cas de surdoses à l'héroïne. La part des décès par surdose d'héroïne dans l'ensemble des décès par surdose est en effet passée de 86 % en 1994 à 58 % en 2001. Cette évolution est attribuée au développement des traitements de substitution ainsi qu'à la baisse de la consommation d'héroïne.

---

155. Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), le nombre d'admissions en traitement pour usage de cannabis est en hausse dans certains pays, surtout pour les nouveaux patients. « Rapport annuel sur l'état du phénomène des drogues dans l'Union européenne et la Norvège – 2003 », OEDT, 2003.

156. « Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002 - Quatrième rapport national du dispositif national Trend », OFDT, juillet 2003.

157. Lieux de la ville où l'on peut rencontrer et/ou observer des usagers actifs de drogues.

158. CADETTAÏROU Agnès, COSTES Jean Michel, BELLO Pierre Yves, PALLE Christophe : « Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 », OFDT, *Tendances*, n° 37, juin 2004.

- L'usage de psychotropes :  
progression importante des ventes d'antidépresseurs  
dans les années 1990...

On distingue plusieurs classes de médicaments psychotropes en fonction de leurs indications thérapeutiques<sup>159</sup> :

- les hypnotiques (ou somnifères) et les sédatifs, qui favorisent le sommeil,
- les anxiolytiques (ou tranquillisants), utilisés pour réduire l'anxiété,
- les antidépresseurs, prescrits contre les dépressions,
- les neuroleptiques, principalement utilisés dans le traitement des psychoses,
- les normothymiques utilisés dans le traitement des psychoses maniaco-dépressives.

Parmi ces médicaments, les benzodiazépines constituent une famille chimique particulière, comprenant des hypnotiques et des anxiolytiques. Les benzodiazépines posent des problèmes spécifiques en termes de risque de dépendance ou de troubles de la mémoire, de diminution de la vigilance (d'autant plus lorsqu'ils sont associés à l'alcool) ou encore de détournement d'usage.

Entre 1980 et 2001, les ventes d'antidépresseurs n'ont cessé d'augmenter. Le nombre annuel de journées de traitement par antidépresseur a été multiplié par 6, soit un taux de croissance annuel de estimé à 9 %<sup>160</sup>. Cette augmentation traduit une prise en charge plus large des dépressions, les ISRS (dont le Prozac<sup>®</sup> est le médicament le plus connu) et les IRSNA<sup>161</sup> étant des médicaments mieux tolérés. Par ailleurs, un grand nombre de ces nouveaux antidépresseurs possèdent une autorisation de mise sur le marché pour d'autres troubles que la dépression (par exemple les troubles obsessionnels compulsifs). Cet élargissement du champ de prescription des antidépresseurs pourrait expliquer la substitution observée au cours des dix dernières années entre les antidépresseurs et d'autres psychotropes, tels que les anxiolytiques et hypnotiques.

En 2002, cette tendance à la croissance des antidépresseurs s'est poursuivie, mais de manière plus modérée, avec une croissance du chiffre d'affaires voisine de 5 % (elle était de 10,5 % en 2001). Ce ralentissement est principalement dû à l'apparition d'antidépresseurs génériques qui se substituent aux princeps, plus chers<sup>162</sup>.

- ... et relative stabilité des consommations d'anxiolytiques

Après avoir connu une légère hausse en début de décennie, les ventes de neuroleptiques et d'hypnotiques ont ensuite reculé, rejoignant quasiment en 1999 le niveau observé en 1990. La hausse des ventes d'hypnotiques observée au début de la décennie est due à la mise en vente de nouveaux conditionnements comprenant moins de comprimés ; cette mesure a concerné les benzodiazépines (et apparentés) pour promouvoir un meilleur usage de ces médicaments<sup>163</sup>. Enfin, les ventes d'anxiolytiques ont diminué jusqu'en 1998 mais ont aug-

159. « Drogues et dépendances - Indicateurs et tendances 2002 », OFDT, 2002.

160. AMAR Élise, BALSAN Didier : « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », Drees, *Études et Résultats*, n° 285, janvier 2004.

161. Respectivement inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

162. AMAR Élise : « Les dépenses de médicaments remboursables en 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 240, mai 2003.

163. « Drogues et dépendances, indicateurs et tendances 2002 », OFDT, 2002.



menté de 3 % en 1999, puis de 1 % en 2000 et 2001, en restant cependant à un niveau inférieur à celui de 1990.

Les données des enquêtes en population générale (Baromètre santé 2000) reflètent ces évolutions des ventes. Selon l'OFDT, les indicateurs de consommation déclarée en population générale adulte confirment l'augmentation de la consommation d'antidépresseurs, alors que la consommation des anxiolytiques (tranquillisants) et des hypnotiques (somnifères, sédatifs) est restée relativement stable au cours des dix dernières années.

Les médicaments psychotropes se distinguent des autres produits psychoactifs par une consommation plus fréquente chez les femmes. En 2000, l'usage récent déclaré – au cours des douze derniers mois – de médicaments psychotropes concerne 25 % des femmes et 14 % des hommes entre 18 et 75 ans

L'étude réalisée la même année par la Cnamts donne des chiffres un peu plus élevés : près du quart de la population a bénéficié d'un remboursement de médicaments psychotropes (des anxiolytiques pour 17 %, des antidépresseurs pour près de 10 % et des hypnotiques pour 9 %). L'usage régulier, défini dans cette étude par au moins quatre remboursements dans l'année, est moins fréquent : il concerne globalement une personne sur neuf : 7 % pour les anxiolytiques, près de 5 % pour les antidépresseurs et 4 % pour les hypnotiques.

Selon le Baromètre santé 2000, la plus grande part des consommations de psychotropes se produit dans le cadre d'une prescription médicale. Les anxiolytiques sont plus souvent prescrits par les généralistes (qui représentent 85 % des prescripteurs de médicaments psychotropes). Les psychiatres sont davantage à l'origine des prescriptions de neuroleptiques et d'antidépresseurs.

En population adulte, la consommation non prescrite d'anxiolytiques et d'hypnotiques à partir de la pharmacie familiale se retrouve dans un peu plus de 15 % des cas. Chez les jeunes, l'expérimentation des produits psychotropes sans prescription médicale semble avoir augmenté au cours des années 1990.

Les niveaux de consommation de médicaments psychotropes sont particulièrement élevés pour les adolescentes qui ont eu 17 ans en 2002 : 31 % d'entre elles les ont déjà expérimentés et 14 % en ont pris au cours du mois précédent (contre respectivement 12 et 4 % des garçons du même âge)<sup>164</sup>. Entre 2000 et 2002, le niveau d'expérimentation a légèrement progressé parmi les jeunes de 17 ans (21,4 % contre 19,8 % en 2000). L'enquête européenne *Espad* (1999) montre en outre que la consommation de tranquillisants ou de somnifères des jeunes Français de 16 ans est élevée au regard des autres pays européens, plaçant la France parmi les pays de tête. Pour les filles comme pour les garçons, l'accessibilité à ces produits s'accroît avec l'âge. Ainsi les tranquillisants ou somnifères sont jugés « accessibles » par au moins 20 % des jeunes de 14 ans et par 40 % de ceux âgés de 19 ans<sup>165</sup>.

La consommation de médicaments psychotropes peut s'accompagner de mésusages, d'abus et de dépendances. L'usage volontairement détourné (« pour se droguer ») est rare et concerne le plus souvent des produits de la famille des benzodiazépines. La

164. *Escapad 2002*, OFDT.

165. CHOQUET Marie, LEDOUX Sylvie, HASSLER Christine : « *Espad 99*. Données françaises », Rapport Inserm, novembre 2000.

consommation de certains de ces médicaments (Rohypnol, Valium) par les usagers de drogues en grande difficulté sociale est rapportée par les observateurs de terrain. Elle diminue pour le premier du fait des modifications apportées à ses conditions de prescription. Les enquêtes sur la prise en charge des usagers de drogues dans les institutions de soins montrent qu'en 1999 les médicaments psychotropes étaient à l'origine de 4 % des prises en charge liées à l'usage de drogues en produits primaires (et de 7,5 % en produits secondaires). Et dans trois quarts des cas, les produits en cause sont des benzodiazépines<sup>166</sup>. Mais dans l'ensemble, les conséquences sanitaires de la consommation de ces médicaments et, par exemple, leur impact sur les accidents de la circulation, demeure encore mal connus.

- Les conduites dopantes :  
une prise de conscience des risques  
encore insuffisante dans les milieux sportifs

Les conduites dopantes consistent à consommer des produits illicites ou licites dans le but d'augmenter sa performance physique ou intellectuelle, ces produits étant pour la plupart détournés de leur usage normal.

L'ampleur du phénomène dans le milieu sportif (professionnel ou amateur) reste difficile à évaluer<sup>167</sup> pour plusieurs raisons : certains produits ne sont pas détectés, les contrôles sont ponctuels et ont souvent lieu au moment de grandes manifestations sportives durant lesquelles la consommation peut être diminuée, le nombre de contrôles réalisés reste faible par rapport à celui des personnes pratiquant régulièrement des sports.

Les consommations de produits dopants seraient, selon une expertise collective du CNRS, en pleine expansion quantitative et qualitative<sup>168</sup>. On peut toutefois constater malgré l'augmentation du nombre de prélèvements, une relative stabilité du pourcentage de cas positifs qui se situe, tous sports confondus, aux alentours de 3,5 % mais sous-estime probablement la consommation réelle<sup>169</sup>. En effet, les enquêtes déclaratives donnent une fourchette de 3,1 à 9,5 % d'utilisateurs de produits dopants parmi les sportifs amateurs, avec une consommation d'autant plus fréquente que le sport est pratiqué à un niveau élevé (17,5 %).

La population générale apparaît en revanche peu touchée à la lumière des enquêtes déclaratives réalisées à partir d'échantillons représentatifs (15-75 ans)<sup>170</sup> : 5,9 % des personnes interrogées en 1998 disent avoir pris des produits pour améliorer leurs performances physiques ou intellectuelles mais, pour beaucoup, il s'agit de produits anodins ne présentant pas de danger avéré pour la santé (homéopathie, vitamines...). Les stupéfiants, dopants et amphétamines n'étaient cités que par environ 0,3 % d'entre elles.

Par contre, les jeunes de 17 à 19 ans déclarent à 7,6 % pour les garçons et 3,6 % pour les filles avoir déjà utilisé au cours de leur vie des produits « dopants » pour amé-

166. TELLIER Sergine : « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales, novembre 1999 », Drees, *Document de travail, série Statistiques*, n° 19, février 2001.

167. MIGNON Patrick : « Le dopage : état des lieux sociologique », Documents du Cesames, n° 10, juillet-décembre 2002, Cesames, Centre de recherche psychotropes santé mentale société, UMR 8136 CNRS Université Paris 5.

168. CNRS : « Rapport d'expertise collective sur dopage et pratiques sportives », 1998.

169. LAURE Patrick : « Le dopage : données épidémiologiques » in AEBERHARD Patrick et BRECHAT Pierre-Henri : « Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes », ENSP, 2003.

170. Baromètre santé 2000, CFES.

liorer leurs performances sportives. Chez les garçons, ce sont principalement des stimulants (amphétamines, cocaïne, caféine à haut dosage...) qui sont cités (32 % des cas), devant les corticoïdes (Célestène®, Solupred®, Cortancyl®...) dans 9 % des cas et les anabolisants (stéroïdes, Androtardyl®, androstendiol, nandrolone...), dans 8 %. Pour les filles, la proportion de stimulants est aussi élevée (32 %), les corticoïdes sont plus fréquents (13 %), mais les anabolisants sont très marginaux (2 %)<sup>171</sup>. Une sous-population de jeunes, associant sport de haut niveau et conduites poly-toxicomaniaques incluant le dopage, apparaît particulièrement à risque<sup>172</sup>.

Plus inquiétant, une étude<sup>173</sup> révèle des attitudes et croyances qui faciliteraient, voire valoriseraient, ces pratiques dans le milieu sportif tant parmi les pratiquants que parmi les éducateurs sportifs.

### II.2.3 Les accidents : un problème majeur de santé publique

---

Les accidents représentent une cause importante de mortalité et de handicap d'après le Baromètre santé 2000, 13,4 % des personnes âgées de 12 à 75 ans ont déclaré avoir été victime au cours des douze derniers mois d'au moins un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou à l'hôpital<sup>174</sup> : il s'agit, par ordre décroissant, des traumatismes consécutifs à une activité de sport ou de loisirs, suivis des accidents de travail ou d'atelier, et des accidents domestiques.

Selon cette même enquête, les hommes, en particulier les jeunes, ont une probabilité plus forte que les femmes d'avoir eu un accident au cours de l'année. Cette probabilité est également plus importante chez les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de l'année écoulée, chez les hommes prenant des tranquillisants ou des somnifères et chez les femmes consommatrices d'antidépresseurs.

Enfin, toujours selon cette enquête, les personnes qui déclarent avoir pris au moins un risque par plaisir ou par défi au cours des trente derniers jours ont plus fréquemment été victimes d'accidents. Ce sont plus souvent des hommes, plutôt jeunes (plus souvent âgés de 12 à 25 ans que de 26 à 75 ans).

En 2000, l'Inserm<sup>175</sup> dénombre un peu plus de 41 000 décès liés à une cause extérieure de traumatisme et d'empoisonnement<sup>176</sup>. Parmi ces décès, 7 662 sont des accidents de transport et près de 21 000 sont liés à d'autres types d'accidents ou de traumatismes, dont 5 292 à des chutes accidentelles. Les personnes âgées en sont les principales victimes : plus de 54 % des chutes mortelles en 2000 concernent des personnes de 80 ans et plus.

---

171. BECK François, LEGLEYE Stéphane : « Drogues et adolescence : usage de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes, ESCAPAD 2002 », Rapport OFDT, septembre 2003.

172. CHOQUET Marie : « La consommation de stéroïdes anabolisants, une réalité parmi les jeunes scolarisés » in AEBERHARD Patrick et BRECHAT Pierre-Henri : « Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes », ENSP, 2003.

173. LAURE Patrick : « Dopage et société », Paris, Ellipses, 2000. (Cité dans le rapport Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002 de l'OFDT).

174. CFES : « Baromètre santé 2000, résultats », éditions CFES, 2001.

175. Inserm, Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDc).

176. Ce chiffre comprend les suicides.

Pour les jeunes de 15 à 24 ans, les accidents de transport constituent la première cause de décès (41 % des décès pour les deux sexes dans cette classe d'âge, 44 % des décès des jeunes hommes et 34 % des jeunes filles). Le rapport du Haut comité de santé publique (HCSP) sur la souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes tend à mieux cibler les accidents susceptibles d'être l'objet d'actions de prévention et l'attention à porter spécifiquement au fonctionnement psychique de certains jeunes présentant des accidents à répétition, qui nécessitent alors d'autres types d'interventions spécialisées<sup>177</sup>.

- Les accidents sont à l'origine du quart des déficiences motrices

D'après l'enquête *Handicaps-incapacités-dépendance* (HID) de l'Insee<sup>178</sup>, les déficiences motrices déclarées par la population, tant en institution qu'à domicile, sont dans 25 % des cas d'origine accidentelle : 7 % sont la conséquence d'un accident du travail, 5 % d'un accident de la circulation, 4 % d'accidents domestiques et 3 % d'accidents de sport ou de loisirs. Un cinquième des déficiences motrices des quatre membres a une origine accidentelle, un accident de la circulation dans la moitié des cas.

Les hommes sont plus fréquemment victimes d'accidents du travail, entraînant plus de conséquences en termes de déficiences : 84 % des personnes qui déclarent une déficience suite à un accident du travail sont des hommes. Les femmes sont quant à elles plus nombreuses à déclarer une déficience liée à un accident domestique (78 %).

- Les accidents de la route, première cause de mortalité des jeunes

En 2003, 6 058 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route (décès survenu dans les 30 jours)<sup>179</sup>. Durant la même année, 115 929 personnes ont été blessées dont 19 207 gravement<sup>180</sup>. On estime que chaque année 3 000 personnes restent handicapées à plus de 50 % à la suite d'un accident de la route, et environ 740 000 personnes déclarent souffrir d'au moins une déficience causée par un accident de la circulation<sup>181</sup>.

Au sein de l'Union européenne (15 membres), la France se situait en 2002 au cinquième rang pour le nombre de tués par habitant (128 tués à 30 jours par million d'habitants) après le Portugal, la Grèce, la Belgique et l'Espagne. La Suède, qui a le plus faible taux de mortalité pour ce motif, enregistre 2,1 fois moins de tués sur les routes par habitant que la France en 2002.

177. HCSP : « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », Éditions ENSP, février 2000.

178. Exploitation Drees.

179. 5 731 décès à 6 jours, chiffre généralement repris par les médias.

180. « La sécurité routière en France : bilan de l'année 2003 », Rapport annuel de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière, La Documentation Française, 2004, disponible sur le site : <http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/>.

181. BELLAMY Vanessa : « Les handicaps liés aux accidents de la route, les données de l'enquête HID » in GAYRARD Pascale et al. : « Accidents de la route, des handicaps et des décès évitables », ADSP, HCSP, n°41, décembre 2002, La Documentation Française.

Entre 2002 et 2003, le nombre de décès enregistrés pendant une période de 6 jours après l'accident a reculé de 21 % (soit 1 511 tués en moins), le nombre de tués à 30 jours passant de 7 655 à 6 059 sur la même période. Le nombre de blessés a, lui aussi, fortement baissé (-21 910), pour un nombre d'accidents corporels en nette diminution (-15 250).

Ce recul est important, surtout après une année 2002 marquée elle aussi par une diminution du nombre de tués (-6 % de tués à 30 jours entre 2001 et 2002 et -9,7 % d'accidents corporels sur la même période). Ces données sont encourageantes. De plus, avec 6,35 tués à 6 jours pour 100 accidents corporels, la gravité des accidents est inférieure de 0,52 points en 2003 à celle de 2002 qui était la plus forte de ces vingt dernières années. Elle reste proche de celle enregistrée en 2000 (6,3) et 1995 (6,33). Une partie de ces résultats peut être expliquée par un certain nombre de mesures prises récemment (augmentation de 7 % des contrôles, déploiement de nouveaux radars, importante couverture médiatique...). Il convient pourtant de rester prudent. En effet, sur l'ensemble de la période 1970 et 2002, le nombre de personnes décédées à 30 jours a reculé en moyenne de 2,4 % par an en France, contre 3,6 % aux Pays Bas et 3,5 % en Allemagne. En outre, si le nombre de tués diminue pour toutes les classes d'âge entre 2002 et 2003, le bilan demeure malgré tout préoccupant chez les jeunes. La classe d'âge des 15-24 ans représente 13 % de la population mais 26 % des tués sur la route. Les conséquences en termes de morbidité sont également préoccupantes et, au total, on compte dans cette tranche d'âge 4 752 victimes (tués et blessés) par million d'habitants (contre 2 539 pour les 25 à 44 ans, 1 436 pour les 45 à 64 ans, 1 072 pour les plus de 65 ans et 840 pour les moins de 15 ans). Ainsi, les 15-24 ans sont-ils les plus exposés, avec un taux de risque 2,3 fois plus fort que la moyenne.

En 2003, les femmes avaient 2,9 fois moins de risque d'être tuées que les hommes pour le même nombre de kilomètres parcourus. Il convient néanmoins de noter qu'elles se déplacent davantage en secteur urbain. Les personnes âgées ont des accidents moins fréquents mais plus graves : près de 48 % des piétons et 32 % des cyclistes tués ont plus de 65 ans.

Le nombre de tués connaît des pics annuels (au cours de l'été), hebdomadaires (les week-ends et veilles de fêtes) et journaliers (aux alentours de 18 heures). Au cours de l'année, c'est au mois de juin que se produisent le plus grand nombre d'accidents (1 sur 10), au cours de la semaine, le vendredi et le samedi. C'est dans les nuits du vendredi au samedi et du samedi au dimanche, entre 4 et 6 heures que les accidents sont les plus graves<sup>182</sup>.

Enfin, si les indicateurs de comportement montrent une évolution favorable, ils ne font pas état de modifications radicales. La prise de conscience du risque est cependant réelle puisque le Baromètre santé 2000 du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) indique que les Français de 12 à 79 ans placent les accidents de la circulation parmi leurs craintes principales, les personnes qui craignent le plus les accidents étant logiquement celles qui en ont déjà été victimes<sup>183</sup>.

182. « La sécurité routière en France : bilan de l'année 2003 », Rapport annuel de l'Observatoire de la sécurité routière, La Documentation Française, 2004 : <http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/>

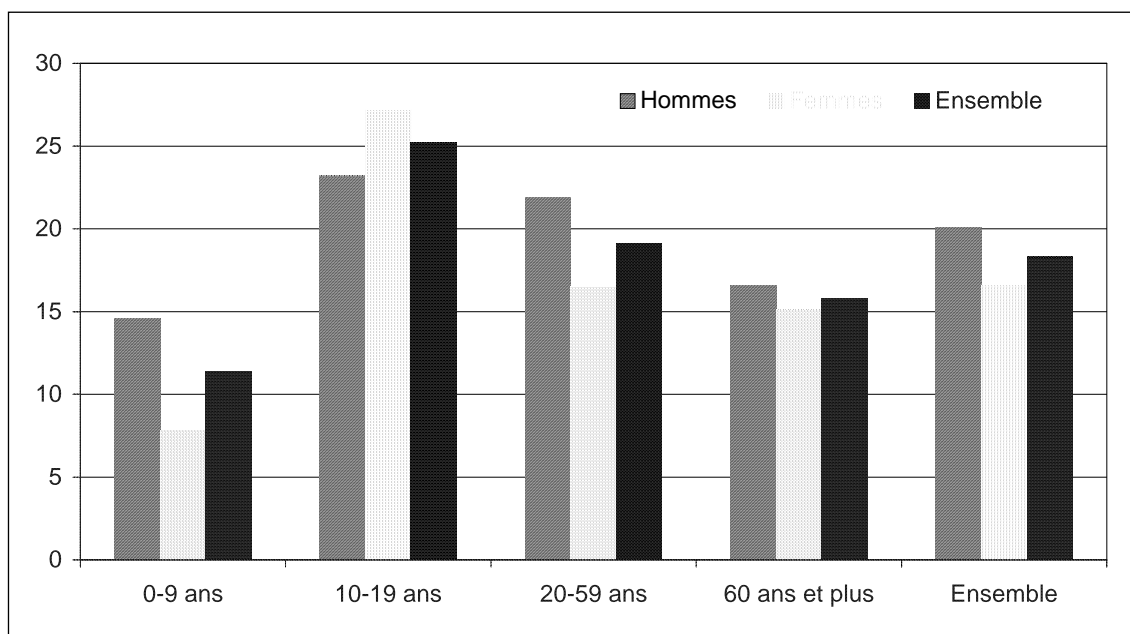
183. Baromètre santé 2000. Résultats Editions CFES, 2001.

- Les accidents de la vie courante sont à l'origine de plus de 19 000 décès en 1999

Les accidents dits de la vie courante sont ceux qui surviennent au domicile, à l'école et lors des activités sportives ou de loisirs. Contrairement aux accidents de la circulation, ils sont souvent banalisés, or ils représentent en France une des principales causes de mortalité évitable : 19 569 décès en 1999, soit 3,6 % de la mortalité totale et environ 2,5 fois plus de décès que les accidents de la route<sup>184</sup>.

Selon l'enquête SPS de 2000, menée par l'Irdes, ces accidents touchent principalement les jeunes de 10 à 19 ans, puis la population adulte, les hommes en particulier (graphique 2.6)<sup>185</sup>.

**Graphique 2.6 – Pourcentage de personnes victimes dans l'année d'au moins un accident de la vie courante**



Champ : France métropolitaine.  
Source : enquête SPS 2000, exploitation Cnamts.

Les accidents surviennent surtout au domicile et au cours des activités sportives. Les différences les plus importantes entre hommes et femmes portent sur la tranche d'âge des 25-64 ans où on retrouve plus d'accidents liés à une activité sportive chez les hommes (24,2 % contre 9,7 % pour les femmes) et plus d'accidents survenant au domicile chez les femmes (47 % contre 30,4 % pour les hommes) [tableau 2.7]. Les jeunes sont les plus concernés par les accidents liés à la pratique sportive.

184. ERMANEL Céline , THELOT Bertrand : « Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine », InVS, BEH n°19-20/2004, pp76-78.

185. GARRY Florence : « Les accidents de la vie courante en 2000 », Cnamts, Point stat, n° 39, avril 2003.

**Tableau 2.7 – Répartition des lieux de survenue des accidents de la vie courante**

en %

	moins de 25 ans			25-64 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Lieu non précisé	1,5	3,8	2,1	3,6	5,4	4,5
Domicile	20,1	16,2	18,8	30,4	47,0	38,5
École	17,9	21,0	19,2	0,0	0,0	0,0
Activité sportive	32,8	36,2	34,3	24,2	9,7	17,2
Lieu de loisirs	9,0	14,3	11,3	9,3	7,6	8,7
Autres	18,7	8,6	14,2	32,5	30,3	31,1
<b>Tous lieux</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

	65 ans ou plus			Tous âges		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Lieu non précisé	5,7	13,9	9,9	2,8	5,8	4,2
Domicile	62,9	55,6	59,2	30,0	38,0	33,8
École	0,0	0,0	0,0	6,6	6,7	6,7
Activité sportive	2,9	2,8	2,8	25,3	17,5	21,6
Lieu de loisirs	5,7	8,3	5,6	8,8	9,8	9,3
Autres	22,9	19,4	22,5	26,4	22,1	24,4
<b>Tous lieux</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Champ: France métropolitaine.  
Source: enquête SPS 2000, Irdes.

Ces chiffres confirment ceux de l'enquête *Accidents de la vie courante* de la Cnamts qui estime à plus de 380 000 le nombre annuel d'accidents de sport chez les jeunes de 10 à 24 ans<sup>186</sup>. Les garçons sont touchés deux à trois fois plus que les filles. Parmi les accidents, un peu moins de 345 000 ont nécessité des soins, dont 50 000 une hospitalisation d'une durée moyenne de sept jours.

Toujours d'après l'enquête SPS de 2000, un accident de la vie courante sur douze débouche sur une hospitalisation, et le recours aux urgences a lieu dans plus d'un tiers de ce type d'accidents (un cas sur deux pour les accidents scolaires et plus de 60 % chez les enfants de 0 à 9 ans).

- Les chutes :  
un risque majeur pour les personnes très âgées

Les chutes représentaient en 1999 la première cause (54 %) des décès par accident de la vie courante : 63 % chez les femmes et 43 % chez les hommes. Comparativement aux autres pays européens, la France enregistre des taux de mortalité par chute accidentelle parmi les plus élevés.

Près de 90 % des décès par chutes accidentelles sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans et plus<sup>187</sup>. De plus, parmi les décès liés à des accidents de la vie courante, la part relative des décès dus à une chute augmente très régulièrement avec l'âge :

186. GARRY Florence : « Les accidents de sport chez les jeunes de 10 à 24 ans », Cnamts, *Point Stat*, n° 14, 1999.

187. ERMANEL Céline, THELOT Bertrand : « Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine », *BEH*, n° 19-20/2004, InVS, pp76-78.

de 55 % pour la classe d'âge 75-84 à 72 % pour celle de 85 à 94 ans, jusqu'à atteindre 77 % pour les personnes âgées de 95 ans et plus<sup>188</sup>. On constate cependant une diminution du taux de mortalité standardisé sur l'âge dû à cette cause depuis les années 80, puisqu'il est passé de 21,8/100 000 en 1982 à 19,7/100 000 en 1990 puis à 15,5/100 000 en 1999, cette diminution ne concernant que les enfants et les personnes âgées<sup>189</sup>.

#### II.2.4 Un déterminant important de la santé mentale : l'environnement psychosocial

---

L'environnement psychosocial est un déterminant important de la santé mentale. Il est susceptible d'être à l'origine de souffrances psychiques contribuant à déclencher ou aggraver certains troubles mentaux et à provoquer des conduites suicidaires<sup>190</sup>.

D'après l'enquête Baromètre santé 2000 du CFES, l'influence des conditions socio-économiques défavorables telles que le chômage se reflète par exemple dans l'expression de la qualité de vie et dans certains comportements de santé (tentative de suicide, augmentation de la fréquence de consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis).

À côté de ces déterminants socio-économiques, les facteurs individuels et les trajectoires de vie tels que l'isolement ou les ruptures affectives sont en lien avec un mal-être, les craintes exprimées vis-à-vis de différents risques ou de maladies (cancers, maladies cardiaques, maladies respiratoires, maladies liées au tabac...), et des consommations plus importantes de tranquillisants, de somnifères ou d'antidépresseurs.

- La souffrance psychique :  
des différences selon les sexes qui s'atténuent  
avec des conditions de vie plus difficiles

L'enquête Baromètre santé 2000 du CFES montre que chez les personnes âgées de 12 à 75 ans, les femmes déclarent deux fois plus souvent que les hommes ressentir une douleur morale.

Les analyses multivariées montrent toutefois que trois dimensions essentielles sont à l'origine des différences entre femmes et hommes : la maladie, la vie en couple et l'insertion professionnelle.

Ces deux derniers facteurs sont largement à l'origine de la surdéclaration de la douleur morale chez les femmes. D'autres facteurs (expérience de la violence et pratique religieuse) semblent jouer un rôle moins important, bien que leur impact soit non négligeable.

Bien que les différences d'éducation, de culture et de rapport à la société des femmes et des hommes se traduisent par des rapports subjectifs différents à la douleur, les auteurs constatent que les probabilités de déclarer une douleur morale se rapprochent quand

---

188. BADEYAN Gérard, COLIN Christel : « Les personnes âgées dans les années 90 : perspectives démographiques, santé et mode d'accueil », Drees, *Études et Résultats*, n° 40, novembre 1999.

189. ERMANEL Céline, THELOT Bertrand : « Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine », *BEH*, n° 19-20/2004, InVS, pp76-78.

190. LOVELL Anne : « les troubles mentaux », in LECLERC et al. : « Les inégalités sociales de santé », La Découverte, 2000, (collection Recherche), p. 251-266.



les situations des personnes deviennent plus difficiles (chômage ou cumul de facteurs de précarité). Ainsi, les dispositions subjectives à faire état d'une douleur différeraient, non pas principalement du fait du sexe de l'individu, mais bien plutôt en raison de la situation dans laquelle il se trouve, laquelle induit un certain type de comportement et autorise, ou interdit, tel ou tel mode d'expression de la douleur.

Les données de l'enquête Baromètre 2000 – qui confirment à cet égard d'autres travaux – mettent également en évidence des liens entre les situations de chômage et les tentatives de suicide, ainsi que les consommations de substances psycho-actives (consommation de tabac, d'alcool, de cannabis).

À côté des facteurs économiques, le poids des facteurs individuels et psychologiques, l'incidence des trajectoires de vie (ruptures, isolement) se trouve confirmée par l'enquête. Craintes, mal-être, souffrance psychique sont un symptôme de ces processus de fragilisation de même que la consommation de somnifères, de tranquillisants, d'antidépresseurs, ainsi que les tentatives de suicide. Ces symptômes apparaissent pour une part comme des conséquences ultimes de « l'enchaînement causal (possible) des facteurs de précarisation »<sup>191</sup>.

Cette étude valide l'hypothèse selon laquelle « le cumul des handicaps et des facteurs de risques est multiplié pour ceux qui sont dans une situation affective et professionnelle défavorable »<sup>192</sup>. Face aux exigences contemporaines de la société (rapidité, efficacité, demande croissante de prise d'initiative et de responsabilité), certains individus se trouveraient confrontés à des difficultés à « faire face » et à ce que A. Ehrenberg appelle « la fatigue d'être soi »<sup>193</sup>.

- Une période de plus grande fragilité : l'adolescence

Plusieurs grandes enquêtes sur les attitudes et les comportements des jeunes à partir de 11 ou 12 ans montrent que les garçons expriment leurs difficultés préférentiellement à travers des troubles de la conduite (violences, prises de risque, consommation de produits psycho-actifs), et les filles à travers les plaintes et les troubles corporalisés (tentatives de suicide, troubles fonctionnels et de l'humeur, troubles des conduites alimentaires...).

En 2000 l'enquête annuelle transversale *Escapad*<sup>194</sup> montre que, parmi les jeunes âgés de 17 à 19 ans, les signes de malaise psychologique sont fréquents et que, quel que soit le signe considéré, les filles en déclarent davantage que les garçons.

En particulier, elles sont deux fois plus nombreuses à déclarer « qu'au cours des douze derniers mois il leur est arrivé... assez ou très souvent » : « de se réveiller la nuit » (47 % contre 22 % pour les garçons), « d'être inquiètes » (60 % contre 29 % pour les garçons), « de manquer d'énergie » (40 % contre 22 % pour les garçons).

191. HCSP/ministère de l'Emploi et de la solidarité/secrétariat d'État à la Santé : « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », 1998.

192. AÏACH Pierre, CÈBE Dominique : « Les inégalités sociales de santé », La Recherche, 1994.

193. EHRENBURG Alain : « La fatigue d'être soi. Dépression et société », Paris, Odile Jacob, 1998.

194. BECK François et al. : « Regard sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000 », Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Cependant, à « quantité » égale de signes déclarés, ceux mentionnés par les garçons sont plus « aigus » : « se sentir déprimé », « être désespéré en pensant à l'avenir », « penser au suicide » alors que les filles mentionnent plus fréquemment des signes tel que : « se sentir nerveuse », « manquer d'énergie », « avoir du mal à s'endormir », « se réveiller la nuit ». Ces différences sont confirmées par les résultats pour l'année 2000 du Baromètre santé<sup>195</sup> chez les jeunes des 12 à 25 ans.

Cependant l'interprétation de ces données est complexe, comme le souligne le rapport du HCSP « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes »<sup>196</sup>. En effet, si la souffrance psychologique peut s'exprimer à travers une diversité de comportements et de troubles, ceux-ci ne peuvent être considérés en eux-mêmes comme des mesures fiables de cette souffrance, car des facteurs sociaux et environnementaux sont susceptibles de favoriser ou non leur survenue. En outre, tous les troubles ou comportements n'ont pas le même degré de signification en termes de souffrance psychique<sup>197</sup>.

En effet, il est difficile de distinguer le processus normal d'adolescence qui peut provoquer des manifestations bruyantes et transitoires, des expressions d'un malaise persistant, plus difficilement identifiables et à tort banalisées. C'est pourquoi l'on estime actuellement que l'incidence de la dépression chez les adolescents est généralement sous-évaluée<sup>198</sup>.

## II.2.5 Violences et maltraitances : une prise de conscience qui se développe

---

La prise de conscience de plus en plus forte dans notre société de la fréquence des actes de maltraitance, souvent commis dans la sphère familiale, a amené ces dernières années les chercheurs et les pouvoirs publics à se pencher sur ces phénomènes jusque là méconnus. Ce sont les femmes, les enfants et les personnes âgées qui apparaissent le plus souvent victimes de ces diverses formes de violences.

L'ampleur du phénomène reste difficile à appréhender. L'augmentation du nombre d'appels reçus par les « numéros verts » et des plaintes ou signalements enregistrés par l'administration témoignent d'une prise de conscience et d'une meilleure communication sur ces thèmes, ce qui constitue un axe important des actions de prévention, mais ne renseigne guère sur l'évolution effective des pratiques de maltraitance.

Se pose en outre la question de la définition des formes de violence prises en compte, qui peuvent englober des insultes entendues dans la rue, des violences conjugales, ou bien sûr des agressions extérieures y compris en milieu professionnel ou scolaire.

La définition des populations vulnérables aux faits de violence interroge également. Ainsi, sous ce terme, on regroupe aussi bien les personnes soumises à des violences dans la sphère publique ou dans des cadres spécifiques, impliquant généralement une relation d'autorité ou un rapport de forces (dans le cadre du travail notamment), que dans la sphère privée (violences conjugales). Cela ne signifie pourtant pas que ces populations soient proportion-

---

195. « Baromètre santé 2000, Enquête auprès des 12-75 ans », CFES 2001.

196. HCSP : « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », Rennes, ENSP, 2000.

197. HCSP : « La santé en France 2002. Rapport du HCSP, février 2002 », La documentation française, 2002.

198. HCSP : « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », Rennes, ENSP, 2000.

nellement systématiquement plus exposées au risque global d'agressions ou d'actes de violence. L'enquête *EPCV*<sup>199</sup> de janvier 2000, réalisée par l'Insee, montrait ainsi que 7 % des hommes, contre 6 % des femmes avaient subi ce type d'agression au cours des deux dernières années. Les personnes généralement considérées comme vulnérables sont par contre celles qui ressentent le plus fréquemment différentes formes d'insécurité : selon la même enquête, il arrive à 12 % des femmes de se sentir en insécurité à leur domicile, et à 9 % d'avoir peur quand elles se déplacent seules le soir dans leur quartier (contre 3 % des hommes dans les deux situations). Les personnes âgées sont également plus concernées par ces sentiments que les plus jeunes. La meilleure connaissance des phénomènes de violence et de leur impact en termes de santé apparaît à cet égard comme un élément important à développer dans les années à venir.

- Les violences envers les femmes sont en partie occultées par les victimes elles-mêmes

L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) a été réalisée par téléphone de mars à juillet 2000, auprès d'un échantillon représentatif de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans, résidant en métropole et ne vivant pas en institutions<sup>200</sup>. La violence n'était jamais directement nommée dans l'enquête, l'occurrence de différents faits précis non qualifiés comme violent a priori étant recueillie pour les douze derniers mois. L'enquête a aussi porté sur les violences les plus graves subies au cours de la vie.

Un des enseignements de l'enquête Enveff a été de mettre en évidence l'ampleur du silence et l'occultation des violences subies par les femmes. Cependant, la définition des violences retenues dépassait très largement les seules violences sexuelles ou conjugales et s'étendait à la fois à la nature des actes retenus (insultes verbales...) et au champ (aussi bien les violences domestiques que dans la rue ou au travail). Ceci pose la question du bien-fondé de l'exclusion des hommes du champ de l'enquête, ainsi que celle du risque de mettre sur le même plan des faits de natures tout à fait différentes dans leur gravité et leurs répercussions sur les personnes qui en sont les victimes. Enfin, le recueil des faits doit s'accommoder des différences de sensibilité des répondantes : les résultats ainsi que les impressions des enquêtrices laissent penser que les femmes jeunes et les plus diplômées déclarent plus facilement les faits et y sont plus sensibilisées.

Globalement, plus d'une femme sur dix déclare avoir subi une ou plusieurs agressions sexuelles au cours de sa vie : ces agressions comprennent essentiellement des tentatives de rapport forcé (5,7 % des femmes), des attouchements (5,4 %) et des rapports forcés (2,7 %). Une valeur sensiblement équivalente avait été observée à cet égard dans le Baromètre santé qui soulignait la fréquence plus faible des agressions sexuelles subies par les hommes.

Dans la rue, les transports en commun ou les lieux publics, l'agression la plus fréquente est l'insulte ou la menace verbale. 13 % des femmes interrogées disent en avoir subi au cours de l'année, et cet affront s'est répété pour plus de la moitié d'entre elles. Dans 25 % des cas, les femmes connaissent la personne qui a proféré l'insulte. Les agressions verbales sont plus fortement répandues dans les grandes villes et surtout en région parisienne.

199. MICHAUDON Hélène : « Le cadre de vie des plus de 60 ans », Insee, *Insee Première*, n° 760, février 2001.

200. JASPARD Maryse et al. : « Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France », Ined, *Population et sociétés*, n° 364, janvier 2001.

Les atteintes sexuelles subies dans l'espace public, déclarées par 2 % des femmes, sont principalement constituées d'avances sexuelles et de pelotage. Les attouchements sexuels, les tentatives de viol et les viols sont nettement moins fréquents.

Au travail, les faits retenus comme actes violents sont très divers. Les insultes et les menaces verbales, que 8 % des femmes déclarent avoir subies, sont principalement le fait d'usagers ou de clients, pour l'essentiel de sexe masculin. Ces injures ne sont pas les seules formes d'humiliations repérables dans le cadre de l'activité professionnelle : 17 % des femmes déclarent soit s'être vu imposer des « horaires, des tâches, des services dont personne ne veut », soit avoir fait « l'objet de critiques répétées et injustes », soit avoir été « mises à l'écart ». Ces pressions psychologiques – de même que les insultes – sont plus souvent déclarées par les femmes d'âge et de niveau de diplôme extrêmes : les femmes jeunes de niveau inférieur au baccalauréat (29 %) et, dans une moindre mesure, les femmes âgées de plus de 45 ans de formation supérieure (20 %).

Là encore, la plus grande partie des faits de harcèlement sexuel rapportés consistent en avances sexuelles et pelotage, les tentatives de viol et viols étant relativement rares à l'échelle d'une année.

Au sein des couples, la définition retenue de la violence conjugale était assez extensive et regroupait des faits très divers. Les résultats portent sur les femmes qui ont vécu en couple au cours des douze derniers mois.

37 % des femmes déclarent avoir subi des « pressions psychologiques » qui comprennent les actions de contrôle (par exemple, exiger de savoir avec qui et où l'on a été), d'autorité (imposer des façons de s'habiller) ou les attitudes de dénigrement, de mépris. 4,3 % déclarent avoir subi des agressions ou des menaces verbales qui incluent les insultes, les menaces et le chantage affectif (s'en prendre aux enfants, menacer de se suicider). 2,5 % des femmes rapportent des agressions physiques et 0,9 % des viols ou d'autres pratiques sexuelles imposées.

Les femmes qui ne sont plus avec leur partenaire au moment de l'enquête, en particulier les divorcées avec ou sans enfants, ont déclaré trois à quatre fois plus souvent avoir subi des violences, notamment sous forme de harcèlement moral. Les femmes les plus jeunes (20-24 ans) déclarent en outre nettement plus souvent que leurs aînées avoir subi des violences conjugales ce qui peut révéler une sensibilité accrue dans ces générations. Dans une moindre mesure, les chômeuses semblent également plus exposées que les femmes ayant un emploi. Les violences physiques sont perpétrées dans tous les milieux sociaux mais parmi les femmes de plus de 25 ans, les cadres rapportent nettement plus d'agressions physiques, répétées ou non ce qui aussi peut révéler une moindre tolérance à ces comportements : 4 % en déclarent au moins une, contre 2 % des employées ou professions intermédiaires.

- Une réflexion s'organise autour de la question des violences et des maltraitements auxquelles sont exposées les personnes âgées

### ***Un sentiment d'insécurité qui semble excéder l'exposition effective aux violences***

L'enquête *EPCV* de janvier 2000 comportait un certain nombre de questions portant sur les nuisances et l'insécurité, qui permettent d'évaluer à la fois l'exposition au risque de violence durant les deux dernières années et la perception de ce risque qu'en ont les personnes âgées vivant à domicile.

La proportion de ménages ayant subi un cambriolage dans les deux dernières années n'est pas plus importante lorsque la personne de référence a plus de 60 ans (3 %). Par ailleurs, ces ménages sont moins souvent victimes du vol de leur véhicule ou d'objets à l'intérieur (mais ils possèdent et utilisent moins souvent un véhicule). Enfin, ils sont moins souvent victimes de vol (sac à main, portefeuille).

Par ailleurs, ils ont moins souvent subi des agressions ou des actes de violence au cours des deux dernières années : 11 % des moins de 30 ans, 7 % des 30-59 ans, 3 % des 60-69 ans, 1 % des 70 ans et plus.

La perception du risque d'agression ou de violence n'est pas en adéquation avec ce constat. Au contraire, il arrive à une proportion plus importante de personnes âgées de se sentir en insécurité à domicile (6 % des 40-49 ans, 8 % des 50-59 ans, 9 % des 60-69 ans, 11 % des 70-79 ans et 10 % des 80 ans et plus). Par contre, de façon cohérente avec leur moindre exposition aux risques de violences ou d'agressions à l'extérieur du domicile, une proportion moins importante d'entre elles, comparée aux plus jeunes, déclare avoir peur quand elles se déplacent seules le soir dans leur quartier.

### ***Le recours aux réseaux d'écoute***

En France, un réseau d'écoute national « Allô – Maltraitance des personnes âgées » (ALMA), a été mis en place depuis 1995. Le nombre annuel d'appels dénonçant des maltraitements augmente de façon régulière : il est passé de 727 en 1995 à 4 800 en 2002.

Plusieurs rapports ont été publiés à partir des analyses des appels reçus<sup>201</sup>. Les victimes se plaignent notamment de problèmes financiers (spoliation d'argent, de biens mobiliers ou immobiliers), de maltraitements psychologiques (menaces de rejet, humiliation, infantilisation) et de maltraitements physiques (brutalités, coups, escarres non soignés). Les négligences dans l'aide à la vie quotidienne sont également citées (pour le lever, le coucher, la toilette, le repas, la marche). Les auteurs de ces négligences ou maltraitements sont principalement issus de l'entourage familial (pour la moitié des appels environ), et le lieu de la maltraitance est dans 64 % des cas le domicile (de la personne âgée ou plus rarement de sa famille).

201. Voir le site : <http://www.alma-france.org/>

Toutefois, ce ne sont pas forcément les personnes âgées les plus maltraitées ou négligées, tant à domicile qu'en institution, qui appellent les réseaux d'écoute. Soit elles n'en ont pas la possibilité, étant affaiblies par une dépendance physique et/ou psychique plus prononcée, soit elles n'osent pas le faire, de peur de représailles qui aggraveraient les maltraitements déjà subies.

Une meilleure connaissance des phénomènes de maltraitance dans toutes leurs dimensions apparaît donc comme un enjeu important, à la fois en termes de dépistage et de surveillance, mais aussi dans le cadre d'une approche élargie, par exemple aux phénomènes d'abandon ou de négligences.

### ***La maltraitance en institution et les signalements***

La préoccupation concernant les données sur la maltraitance des personnes âgées en institution, et tout particulièrement en maison de retraite, est assez récente. La Direction générale des affaires sociales du ministère de la Santé et de la protection sociale (DGAS) a établi un système de remontée d'informations concernant les signalements de maltraitements en institution, mais les maisons de retraite n'ont été introduites dans le champ des établissements concernés qu'en 2001. Six signalements ont été enregistrés en maison de retraite en 2001 et 28 en 2002, soit respectivement 4 % et 13 % de l'ensemble des signalements. Le recul est insuffisant et les données encore trop instables pour que l'on puisse interpréter cette hausse.

- Les enfants et adolescents

### ***L'enfance maltraitée : légère augmentation des signalements par l'Observatoire national de l'enfance en danger***

L'Observatoire national de l'enfance en danger, issu de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas), dispose de résultats annuels sur l'évolution du nombre de signalements d'enfants en danger et des facteurs de danger. Ces données proviennent d'une enquête auprès des conseils généraux, et bien qu'elles soient les seules disponibles, sont sujettes à quelques réserves méthodologiques liées à la complexité du système de signalement.

L'enquête portant sur l'année 2002 révèle une légère augmentation des signalements effectués par les conseils généraux : 86 000 cas dont 18 500 enfants maltraités et 67 500 enfants en risque de maltraitance ont été signalés, soit 500 cas de plus que l'année précédente<sup>202</sup>. Le principal facteur explicatif réside dans une modification des circuits du signalement et leur rationalisation, avec moins de saisines directes du Parquet. Par ailleurs, l'amélioration des systèmes d'information dans les départements permet une meilleure connaissance de ces données.

Si le nombre d'enfants maltraités ainsi repérés reste stable (18 000 en 2001, 18 300 en 2000), la typologie des maltraitements en 2002 confirme la tendance esquissée depuis 2000 : les signalements pour abus sexuels augmentent légèrement, les signalements

202. « La décentralisation et la protection de l'enfance : Quelles réponses pour quels dangers ? » Rapport de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée, 15 octobre 2003. Site Internet de l'Odas : <http://www.odas.net/> consulté le 04 août 2004.

pour violence physique diminuent. En 2002, 5 900 cas d'abus sexuels ont été recensés. Les violences physiques et psychologiques ont concerné respectivement 5 600, et 2 000 enfants. Enfin, 5 000 cas de négligences lourdes ont été dénombrés.

Certaines situations de maltraitance ont donné lieu à une investigation policière ou de gendarmerie. Les statistiques de la police et de la gendarmerie permettent ainsi de distinguer, parmi ces situations de maltraitance, celles qui se sont déroulées dans un contexte familial ou en dehors.

Ainsi, en 1998, 16 434 affaires de violences sexuelles ont été recensées par la police, dont 31 % dans le cadre familial. En ce qui concerne les violences, mauvais traitements et abandon d'enfants, la police et la gendarmerie ont procédé à 5 700 investigations. Les violences retenues sous cet item sont toutes commises dans le milieu familial. 102 homicides de mineurs ont été recensés, dont 81 % perpétrés dans le milieu familial.

### ***Une baisse sensible du nombre de déclarations d'incident violent par les établissements scolaires publics en 2002-2003***

Dans le cadre d'une politique de prévention et de gestion de la violence scolaire, le logiciel SIGNA a été installé à la rentrée scolaire 2000/2001 dans l'ensemble des établissements publics du second degré et circonscriptions du premier degré. Il permet à la Direction de l'évaluation et de la prospective (DEP) du ministère de l'Éducation nationale de réaliser des statistiques sur les violences<sup>203</sup>.

Tout incident grave, à l'école et dans ses abords, fait ainsi l'objet d'un recensement, dont les données sont centralisées tous les deux mois. Un tel recensement n'est pas exempt de subjectivité, les établissements pouvant être plus ou moins sensibles aux incidents, et les déclarer ou non selon les moments. Les résultats recueillis de septembre/octobre 2002 à mars/avril 2003 se révèlent cependant stables et rejoignent pour une large part les constats des sociologues.

Sur l'ensemble de l'année scolaire 2002-2003, près de 23 % des établissements publics n'ont déclaré aucun incident. Une diminution sensible du nombre de signalements, de l'ordre de 10 %, a en outre été enregistrée en 2002-2003 par rapport à l'année scolaire précédente.

La concentration des incidents est élevée : les 10 % d'établissements qui ont signalé le plus d'actes sur l'ensemble de l'année ont déclaré environ la moitié du nombre total d'incidents, et les 5 % qui en ont déclaré le plus en regroupent environ un tiers.

Le second degré représente environ 95 % de l'ensemble des signalements<sup>204</sup>. Si l'on tient compte du nombre d'élèves que les différents types d'établissements scolaires accueillent, ce sont les lycées professionnels qui apparaissent les plus exposés, viennent ensuite les collèges, puis les lycées généraux et technologiques.

203. HOULLE Rodolphe : « Les actes de violence à l'école recensés dans SIGNA en 2002-2003 », note d'information, n°04.04, février 2004, ministère de l'Éducation nationale (site Internet : <http://www.education.gouv.fr/stateval/ni/listni2004.html> consulté le 04 août 2004)

204. Dans le second degré public, 5 100 collèges, 1 100 lycées professionnels et 1 500 lycées accueillent 4 260 000 élèves à la rentrée 2002.

Les signalements d'incidents graves dans le premier degré restent limités ; en 2001-2002 comme en 2002-2003, moins d'une école sur vingt a rapporté un incident (ou plus), ce qui représente moins d'un incident pour mille élèves. Les violences physiques sans arme, les insultes ou menaces graves et les vols sont les actes les plus fréquents.

Les élèves sont auteurs de 80 % des actes signalés : plus de 90 % des insultes ou menaces graves et des violences physiques sans arme sont en effet de leur fait. Leur part dans les actes les plus graves reste très élevée bien qu'un peu moindre : ils sont auteurs d'environ 80 % des violences physiques avec arme ou à caractère sexuel. Sur l'ensemble des signalements, 12 % des actes sont commis par des inconnus – le plus souvent des vols – et environ 5 % par des personnes étrangères à l'établissement. Les familles d'élèves ne sont auteurs que de 1,5 % des actes.

Parmi les élèves, l'auteur d'actes de violence est neuf fois sur dix un garçon, tandis que les filles sont victimes quatre fois sur dix.

Les élèves constituent environ la moitié des personnes victimes d'incidents mais ils apparaissent sensiblement moins exposés que les enseignants, et surtout que les personnels de direction. Ces derniers sont surtout victimes de violences verbales, dans 65 % des cas.

Plus de 40 % des actes se produisent dans la cour de récréation ou la salle de cours. Un peu plus d'un acte sur dix advient dans les lieux de circulation (couloirs, escaliers, etc.). Enfin, presque 20 % des incidents se déroulent hors de l'établissement, dont la moitié à ses abords. Il faut noter qu'un tiers des rackets ont lieu aux abords de l'établissement ainsi qu'un quart des violences physiques avec arme.

### ***La violence en institution : principalement des agressions sexuelles***

La source d'information est ici encore une fois la remontée d'information sur les signalements mise en place par la DGAS. Cette source était initialement essentiellement vers une mesure de la maltraitance des enfants en institution. Les mineurs constituent la majorité des victimes parmi les 151 signalements de maltraitance en institution, 84, soit plus de la moitié, concernaient des enfants mineurs, près d'un quart des jeunes adultes. Deux tiers des violences signalées sont des viols ou d'autres agressions sexuelles.

### ***Une forme extrême heureusement peu fréquente : les homicides***

Selon les chiffres fournis par le CépiDc, le nombre des homicides s'élevait à 503 en 2000 soit un taux de 0,9 pour 100 000 habitants. Ce taux avait diminué au cours des années 1990 de 1,1 en 1990 à 0,7 pour 100 000 habitants en 1998 et 1999. Par ailleurs, durant les dernières années, la tranche d'âge pour laquelle les taux d'homicides (tous sexes confondus) sont les plus élevés correspond aux très jeunes enfants de moins d'un an, ce qui illustre tragiquement la vulnérabilité de cette classe d'âge. Les taux fréquemment élevés observés chez les personnes très âgées (95 ans et plus) durant la dernière décennie interrogent également sur la vulnérabilité à l'autre extrémité de la vie.



## II.2.6 Les comportements sexuels : une protection largement développée mais avec la persistance de pratiques à risque

---

Les résultats du Baromètre santé 2000<sup>205</sup> montrent que la très grande majorité des personnes de plus de 15 ans interrogées a déjà eu des rapports sexuels : 90,3 % des hommes et 90,8 % des femmes de 15 à 49 ans : la proportion passe de 15 % à l'âge de 15 ans, à 59 % à 18 ans, 82 % à 20 ans et 97 % à 25 ans.

D'après l'enquête *Connaissances, attitudes, croyances et comportement face au VIH/sida en France* <sup>206</sup>, l'âge médian<sup>207</sup> au premier rapport sexuel est de 17 ans pour les hommes et de 18 ans pour les femmes. Les hommes sont deux fois plus nombreux à déclarer avoir eu leur premier rapport avant 16 ans. Les femmes comme les hommes ont eu très majoritairement une initiation de nature hétérosexuelle, bien que les hommes aient eu plus souvent une initiation homosexuelle<sup>208</sup> (1,7 % contre 0,7 % des femmes).

Cette enquête note en outre, depuis 1992, une tendance globale à la baisse du multipartenariat. Cette diminution s'est traduite par une augmentation du monopartenariat tant chez les femmes que chez les hommes et aussi, pour ces derniers, du nombre des abstinentes. Ainsi, en 2001, la proportion d'abstinentes est devenue identique chez les hommes et les femmes. Une forte majorité d'hommes et de femmes ne déclare qu'un seul partenaire dans l'année (85 % des hommes et 89 % des femmes), toutefois les hommes continuent à déclarer plus souvent des partenaires multiples que les femmes (respectivement 10 et 6 %).

- Des comportements de protection développés  
mais une vigilance qui tend à diminuer

Avant 1987, date des premières campagnes à destination du grand public sur la prévention du VIH, l'usage du préservatif au premier rapport sexuel était peu fréquent (12 %)<sup>209</sup>. Cet usage a augmenté fortement et régulièrement entre 1987 et 1995, pour se maintenir à un niveau élevé entre 1995 et 1999 (86 %), cette évolution étant observée pour les deux sexes. Depuis l'émergence du sida et suite aux campagnes de prévention, l'idée de se protéger lors du premier rapport sexuel semble assez bien ancrée dans l'esprit des plus jeunes.

L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel a peu évolué depuis 1994, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (enquête *Connaissances, attitude, croyances et comportement face au VIH/sida en France*). Parmi la population déclarant avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport, près des deux tiers l'ont fait « pour se protéger du sida ». Si une même proportion de femmes évoque la protection du sida et la contraception comme motifs d'utilisation du préservatif en 2001, les hommes déclarent moins souvent l'avoir utilisé « pour se protéger du sida » que parce que « c'est leur moyen de contraception habituel ».

---

205. GUILBERT Philippe, BAUDIER François, GAUTIER Arnaud (dir.) : « Baromètre santé 2000 », Éditions CFES, 2001.

206. Échantillon représentatif des 18-54 ans.

207. Âge auquel la moitié de la population a eu un premier rapport sexuel.

208. GRÉMY Isabelle (coord.) : « Les connaissances, attitudes, croyances et comportement face au VIH/sida en France - Évolution 1992 – 1994 – 1998 – 2001 », ORS Île-de-France, ANRS, 2001.

209. Baromètre Santé 2000 – CFES.

Toutefois les auteurs de l'enquête s'inquiètent d'une certaine indifférence à l'égard des risques d'infection par le VIH. Ils notent aussi que la crainte du sida diminue et observent une tendance à la baisse de l'utilisation du préservatif au cours des douze derniers mois. Celle-ci est davantage le fait des hommes (29 % l'ont utilisé en 2001 contre 36,5 % en 1998) et se retrouve surtout chez ceux qui apparaissent les plus concernés par le risque d'infection à VIH : les célibataires, les multipartenaires ainsi que ceux qui considèrent avoir un risque d'être contaminé supérieur à la moyenne. Elle concerne également les jeunes hommes âgés de 18 à 24 ans (71 % déclarent avoir utilisé le préservatif dans l'année contre 83 % en 1998). De plus, on observe en 2001 une baisse de la proportion de multipartenaires qui déclarent utiliser systématiquement un préservatif avec un partenaire occasionnel. Toutefois en 2001, les personnes les plus concernées par le risque VIH demeurent celles qui utilisent le plus fréquemment un préservatif.

- Maîtrise de la fécondité :  
la pilule demeure le principal moyen contraceptif

D'après le Baromètre santé 2000, presque toutes les femmes potentiellement concernées par la contraception (femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois, non stérilisées, ayant un partenaire sexuel, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant) utilisent un moyen pour éviter d'être enceintes (93,5 %). Parmi ces moyens, la pilule représente la principale méthode, rapportée par 60 % d'entre elles, quel que soit leur âge, avec un maximum entre 20 et 25 ans (86 %). Le stérilet vient en seconde position (23 %), mais reste exceptionnel avant 25 ans, le jeune âge et la nulliparité ayant été considérés jusqu'à récemment par le corps médical comme des contre-indications à son usage, compte tenu des risques de stérilité en cas d'infection. La contraception liée à l'acte (préservatif, retrait, méthode Ogino...) est minoritaire (17 %) et consiste essentiellement en l'usage du préservatif (13 %).

La majorité des personnes qui n'utilisent aucun moyen pour éviter une grossesse n'est donc pas concernée par la contraception car elles attendent ou souhaitent avoir un enfant, ne peuvent pas en avoir, ont exclusivement des rapports homosexuels ou déclarent ne pas avoir de partenaire sexuel au moment de l'enquête. Mais environ 7 % des femmes potentiellement concernées n'utilisent pas, ou pas systématiquement, un moyen contraceptif. Les facteurs qui diminuent le recours à la contraception dans cette population sont un faible niveau d'études, ainsi que le fait de ne pas vivre en couple ou de se déclarer mal informée sur la contraception.

#### **Objectif n° 97 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

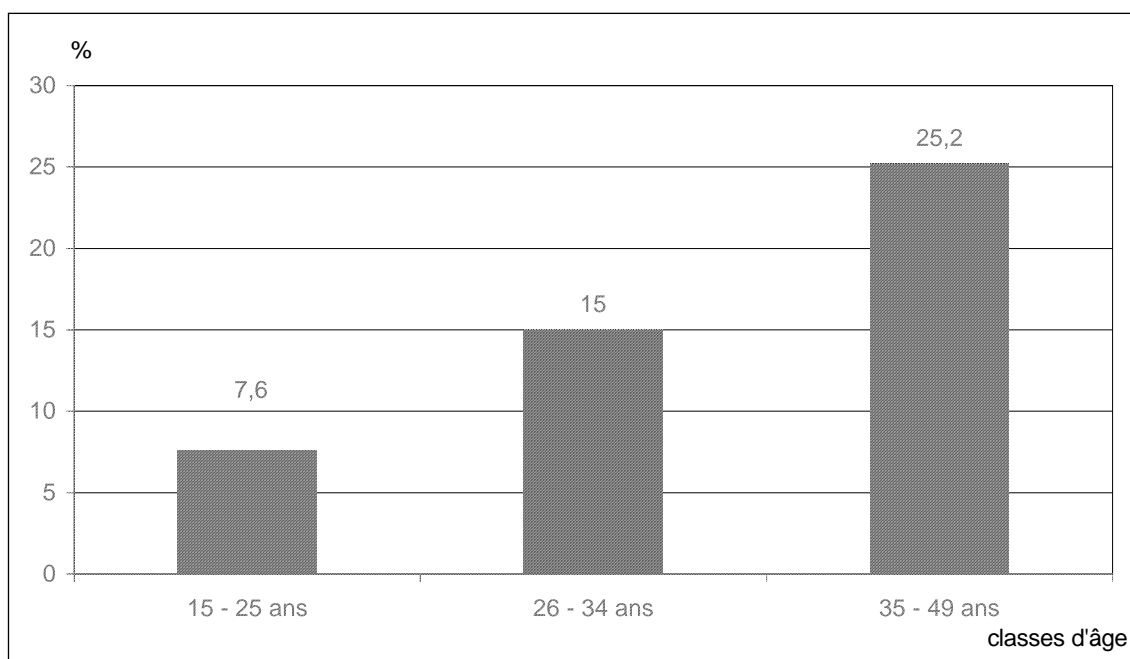
**A**ssurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours. Entre 15 et 49 ans, la proportion de femmes sexuellement actives potentiellement concernées par la contraception (femmes ayant un partenaire et qui n'attendent pas ni ne cherchent à avoir un enfant) qui n'utilisaient pas, ou pas systématiquement, un moyen contraceptif a été estimée à 6,5 % en par le Baromètre santé 2000. Cette proportion ne présume d'ailleurs pas de l'efficacité des moyens utilisés.

En 2000, selon le Baromètre santé, le recours à la pilule du lendemain était relativement peu fréquent : 9 % des femmes sexuellement actives y ont eu recours au moins une fois. C'est le cas de 14 % des femmes de moins de 25 ans (sans différence entre les 15-19 ans et les 20-24 ans contre seulement 6 % d'entre elles à partir de 35 ans. Cependant cette pratique semble avoir augmenté de façon notable depuis la mise sur le marché de nouveaux médicaments composés exclusivement de progestatif – lévonorgestrel – et vendus sans ordonnance en pharmacie : la vente des médicaments indiqués pour la contraception d'urgence, après avoir connu une forte augmentation (en terme d'unités de vente) observée en 2000, a encore progressé d'un tiers entre 2000 et 2003. Cependant, les moyens contraceptifs existants n'ont pas, loin de là, fait totalement disparaître les grossesses non désirées, en particulier chez les jeunes femmes les moins favorisées. Alors que le recours aux méthodes de contraception médicalisée n'a cessé de s'accroître en France depuis les années 1970, on observe parallèlement une relative stabilité des échecs de contraception<sup>210</sup>. Ces échecs ne résultent pas uniquement de situations où la femme ou le couple n'utilise pas de contraception. D'après le rapport du Haut comité de la santé publique (2002), c'est aussi l'observation d'une pratique régulière et efficace de la contraception qui semble aussi poser problème.

- Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) et la part des IVG médicamenteuses augmentent

D'après le Baromètre santé 2000, près d'une femme sur cinq (19 % des femmes de 15 à 49 ans) déclare avoir déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Ce pourcentage est de 6 % chez les jeunes de 15 à 19 ans. Il atteint 25 % dans la classe d'âge des 35-49 ans (graphique 2.7).

**Graphique 2.7 – Proportion des femmes ayant déjà eu une interruption volontaire de grossesse en fonction de l'âge**



Champ : France métropolitaine.

Source : Baromètre santé 2000, enquête auprès des 12-75 ans.

210. « La santé en France 2002 », rapport du Haut comité de la Santé publique (HCSP), LERIDON Henri, OUSTRY Pascale, BAJOS Nathalie et l'équipe COCON : « la médicalisation croissante de la contraception en France », Ined, *Population et sociétés*, juillet-août 2002.

En 2002 on évalue le nombre d'IVG (y compris les interruptions de grossesse pour motif médical – IMG) à 224 770 pour la France entière<sup>211</sup> (210 991 pour la France métropolitaine, dont 5 364 IMG). Ceci correspond à un taux de 15,2 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (contre 14,1 pour 1 000 en 1998). Ce taux moyen est de 14,7 pour 1 000 en France métropolitaine, les taux les plus élevés étant observés en Île-de-France et dans les régions du Sud-Est. Les départements d'outre-mer présentent un taux d'IVG plus important (29,4 pour 1 000 en 2002), particulièrement la Guadeloupe, où les IVG sont trois fois plus fréquentes qu'en métropole.

Le secteur hospitalier public assure plus des deux tiers des IVG. Son activité n'est minoritaire en ce domaine que dans huit départements, situés en Île-de-France surtout, ainsi que dans le Gard, la Haute-Garonne et le Tarn-et-Garonne, dont les taux d'IVG sont dans l'ensemble élevés. Par ailleurs, le nombre d'IVG pratiquées dans un département autre que celui où la femme est domiciliée est assez important (près d'une IVG sur six en métropole<sup>212</sup>), ces IVG se pratiquant toutefois à l'intérieur de la région dans près de trois cas sur quatre.

L'IVG par mode médicamenteux se développe progressivement : elle concernait le cinquième des IVG pratiquées en 1998 et 35 % en 2002 (hors IMG). C'est le secteur public qui assure la majeure partie des IVG médicamenteuses. Mais 7 % des établissements publics et 39 % des établissements privés n'en pratiquaient pas en 2002. Selon le Haut comité de la santé publique<sup>213</sup>, le recours à l'IVG médicamenteuse pourrait être davantage développé.

Une étude menée il y a quelques années a montré que la fréquence du recours à l'IVG est plus élevée chez les adolescentes issues de milieux sociaux défavorisés : 1 % des jeunes filles scolarisées dans les filières classiques déclarent avoir déjà eu une IVG, contre 8 % pour celles scolarisées en milieu professionnel<sup>214</sup>. Une recherche plus récente<sup>215</sup> de l'Inserm sur les conditions d'accès à l'IVG montre que l'absence d'information sur les lieux de recours à l'IVG contribue également à générer des inégalités en ce domaine, et que les femmes qui se rendent en premier lieu chez leur médecin généraliste sont en général moins bien orientées ultérieurement que les autres.

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a rallongé de deux semaines le délai légal pendant lequel peut être pratiquée une interruption volontaire de grossesse lorsque la femme enceinte se trouve dans une situation de détresse du fait de son état. Les décrets de mai 2002 et de juillet 2004 fixent en outre le cadre conventionnel de réalisation des IVG médicamenteuses pratiquées hors des établissements de santé. L'impact de ces dispositions devra être observé dans les prochaines années.

---

211. SAE 2002. Voir aussi VILAIN Annick : « Les interruptions volontaires de grossesse en 2001 », Drees, *Études et Résultats*, n° 279, décembre 2003.

212. PMSI 2002.

213. Cité dans « La santé en France 2002 », rapport du Haut comité de la santé publique.

214. *Ibidem*.

215. MOREAU C., BAJOS N., BOUYER J. : « Les conditions d'accès à l'IVG en France », Rapport Inserm-Cnamts, septembre 2001.

## II.3 D'autres champs importants de la prévention

### II.3.1 Le suivi des femmes enceintes s'améliore mais certains risques demeurent significatifs

- L'âge moyen de la maternité s'accroît légèrement

Après la forte hausse des naissances enregistrée en 2000 (+4 %), le nombre de naissances a diminué de 1 % en 2002 puis s'est stabilisé en 2003. En dix ans, le nombre de naissances vivantes a augmenté de près de 3 % et, malgré le fléchissement des deux dernières années, reste en 2003 supérieur de 2,1 % à celui enregistré en 1999 (tableau 2.8). On observe donc un nombre de naissances élevé alors que les générations de femmes nées à la fin des années 1970 et au début des années 1980 sont moins nombreuses que leurs aînées nées au début des années 1960.

**Tableau 2.8 – Évolution des naissances vivantes, de la fécondité et de l'âge moyen des mères**

Année	Nombre de naissances vivantes (milliers)	Indicateur conjoncturel de fécondité				Âge moyen des mères (1)
		Total	par âge			
			15-24 ans	25-29 ans	30 ans ou plus	
1994	741,5	168,3	33,7	64,5	70,1	28,8
1995	759,7	173,0	32,7	65,8	74,5	28,9
1996	764,7	175,0	32,0	65,5	77,5	29,0
1997	758,1	174,5	31,4	64,2	78,9	29,1
1998	768,6	177,9	31,0	64,6	82,3	29,3
1999	776,5	181,0	31,9	64,5	84,6	29,3
2000	808,2	190,0	33,5	66,8	89,7	29,3
2001 (p)	804,0	190,7	34,3	66,0	90,4	29,3
2002 (p)	793,6	190,4	33,3	65,6	91,0	29,4
2003 (p)	792,6	191,2	32,6	65,6	93,1	29,5

(1) Âge moyen calculé à partir des taux de fécondité.

(p) Résultats provisoires.

Lecture : 100 femmes qui auraient à tous les âges, tout au long de leur vie, les conditions de fécondité de 2003 mettraient au monde 191,2 enfants.

Champ : France entière (métropole et départements d'outre-mer).

Source : Statistiques de l'état civil et enquête Villes, Insee.

La fécondité reste ainsi stable à un niveau élevé depuis quatre ans. Le taux de fécondité des jeunes femmes continue certes à diminuer en 2003, mais celui des femmes plus âgées s'accroît encore. Le mouvement de recul de l'âge de la maternité reprend, avec un âge moyen à la naissance qui atteint désormais 29,5 ans (contre 29,3 en 2001)<sup>216</sup>.

La proportion de naissances chez les mineures ne diminue plus depuis 1995 en France métropolitaine : le taux de naissances chez les mineures âgées de 15 à 17 ans<sup>217</sup>, qui était de 2,7 pour 1 000 en 1990 et de 2,2 à 2,3 pour 1 000 de 1994 à 1999, a augmenté en 2000 et 2001 (respectivement 2,5 et 2,8 pour 1 000 en 2000 et 2001).

216. Il s'agit de données pour la France entière. En métropole, l'âge moyen en 2003 était de 29,5 ans contre 28,3 ans en 1990 (données France métropolitaine).

217. Il s'agit de l'âge atteint au dernier anniversaire. Le taux atteint 4,3 enfants pour 1000 femmes mineures en 2001 si on prend en compte les enfants nés juste avant que leur mère n'atteigne son 18ième anniversaire.

- Un taux de mortalité infantile proche de la moyenne européenne

La mortalité périnatale<sup>218</sup> a beaucoup diminué entre 1980 et 1999, passant de 12,9 enfants nés sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances en 1980 à 6,4 en 1999, mais il a ensuite augmenté en 2000 et 2001 (respectivement 6,6 et 6,9 décès pour 1 000 naissances) pour atteindre 10,0 en 2002 en métropole. La forte évolution observée en 2002 est liée à une augmentation du nombre d'enfants enregistrés comme sans vie, due à un changement réglementaire : un acte d'enfant sans vie correspond désormais au terme de vingt-deux semaines d'aménorrhée ou à un poids de 500 grammes. Ces critères se substituent au délai de 180 jours de gestation prévu antérieurement par l'état civil.

#### **Objectif n° 45 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**R**éduire la mortalité périnatale de 15 % (soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5) en 2008.

**I**ndicateur retenu : la mortalité périnatale et ses composantes.

	<b>Mortalité périnatale pour 1000 naissances</b>	<b>Mortinatalité pour 1000 naissances</b>	<b>Mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes</b>
1995	7,7	5,4	3
2000	6,9	4,8	2,9
2002 (p)	10,3*	8,3*	2,7

\* Modification de l'enregistrement des morts-nés survenue fin 2001.

Champ France entière.

Source : Insee.

La mortalité infantile, rapport du nombre d'enfants décédés pendant leur première année sur l'ensemble des enfants nés vivants, qui avait fortement chuté au milieu des années 1990 a continué de diminuer en 2002 : 4,1 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes en métropole<sup>219</sup>. Ce taux s'élevait à 10,0 pour 1 000 en 1980, à 7,3 pour 1 000 en 1990 et à 4,4 pour 1 000 en 2000 (graphique 2.8). En 2001, il était légèrement inférieur à la moyenne observée dans l'Union européenne à 15 pays (4,7 pour 1 000<sup>220</sup>), la mortalité infantile étant inférieure à 4 pour 1 000 en Finlande et en Suède, ainsi qu'en Espagne.

Avec 50 femmes décédées des suites de leur grossesse en 2000<sup>221</sup>, le taux de mortalité maternelle était encore de 6,4 décès pour 100 000 naissances vivantes en France (contre 10,2 en 1998) ; il demeure plus élevé que le taux moyen des pays membres de l'Union européenne (5,5 décès en moyenne pour 100 000 naissances dans l'Union européenne des quinze et 6,1 dans celle des vingt-cinq pays membres).

#### **Objectif n° 44 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**R**éduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union Européenne : passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008.

**I**ndicateur retenu : la mortalité maternelle.

	<b>Taux pour 100 000 naissances vivantes</b>	<b>Nombre de décès</b>
1990	10,4	79
1995	9,6	70
1999	7,4	55
2000	6,4	50

Champ : France métropolitaine.

Source : Inserm CépiDc.

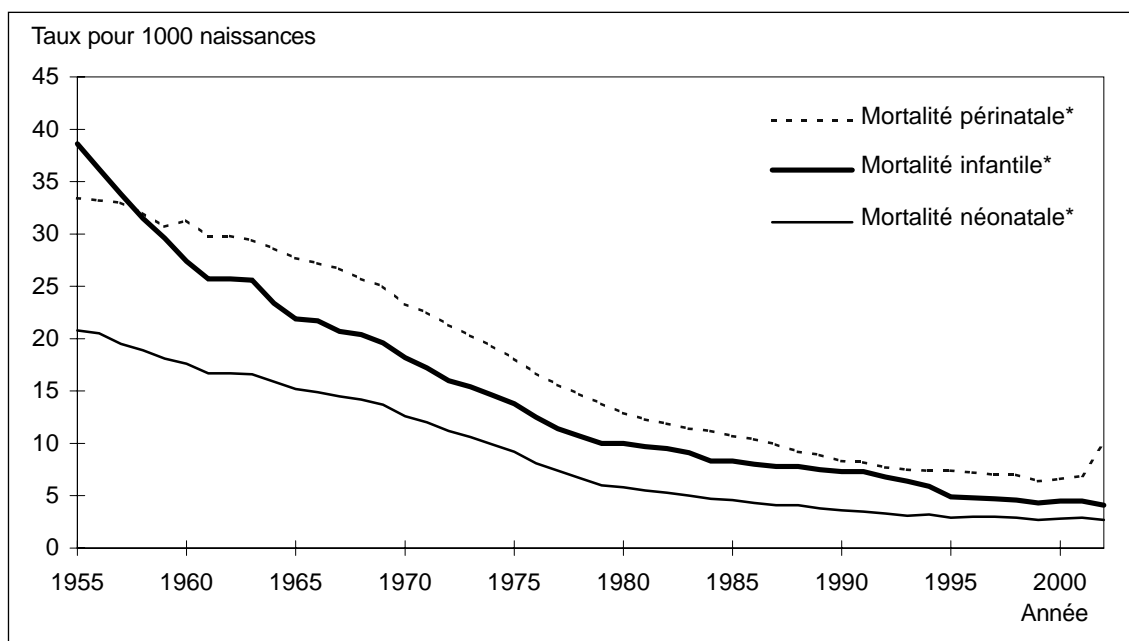
218. La mortalité périnatale est le rapport du nombre d'enfants nés sans vie ou décédés à moins de sept jours à l'ensemble des naissances.

219. 4,2 pour 1 000 pour la France entière.

220. Estimation Eurostat.

221. Données Inserm sur classification des décès en CIM10.

**Graphique 2.8 – Mortalités infantile, néonatale et périnatale**



\* La **mortalité périnatale** est la mortalité des enfants décédés à moins de 7 jours rapportée à l'ensemble des naissances.  
 La **mortalité néonatale** est la mortalité des enfants décédés à moins de 28 jours rapportée à l'ensemble des naissances vivantes.  
 La **mortalité infantile** est la mortalité des enfants décédés à moins d'un an rapportée à l'ensemble des nés vivants.  
 Champ : France métropolitaine.  
 Source : INSEE.

- Un meilleur suivi des grossesses sauf pour une frange de femmes en situation précaire

D'après l'Enquête nationale périnatale réalisée en 1998<sup>222</sup>, la prise en charge de la grossesse a continué de s'améliorer entre 1995 et 1998 : les femmes sont plus nombreuses à consulter l'équipe qui les prendra en charge au moment de la naissance. Elles sont aussi plus nombreuses à bénéficier de séances de préparation à la naissance (70 % chez les primipares) et le nombre d'échographies a augmenté. La proportion de femmes n'ayant pas bénéficié d'un suivi a diminué et le taux de grossesses non déclarées est égal à 5 pour 1 000.

La consommation tabagique au cours de la grossesse est restée fréquente. En 1998, la prévalence de la consommation de tabac passait de 39 % avant la grossesse à 25 % au dernier trimestre de grossesse, ces chiffres n'ayant pas évolué entre 1995 et 1998 en France métropolitaine<sup>223</sup>. Quant aux boissons alcoolisées, 23 % des femmes enceintes ont déclaré en avoir consommé au cours du troisième trimestre 1998, le plus souvent exclusivement pendant le week-end.

Les analgésies péridurales sont devenues plus courantes et concernent près de six accouchements sur dix en 1998. Le nombre d'accouchements déclenchés est stable après avoir doublé entre 1981 et 1995 (dates des précédentes enquêtes). Toutefois, le taux de césariennes continue de croître, de 15,9 % en 1995 à 17,5 % en 1998 (10,9 % en 1981). Ceci résulte à la fois de l'accroissement des premières césariennes et d'une augmentation du nombre de femmes à risque en raison d'une césarienne antérieure.

222. BLONDEL Béatrice, NORTON Joanna, DU MAZAUBRUN Christiane, BREART Gérard : « Enquête nationale périnatale », Inserm, 1998.

- BADEYAN Gérard et al. : « La situation périnatale en France en 1998 », Drees, *Études et Résultats*, n° 73, juillet 2000. Une nouvelle enquête périnatale a été réalisée fin 2003 dont l'analyse devrait prochainement fournir les évolutions survenues ces dernières années.

223. Alors que dans les Dom, le tabagisme pendant la grossesse est moins fréquent, mais en augmentation sensible.

Le décret « Périnatalité » du 9 octobre 1998 prévoit l'orientation des mères vers des maternités disposant de l'environnement adapté à leur niveau de risque. Ces mesures ont été suivies d'une évolution des pratiques, sensible dès 2000 avec une diminution de la prise en charge des grossesses gémellaires et des naissances prématurées dans les maternités de niveau 1<sup>224</sup> (voir chapitre III).

La précarité demeure un facteur de risque du point de vue du suivi et de l'issue de la grossesse : en 1998 les femmes dont tout ou partie des ressources provenait d'une allocation de chômage ou de stage, du RMI ou de l'Allocation de parent isolé (API), avaient une grossesse moins bien suivie et des indicateurs de santé systématiquement plus défavorables ; elles sont ainsi 15 % à avoir eu moins de sept visites prénatales (norme fixée par la réglementation) contre 8 % pour les autres femmes, elles ont été plus souvent hospitalisées (25 % contre 21 %), leurs enfants sont plus souvent prématurés (7,4 % contre 5,7 %) ou de faible poids (8,2 % contre 6,5 %). La proportion d'enfants ayant nécessité une hospitalisation particulière ou un transfert est également plus élevée pour ce groupe de femmes (10,1 % au lieu de 7,4 %) <sup>225</sup>.

- Une augmentation du risque de prématurité à la fin des années 90

Lorsque l'on étudie globalement les risques liés à la période périnatale, on note que le taux de prématurité (naissances avant 37 semaines) a augmenté de 5,6 % en 1981 à 5,9 % en 1995<sup>226</sup>, pour atteindre 6,8 % en 1998. Cette évolution est en partie due à celle du nombre de naissances multiples et à l'augmentation de la prématurité dans ce groupe<sup>227</sup>. L'exploitation nationale des certificats de santé à 8 jours montre que la tendance à l'augmentation de la prématurité s'est poursuivie entre 1998 et 2001, mais que la part des enfants prématurés est restée stable de 2001 à 2003. Parallèlement, la part des nouveaux-nés de moins de 2 500 g est passée de 6,7 % en 1998 à 7,0 % en 2002 selon le PMSI<sup>228</sup>. De plus, la grande prématurité a également augmenté : l'expertise collective publiée par l'Inserm en 1997 estimait alors que chaque année, 9 000 enfants naissent avant 33 semaines d'âge gestationnel, vivants pour la majorité d'entre eux (de 6 500 à 7 000), ce qui représenterait 1,2 % des naissances totales et 0,9 % des naissances vivantes, contre 0,7 % en 1988-1989. En 1998, ces chiffres ont augmenté, la grande prématurité s'élevant à 1,5 % des naissances totales (1 % des naissances vivantes). La gravité de la grande prématurité tient au risque élevé de décès au cours des premières semaines de vie, mais aussi à la fréquence des séquelles : elle serait ainsi à l'origine de 30 % des séquelles psychomotrices et sensorielles majeures observées dans la petite enfance. Les risques encourus par ces enfants prématurés sont d'autant plus grands que leur poids de naissance est faible<sup>229</sup>.

224. BUISSON Guillemette : « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 : un mouvement de réorientation des grossesses à risque, avec de fortes disparités régionales », Drees, *Études et Résultats*, n° 225, mars 2003.

225. BADEYAN Gérard et alii : « La situation périnatale en France en 1998 », Drees, *Études et Résultats*, n° 73, juillet 2000.

226. BLONDEL Béatrice, de MAZAUBRUN Christiane, BRÉART Gérard : « Enquête nationale périnatale », 1995, Inserm.

227. Le taux de gémellité parmi les accouchements qui était de 8,9 pour 1 000 en 1972, atteint 14,4 pour 1 000 en 1998 et 15 pour 1 000 en 2001.

228. Cette hausse de la part des bébés de petits poids est également observée par les maternités de l'Association AUDIPOG

229. Les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2003 devraient prochainement permettre de faire le point sur ces questions.



## Objectif n° 47 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004

Réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme.

Indicateur retenu : prématurité et petit poids de naissance.

	France métropolitaine 1998	DOM 1998
<b>Prématurité</b>		
< 37 semaines	6,8 %	12,2 %
33-36 semaines	5,3 %	8,6 %
28-32 semaines	0,9 %	2,0 %
< 28 semaines	0,6 %	1,5 %
<b>Petit poids de naissance</b>		
< 2 500 g	7,2 %	12,6 %
1 500 - 2 499 g	6,1 %	9,3 %
1 000 - 1 499 g	0,6 %	2,0 %
< 1 000 g	0,6 %	1,3 %

\* Antilles-Guyane.

Champ : toutes naissances, France métropolitaine et DOM.

Source : enquête périnatale nationale 1998.

- Une situation périnatale moins favorable dans les départements d'outre-mer

La situation est plus défavorable dans les départements d'outre-mer où les difficultés sociales sont plus fréquentes qu'en métropole : les grossesses des mineures et des femmes qui ne vivent pas en couple (31 %) y sont ainsi plus fréquentes (respectivement 5 et 31 %). La surveillance obstétricale des femmes enceintes y est plus difficile dans la mesure où les grossesses non déclarées et les déclarations tardives y sont plus nombreuses qu'en métropole. Plus d'une femme sur cinq n'a pas eu de consultation dans l'établissement d'accouchement avant la naissance. La préparation à l'accouchement y est moins fréquente qu'en métropole et concerne seulement la moitié des primipares. À peine un quart des femmes a bénéficié d'une péridurale. Le taux de prématurité dans les Dom est élevé, égal à 12,2 % de l'ensemble des naissances (enquête Périnatalité, 1998). Les taux de mortalité périnatale et infantile y sont également plus élevés qu'en métropole : ils étaient respectivement de 18,4 et 6,6 pour 1 000 en 2002<sup>230</sup> (contre respectivement 10,0 et 4,1 pour 1 000 en métropole). En revanche, la pratique de l'allaitement est plus fréquente dans les départements d'outre-mer.

### II.3.2 La santé bucco-dentaire : des disparités selon l'âge et le milieu social

Un mauvais état dentaire peut être à l'origine de complications dont certaines sont potentiellement graves : infections locales ou à distance (endocardites), troubles de l'alimentation et de la digestion, états douloureux aigus ou chroniques...

L'hygiène bucco-dentaire des Français s'est globalement améliorée, notamment, grâce aux actions de sensibilisation menées par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)<sup>231</sup> et aux campagnes de prévention des caries par l'apport, depuis 1985, de fluor sous toutes ses formes (comprimés de fluor, dentifrice fluoré, sel), dont les effets sont particulièrement sensibles chez les enfants et adolescents.

230. Bilan démographique 2002, Insee.

231. Union française pour la santé bucco-dentaire, 7, rue Mariotte 75017 Paris. <http://www.ufsbd.fr>

- Une amélioration globale de la santé dentaire des enfants

Le dépistage réalisé en 1999-2000 par les médecins et les infirmiers(ères) de l'Éducation nationale dans le cadre du bilan de 6 ans<sup>232</sup> rapporte que 78,5 % des enfants examinés avaient des dents indemnes de toute carie. Il existe toutefois des disparités régionales importantes, qui concernent autant le nombre moyen de dents cariées ou obstruées que le nombre moyen de dents soignées<sup>233</sup>.

L'UFSBD<sup>234</sup> a conduit en 1987, 1990 et 1993 à la demande des ministères chargés des Affaires sociales et de la Santé, et en 1998 sous le patronage du ministère de la Santé, une enquête épidémiologique dans plus de 400 écoles, auprès d'un échantillon représentatif de 4 000 enfants de 6, 9 et 12 ans.

On a pu ainsi constater que l'indice CAO à 12 ans (nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées par enfant) en France s'est nettement amélioré sur cette période, passant de 4,2 en 1987 à 1,9 en 1998, ce qui traduit l'efficacité de la prévention bucco-dentaire. Les jeunes Français ont désormais une santé dentaire équivalente à celle de leurs voisins d'Europe du Nord, longtemps en avance dans ce domaine. La France a ainsi nettement devancé les objectifs fixés par l'OMS pour l'an 2000 : un indice CAO inférieur à 3 pour les enfants de 12 ans.

- Moins de prévention régulière chez les adultes

Les ventes de brosses à dents et de tubes de dentifrice en France restent toutefois à un niveau bien inférieur à ce qui serait attendu pour une bonne hygiène bucco-dentaire : une brosse à dents et demie par an et par habitant (quatre sont préconisées), trois tubes de dentifrice et demi par an et par habitant (alors que six seraient nécessaires).

Selon l'enquête réalisée en 2000 par l'Irdes à partir des déclarations des assurés sociaux et de leur famille<sup>235</sup>, si 71,8 % des enfants de 2 à 15 ans déclarent des dents en bon état, ce n'est plus le cas que pour 23,3 % des 16-39 ans et 3,0 % des 65-79 ans.

Cette même enquête confirme les différences selon l'âge à travers trois questions posées aux personnes enquêtées :

- Visite chez un dentiste à titre préventif : plus les individus sont jeunes, plus ils consultent le dentiste à titre préventif. Avant 25 ans, 41,6 % des personnes interrogées ont ainsi eu une visite préventive chez un dentiste au cours des douze derniers mois (41 % des hommes et 42,3 % des femmes). Entre 25 et 64 ans, ce pourcentage tombe à 38,1 %, et l'on constate une différence relativement importante entre les hommes et les femmes : 43,0 % des femmes contre seulement 32,9 % des hommes. Après 65 ans, il ne reste que 25,5 % des hommes et des femmes à être allés consulter un dentiste à titre préventif uniquement (26,4 % des hommes et 24,8 % des femmes).

232. Enquête 1999-2000 : Bilan de 6 ans, ministère de l'Éducation nationale.

233. GUIGNON Nathalie, NIEL Xavier : « L'état de santé des enfants de 5 - 6 ans dans les régions : les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire », Drees, *Études et Résultats*, n° 250, juillet 2003.

234. HESCOT Patrick, ROLAND Edith : « La situation bucco-dentaire en France pour la période 1993/1995 », UFSBD, Programme de recherche OMS.

235. Enquête SPS 2000 de l'Irdes, déjà citée.

- Estimation de l'état de santé bucco-dentaire : l'enquête *SPS 2000* demande aux personnes de classer leur état de santé bucco-dentaire selon quatre niveaux : très bon, bon, mauvais, très mauvais. La proportion de personnes déclarant un bon ou très bon état de santé décroît avec l'âge. Il y a toutefois encore 55 % des personnes de plus de 65 ans qui estiment leur état de santé bucco-dentaire bon ou très bon (graphique 2.9).

- Absence de dents : le nombre de dents saines, traitées ou absentes fait l'objet d'une question dans l'enquête *SPS 2000*. Les réponses sont présentées par le graphique suivant (graphique 2.10) : 10 % des personnes enquêtées par l'Irdes, notamment 38 % des 65 ans et plus, ont perdu toutes leurs dents ou presque. Dans leur grande majorité, elles sont porteuses d'une prothèse dentaire amovible.

- Mauvais état dentaire et faible niveau socioéconomique sont souvent associés

19 % des adultes de plus de 15 ans (55 % des 65 ans et plus) sont porteurs d'une prothèse amovible.

L'étude de l'Irdes mentionne toutefois que les personnes vivant dans des ménages d'ouvriers (qualifiés ou non), d'employés et d'agriculteurs sont, à âge et sexe comparables, plus souvent appareillées avec une prothèse amovible que celles qui vivent dans des ménages de cadres supérieurs ou moyens, plus souvent appareillées par des prothèses fixes type couronne ou bridge.

Les disparités socio-économiques sont par ailleurs perceptibles, en matière de santé bucco-dentaire, y compris chez les adolescents et les enfants. Les adolescents entre 15 et 18 ans se voient proposer depuis 1997 par l'Assurance maladie un bilan bucco-dentaire gratuit. Une évaluation de l'impact social de ce dispositif a été réalisée par l'Irdes dans les régions Rhône-Alpes et Auvergne<sup>236</sup>. Il apparaît que si les familles modestes ont bien participé au bilan, ce n'est en revanche pas le cas des plus défavorisées. De même, les bilans de santé réalisés par les équipes de santé scolaire sur les enfants de 6 ans<sup>237</sup> et de CM2<sup>238</sup> ont montré que les soins effectués sur les dents cariées sont significativement moins fréquents chez les enfants scolarisés en ZEP que chez ceux scolarisés hors ZEP (voir chapitre I.3).

En ce qui concerne les adultes, une étude récente sur le recours aux soins des personnes en situation de précarité<sup>239</sup> confirme que précarité et problèmes dentaires sont fortement associés, et cela d'autant plus que les personnes sont plus âgées, les hommes étant plus touchés que les femmes. Si l'absence de soins est due dans 60 % des cas à des raisons financières, dans 20 % des cas ils n'ont pas été entrepris car considérés comme inutiles ou secondaires.

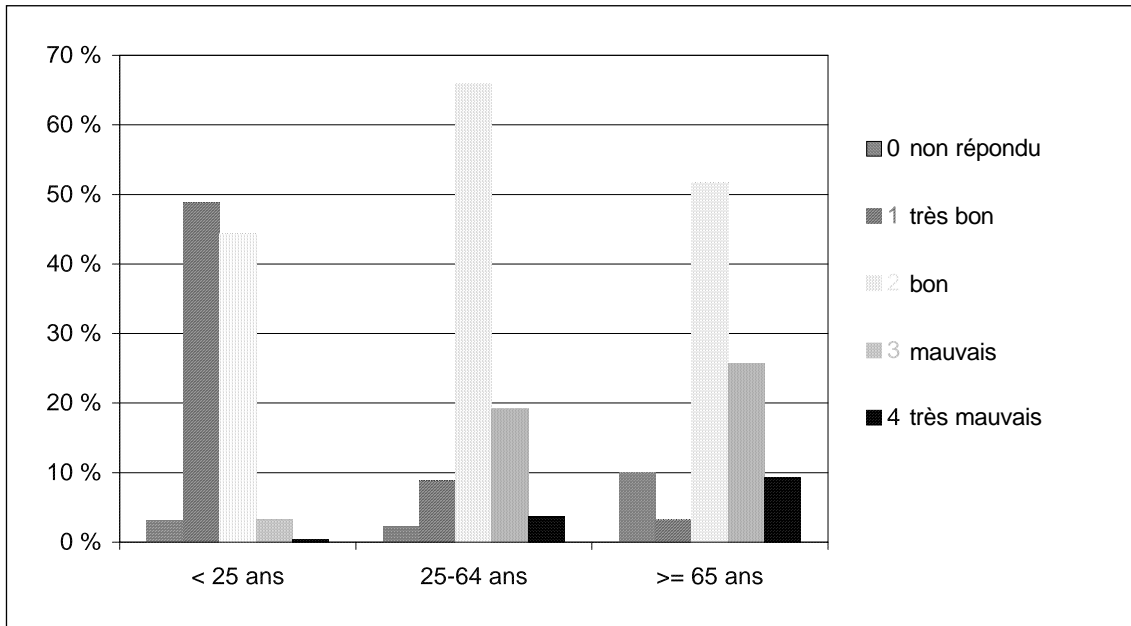
236. ANCHEREAU Catherine, DOUSSIN Anne, ROCHEREAU Thierry, SERMET Catherine : « L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 57, octobre 2002, Irdes.

237. GUIGNON Nathalie, *Badeyan* Gérard : « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire », *Drees, Études et Résultats* n° 155, janvier 2002.

238. LABEYRIE Céline, NIEL Xavier : « La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002 », *Drees, Études et Résultats* n° 313, juin 2004.

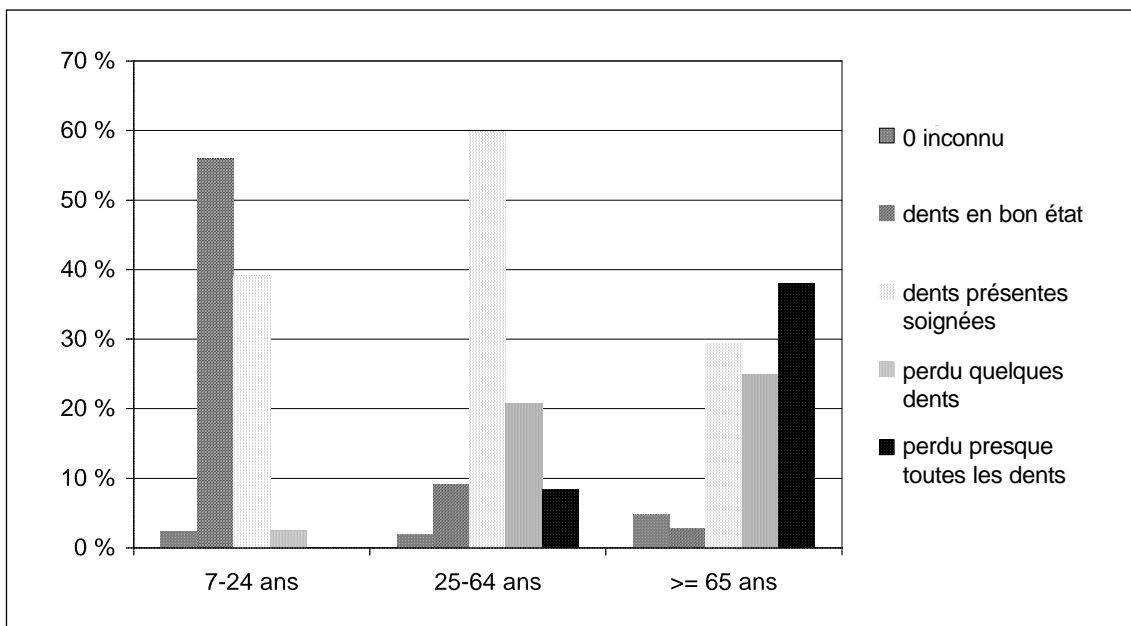
239. BEYNET Alice, MENAHEN Georges : « Problèmes dentaires et précarité », *Credes, Questions d'économie de la santé*, n° 48, février 2002.

**Graphique 2.9 – Estimation de l'état dentaire**



Champ : France métropolitaine.  
Source : enquête SPS 2000, CreDES.

**Graphique 2.10 – État dentaire estimé par l'absence de dents**



Champ : France métropolitaine.  
Source : enquête SPS 2000, CreDES.

### II.3.3 Les troubles de la vue, de l'audition et du langage : des facteurs d'incapacités

---

- Les troubles de la vue : des conséquences aux âges extrêmes qui rendent leur dépistage précoce nécessaire

Les déficiences visuelles sont fréquentes à tous les âges de la vie. Les plus fréquentes sont les troubles de la réfraction (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) qui affectent la moitié de la population mais que la correction optique compense le plus souvent. Leur prévalence évolue fortement avec l'âge : ainsi, le quart des moins de 25 ans interrogés en 2002 ont déclaré porter des lunettes ou des lentilles, contre 60 % des 25-64 ans et 89 % des 65 ans et plus<sup>240</sup>.

Indépendamment des troubles de la réfraction, différentes maladies peuvent être responsables de troubles majeurs de la vision, cécité ou malvoyance. Le terme de « cécité » est ici utilisé dans un sens plus large que la notion de cécité complète (absence totale de perception de la lumière) à laquelle il est souvent assimilé. La Classification internationale des maladies (CIM) distingue ainsi cinq degrés de gravité, en fonction de l'importance des restrictions de l'acuité visuelle mais aussi du champ visuel, dont trois correspondent à différents degrés de cécité<sup>241</sup>. Par ailleurs, le retentissement fonctionnel varie fortement selon la localisation de l'atteinte visuelle : l'atteinte de la vision centrale affecte la vision de près et les activités nécessitant un contrôle visuel précis ; celle de la vision périphérique altère la perception de l'espace et du mouvement, la gêne portant surtout sur les déplacements, la poursuite visuelle ou encore le contrôle visuel par faible éclairage. Il peut enfin également s'agir de vision floue. L'enquête *HID* à domicile (1999) estime la proportion de personnes aveugles à près d'une personne pour 1 000 et celle des malvoyants à 2,6 %. Ces proportions sont beaucoup plus élevées en institution où elles atteignent 1,7 % et 22 %, selon la même enquête auprès des personnes résidant en institution.

Les périodes extrêmes de la vie méritent une attention particulière. C'est le cas de l'enfance, du fait des conséquences des déficiences visuelles sur les apprentissages psychomoteurs et cognitifs et des meilleurs résultats thérapeutiques des prises en charge précoces. C'est aussi le cas du grand âge, en raison du retentissement des troubles visuels sur l'autonomie dans la vie quotidienne. L'enquête *HID* à domicile montre ainsi que les besoins d'aide à la vie quotidienne des 80 ans ou plus sont deux fois plus fréquents en cas de malvoyance et trois fois plus en cas de cécité<sup>242</sup>.

En ce qui concerne l'enfance, les progrès de la prévention, du dépistage, de la thérapeutique et de la réadaptation ont permis de diminuer la prévalence de la malvoyance (0,4 % avant 20 ans dans l'enquête *HID* à domicile). Parmi les enfants qui ont eu un dépistage

---

240. Irdes, enquête *SPS* 2002, exploitation Drees.

241. L'Organisation mondiale de la santé a défini plus récemment le terme de malvoyant : c'est une « personne présentant une déficience visuelle même après traitement et/ou meilleure correction optique, dont l'acuité visuelle est comprise entre 3/10 et la perception de la lumière, ou dont le champ visuel est inférieur à 10° autour du point de fixation, mais qui utilise ou est potentiellement capable d'utiliser sa vue pour planifier et/ou exécuter une tâche ». La réglementation française utilise une classification un peu différente et distingue la cécité complète, la quasi-cécité, la cécité professionnelle, l'amblyopie.

242. Besoins au sens de l'indicateur de Colvez : confinement au lit ou au fauteuil ou besoin d'aide pour la toilette, l'habillage ou encore pour sortir.

de la vision en petite section de maternelle<sup>243</sup>, un sur dix a été adressé pour bilan ophtalmologique. A 6 ans, 13 % des enfants ayant fait l'objet d'un bilan de santé scolaire présentent une anomalie de la vision connue avant l'examen et 12 % portent des lunettes<sup>244</sup>, ces prévalences s'élevant à 29 et 26 % en CM2<sup>245</sup>. En outre, le dépistage effectué par les médecins de l'Éducation nationale a relevé des anomalies non connues de la vision de loin, nécessitant donc un avis ophtalmologique chez 6 % des enfants de grande section de maternelle et 8 % des CM2. Le nombre d'anomalies connues et prises en charge avant l'examen est plus faible dans les ZEP, alors que les anomalies découvertes lors du bilan scolaire y sont plus fréquentes tant en grande section qu'en CM2. Les experts insistent sur l'importance d'un dépistage précoce des anomalies visuelles pour la qualité ultérieure de la vision, a fortiori pour les troubles graves. En effet, la prise en charge des troubles visuels est plus efficace lorsqu'elle est effectuée avant l'âge de 3 ans, car le système visuel est plus sensible à une modification de la qualité de l'image entre 6 mois et 5 ou 7 ans<sup>246</sup> ; le maximum de sensibilité se situerait entre 6 et 18 mois.

Aux âges adultes, la sensibilisation aux complications ophtalmologiques du diabète, qui est pourtant une cause fréquente de malvoyance, apparaît encore faible. Les consultations annuelles de surveillance ophtalmologique ne concernent que 45 % des patients diabétiques en 2002<sup>247</sup> malgré les recommandations émises par l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé. Chez les personnes âgées, les troubles de la vision sont particulièrement fréquents. La prévalence de la malvoyance augmente de 3,9 % pour les 60-69 ans, à 20 % pour les personnes âgées de 80 ans ou plus résidant en domicile ordinaire. À ces âges, la part d'aveugles s'élève à 1,5 %<sup>248</sup>. Ces proportions sont plus élevées en institution, où 32 % des 80 ans ou plus sont malvoyants et 1,8 % aveugles<sup>249</sup>. Outre la rétinopathie diabétique, les principales maladies qui affectent la vision des personnes âgées sont la cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire liée à l'âge, seules les deux premières étant accessibles au traitement. Selon l'enquête *SPS 2002*, la cataracte affecte 5 % des personnes entre 60 et 69 ans, 14 % des 70-79 ans et 30 % des 80 ans ou plus<sup>250</sup>. Son traitement, de très bon pronostic, est chirurgical et curatif. Les opérations de la cataracte ont fortement augmenté ces quinze dernières années et cette intervention est actuellement l'acte chirurgical le plus fréquent en France, avec toutefois encore une variabilité régionale marquée<sup>251</sup> (voir chapitre III). Le Haut comité de la santé publique regrette à cet égard que les progrès thérapeutiques semblent enco-

243. Près de 8 enfants sur dix pour l'ensemble des 70 départements qui ont répondu à l'enquête de la DREES.

244. GUIGNON Nathalie, BADEYAN Gérard : « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire », Drees, *Études et Résultats*, n° 155, janvier 2002.

- GUIGNON Nathalie, NIEL Xavier : « L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions », Drees, *Études et Résultats*, n° 250, juillet 2003.

245. LABEYRIE Céline, NIEL Xavier, « La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes en milieu scolaire en 2001-2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 313 juin 2004.

246. « Les déficits visuels, dépistage et prise en charge chez le jeune enfant ». Expertise collective, Inserm, 2002.

247. FAGOT-CAMPAGNA A. & Alii, « ENTRED - Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques - Résultats de l'enquête par questionnaire postal auprès des personnes diabétiques traitées », InVS-Cnamts-AFD-Ancred, rapport non publié, à paraître.

- IHADDADENE K., WEILL A., VALLIER N. et alii : « Etude *Entred* : évolution du suivi médical des personnes diabétiques traitées par anti-diabétiques oraux seuls de 1998 à 2001 », InVS.

248. Enquête HID à domicile, exploitation Drees.

249. GOILLOT Catherine et MORMICHE Pierre : « Enquête Handicaps-incapacités-dépendance en institution en 1998 – Résultats détaillés », Insee, *Démographie-Société* n° 83-84, août 2001.

250. Credes, « Enquête Santé, soins et protection sociale en 2002 », traitement Drees.

251. BAUBEAU Dominique, BOUSQUET Frédéric et JOUBERT Marc : « Le traitement chirurgical de la cataracte en France – un développement encore limité de la chirurgie ambulatoire », Drees, *Études et Résultats*, n° 101, février 2001.

- OBERLIN Philippe, MOUQUET Marie-Claude : « Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène », Drees, *Études et Résultats*, n° 194, octobre 2002.

re exclure « certaines catégories de population, en particulier les personnes vivant en institution ». La prévention des complications visuelles du glaucome repose sur le dépistage systématique et sa prise en charge est médicale ou chirurgicale.

Ainsi la malvoyance des sujets âgés est un problème fréquent, qui devrait encore augmenter avec le vieillissement de la population. Elle est pour une bonne part accessible au traitement et donc évitable. Dans l'éventualité contraire, la réadaptation du handicap visuel permet une meilleure utilisation des possibilités visuelles restantes, ainsi que des sens compensatoires. Il semble que cette question soit encore insuffisamment prise en compte en France, en particulier dans les institutions. Pour ces raisons, le Haut comité de la santé publique estime qu'elle constitue « un réel problème de santé publique dont l'importance est jusqu'à présent restée sous-estimée... »<sup>252</sup>. De fait, l'amélioration du dépistage et la prise en charge des atteintes sensorielles des adultes, comme de celles des enfants, font partie des objectifs associés à la loi relative à la santé publique.

#### **Objectif n° 68 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**Atteintes sensorielles chez l'adulte** : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnues, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.

	Ménages ordinaires	
	1999*	2002**
<b>Malvoyance ou cécité</b>		
Prévalence tous âges	2,7 %	
60-69 ans	4,0 %	
70-79 ans	6,8 %	
80 ans ou plus	21,5 %	
<b>Déficit auditif</b>		
Prévalence tous âges	6,6 %	7,9 %
60-69 ans	16,9 %	17,1 %
70-79 ans	24,7 %	23,6 %
80 ans ou plus	40,6 %	36,0 %

Champ : France métropolitaine.

Sources : \* Insee - HID à domicile 1999, \*\* Credes ESPS 2002.

- Les troubles de l'audition :  
un facteur d'isolement des personnes âgées

Comme les troubles de la vision, les troubles de l'audition imposent un dépistage précoce et une prise en charge adaptée, dont l'importance est particulièrement cruciale aux âges extrêmes de la vie. Aux âges intermédiaires, l'ouïe doit être protégée des nuisances sonores délétères, dans la vie ordinaire (baladeur...) comme dans la vie professionnelle. Les « affections provoquées par les bruits » constituent la quatrième cause de maladies professionnelles, après les pathologies péri-articulaires, les maladies provoquées par l'amiante et les lombalgies. Chez les personnes âgées, la fréquence des troubles de l'audition (surdité, hypoacousie ou acouphènes<sup>253</sup>) est élevée et leurs conséquences semblent sous-estimées. La principale cause des troubles de l'audition chez les personnes âgées est la déficience auditive liée à l'âge (presbyacousie). Son début, insidieux, est souvent négligé. Il se traduit par une

252. Haut comité de la santé publique : « La santé en France en 2002 », La documentation française, 2002.

253. Bourdonnements d'oreille.

perte de l'intelligibilité du langage qui gêne la possibilité de converser lorsque les interlocuteurs sont multiples. Les troubles auditifs réduisent progressivement la communication interpersonnelle et contribuent à l'isolement relationnel des personnes âgées.

D'après l'enquête *SPS 2002*, la part des personnes qui déclarent un déficit plus ou moins sévère de l'audition est égale à près de 8 % de la population totale. Cette proportion s'élève avec l'âge pour atteindre 17 % des 60-69 ans, 24 % des 70-79 ans et plus du tiers des 80 ans ou plus. Cette prévalence globale est un peu plus faible dans l'enquête *HID* (6,6 % en population ordinaire, mais 19 % en institution). Celle-ci précise en outre la prévalence de la surdité complète qui affecte 0,2 % des personnes vivant à domicile<sup>254</sup>. Cette prévalence est proche de 1 pour 1 000 avant 60 ans ; elle s'élève ensuite progressivement et atteint 1,3 % pour les 80 ans ou plus. Dans cette tranche d'âge c'est parmi les anciens ouvriers de sexe masculin que la surdité complète est la plus fréquente (4,4 %).

La part des personnes qui ont une prothèse auditive est égale à 1,2 % selon l'enquête *HID* (près de 6 % entre 70 et 79 ans, et de 12 % des 80 ans ou plus<sup>255</sup>), et apparaît donc très inférieure à la prévalence du déficit auditif. Les personnes qui n'ont pas d'appareil auditif mais déclarent en avoir besoin sont un peu plus nombreuses. Elles représentent 1,7 % de la population (5,6 % des 60-69 ans, 6,5 % des 70-79 ans et 12 % des 80 ans ou plus). Il semble donc qu'il existe un déficit d'utilisation des appareillages auditifs par rapport aux besoins potentiels.

- Les troubles du langage : un enjeu de coordination

Les « troubles spécifiques du langage » ou, selon l'expression de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), « les troubles complexes du langage »<sup>256</sup>, traduisent une désorganisation structurelle de la fonction du langage. Ils doivent être « situés dans l'ensemble plus vaste des troubles spécifiques des apprentissages qui comprennent aussi les dyscalculies, les dyspraxies (troubles de l'acquisition de la coordination) et les troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité<sup>257</sup> ». Ce sont des troubles durables qui compromettent fortement les apprentissages scolaires et peuvent aussi avoir un impact plus large sur le développement social et affectif des enfants, se traduisant par des incapacités et des désavantages. Ils comprennent les troubles spécifiques du langage oral (dysphasies) et ceux du langage écrit (dyslexies).

Les troubles listés précédemment sont considérés comme primaires ; ils doivent être distingués des troubles secondaires (conséquence d'un déficit auditif, neurologique, intellectuel, ou d'une psychose infantile) ainsi que des troubles articulatoires, du bégaiement ou des retards du langage, différant de ces derniers par la nature des troubles, l'évolution, l'absence de troubles associés et le retentissement.

---

254. 1,9 % des personnes en institution.

255. Enquête *HID* à domicile.

256. ROUSSEAU-GIRAL Anne-Chantal, STROHL Hélène, BIZOT Catherine, RAVARY Yveline, GOSSOT Bernard : « Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage », Igas/Igen, janvier 2002.

257. Circulaire n° DGS/SD6 D/MEN/2002/68 du 4 février 2002 sur la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit.



Parmi les troubles spécifiques du langage oral, certains prédominent sur le versant de l'expression et d'autres, sur celui de la compréhension. Leur nature est diverse, affectant selon les cas différentes fonctions inhérentes au langage (recherche et récupération des mots en mémoire, organisation des mots en phrase, mise en son des mots, décodage des sons...). Il existe de nombreuses combinaisons des atteintes phonologiques, lexicales ou syntaxiques, constituant des tableaux propres à chaque enfant et conduisant à des solutions rééducatives et pédagogiques spécifiques<sup>258</sup>. Leur intensité est également très variable. Il s'agit donc d'une entité complexe, dont le diagnostic requiert des compétences spécialisées et pluridisciplinaires, comme l'a souligné un rapport de l'Igas<sup>259</sup>.

Les troubles spécifiques du langage écrit sont plus fréquents. Le déficit consiste en une incapacité à identifier correctement le mot écrit. Les critères des diagnostics et les modalités de prises en charge de ces troubles donnent toutefois lieu à débat, et donc à variabilité selon les différentes écoles.

Les prévalences de ces troubles ne sont pas connues précisément en France, faute d'enquêtes nationales comportant des données effectivement validées par des diagnostics spécialisés. Au vu de la littérature internationale (sur les troubles du langage oral) et des études françaises sur la maîtrise du langage écrit, les experts estiment la prévalence des difficultés sévères du langage oral à 1 %, et celle de la dyslexie entre 4 et 5 %, soit globalement environ un enfant sur vingt. Moins de 1 % présenterait une déficience sévère.

Un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, et comprenant des aspects liés à la recherche et à l'évaluation, a été mis en place pour organiser les réponses nécessaires, afin de mieux prévenir, identifier, prendre en charge les enfants porteurs de ces troubles<sup>260</sup>.

#### II.3.4 Des pathologies liées au vieillissement qui peuvent souvent être prévenues

---

Le nombre d'affections déclarées et le recours aux soins augmentent, on l'a vu, fortement avec l'âge (chapitre I). En particulier, les personnes âgées sont davantage atteintes de maladies chroniques. Cependant, les maladies infectieuses ont aussi un retentissement non négligeable à ces âges. À cet égard, 12 904 décès dus à des pneumonies ou des gripes ont été recensés en 2000, dont 12 171 chez des personnes âgées de 65 ans ou plus (1 444 dus à des gripes). Dans cette tranche d'âge, les décès par maladies infectieuses (ou parasitaires) non respiratoires s'élèvent à 8 065 contre 10 615 décès tous âges confondus.

Mais ce sont les maladies ou affections spécifiques, telles que l'ostéoporose, la dénutrition, les atteintes sensorielles, l'état bucco-dentaire défectueux, mais aussi les troubles de la sphère intellectuelle qui altèrent les grandes fonctions et la qualité de vie avec

---

258. RINGARD Jean-Charles : « À propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique », Rapport à madame la ministre chargée de l'Enseignement scolaire, ministère de l'Éducation nationale, février 2000.

259. ROUSSEAU-GIRAL Anne-Chantal, STROHL Hélène, BIZOT Catherine, RAVARY Yveline, « Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage », Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'éducation nationale, rapport 2002-2003, 106 p..

260. VEBER Florence, RINGARD Jean-Charles : « Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage », Propositions remises au ministre de l'Éducation nationale, au ministre délégué à la Santé et au secrétaire d'État aux Personnes âgées et aux personnes handicapées, mars 2001 et circulaire n° DGS/SD6 D/MEN/2002/68 du 4 février 2002 sur la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit.

l'avancement en âge. Lorsqu'elle est possible, la prévention de ces affections et de leurs conséquences devient une priorité à cet âge de la vie. C'est le cas par exemple de la nutrition et de la lutte contre la sédentarité qui permettent d'aborder de nombreux problèmes de santé chez les personnes de plus de 65 ans, tant pour prévenir certaines maladies, telle que l'ostéoporose, que pour diminuer des facteurs de risques cardiovasculaires, pour éviter un état de fragilisation lié à la dénutrition<sup>261</sup>, et maintenir le bien-être. Des actions ont déjà été engagées en matière de nutrition qui ont vocation à être renforcées pour certaines maladies comme l'ostéoporose<sup>262</sup> (encadré 2.2). Des facteurs liés à la profession exercée et au niveau d'instruction interviennent en outre dans la survenue des problèmes fonctionnels, des restrictions d'activité et de la perte d'autonomie chez les personnes vieillissantes. Ils devraient être pris en compte dans l'élaboration de stratégies de prévention plus ciblées<sup>263</sup>.

Lorsque les pathologies sont apparues et entraînent des problèmes fonctionnels, la mise en œuvre de dispositifs d'aides techniques et d'adaptation de l'environnement revêt, enfin à côté des aides humaines, un intérêt important pour limiter les incapacités et prévenir le caractère invalidant<sup>264</sup> de ces pathologies (voir chapitre II-5).

### L'OSTÉOPOROSE : L'IMPORTANCE DE LA PRÉVENTION

L'ostéoporose est une pathologie d'origine multi-factorielle, caractérisée par une fragilité osseuse susceptible de favoriser les fractures, notamment la fracture du col du fémur et les fractures vertébrales. Selon l'expertise collective réalisée en 1996 par l'Inserm, l'ostéoporose touchait environ 3 millions de Françaises en 1995. Son incidence croît avec l'âge : elle touche environ une femme de 60 à 75 ans sur quatre et une femme sur deux après 75 ans. Actuellement, les efforts de prévention se développent, fondés notamment sur un volet nutritionnel et sur des activités physiques régulières et adaptées, facteurs les plus directement accessibles par la mise en place de programmes de santé. Le taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur croît très rapidement avec l'âge : en 2002, il passait ainsi pour les femmes de 2,8 pour 1 000 entre 65 et 74 ans à 11,1 pour 1 000 entre 75 et 84 ans puis à 34,3 pour 1 000 à partir de 85 ans. À cet âge, il n'est pas négligeable pour les hommes puisqu'il atteint 1,0 pour 1 000 (contre respectivement 1,6 et 5,1 dans les autres tranches d'âge)<sup>1</sup>.

Outre le coût médical direct occasionné par la prise en charge hospitalière et le coût humain associé, le problème majeur a trait au devenir des personnes concernées. On connaît encore mal le pourcentage des chutes et fractures provoquant une invalidité forte et l'entrée en dépendance. L'expertise collective de l'Inserm fait état d'études décrivant des données particulièrement défavorables sur l'évolution à court et à moyen termes, tant en matière de décès que de causes d'incapacités.

1. Source : PMSI, exploitation Drees.

261. « Carences nutritionnelles », Expertise collective, Inserm, 1999.

262. Programme national nutrition santé, site Internet du Ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/index.htm>, consulté le 27 07 2004.

263. CAMBOIS Emmanuelle, ROBINE Jean-Marie : « Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : des différences marquées selon les professions et le milieu social », Drees, *Études et Résultats*, n° 295, mars 2004.

264. CAMBOIS Emmanuelle, ROBINE Jean-Marie : « Vieillesse et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels », Drees, *Études et Résultats*, n° 261, septembre 2003.

---

## II.4 Des pathologies chroniques nécessitant des prises en charge coordonnées

---

En France, comme dans les autres pays développés, les progrès de la médecine – notamment la chute spectaculaire de la mortalité liée aux maladies infectieuses – et le vieillissement de la population ont modifié le paysage des pathologies et les pratiques professionnelles. Les patients atteints d'un ou plusieurs troubles de santé chroniques doivent souvent être soignés et pris en charge sur une longue période. Retarder le décès, améliorer la qualité de vie du malade sont des enjeux auxquels doivent répondre des professionnels aux compétences multiples, intervenant en complémentarité : prises en charges coordonnées, constitution de réseaux (réseaux ville-hôpital, réseaux sanitaires et sociaux).

### II.4.1 Les cancers : un problème majeur de santé publique pour les adultes

---

Avec près de 144 000 décès en 2000 (tableau 2.9), les cancers représentent la deuxième cause de mortalité en France et la première cause de mortalité prématurée. Entre 50 et 64 ans, plus de 45 % des décès sont dus à une tumeur maligne. Chez les femmes de cette tranche d'âge, plus d'un décès sur deux est dû à un cancer.

La France a le plus fort taux d'incidence de l'Union européenne pour l'ensemble des cancers chez l'homme (tableau 2.10). Ce sont surtout les cancers du poumon et de la prostate qui expliquent ces chiffres élevés chez les hommes (tableau 2.11). L'incidence des cancers féminins est, relativement aux autres pays européens, assez basse en France (tableau 2.10) mais la survenue de cancers du sein y est plutôt importante (tableau 2.12).

- Des fréquences et des pronostics différents selon les localisations des cancers

L'incidence des différents cancers, moins bien connue que la mortalité, fait l'objet depuis 1975 d'une surveillance au moyen de registres. L'Institut de veille sanitaire (InVS) coordonne actuellement ce système de surveillance.

En 2000, l'incidence annuelle a été estimée à 278 000 nouveaux cas (tableau 2.13), dont 58 % chez les hommes et quatre sur dix avant 65 ans. Les cinq localisations les plus fréquentes sont les cancers du sein féminin (41 800 cas), de la prostate (environ 40 300 cas), du côlon et du rectum (36 300 cas), du poumon (27 700 cas) et des voies aérodigestives supérieures (lèvre, bouche, pharynx, larynx et œsophage, 24 600 cas). Les cancers du col de l'utérus et de la thyroïde concernaient pour la même année respectivement 3 387 et 3 711 personnes. Le cancer de la prostate devient la première cause de cancer chez les hommes en lien avec le vieillissement de la population et l'évolution des prises en charge diagnostiques et thérapeutiques<sup>265</sup>.

---

265. REMONTET Laurent *et al.* : « Incidence et mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 51, 2003.

**Tableau 2.9 – Principales causes de décès par cancer en 2000 –  
Mortalité prématurée et mortalité totale**

Cancers	Mortalité prématurée						Mortalité totale					
	Nombre			Pourcentage			Nombre			Pourcentage		
	En-semble	Mas-culin	Fémi-nin	En-semble	Mas-culin	Fémi-nin	En-semble	Mas-culin	Fémi-nin	En-semble	Mas-culin	Fémi-nin
<b>Ensemble</b>	<b>41 640</b>	<b>27 098</b>	<b>14 542</b>	<b>38,0</b>	<b>35,7</b>	<b>43,4</b>	<b>143 644</b>	<b>86 737</b>	<b>56 907</b>	<b>27,1</b>	<b>31,9</b>	<b>22,0</b>
Trachée, bronches et poumon	10 570	8 981	1 589	9,7	11,8	4,7	26 682	22 287	4 395	5,0	8,2	1,7
Voies aéro-digestives supérieures	5 140	4 583	557	4,7	6,0	1,7	10 666	9 090	1 576	2,0	3,3	0,6
Sein	4 231	34	4 197	3,9	0,0	12,5	11 068	118	10 950	2,1	0,0	4,2
Utérus	877	///	877	0,8	///	2,6	2 823	///	2 823	0,5	///	1,1
Intestin	2 848	1 690	1 158	2,6	2,2	3,5	15 949	8 345	7 604	3,0	3,1	2,9
Prostate	610	610	///	0,6	0,8	///	9 080	9 080	///	1,7	3,3	///
Autres	17 364	11 200	6 164	15,9	14,7	18,4	67 376	37 817	29 559	12,7	13,9	11,4
<b>Toutes causes</b>	<b>109 460</b>	<b>75 969</b>	<b>33 491</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>530 850</b>	<b>272 040</b>	<b>258 810</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Champ : France métropolitaine.  
Source : Inserm - CépiDc.

Les graphiques 2.11 et 2.12 permettent de comparer les principales localisations de cancer selon l'âge médian de leur survenue<sup>266</sup> (âge pour lequel on compte la moitié des cas plus jeunes et la moitié des cas plus âgés), leur fréquence, leur taux de létalité (proportion de morts parmi les malades atteints) et la durée de survie.

Le premier graphique fait apparaître quatre groupes de cancers :

- les cancers fréquents, souvent découverts à un âge relativement jeune : cancers du sein, du poumon, de la sphère ORL et cancers hématologiques,
- ceux, fréquents, découverts à un âge élevé : cancers de la prostate et du côlon,
- ceux d'incidence moins élevée, découverts à un âge jeune : cancers du col de l'utérus, de la thyroïde, mélanomes,
- et enfin les cancers moins fréquents, découverts à un âge plus élevé : cancers de la vessie et de l'estomac.

Le second distingue de nouveau quatre groupes de cancers :

- les cancers entraînant une mortalité élevée et rapide : cancers du poumon, de l'estomac et de l'oesophage,
- ceux qui ont une mortalité élevée mais dans des délais plus longs : cancers de l'ovaire, hématologiques et du système nerveux central,
- ceux qui induisent une mortalité plus faible mais, le cas échéant, rapide : cancers ORL,
- ceux pour lesquels enfin la mortalité est faible dans des délais importants : cancers de la thyroïde surtout et, dans une moindre mesure, cancers de la peau, du sein ou du col utérin.

Entre 1980 et 2000, l'augmentation globale du nombre de cas incidents s'élève à 63 % et celle de la mortalité à 20 %. Pour chaque sexe, une seule localisation cancéreuse explique à elle seule la majeure partie de l'augmentation des taux bruts d'incidence obs-

266. REMONTET Laurent *et al.* : « Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 », InVs, août 2003.

**Tableau 2.10 – Incidence comparative estimée des cancers entre les pays de l'Union européenne en 1998 : tous cancers**

taux pour 100 000 habitants

	Hommes		Femmes		Deux sexes	
	Taux		Taux		Taux	
	bruts	standardisés*	bruts	standardisés*	bruts	standardisés*
<b>Union européenne</b>	<b>460,7</b>	<b>412,1</b>	<b>384,2</b>	<b>289,9</b>	<b>421,6</b>	<b>338,8</b>
Allemagne	434,9	396,1	414,2	290,7	424,3	329,7
Autriche	429,3	415,8	389,3	294,0	408,7	340,5
Belgique	523,2	464,6	417,3	321,5	469,0	379,2
Danemark	418,7	379,0	477,7	374,9	448,5	370,3
Espagne	472,6	424,6	302,0	235,6	385,5	318,1
Finlande	408,8	403,3	392,0	305,6	400,2	335,7
<b>France</b>	<b>498,9</b>	<b>465,8</b>	<b>352,0</b>	<b>288,7</b>	<b>423,3</b>	<b>363,9</b>
Grèce	408,8	333,8	291,7	223,7	349,4	272,5
Irlande	348,2	398,0	328,5	327,6	338,3	354,6
Italie	521,3	425,6	404,9	286,0	461,4	342,3
Luxembourg	425,3	427,5	370,0	300,8	397,2	351,9
Pays-Bas	420,1	423,8	383,0	325,9	401,4	361,4
Portugal	422,8	384,4	308,6	247,4	363,7	305,7
Royaume-Uni	428,0	381,3	417,8	316,5	422,8	339,5
Suède	464,0	371,2	447,9	337,8	455,9	346,5
<i>Rang France/Europe</i>	15		5		13	

\* Taux ajustés sur l'âge en utilisant la population européenne comme population de référence.

Champ : Union européenne.

Source : OMS, Centre international de recherche sur le cancer.

**Tableau 2.11 – Incidence comparative estimée des cancers entre les pays de l'Union européenne en 1998 : trois localisations principales(1) chez l'homme**

taux pour 100 000 habitants

	Poumon		Prostate		Côlon et rectum	
	Taux		Taux		Taux	
	bruts	standardisés*	bruts	standardisés*	bruts	standardisés*
<b>Union Européenne</b>	<b>82,5</b>	<b>74,0</b>	<b>78,9</b>	<b>67,6</b>	<b>61,8</b>	<b>54,7</b>
Allemagne	76,6	68,9	77,3	70,2	66,2	60,0
Autriche	62,6	61,1	93,5	89,5	67,1	64,9
Belgique	117,9	105,0	111,6	95,3	62,1	54,3
Danemark	73,8	67,4	62,1	53,9	66,0	58,9
Espagne	87,6	79,1	55,2	45,3	60,8	53,4
Finlande	60,1	59,2	122,9	121,8	39,1	38,7
<b>France</b>	<b>77,2</b>	<b>74,0</b>	<b>99,2</b>	<b>87,1</b>	<b>61,6</b>	<b>55,7</b>
Grèce	98,4	81,0	54,5	41,0	34,3	27,5
Irlande	53,0	61,6	61,7	69,6	56,3	65,1
Italie	103,5	83,7	68,9	52,8	67,1	54,4
Luxembourg	80,6	81,1	77,7	78,5	58,7	59,2
Pays Bas	86,4	87,8	84,9	85,7	59,0	59,6
Portugal	52,2	48,0	65,7	55,2	65,0	58,5
Royaume Uni	81,5	72,2	72,3	61,0	58,4	52,0
Suède	38,1	30,9	151,1	115,0	58,9	45,9
<i>Rang France/Europe</i>	9		11		8	

(1) Les trois localisations ayant les incidences les plus élevées dans l'Union européenne.

\* Taux ajustés sur l'âge en utilisant la population européenne comme population de référence.

Champ : Union européenne.

Source : OMS, Centre international de recherche sur le cancer.

**Tableau 2.12 – Incidence comparative estimée des cancers entre les pays de l'Union européenne en 1998 : trois localisations principales(1) chez la femme**

taux pour 100 000 habitants

	Sein		Côlon et rectum		Poumon	
	Taux		Taux		Taux	
	bruts	standardisés*	bruts	standardisés*	bruts	standardisés*
<b>Union Européenne</b>	<b>109,8</b>	<b>92,0</b>	<b>54,4</b>	<b>35,9</b>	<b>23,9</b>	<b>17,3</b>
Autriche	104,0	86,1	58,1	37,8	24,3	18,4
Belgique	134,5	114,3	59,6	39,3	20,1	15,7
Danemark	136,6	115,5	67,6	46,5	52,7	42,1
Finlande	120,6	102,0	40,6	28,4	19,1	13,7
<b>France</b>	<b>118,9</b>	<b>107,7</b>	<b>50,2</b>	<b>34,6</b>	<b>13,5</b>	<b>11,0</b>
Allemagne	114,4	89,4	66,4	40,3	23,6	16,8
Grèce	81,4	68,0	31,1	21,4	16,8	12,1
Irlande	84,4	91,0	41,8	39,0	28,9	27,6
Italie	111,6	87,9	55,9	35,5	20,4	13,2
Luxembourg	101,0	89,2	56,8	40,5	22,6	18,4
Pays Bas	125,2	112,0	55,0	42,6	27,8	25,1
Portugal	80,8	70,5	45,5	33,5	10,1	7,8
Espagne	77,1	66,8	46,5	32,7	9,4	7,2
Suède	138,2	114,0	55,3	35,0	23,7	18,2
Royaume Uni	111,3	94,7	50,7	33,5	48,6	34,5
<i>Rang France/Europe</i>	<i>11</i>		<i>5</i>		<i>3</i>	

(1) Les trois localisations ayant les incidences les plus élevées dans l'Union européenne.

\* Taux ajustés sur l'âge en utilisant la population européenne comme population de référence.

Champ : Union européenne.

Source : OMS, Centre international de recherche sur le cancer.

**Tableau 2.13 – Incidence estimée des cancers en France en 2000 selon le sexe**

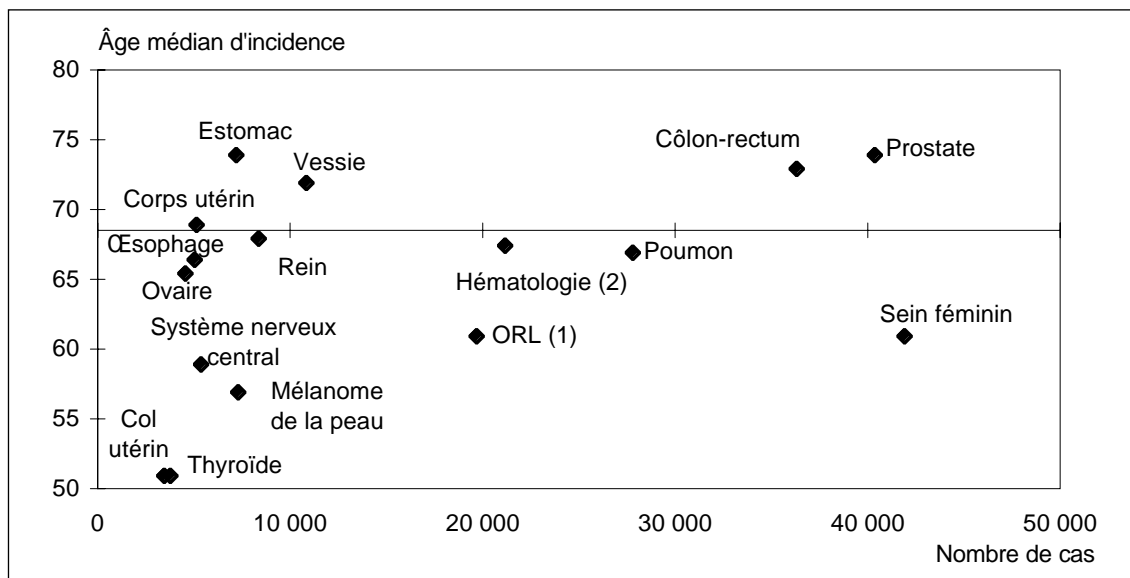
	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Sein (1)	///	41 845	41 845
Prostate	40 309	///	40 309
Colon-rectum	19 431	16 826	36 257
Poumon	23 152	4 591	27 743
Lèvres, bouche, pharynx	12 990	2 398	15 388
Vessie	8 986	1 785	10 771
Lymphome malin non hodgkinien	5 527	4 381	9 908
Rein	5 306	2 987	8 293
Mélanome	3 066	4 165	7 231
Estomac	4 520	2 606	7 126
Leucémies	3 609	2 634	6 243
Foie	5 014	962	5 976
Système nerveux central	2 697	2 602	5 299
Corps utérin	///	5 064	5 064
Oesophage	4 040	928	4 968
Pancréas	2 701	2 186	4 887
Ovaire	///	4 488	4 488
Larynx	3 865	361	4 226
Thyroïde	821	2 890	3 711
Myélome	1 942	1 645	3 587
Col utérin	///	3 387	3 387
Maladie de Hodgkin	736	631	1 367
Mésotéliome	671	200	871
Autres cancers	11 642	7 666	19 308
<b>Total cancers</b>	<b>161 025</b>	<b>117 228</b>	<b>278 253</b>

(1) Les cancers du sein masculin, très rares (112 décès en 1999), ne donnent pas lieu à une estimation d'incidence.

Champ : France métropolitaine.

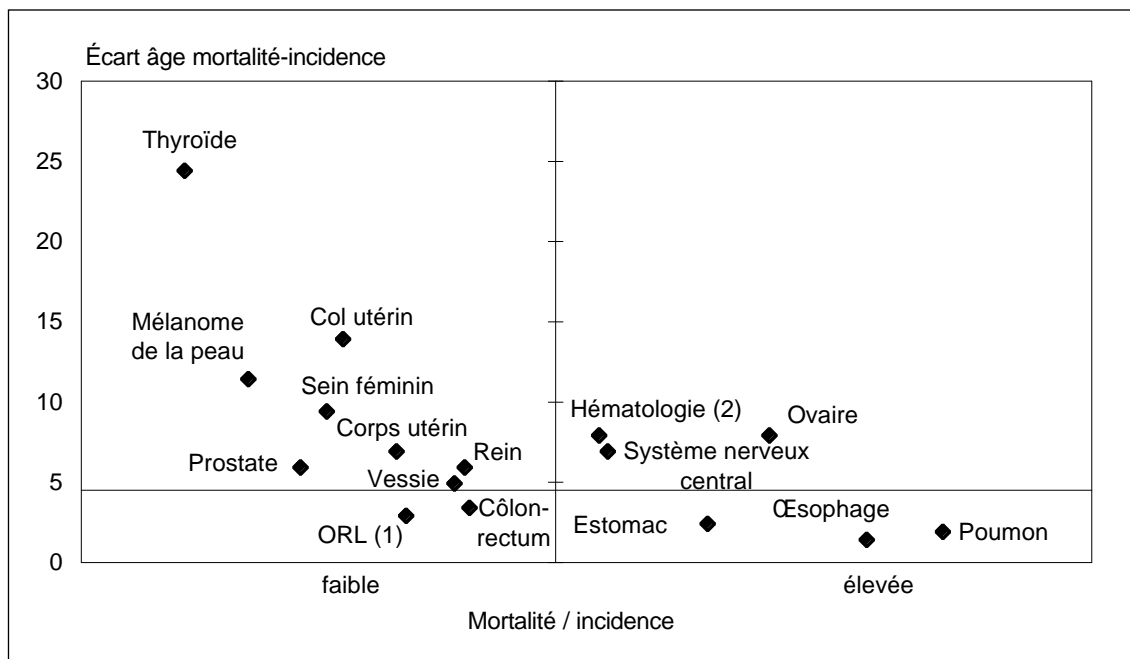
Source : Réseau FRANCIM des registres du cancer.

**Graphique 2.11 – Répartition des cancers selon l'âge médian d'incidence et la fréquence en 2000**



Note : L'axe horizontal représente l'âge médian d'incidence, tous cancers confondus  
 Lecture : Le cancer de la thyroïde est relativement peu fréquent et il atteint des personnes nettement plus jeunes que la référence représentée par l'ensemble des cancers ; le cancer de la prostate est un cancer fréquent des hommes âgés.  
 (1) Lèvre, bouche, pharynx et larynx.  
 (2) Leucémies, maladie de Hodgkin, lymphome malin non hodgkinien, myélome multiple.  
 Champ : France métropolitaine.  
 Source : Réseau Francim des registres du cancer.

**Graphique 2.12 – Durée de survie et taux de létalité par localisation de cancer**



Lecture : la durée médiane entre la découverte d'un cancer du poumon et le décès de la personne est d'environ deux ans et le rapport entre le nombre de personnes décédant de ce cancer et le nombre de personnes atteintes est élevé.  
 (1) Lèvre, bouche, pharynx et larynx.  
 (2) Leucémies, maladie de Hodgkin, lymphome malin non hodgkinien, myélome multiple.  
 Champ : France métropolitaine.  
 Source : Réseau Francim des registres du cancer.

ervée ces vingt dernières années : l'augmentation des cancers de la prostate pour les hommes et celle des cancers du sein pour les femmes expliquent respectivement 68 et 63 % des augmentations globales d'incidence des cancers observées pour chaque sexe.

Ces évolutions sont toutefois pour une large part dues au vieillissement de la population. En effet, la prise en compte des effets d'âge et de sexe montre qu'à structure démographique constante, l'incidence des cancers n'a augmenté que de 35 %, et que la mortalité a diminué de 8 %. Ces évolutions sont plus marquées dans la population féminine où le taux standardisé d'incidence a augmenté de 1,4 % par an alors que la mortalité diminuait chaque année de 0,5 %. Chez l'homme, le taux standardisé d'incidence a augmenté régulièrement de 1,3 % par an et la mortalité a diminué de 0,3 %.

- Les cancers : première cause de mortalité prématurée

En raison de leur importance en termes de mortalité (première cause de décès entre 25 et 64 ans), mais aussi de leur prise en charge, les cancers représentent l'un des problèmes de santé majeurs des adultes de 25 à 64 ans.

Globalement, environ trois décès par cancer sur dix surviennent avant 65 ans. Les cancers entraînant le plus grand nombre de décès avant 65 ans ont pour localisation le poumon, les voies aéro-digestives supérieures et le sein.

En ce qui concerne le cancer du poumon, le taux d'incidence chez l'homme augmente progressivement jusqu'à 40-44 ans, puis plus rapidement jusqu'à 70-74 ans, atteignant un taux de 372 pour 100 000 hommes de cette tranche d'âge. Chez la femme, la croissance est régulière pour atteindre un pic de 53 pour 100 000 femmes entre 75 et 79 ans<sup>267</sup>. Chez l'homme, la mortalité par cancer du poumon a augmenté un peu plus rapidement que son incidence (+0,7 % par an contre +0,6 %) entre 1980 et 2000<sup>268</sup>. Incidence et mortalité sont par contre en constante et forte augmentation depuis 1980 chez la femme, avec une augmentation plus rapide pour l'incidence (+4,4 % par an) que pour la mortalité (+2,9 %). Cette évolution est liée à la consommation de tabac qui, globalement, commence à diminuer mais a connu un essor plus récent chez les femmes. Le risque de cancer du poumon est ainsi trois fois plus élevé chez les femmes nées après la Seconde guerre mondiale que chez leurs aînées<sup>269</sup>.

L'incidence du cancer du sein croît rapidement à partir de 30 ans pour atteindre un pic entre 65 et 69 ans (326 pour 100 000 femmes) et diminuer ensuite régulièrement avec l'âge<sup>270</sup>. Cette incidence a augmenté régulièrement et fortement (+2,4 % par an) entre 1980 et 2000, la hausse de la mortalité ayant été plus modérée (+0,4 %, taux standardisés à structure d'âge constante).

---

267. *Ibidem*.

268. Taux standardisés à structure d'âge constante : cette évolution peut être due en partie au fait que des statistiques de mortalité associent aux cancers du poumon une partie des métastases pulmonaires dont le cancer primitif est inconnu.

269. REMONTET Laurent et al. : « Incidence et mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 51, 2003.

270. REMONTET Laurent et al. : «Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000», InVs, août 2003.



Le risque pour une femme née en 1950 d'avoir un cancer du sein est ainsi près de deux fois plus élevé que pour une femme née en 1930 et trois fois plus que pour une femme née en 1910. Cependant le risque pour elle de mourir de ce cancer est identique à celui de la femme née en 1930 et légèrement plus élevé que celui de la femme née en 1910. Un diagnostic plus précoce, dû en partie aux campagnes de dépistage systématique, et l'amélioration de l'efficacité thérapeutique constituent des facteurs explicatifs de ces évolutions<sup>271</sup>.

Entre 1980 et 2000, les cancers des voies aéro-digestives supérieures connaissent des évolutions contrastées selon le sexe. Chez l'homme, les taux d'incidence et de mortalité diminuent (-1 % par an pour l'incidence des cancers de la bouche et du pharynx et -2 % pour ceux de l'oesophage et du larynx), résultat à mettre en parallèle avec la baisse de leur consommation d'alcool. En revanche, chez les femmes le taux d'incidence augmente sensiblement tandis que le taux de mortalité diminue faiblement, cette évolution étant liée à l'augmentation de leur consommation de tabac<sup>272</sup>.

- Des perspectives d'amélioration concernant la prévention et la prise en charge

La prévention primaire s'attache notamment à la diminution des grands facteurs de risque de cancers que sont le tabagisme, l'alcoolisme, les expositions nocives en milieu de travail et les déséquilibres nutritionnels. La prévention secondaire par le dépistage précoce vise pour un certain nombre de cancers à améliorer à la fois la qualité de vie des malades, et le taux de guérison : le dépistage du cancer et des lésions dysplasiques du col de l'utérus a ainsi permis une diminution de 44 % de sa fréquence et de 57 % de sa mortalité en vingt ans.

Les cancers colo-rectaux, rares avant 50 ans, peuvent être, quant à eux, détectés simplement par le test Hemocult complété éventuellement par une coloscopie. Entre 1980 et 2000, leur fréquence a augmenté au rythme de 1 % par an pour les hommes et 0,8 % pour les femmes tandis que la mortalité associée diminuait dans le même temps chaque année de 1,1 % pour les hommes et de 0,8 % (taux standardisés à structure d'âge constante) pour les femmes. À la fin du premier semestre 2003, douze départements devraient avoir mis en place un dispositif de dépistage systématique de ces cancers<sup>273</sup>.

Le dépistage du cancer du sein par mammographie a été progressivement étendu à l'ensemble du territoire pour les femmes de 50 à 74 ans. Début 2004, 90 départements proposaient ce dépistage organisé. Plus globalement, le Plan Cancer annoncé en mars 2003 prévoit le renforcement et le développement de l'ensemble du dispositif de lutte contre le cancer dans les années qui viennent. En effet, ce plan, partant du constat réalisé par la Commission d'orientation sur le cancer<sup>274</sup> comprend un ensemble conséquent de mesures en matière de prévention, de dépistage et de soins ainsi que de prise en charge des conséquences sociales de la maladie.

---

271. REMONTET Laurent *et al.* : « Incidence et mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 51, 2003.

272. *Ibidem.*

273. Rapport de la Commission d'orientation sur le cancer, janvier 2003.

274. *Ibidem.*

## II.4.2 Les maladies cardiovasculaires : des actions de prévention centrées sur les facteurs de risque

---

Comparée aux autres pays européens, la situation est globalement plutôt favorable en France en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires. Celles-ci n'en restent pas moins la première cause de mortalité avec près de 162 000 décès en 2000, soit 30,5 % de la mortalité totale. Mais, surtout, notre pays se place derrière nos voisins pour la mortalité prématurée qui lui est imputable avec 15 528 décès survenus avant 65 ans (14,2 % de la mortalité prématurée).

En 2002, les maladies cardiovasculaires ont motivé 1 345 000 séjours en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), soit un séjour sur onze en soins de courte durée MCO<sup>275</sup>.

Parmi celles-ci, les cardiopathies ischémiques sont à l'origine d'un peu plus de 304 000 séjours (près de 23 % de l'ensemble des séjours pour maladies cardiovasculaires), dont 79 000, dus à un infarctus aigu du myocarde. Par ailleurs, le nombre de séjours imputables aux maladies cérébrovasculaires est également élevé, avoisinant les 129 000 en 2002. Les séquelles de ces événements sont fréquentes : en 2002, le nombre de premières demandes d'affection de longue durée (ALD) pour accidents vasculaires cérébraux (AVC) invalidants s'élevait à un peu plus de 30 000.

Les pathologies cardiovasculaires atteignent majoritairement les personnes âgées. Elles prédominent parmi les motifs de recours aux soins de ville des personnes de 65 ans ou plus, avec environ 63 motifs de recours pour 100 séances de médecins<sup>276</sup> et 70 motifs pour 100 séances chez les 85 ans ou plus. De même, 71 % des personnes de cet âge interrogées en 2002 par l'Irdes déclarent une maladie cardiovasculaire<sup>277</sup>. Les maladies cardiovasculaires sont responsables, en 2002, de 82 séjours hospitaliers en MCO pour mille personnes âgées de 65 ans ou plus, soit un séjour hospitalier sur six de ce groupe d'âge<sup>278</sup>. Les actions de prévention ont pour objectif de réduire le plus tôt possible les facteurs de risque que sont le tabagisme, la sédentarité et l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète sucré ou les dyslipidémies. Cette priorité a notamment été prise en compte dans le cadre d'un premier programme national triennal de réduction globale des risques cardiovasculaires articulé autour de plusieurs objectifs, parmi lesquels le suivi épidémiologique des facteurs de risques, la prévention cardiovasculaire et l'amélioration des soins et de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

---

275. Source : Base nationale PMSI 2002, exploitation Drees.

276. Source : IMS – Health, enquête permanente sur la prescription médicale, exploitation Irdes, septembre 2002 - août 2003.

277. AUVRAY Laurence, DOUSSIN Anne, LE FUR Philippe : « Santé, soins et protection sociale en 2002 », Irdes, *Série résultats*, n° 1 509, décembre 2003.

278. Source : Base nationale PMSI 2002, exploitation Drees.

### II.4.3 Les maladies pulmonaires obstructives chroniques : un fort retentissement sur la qualité de vie

---

Les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures ont provoqué près de 10 000 décès<sup>279</sup> en 2000. Les causes les plus importantes en sont l'asthme et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Ces dernières représentent la principale cause d'hypoxémie chronique et ont un fort retentissement sur la qualité de vie. Elles atteignent surtout la population des fumeurs après 65 ans, mais l'impact des expositions professionnelles est insuffisamment pris en compte. Les données épidémiologiques sur cette maladie sont peu nombreuses et en sous-estiment probablement la prévalence dans la mesure où elle est souvent diagnostiquée tardivement, à un stade avancé (selon certaines estimations, la population concernée serait d'un peu plus de 4 % soit environ 2 500 000 personnes atteintes à des degrés variables, le tiers présentant un syndrome ventilatoire obstructif et environ 170 000 personnes, une hypoxémie au repos). Compte tenu du vieillissement de la population et de l'augmentation du tabagisme féminin dans les générations qui arrivent à l'âge de la retraite, la prévalence des broncho-pneumopathies chroniques obstructives devrait augmenter dans les prochaines années.

- La prévalence de l'asthme est en augmentation

L'asthme est une affection aux origines multi-factorielles, dans laquelle la composante allergique, la sensibilité individuelle, l'environnement et le mode de vie sont en interaction. On estime entre 5 et 10 % la fraction des asthmes d'origine professionnelle. Le nombre de décès attribuables à l'asthme est d'environ 1 600 en 2000, soit un taux de mortalité de 2,7 pour 100 000. La plupart de ces décès sont attribuables à des exacerbations sévères qui pourraient souvent être évitées.

En 1998, selon l'Irdes<sup>280</sup>, cette maladie touchait 3,5 millions d'individus, soit une prévalence de l'asthme « actuel » estimée à 5,8 %. La moitié des personnes asthmatiques souffre d'asthme persistant et une sur dix, d'asthme persistant sévère. La prévalence cumulative de l'asthme « au moins une fois dans la vie » était de 8,2 %. Cette enquête confirme en outre l'augmentation de la prévalence de l'asthme dans les plus jeunes générations, d'autant plus préoccupante que la première crise serait plus précoce de deux ans. Elle se déroulerait désormais dans la moitié des cas avant l'âge de 4 ans (contre 6 ans auparavant).

Chez les adultes, cette pathologie touche un peu plus de femmes que d'hommes, contrairement à l'asthme de l'enfant qui atteint davantage les garçons que les filles. Ce dernier constat est confirmé par l'enquête nationale réalisée sous l'égide de la Drees au cours de l'année scolaire 2002-2003 auprès des enfants de 5-6 ans par les personnels médicaux et paramédicaux de l'Éducation nationale. La prévalence de l'asthme « actuel » déclaré au moment de l'enquête était de 12,2 % et concernait 14,1 % des garçons et 10,2 % des filles. La différence par sexe s'atténue avec l'âge, avec une proportion de filles concernées de

---

279. 9 494 en cause initiale du décès (groupe de maladie avec syndrome respiratoire obstructif comprenant les bronchites chroniques, l'asthme, l'emphysème et les bronchectasies).

280. COM-RUELLE Laure, CRESTIN Barbara, DUMESNIL Sylvie : « L'asthme en France selon les stades de sévérité », Credes, Biblio n° 1 290, 2000. Dans cette étude est considérée comme souffrant d'asthme « actuel » toute personne traitée contre cette maladie en ayant souffert d'asthme au cours des douze mois précédant l'enquête.

8,7 % en CM2 et 9,2 % en troisième contre respectivement 11,8 % et 10,5 % pour les garçons<sup>281</sup>. L'étude géographique montre que la prévalence de l'asthme « actuel » est plus élevée sur la façade atlantique, ce phénomène étant constaté aux différents âges observés.

- Une prise en charge de l'asthme souvent insuffisante

Alors que des traitements efficaces existent, ils semblent insuffisamment prescrits. Un audit mené en 1995 auprès des médecins généralistes toulousains, montrait alors que la gravité de l'asthme était sous-évaluée chez 12 % des individus<sup>282</sup>. En 1998, selon l'Irdes, un asthmatique sur six semblait insuffisamment traité au regard de ses signes cliniques. Une mauvaise observance des traitements serait également en cause, les traitements de fond seraient souvent négligés, et les patients et leurs familles insuffisamment informés. Les études réalisées par la Cnamts dans cinq régions entre 1998 et 2000 montrent que, selon les régions, jusqu'à 28 % des personnes ayant un asthme « persistant modéré » (stade 3) et jusqu'à 17 % pour la forme « persistante sévère » (stade 4) ne bénéficiaient pas du traitement de fond de référence<sup>283</sup> (corticothérapie inhalée). Par ailleurs, une étude réalisée en 1997 et 1998 dans les services d'urgence a montré la gravité des crises d'asthme des personnes qui s'y présentent, mais aussi l'inadaptation de leur prise en charge. Les résultats de la deuxième enquête ASUR devraient prochainement évaluer l'amélioration de la conformité des pratiques aux recommandations internationales.

Les hospitalisations sont d'autant plus fréquentes que l'asthme est mal contrôlé : en 1998, dans l'étude du CreDES, 4 % des asthmatiques « actuels » avaient été hospitalisés dans l'année précédant l'enquête : 2 % en cas d'asthme intermittent, mais 14 % en cas « d'asthme persistant sévère ». Toutefois, la situation semblerait s'améliorer dans la mesure où les hospitalisations pour asthme diminuent régulièrement : leur nombre<sup>284</sup> s'élevait à 66 000 en 1998, contre 52 400 en 2002, dont la moitié concernent des enfants âgés de moins de 15 ans.

#### **Objectif n° 74 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**R**éduire de 20 % la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici 2008 (actuellement 63 000 hospitalisations complètes ou partielles par an)

**I**ndicateur retenu : hospitalisations pour crise d'asthme.

	1998	2000	2001	2002
Nombre d'hospitalisations	66 000	59 800	55 600	52 400

Champ : France métropolitaine.

Source : PMSI, calculs DREES, hospitalisation totales ou partielles.

Les asthmatiques (tous âges confondus) déclarent en outre plus souvent d'autres affections, en particulier digestives et dermatologiques. Ces dernières sont deux fois plus fréquentes (l'eczéma et les allergies cutanées : trois fois plus). L'asthme porte souvent

281. Les différences observées ne sont plus significatives en troisième. Céline LABEYRIE, Xavier NIEL : « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2000-2001 », *Études et Résultats*, n° 314, juin 2004, Drees. Les définitions utilisées ont été établies à partir d'une série de questions issues du questionnaire ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Child-Hood) Charpin D. et al. : « Prévalence des maladies allergiques de l'enfant : l'enquête ISAAC - France, phase I », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 13, mars 1999.

282. ORMIÈRES Jean-Jacques, SCHWARTZ Claire, DIDIER Alain : « Surveillance des asthmatiques par le médecin généraliste toulousain - Des patients insuffisamment éduqués », *La revue du praticien - Médecine générale*, n° 340, mai 1996.

283. « L'asthme en France une maladie à prendre au sérieux » in « Faits marquants Assurance maladie - des soins de qualité pour tous », édition 2001, CNAMTS, 2001.

284. PMSI, champ : France métropolitaine.

atteinte à la qualité de vie des individus. Seulement 5 % des asthmatiques ne sont aucunement gênés par leur état de santé ; les deux tiers éprouvent une gêne mais mènent une vie normale, mais trois asthmatiques sur dix déclarent être contraints de restreindre leurs activités.

Compte tenu des insuffisances signalées, un programme quadriennal a été mis en place en 2002 pour développer l'information, améliorer la qualité des soins, développer l'éducation thérapeutique, mieux prendre en charge et prévenir l'asthme professionnel.

#### II.4.4 Les troubles mentaux invalidants à tout âge

---

- Le recours aux soins est en augmentation constante, notamment pour les jeunes

L'enquête *Handicaps-incapacités-dépendance (HID)* a permis d'estimer à 1,2 million le nombre de personnes vivant à domicile qui déclarent consulter régulièrement pour des troubles psychiques ou mentaux<sup>285</sup>, et à 56 000 celles qui étaient hospitalisées en soins psychiatriques à la fin de l'année 1998<sup>286</sup>.

On observe depuis une dizaine d'années en France un net accroissement du recours aux soins pour des troubles mentaux. Il peut en partie s'expliquer par une augmentation des phénomènes de souffrance psychique (voir chapitre II.2.4). Mais d'autres facteurs sont à considérer comme le changement des attitudes et des représentations (en particulier chez les femmes, les jeunes et les personnes ayant fait des études supérieures<sup>287</sup>) qui permet aussi aux personnes souffrant de ces troubles de se sentir moins stigmatisées.

En médecine de ville, le nombre de recours aux soins pour des troubles de la santé mentale – qui regroupent les troubles névrotiques et psychotiques, l'anxiété, la dépression, les troubles de l'enfance et les troubles du sommeil – s'accroît auprès de l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes (près de 50 millions de recours de septembre 2002 à août 2003 contre 44 millions sur la même période trois ans auparavant)<sup>288</sup>. En particulier, le nombre de consultations de psychiatres est passé de 13,4 millions en 1992 à près de 16 millions en 2001 (+19,4%)<sup>289</sup>.

Le dispositif public spécialisé<sup>290</sup> en psychiatrie adulte suit aussi davantage de personnes : 1,15 million de personnes adultes ont été vues en 2000, soit une augmentation de 62 % en onze ans (1989-2000). Les traitements ambulatoires prédominent largement sous des formes diversifiées (consultations, ateliers thérapeutiques...). Plus de huit patients sur dix ont bénéficié de prises en charge ambulatoires : pour 65 % d'entre eux c'est la seule modalité thérapeutique qu'ils ont vécue sur une année, les autres ayant été également suivis à temps partiel et/ou à temps complet.

---

285. ANGUIS Marie, de PERETTI Christine : « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux », Drees, *Études et Résultats*, n° 231, avril 2003.

286. CHAPIREAU François : « Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et 2000 », Drees, *Études et Résultats*, n° 206, décembre 2002.

287. ANGUIS Marie : « La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites », Drees, *Études et Résultats*, n° 116, mai 2001.

288. IMS - Health, enquête permanente sur la prescription médicale - Credes, 1998-1999.

289 Source : SNIR.

290. COLDEFY Magali, SALINES Emmanuelle : « Les secteurs de psychiatrie adultes en 2000 », Drees, *Études et Résultats*, n° 340, septembre 2004.

Ces personnes sont majoritairement suivies par la psychiatrie de secteur pour des schizophrénies ou des troubles délirants (29 %), des dépressions (16 %), des troubles névrotiques (13 %), des troubles de la personnalité et du comportement (8 %) et des troubles liés à l'utilisation d'alcool (7 %), alors que les prises en charges en hospitalisation privée concernent d'abord les dépressions (40 %) avant les schizophrénies (14 %) <sup>291</sup>.

Pour les enfants et adolescents, l'augmentation du recours aux dispositifs spécialisés de soins de santé mentale est encore plus importante que pour les adultes. Entre 1991 et 2000, le nombre total de jeunes suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile a presque doublé, passant de 254 700 à 432 000 <sup>292</sup>.

Ces enfants et adolescents sont majoritairement suivis pour des troubles névrotiques, des pathologies de la personnalité, des troubles des apprentissages et des troubles réactionnels <sup>293</sup>. Selon la même enquête, la part des enfants psychotiques est de 3 % dans les centres médicaux psycho-pédagogiques (CMPP) et de 14 % dans le dispositif public de psychiatrie.

S'il apparaît ainsi que le recours aux soins s'accroît, et même se banalise, grâce au développement du suivi ambulatoire, c'est pour les jeunes de plus de 15 ans que la progression a été la plus importante (+95 % de patients de plus de 15 ans suivis entre 1991 et 2000 dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile contre +62 % pour l'ensemble des tranches d'âge sur la même période).

Malgré cette progression, le taux de suivi des jeunes de 15 à 24 ans (en psychiatrie générale et infanto-juvénile) reste encore très inférieur à celui des 5-9 ans <sup>294</sup> : 24 pour 1 000 contre 43 pour 1 000 en 2000.

De façon générale, les besoins de soins des enfants et des adolescents dans ce domaine restent encore importants comme l'illustre un travail récent de l'Inserm <sup>295</sup> : alors qu'un enfant sur huit (12,5 %) souffrirait d'un trouble mental en France, seule une minorité d'entre eux est en contact avec des services spécialisés (2,7 % de l'ensemble des enfants et adolescents de moins de 20 ans ont été suivis en 2000 par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile).

- Une sous-estimation fréquente des troubles mentaux à l'âge adulte

Selon le Haut comité de santé publique, la question de la santé mentale est souvent sous-estimée chez les adultes, notamment après 40 ans. De fait, les troubles mentaux

---

291. DGS-Inserm : « Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale, les cliniques psychiatriques privées et les établissements de réadaptation et de post cure 16 mars-29 mars 1998 », août 1999.

292. COLDEFY Magali, SALINES Emmanuelle : « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 », Drees, *Document de travail, série Etudes*, n° 32, mai 2003.

293. DGS-Inserm : « Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les centres médico-psycho-pédagogiques, les hôpitaux de jour privés 3 juin-15 juin 1996 », décembre 1997.

294. GUILMIN Anne, PARAYRE Claudine, BOISGUÉRIN Bénédicte : « Bilan de la sectorisation psychiatrique », Drees, *Document de travail, série Statistiques*, n° 2, juin 2000,.

295. « Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent », Expertise collective, Inserm, décembre 2002.

sont fréquents à l'âge adulte. Ainsi, pour les soins libéraux (spécialisés ou non), l'examen des motifs de recours pour 100 séances montre que c'est entre 25 et 65 ans que les troubles mentaux constituent les motifs de consultation les plus nombreux (tableau 1.5).

Plus précisément, ce sont les quadragénaires qui apparaissent les plus fragilisés. Ils constituent la classe d'âge la plus représentée tant parmi les personnes hospitalisées en institution psychiatrique<sup>296</sup> que parmi celles qui, en population ordinaire, déclarent être suivies pour des troubles psychiques et mentaux<sup>297</sup>. Ils représentent aussi le quart des personnes suivies ou hospitalisées, alors que leur part dans la population est d'environ 14 %. En revanche, les périodes de recours élevé aux soins ambulatoires ne sont pas identiques pour les hommes et les femmes : la fréquence la plus élevée d'un « suivi pour trouble psychique ou mental » se situe entre 30 et 39 ans pour les hommes, alors que pour les femmes, il se produit entre 40 et 49 ans.

- Aux grands âges, la démence est au premier plan des problèmes de santé mentale

Le poids des pathologies mentales est enfin considérable parmi les personnes âgées de plus de 75 ans. En témoignent les données de l'enquête HID qui font état d'une prévalence de la déficience mentale de 18 % chez ces personnes (soit environ 800 000 personnes). Cette prévalence est nettement plus importante en institution (45 %) qu'à domicile (15 %).

Selon la même enquête, la perte des acquis intellectuels, les troubles de la mémoire ou la désorientation temporo-spatiale concernent à domicile plus d'une personne de 80 ans ou plus sur dix<sup>298</sup>, et même plus d'une sur trois en institution.

Depuis dix ans, les connaissances sur les démences ont considérablement progressé. Ce sont des maladies complexes à formes multiples, au sein desquelles la maladie d'Alzheimer occupe une place prépondérante. Elles se caractérisent par une altération des capacités cognitives avec des troubles de la mémoire qui s'aggravent progressivement, et des troubles du comportement qui perturbent la relation de la personne avec autrui. Ces maladies ont donc un retentissement particulièrement grave sur la vie quotidienne des malades et de leur famille, induisant une forte souffrance tant pour la personne atteinte que pour ses proches.

Les principales données épidémiologiques actuelles proviennent des études européennes réalisées par Lobo *et alii*, de l'étude *Euromed* et de l'étude française *Paquid*<sup>299</sup>. Selon ces données, en 1999, on estime la prévalence globale des démences à 6,4 % de la population âgée de plus de 65 ans, dont près de 70 % de femmes et 64 % de personnes âgées de plus de 80 ans, le nombre de cas augmentant avec l'âge. Pour la maladie d'Alzheimer dont la prévalence chez les personnes de plus de 65 ans est estimée à 4,4 %, on considère que les deux tiers environ des nouveaux cas surviennent après 79 ans et qu'au-delà

---

296. Enquête *HID* en institutions, 1998. Exploitation Drees.

297. Enquête *HID* auprès des personnes vivant à domicile, 1999-2000, Exploitation Drees.

298. *Ibidem*.

299. Étude épidémiologique réalisée par suivi depuis 1988 d'une cohorte de personnes âgées de plus de 65 ans en Gironde et en Dordogne par l'unité 330 de l'Inserm.

de 85 ans, sa prévalence passe à plus de 15 %<sup>300</sup>. Compte tenu du vieillissement de la population, et selon la projection à dix ans réalisée par Jean-François Dartigues (Inserm), la prévalence de cette maladie pourrait passer de 440 000 cas en 1999, à 550 000 cas en 2010, et son incidence de 115 000 nouveaux cas en 1999 à 135 000 en 2010. Le nombre total de personnes démentes pourrait s'élever à 800 000 à cette date.

L'augmentation du nombre de démences, principalement chez les sujets très âgés, va donc engendrer des problèmes pour lesquels beaucoup de familles seront concernées. Aussi, un certain nombre de dispositifs sont-ils mis en place [consultations mémoire, Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)] afin d'assurer un diagnostic précoce et de permettre une prise en charge coordonnée entre les différents professionnels de santé et du secteur.

- La dépression est le trouble le plus fréquent après 16 ans

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépression est la première cause d'incapacité dans le monde<sup>301</sup>. En France, le nombre de personnes atteintes par an (prévalence) est mal connu mais certaines études suggèrent des prévalences de 9 à 12 %<sup>302</sup>. Parmi les personnes interrogées par l'Irdes en 1996-1997, environ 15 % des personnes âgées de 16 ans et plus se déclareraient dépressives ou manifesteraient des signes de dépression.

Les études font apparaître que l'absence d'activité est fortement corrélée à la dépression et qu'un certain nombre de personnes chez qui on repère une souffrance importante n'ont pas recours aux soins (10 % parmi les personnes qui déclarent être déprimées et 92 % des personnes qui ne déclarent pas être déprimées mais qui reconnues comme telles par le questionnaire d'enquête).

L'Irdes apporte un autre éclairage à partir de l'analyse des résultats de l'enquête SPS sur les aspects socio-économiques liés à la dépression : les personnes dépressives déclarent en moyenne sept maladies, dépression incluse, au lieu de trois pour les personnes non dépressives. L'indicateur synthétique de qualité de vie confirme un état de santé très altéré chez les dépressifs, proche de celui de personnes non dépressives plus âgées de dix ans. En raison de ces poly-pathologies, la consommation médicamenteuse des sujets dépressifs est trois fois plus élevée sur une période de trois mois que celle des personnes ne souffrant pas de ce trouble.

Enfin, le lien entre dépression et suicide apparaît nettement : on retrouve l'existence d'un trouble dépressif dans 30 à 50 % des cas de décès par suicide analysés par les études internationales pour des pays comparables à la France, avec pour ces décès, un accroissement de la prévalence de troubles dépressifs avec l'âge.

---

300. DARTIGUES Jean-François, HELMER Catherine, LETENNEUR Luc : « Épidémiologie des démences » *Gérontologie et sociétés*, n° 97, juin 2001.

301. OMS : « La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs », Rapport sur la santé dans le monde, 2001.

302. LE PAPE Annick, LECOMTE Thérèse : « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression : France 1996-1997 », Rapport n° 1 277 (série Analyses), septembre 1999, Irdes.



- Le suicide, deuxième cause de décès des jeunes de 15 à 34 ans, concerne surtout les hommes

Le suicide représente un véritable problème de santé publique. En 2000, l'Inserm a enregistré 10 837 décès par suicide, soit 2 % de l'ensemble des décès, ce qui place les suicides avant les accidents de la circulation en termes de mortalité. En outre, ces chiffres doivent être corrigés à la hausse du fait de la sous-déclaration et on estime le nombre de décès par suicides supérieur de 20 à 25 % en réalité<sup>303</sup>. Après une période d'augmentation au début des années 1990, le nombre total des décès dus à cette cause a diminué ces dernières années. Cependant, la France reste parmi les pays d'Europe qui enregistrent les taux les plus élevés<sup>304</sup>.

Le suicide était en 1999 la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 34 ans. Mais, en nombre absolu, ce sont les personnes de 35 à 54 ans qui sont le plus touchées (3 983 décès en 1999). Rapporté aux effectifs de la population, le taux de décès augmente avec l'âge jusque vers 40 ans, reste relativement constant jusque vers 70 ans pour s'accroître ensuite fortement chez les hommes.

Les décès par suicide sont très majoritairement masculins (72 %). Le taux de mortalité par suicide des hommes est plus élevé que celui des femmes dans toutes les tranches d'âge. Le différentiel s'accroît aux âges élevés : il atteint un rapport de 4 pour 1 chez les personnes âgées de 75 et 84 ans, mais augmente encore aux grands âges. Une étude publiée par la Drees<sup>305</sup> met en évidence cet effet d'âge ; elle met en outre en évidence des effets de date (périodes où l'on enregistre des augmentations de suicide, particulièrement autour de l'année 1985) et des effets de génération (celles nées après la Seconde Guerre mondiale se suicident davantage). Selon cette étude, on devrait s'attendre à une hausse tendancielle du taux de suicide dans les années qui viennent, parallèlement à l'avancée en âge des générations du *baby boom*.

Des études ont en outre montré que les taux de suicide ne sont pas homogènes selon les régions et par classes d'âge. Certaines sont plus touchées par le phénomène pour les adultes (Nord - Pas de Calais, Bretagne), d'autres pour les jeunes de 15 à 24 ans (Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées). Globalement, le nord-ouest de la France enregistre les taux les plus importants<sup>306</sup>. De même, on constate des différences régionales dans les moyens employés (plutôt les armes à feu au sud et la pendaison au nord).

Enfin, certains groupes au sein desquels on enregistre des taux de suicide significativement plus élevés apparaissent comme particulièrement à risque. Il s'agit en particulier :

303. JOUGLA Eric et al. : « La qualité des données de mortalité par suicide », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 50, 2002.

304. FACY Françoise, JOUGLA Eric : « Les suicides » in « Atlas de la santé en France » Volume 1, John Libbey, février 2000.

305. ANGUIS Marie, CASES Chantal, SURAUULT Pierre : « L'évolution des suicides sur une longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération », Drees, *Études et Résultats*, n° 185, août 2002.

306. FACY Françoise, JOUGLA Eric : « Les suicides » in « Atlas de la santé en France » Volume 1, John Libbey, février 2000.

- des personnes âgées en maison de retraite<sup>307</sup>,
- des détenus<sup>308</sup>,
- des personnes souffrant de dépression (facteur de risque environ 20 fois plus élevé que les autres)<sup>309</sup>.

- Les tentatives de suicide sont en revanche plus fréquentes chez les femmes

Si les hommes décèdent plus souvent par suicide, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer y penser. En 1999, 4,4 % des hommes et 7,3 % des femmes déclaraient avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois<sup>310</sup>. Pour les femmes, la prévalence des pensées suicidaires est plus aiguë entre 15 et 19 ans (12 %), alors qu'elle varie peu avec l'âge pour les hommes.

De même, les tentatives de suicide apparaissent beaucoup plus fréquentes chez les jeunes filles. Ainsi, le rapport entre tentatives de suicide et suicides est de 22 chez les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans et de 160 pour les jeunes filles du même âge<sup>311</sup>.

Enfin, on estime à environ 160 000 le nombre de tentatives de suicide donnant lieu à un recours au système de soins (fourchette comprise entre 130 000 et 180 000)<sup>312</sup>. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide reste chez les femmes à un haut niveau jusque vers 50 ans ; les hospitalisations masculines, moins nombreuses à l'adolescence, augmentent rapidement jusque vers 40 ans et deviennent ensuite, comme chez les femmes, beaucoup plus rares. Ces chiffres ne prennent pas en compte le fait qu'un certain nombre de jeunes ont pu faire une tentative de suicide « passée inaperçue », non hospitalisée et non prise en charge psychologiquement.

- Les personnes atteintes de troubles mentaux sont de plus physiquement et socialement fragilisées

Au-delà des problèmes de santé mentale, la population des personnes suivies en psychiatrie apparaît globalement en plus mauvaise santé physique que le reste de la population : on constate, chez les personnes hospitalisées, une surmortalité par rapport à la population du même âge<sup>313</sup> ainsi qu'une mobilité limitée. L'ensemble des personnes suivies régulièrement pour troubles mentaux déclare en outre, en plus des déficiences psychiques, davantage de déficiences physiques, motrices, métaboliques que la population générale. Par contre elles n'ont pas plus de déficiences visuelles ou auditives<sup>314</sup>.

307. CASADEBAIG Françoise, RUFFIN Daniel, PHILIPPE Alain : « Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 51, 2003.

308. Annuaire statistique de la justice, édition 2003.

309. CHASTANG Françoise : « Suicide, tentative de suicide et dépression (revue de la littérature internationale) », *Synapse*, n° 145, avril 1998.

310. CFES - Baromètre santé 2000.

311. *Ibidem*.

312. BADEYAN Gérard, PARAYRE Claudine et alii. : « Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique », Drees, *Études et Résultats* n° 109, avril 2001.

313. CHAPIREAU François : « Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique », Drees, *Études et Résultats*, n° 304, avril 2004.

314. ANGUIS Marie, DE PERETTI Christine : « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux », Drees, *Études et Résultats*, n° 231, avril 2003.

D'une manière générale, les personnes suivies en psychiatrie apparaissent confrontées à de plus grandes difficultés, tant dans leur vie affective ou sociale que dans leur activité professionnelle. Ainsi, le célibat ou le divorce sont deux fois plus fréquents dans cette population. L'insertion professionnelle y apparaît difficile, quoique plus fréquente chez les femmes. L'emploi protégé occupe une place très marginale.

Les aides monétaires sous forme d'allocations sont fréquentes (concernant un malade sur trois, et davantage des hommes). Deux personnes sur trois ont une reconnaissance administrative de leur handicap, et une personne sur quatre qui consulte perçoit une allocation ou une pension du fait de son état de santé<sup>315</sup>.

#### II.4.5 Le diabète : une évolution à la hausse et une prévalence élevée dans les départements et territoires d'outre-mer

Le diabète est une maladie métabolique chronique dont le traitement est complexe. Il est considéré comme un problème important de santé publique en raison de sa fréquence croissante et de ses conséquences handicapantes sur la vie quotidienne. Il se caractérise en effet par la gravité de ses complications : cardiopathie ischémique coronarienne, artériopathie des membres inférieurs et gangrène, néphropathie et insuffisance rénale chronique, neuropathie, et enfin atteinte oculaire avec risque de cécité en l'absence de prise en charge adaptée. Il est la cause directe de plus de 10 000 décès par an (10 816 en 2000<sup>316</sup>) mais constitue également un facteur de risque important de la mortalité cardiovasculaire et est cité comme cause initiale ou associée pour près de 27 000 décès<sup>317</sup>. Le diabète représente la deuxième cause d'admission en affections de longue durée (ALD 30) avec plus de 125 000 nouvelles admissions par la CNAMTS en 2002<sup>318</sup>.

##### Objectif n° 55 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004

**Diabète** : réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment des complications cardiovasculaires

**Indicateur retenu** : proportion de personnes diabétiques ayant déclaré avoir déjà eu une complication.

	Année 2002
Complication cardio-vasculaire	
Antécédent d'angor ou d'infarctus du myocarde	16,8 %
Complication ophtalmologique	
Perte de la vue d'un œil	3,9 %
Neuropathie	
Antécédent de mal perforant plantaire	7,5 %
Antécédent d'amputation	1,8 %
Néphropathie	
Insuffisance rénale terminale (greffe ou dialyse)	0,9 %

Champ : France métropolitaine.

Source : InVS-CNAMTS-AFD-ANCRED, étude ENTRED année 2002.

315. CHAPIREAU François : « Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et 2000 », Drees, *Études et Résultats*, n° 206, décembre 2002.

316. INSERM – CépiDc, 2000.

317. En 1999. PÉQUIGNOT EF, JOUGLA E., LE TOULLEC A. : « Mortalité attribuée au diabète en France », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 20-21, mai 2002.

318. CNAMTS, Admissions en ALD 30 – France entière, 2002.

Il existe plusieurs types de diabète. Le diabète de type I, plus précoce, est généralement diagnostiqué sans retard et fait l'objet d'un suivi spécialisé en raison de la gravité de ses complications aiguës. Le diabète de type II est beaucoup plus fréquent et représente environ 90 % de l'ensemble des diabètes sucrés. Il est plus tardif et son début insidieux retarde souvent le diagnostic de plusieurs années, pendant lesquelles des complications se développent silencieusement. Le surpoids augmente les risques de diabète de type II qui est également souvent associé à une hypertension artérielle et/ou à une dyslipidémie.

En France métropolitaine, l'Échelon national du service médical de l'Assurance maladie (ENSM) a pu estimer la part des patients traités par des médicaments spécifiques contre le diabète (antidiabétiques oraux et/ou insuline) à 3 % des affiliés du régime général en 2000<sup>319</sup>, tous âges confondus. Le nombre de personnes présentant un diabète est en réalité supérieur, en raison des diabètes équilibrés par le seul régime et surtout du retard du dépistage du diabète de type II, souvent méconnu pendant plusieurs années. On considère aujourd'hui que le diabète de type II touche environ 2 millions de personnes<sup>320</sup>.

Les données relevées par la Cnamts depuis 1994, font apparaître une augmentation de la prévalence du diabète d'environ un tiers en quelques années : de 2,2 % en 1994, à 2,8 % en 1998<sup>321</sup> et 3 % en 2000 (toutes modalités thérapeutiques et tous âges confondus). Cette évolution peut s'expliquer à la fois par l'allongement de la durée de vie (la prévalence atteignait 14 % chez les 75-80 ans en 1998), l'arrivée des générations du baby-boom dans les tranches d'âge à risque (au-dessus de 55 ans), et l'augmentation du surpoids et de l'obésité, mais aussi par une meilleure évaluation du phénomène, conjuguée à une amélioration du dépistage et à une modification des critères définissant le diabète.

Les disparités régionales observées (avec accentuation de la prévalence selon un axe dirigé du Nord-Ouest vers le Sud-Est) reflètent à la fois l'âge de la population, la prévalence de l'obésité et des facteurs géographiques spécifiques. Les régions où la prévalence du diabète, pour l'essentiel le diabète de type II, est la plus élevée sont la Corse, la Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Bourgogne et le Languedoc-Roussillon. À l'inverse, c'est en Bretagne, Pays de la Loire et Basse-Normandie qu'elle est la plus faible<sup>322</sup>. La situation est particulièrement préoccupante dans les départements et territoires d'outre-mer où la prévalence du diabète de type II est élevée, atteignant 7 à 18 % selon les lieux, tranches d'âge et périodes considérés, et où elle semble en pleine expansion<sup>323</sup>.

La prise en charge du diabète recouvre différents aspects : la prévention primaire, le dépistage et la prévention des complications, la structuration et rationalisation des

319. RICORDEAU P., WEILL A., VALLIER N., BOURREL R., GUILHOT J., FENDER P., ALLEMAND H. : « Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? », Cnamts, *Revue médicale de l'Assurance maladie*, n° 4, octobre-décembre 2002.

320. SIMON D. : « Données épidémiologiques sur le diabète de type II », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 20-21, mai 2002.

- Rapport du groupe technique national de définitions des objectifs de santé publique 2003-2008, DGS, février 2003.

321. RICORDEAU P., WEILL A., VALLIER N., BOURREL R., FENDER P., ALLEMAND H. : « L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine », *Diabètes et Métabolisme*, 26 : 11-24, septembre 2000, 26 : 11-24.

322. *Ibidem*.

323. PAPOZ L. : « Le diabète de type II dans les DOM-TOM : un effet pervers de la modernité », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 20-21, mai 2002, pp. 89-90.

dispositifs spécialisés et leur articulation avec les médecins généralistes, l'éducation thérapeutique et diététique ainsi que l'autonomisation des patients. Ces objectifs font l'objet depuis 2002 d'un programme quadriennal d'actions<sup>324</sup>.

Les analyses effectuées en 1998 et 2000 par la Cnamts ainsi que les bilans effectués en 2001 et 2002 dans le cadre de l'étude *Entred*<sup>325</sup> montrent une amélioration progressive de la surveillance médicale des personnes diabétiques, qui reste toutefois insuffisante au regard des recommandations de l'Anaes.

#### **Objectif n° 54 du rapport d'objectifs de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004**

**Diabète** : assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'Alfediam, l'Affsaps et l'Anaes pour 80 % des diabétiques en 2008 (actuellement 16 à 72 % selon le type d'examen complémentaire)

**Indicateur retenu** : proportion de personnes diabétiques remboursées en médecine libérale d'ECG ou d'acte biologique ou de consultation d'ophtalmologie.

	Année 2000	Année 2001	Année 2002
<b>Remboursements biologiques</b>			
Microalbuminurie dans l'année	15,4 %	17,7 %	21,3 %
dosages d'HbA1C : au moins 3 dans l'année	ND	29,9 %	36,9 %
Cholestérol, triglycérides ou bilan lipidique dans l'année	(62,4 %**)	63,4 %	65,9 %
Créatinémie	71,1 %	71,3 %	74,8 %
<b>Remboursements d'actes</b>			
CS* de cardiologie ou électrocardiogramme dans l'année	30,2 %***	29,8 %	32,5 %
CS* ophtalmologie dans l'année	40,9 %	43,0 %	45,1 %

\* CS = consultation

\*\* dosage du cholestérol dans l'année

\*\*\* électrocardiogramme

Champ : France métropolitaine.

Sources : 2000 CNAMTS (diabétiques non insulino-traités), 2001 et 2002 InVS-CNAMTS-AFD-ANCRED,

étude ENTRED année 2002 : actes remboursés par l'assurance maladie (hors hospitalisation).

C'est particulièrement le cas pour la surveillance des complications cardiaques, ophtalmologiques et rénales. Ainsi, les proportions de personnes diabétiques remboursées pour des dosages de la micro-albuminurie et des dosages répétés au moins 3 fois dans l'année de l'hémoglobine glyquée sont respectivement égales à 21 % et 37 % des diabétiques en 2002, contre 18 % et 30 % en 2001<sup>326</sup>. La prise en compte des hospitalisations (sous l'hypothèse que toute personne diabétique séjournant dans un service de médecine a un dosage de l'hémoglobine glyquée et d'albuminurie) augmente un peu ces valeurs (soit 32 et 36 % pour l'année 2001, les données n'étant pas disponibles pour 2002). Par ailleurs, en 2000, la Cnamts a analysé la surveillance des personnes diabétiques dans les départements d'outre-mer : dans l'ensemble, les valeurs relevées dans les Dom sont un peu plus faibles qu'en métropole sauf pour la recherche de micro-albuminurie qui y est plus fréquente<sup>327</sup>.

324. Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type II : 2002-2005.

325. IHADDADENE K. WEILL A., VALLIER N. et alii : « Étude *Entred* : évolution du suivi médical des personnes diabétiques traitées par anti-diabétiques oraux seuls de 1998 à 2001 », InVS.

326. FAGOT-CAMPAGNA A. et alii : « Caractéristiques des personnes diabétiques traitées et adéquation du suivi médical du diabète aux recommandations officielles. ENTRED 2001 », InVS, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 49-50, décembre 2003 et FAGOT-CAMPAGNA A. & Alii ENTRED – Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques - Résultats de l'enquête par questionnaire postal auprès des personnes diabétiques, InVS-Cnamts-AFD-Ancred, rapport non publié, à paraître (InVS).

327. « Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 – Evolution de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000 », Cnamts, février 2002.

## II.4.6 Insuffisance rénale chronique : une affection invalidante et coûteuse dont l'incidence augmente

---

L'insuffisance rénale est une atteinte des fonctions d'épuration indispensables à l'organisme. Cette affection arrive au stade d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) quand le recours à la dialyse périodique ou à la transplantation rénale devient nécessaire<sup>328</sup> (des données sur ces prises en charge sont développées dans le chapitre III-2). Le délai entre le début de la maladie et l'insuffisance rénale terminale varie considérablement non seulement entre les différentes formes d'atteintes rénales, mais aussi chez les patients ayant une même maladie rénale.

Depuis 1998, le Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) met en place un système d'enregistrement exhaustif. À l'été 2004, sept régions disposent effectivement de ce registre. Son extension à la quasi-totalité des régions est prévue d'ici le début de l'année 2006.

L'incidence de l'IRCT est évaluée en métropole à 122 pour un million d'habitants en 2002. Ce chiffre a été estimé par l'Établissement français des greffes à partir d'une extrapolation à l'ensemble des régions métropolitaines des observations faites sur les incidences dans quatre régions (Limousin, Lorraine, Auvergne et Rhône Alpes) par le REIN.

En matière de prévalence, les données les plus récentes sont issues d'une enquête particulière de l'assurance maladie<sup>329</sup>. Cette enquête a réalisé un dénombrement des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale et traitées par dialyse en France : près de 31 000 personnes en 2003, soit une prévalence de 513 par million d'habitants avec une moyenne métropolitaine de 498 pour 1 million d'habitants<sup>330</sup>.

Au nombre de personnes traitées par dialyse, il faut ajouter celles qui ont subi une transplantation rénale, soit environ 20 000 personnes (estimation fournie par l'Établissement français des greffes) et 2 045 pour l'année 2001. On peut donc estimer à 49 000 environ la population des patients traités pour IRCT.

La situation de la France métropolitaine apparaît ainsi dans la moyenne par rapport aux autres pays européens.

La répartition régionale des patients traités, que fournit également l'étude de la Cnamts, met en évidence, à sexe et âges donnés des spécificités régionales marquées. En France métropolitaine, c'est ainsi le Nord – Pas-de-Calais qui connaît la prévalence standardisée d'IRCT la plus élevée. Les populations des départements d'Outre-Mer sont de 2,5 à 4 fois plus touchées qu'en métropole. L'IRCT touche aussi plus fréquemment les hommes que les femmes (près de deux fois plus en France), et davantage les plus âgés que les plus jeunes. Il semble ainsi que l'augmentation récente de son incidence soit pour partie imputable au vieillissement.

---

328. BAUBEAU Dominique, TRIGANO Lauren : « La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique », Drees, *Études et Résultats*, n° 327, juillet 2004.

329. « La première étude sur les insuffisants rénaux chroniques terminaux en France : combien sont-ils et qui sont-ils ? » Cnamts, Point d'information mensuel, janvier 2004.

330. Les données issues de la SAE (voir chapitre 3) font état de 33 000 personnes dialysées la dernière semaine de décembre 2002. Cet écart peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de personnes sous dialyse d'une année sur l'autre mais aussi par des biais méthodologiques. Les données de SAE, par exemple, peuvent enregistrer des doubles comptes.

sement de la population française. Les néphropathies diabétiques et vasculaires sont évoquées à parts égales pour expliquer 40 % des IRCT ; les deux autres causes les plus fréquentes sont la glomérulonéphrite et les néphropathies interstitielles.

Les données de l'Assurance maladie établies à partir du nombre d'ALD 19 (néphropathie grave ou syndrome néphrotique) nouvellement accordées, présentent l'intérêt d'être annuelles, disponibles à l'échelon national et régional, et réparties par sexe et âge. Mais ces données ne sont ni spécifiques à l'IRCT, ni exhaustives (les personnes bénéficiant d'une autre ALD comme le diabète par exemple, n'y figurent pas toujours). Elles reflètent en outre par nature le fonctionnement du système de prise en charge des patients. Elles permettent cependant de constater depuis 1990 une augmentation importante des ALD 19 accordées, de 5 034 à 7 455.

Les contraintes quotidiennes associées à la dialyse sont particulièrement lourdes. Il importe donc de trouver les moyens d'améliorer la qualité de vie des personnes en insuffisance rénale chronique terminale dialysées. Le programme d'action relatif à l'insuffisance rénale chronique vise à améliorer la solution aux problèmes d'organisation et d'ordre technique qui se posent en ce domaine.

---

## II.5 Le développement des besoins de prises en charge médico-sociales

---

Ce chapitre est consacré aux différentes formes de prise en charge médico-sociale tant en matière de dépendance des personnes âgées que de handicap.

En ce qui concerne la dépendance, il évoque les conséquences de l'accroissement de l'espérance de vie sur les situations de dépendance des personnes âgées, à l'heure actuelle et en termes de projections à long terme. Il examine les prises en charge à domicile et en établissement avant de revenir sur la prise en charge financière de la dépendance qui est assurée en grande partie par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Ce chapitre analyse également les principales politiques menées en faveur des personnes handicapées : d'une part, en faveur de l'enfance handicapée en termes de prestations, de modes de scolarisation, de décisions d'orientation et de services médico-sociaux ; d'autre part, vis-à-vis des adultes handicapés, s'agissant de la reconnaissance du handicap, des principales prestations d'aide sociale, de l'accès à l'emploi et des décisions d'orientation, notamment en établissement.

### II.5.1 La perte d'autonomie : une caractéristique commune au grand âge et au handicap

---

- Le handicap, une réalité multiple

L'évaluation des besoins de prise en charge médico-sociale nécessite en préalable une estimation du nombre de personnes handicapées ou dépendantes. Cette estimation est délicate dans la mesure où les notions de handicap et de dépendance recouvrent des réalités multiples. La loi elle-même ne donne pas de définition du handicap autre qu'administrative : selon la loi du 30 juin 1975, les personnes handicapées sont celles qui sont reconnues comme telles par les commissions habilitées, lesquelles utilisent un barème pour fixer un taux d'incapacité ouvrant éventuellement droit à une prestation. On peut appréhender le handicap sous de multiples facettes : l'incapacité à accomplir certains actes simples de la vie quotidienne, la nécessité de recourir à une aide technique ou humaine, les limitations rencontrées dans certaines activités, le bénéfice d'une reconnaissance administrative, l'accès à une prestation sont autant d'indicateurs possibles, qui ne se recoupent pas nécessairement et délimitent donc des populations différentes (tableau 2.14). Le terme de dépendance est quant à lui utilisé spécifiquement pour désigner la situation des personnes âgées qui rencontrent dans leur vie quotidienne des difficultés nécessitant de recourir à une aide humaine.

Une approche conceptuelle complémentaire a été fournie par les travaux de P. Wood qui a construit une classification des « déficiences, incapacités, désavantages », la CIH<sup>331</sup>. Ces travaux ont été menés à la demande de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui n'a pas considéré la Classification internationale des maladies (CIM) comme suffisante pour décrire l'état de santé des personnes : en effet, un diagnostic, s'il est pertinent pour déclarer des causes de mortalité ou de morbidité, ne décrit en rien les conséquences des pathologies

---

331. La CIH (classification internationale des handicaps) a été adoptée officiellement par le ministère en charge des affaires sociales en 1998.



**Tableau 2.14 – Diverses approches du handicap dans l'ensemble de la population**

Part en % des personnes déclarant :	Hommes	Femmes	Ensemble
Être titulaire d'un taux d'incapacité	8,3	5,3	6,8
Recourir à des aides techniques	10,2	13,0	11,6
Recourir à une aide humaine	7,7	12,7	10,3
Recevoir une allocation	5,9	3,2	4,5

Lecture : 8,3% des hommes sont titulaires d'un taux d'incapacité.

Note : un même individu peut cumuler plusieurs caractéristiques permettant d'approcher le handicap, de sorte que les pourcentages ne peuvent s'additionner.

Champ : France métropolitaine, personnes vivant à domicile ou en institution.

Source : Insee, enquêtes HID 1998 et 1999.

sur la vie de la personne, sur ses aptitudes et ses limitations, ou encore son insertion sociale. La CIH, quant à elle, permet de représenter les relations entre maladie et handicap de la manière suivante :

- les maladies ou les traumatismes causent des déficiences, qui sont des pertes ou dysfonctionnements des diverses parties du corps. Les déficiences peuvent être temporaires ou permanentes ; elles n'impliquent pas que l'individu soit malade ;
- les déficiences entraînent des incapacités, c'est-à-dire des difficultés à réaliser des actes de la vie quotidienne, élémentaires (se lever, mémoriser une information...) ou plus complexes (s'habiller, communiquer...) ;
- les incapacités peuvent se traduire par des désavantages. On entend par là les difficultés que rencontre une personne à remplir les rôles sociaux auxquels elle peut aspirer, ou que la société attend d'elle (se former, travailler, fonder une famille en sont des exemples).

Ces travaux ont constitué une avancée majeure en mettant l'accent sur la dimension dynamique du handicap, considéré comme un processus évolutif. Ils ont surtout mis en évidence l'importance des interactions entre les caractéristiques des individus et celles de leur environnement : à déficiences comparables, une personne disposant des ressources financières ou humaines ou bénéficiant d'un environnement adapté, pourra davantage adopter des stratégies de compensation efficaces pour limiter les désavantages subis. La prise en compte de l'environnement est plus forte encore dans la classification du fonctionnement, du handicap et de la santé, mise en place suite à la refonte de la CIH entamée au début des années 1990 : l'environnement y est caractérisé comme un facteur favorable ou défavorable à l'insertion sociale de la personne.

La diversité des handicaps est donc désormais appréhendée non seulement à travers la multiplicité des causes et des atteintes (atteintes motrices, sensorielles, mentales... causées par des maladies, des accidents, des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, des malformations congénitales...), mais aussi à travers l'hétérogénéité des situations individuelles : deux personnes souffrant du même type de déficience peuvent en être diversement affectées dans leur vie quotidienne, selon leur âge, leur type d'habitat, leur situation familiale ou leurs ressources financières.

- Des déficiences et des incapacités plus fréquentes avec l'âge

L'enquête *Handicaps – incapacités – dépendance (HID)* réalisée par l'Insee en 1998 auprès des personnes vivant en institution et en 1999 auprès des personnes vivant à leur domicile reprend les trois plans d'expérience du handicap – déficiences, incapacités, dés-

avantages – proposés par Wood. Elle permet donc d'évaluer les taux de prévalence des différents types de déficiences dans l'ensemble de la population. On estime que 16 % des personnes vivant dans un domicile ordinaire et 48 % des personnes en institution souffrent d'au moins une déficience motrice ; ces proportions sont respectivement de 16 % et 60 % pour les déficiences intellectuelles ou mentales. Viennent ensuite les déficiences viscérales ou métaboliques – rénales, respiratoires, cardiovasculaires... – dont les taux de prévalence atteignent 15 % à domicile et 48 % en institution. 9 % des personnes vivant dans un domicile ordinaire et 37 % des personnes en institution déclarent au moins une déficience auditive, respectivement 5 % et 26 % au moins une déficience visuelle. Quant aux déficiences du langage ou de la parole, elles affectent 2 % des personnes à domicile et 28 % des personnes en institution. Les déficiences motrices sont très peu présentes chez les enfants, mais concernent plus de la moitié des octogénaires. Les déficiences sensorielles touchent davantage les hommes, en particulier en ce qui concerne les déficiences auditives, après 50 ans. Les déficiences organiques se développent avec l'âge et affectent près de 30 % des personnes de 70 ans et plus. Enfin, les déficiences intellectuelles et mentales sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

La gravité des atteintes est très variable selon la nature des déficiences. Les déficiences motrices, qui touchent plus de 9 millions de personnes, regroupent des atteintes modérées voire légères, principalement liées aux rhumatismes et à l'arthrose, mais aussi les grandes paralysies (tétraplégie, paraplégie, hémiplégie). Ces dernières, les plus sévères, concernent environ 12 % des déficients moteurs, soit moins de 2 % de l'ensemble de la population. De même, les atteintes visuelles vont des troubles de perception des couleurs à la cécité complète (qui touche 2 % des déficients visuels, soit 0,1 % de l'ensemble de la population, voir chapitre II.3.3). Le nombre de difficultés ressenties par les personnes pour accomplir des actes de la vie quotidienne – les incapacités – fournit un indicateur des conséquences de leurs déficiences, et donc une mesure de la gravité de l'atteinte qu'elles subissent. Un quart des personnes vivant dans un domicile ordinaire et souffrant à la fois d'une déficience motrice et d'une déficience intellectuelle ou mentale rencontre des difficultés dans au moins sept activités de la vie quotidienne ; en institution, c'est le cas de 82 % des personnes ayant ces deux types de déficiences. En revanche, un tel nombre de limitations n'est subi que par 3 % des personnes ayant uniquement une déficience motrice lorsqu'elles vivent à domicile, et 34 % en institution. Le cumul de plusieurs déficiences, situation particulièrement défavorable, concerne 52 % des personnes vivant en institution, et devient majoritaire chez les personnes vivant en domicile ordinaire à partir de 80 ans.

Au total, quel que soit leur lieu de vie, 3 % des personnes interrogées déclarent ne pouvoir faire leur toilette seule et sans difficultés, 4 % ont besoin d'aide pour sortir facilement de leur domicile, 8 % ont du mal à entendre ce qui se dit dans une conversation, 3 % ne se souviennent pas toujours à quel moment de la journée on est. Les incapacités liées à la vue, à l'ouïe ou à la parole touchent plus d'une personne sur dix, ainsi que celles qui concernent la mobilité ou les déplacements. Les problèmes rencontrés lors de la toilette, de l'habillage ou de l'alimentation sont plus rares : 3 % des personnes en signalent. La grande majorité des personnes ayant des incapacités vit à domicile, même lorsque celles-ci sont très invalidantes : ainsi, 54 % des personnes confinées au lit vivent à domicile. Le rôle joué par les aides à domicile est par conséquent un déterminant majeur du mode de vie des personnes handicapées<sup>332</sup>. Près de 5 millions de personnes vivant à domicile bénéficient d'une aide régulière pour

332. Les aides à domicile, qui interviennent le plus souvent tant auprès de personnes âgées, de personnes handicapées que de familles, sont présentées ici dans le chapitre intitulé « L'aide à domicile en faveur des personnes âgées ».

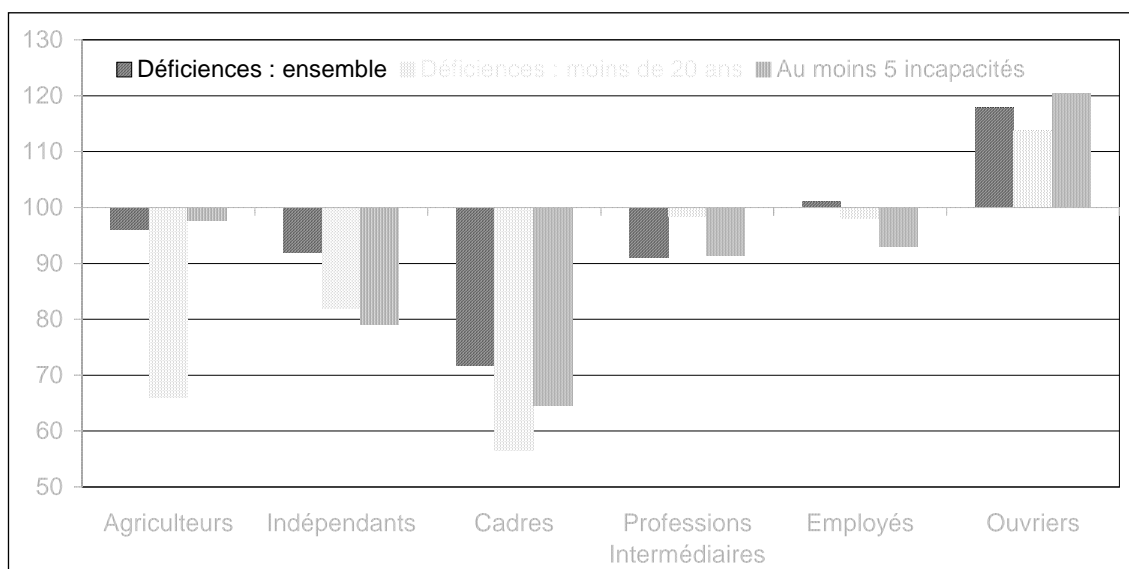
accomplir certaines tâches de la vie quotidienne ; deux fois sur trois, l'aide est apportée par l'entourage proche (famille, amis, voisins). La part des personnes aidées s'accroît avec l'âge : elle est inférieure à 7 % avant 60 ans et atteint 85 % chez les nonagénaires, avec un recours plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

- Des inégalités selon les catégories socioprofessionnelles<sup>333</sup>

Le handicap ne touche pas également toutes les catégories sociales : les ouvriers courent un risque plus fort que les cadres d'être en situation de handicap. Même sa toute première dimension, au niveau de l'organisme – la déficience – dépend de la position sociale, et les inégalités s'amplifient encore lorsqu'on passe des déficiences aux incapacités puis aux désavantages.

D'avantage touchés par les maladies et les accidents que la moyenne, les personnes issues de milieux moins favorisés sont mécaniquement plus exposées à leurs conséquences : déficiences et problèmes fonctionnels en tous genres (mobilité, vue, mémoire...) [graphique 2.13]. En effet, le nombre moyen de déficiences déclarées par les ouvriers est près de deux fois supérieur à celui que déclarent les cadres, à âge et sexe standardisés. Les résultats se situent entre les deux extrêmes pour la catégorie des professions intermédiaires et pour celle des employés. Les ouvriers, les employés, les agriculteurs exploitants ou ceux qui ne déclarent aucune profession (hors retraités) sont aussi plus que les cadres sujets aux problèmes fonctionnels sensoriels, physiques ou cognitifs qui en résultent. On constate de surcroît qu'à sexe et âge standardisés, les personnes déclarant au moins deux incapacités pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne sont trois fois plus nombreuses dans le milieu ouvrier que chez les cadres supérieurs.

**Graphique 2.13 – Les inégalités socioprofessionnelles devant le handicap pour les incapacités**



Champ : France métropolitaine.

Source : Pierre Mormiche, « Le handicap se conjugue au pluriel », *INSEE Première*, n° 742, Enquête HID 1999.

333. Ce texte a été rédigé à partir de MORMICHE Pierre et BOISSONNAT Vincent : « Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête HID », Drees, *Revue française des Affaires sociales* n° 1-2, janvier-juin 2003 et de CAMBOIS Emmanuelle : « De la limitation fonctionnelle à la restriction d'activité : l'impact des facteurs sociaux », Rapport à la Drees, Équipe Démographie et Santé, Montpellier, Octobre 2002.

À cet enchaînement mécanique qui accroît les risques de déficiences et de leurs conséquences – incapacités et désavantages sociaux – s’ajoutent des inégalités dans la manière de gérer les maladies, déficiences et problèmes fonctionnels et d’en compenser les effets pour conserver son autonomie au quotidien. En effet, à problème fonctionnel équivalent, les hommes et femmes cadres ont aussi moins tendance à rencontrer des restrictions dans les activités du quotidien (se laver, se nourrir...) que les autres catégories ; ils sont donc moins souvent qu’eux en situation de perte d’autonomie, en dépit du problème fonctionnel qu’ils rencontrent. Les disparités s’atténuent toutefois lorsque le nombre d’incapacités déclarées pour ces activités augmente : ce résultat suggère qu’un milieu social favorable permet de surmonter certaines déficiences tant qu’elles ne sont pas trop nombreuses, mais que cet effet ne joue plus au delà d’un certain seuil.

En matière de désavantage social, dont une des dimensions cruciales, outre la perte d’autonomie, est le positionnement sur le marché du travail, les conséquences des déficiences et des incapacités sont aussi amplifiées : le non-emploi (temporaire ou permanent) pour raison de santé touche de manière plus inégale encore les personnes selon leur milieu social (graphique 2.14). Chez les ouvriers, le non-emploi pour raison de santé est 6,4 fois plus fréquent que chez les cadres et professions libérales, à parité d’âge et de sexe.

**Graphique 2.14 – Les inégalités sociales devant le non-emploi des personnes handicapées pour raison de « santé »**

indices standardisés par sexe et âge



Champ : France métropolitaine.

Source : Pierre Mormiche, « Le handicap se conjugue au pluriel », *INSEE Première*, n° 742, Enquête HID 1999.

On constate enfin que les solutions de prise en charge diffèrent selon le statut social. Par exemple pour les adultes et pour les enfants, le taux d’institutionnalisation des personnes ayant des déficiences varie fortement selon la catégorie socioprofessionnelle : tous âges confondus, les ouvriers et employés sont plus de deux fois et demie plus souvent accueillis en institution que les cadres et professions intermédiaires, mais cet écart s’amenuise aux âges élevés. Les enfants issus de familles d’ouvriers sont quant à eux six fois plus souvent accueillis en institution que les enfants de cadres, indépendamment du fait qu’ils sont, de surcroît, plus souvent atteints de déficiences. En outre, les enfants hébergés en institution et dont les parents sont cadres ou exercent une profession libérale sont plus sévèrement atteints que

les enfants d'ouvriers. Pour les atteintes les plus graves, une prise en charge institutionnelle semble donc s'imposer dans tous les milieux sociaux ; en revanche, en deçà d'un certain seuil de sévérité des atteintes, les familles de cadres privilégient le maintien à domicile plus aisément que les familles d'ouvriers.

Les inégalités sociales en matière d'autonomie, d'emploi ou d'institutionnalisation s'expliquent donc par un double effet : les moins favorisés ont non seulement davantage de problèmes fonctionnels mais ces problèmes les exposent plus fréquemment à des désavantages sociaux. Les inégalités face au handicap et à la perte d'autonomie apparaissent alors aussi liées aux ressources individuelles et collectives dont les personnes peuvent disposer pour s'accommoder de leurs problèmes fonctionnels. Ces résultats suggèrent de possibles interventions tant en termes de prévention des problèmes de santé invalidants que d'accompagnement de leurs toutes premières conséquences (appareillages, aides techniques, rééducation...).

## II.5.2 Le vieillissement et la dépendance des personnes âgées

---

L'augmentation de la part des personnes les plus âgées au sein de la population au cours des dernières décennies est liée à deux facteurs : la baisse de la fécondité et la baisse de la mortalité aux âges élevés.

- Un vieillissement inéluctable de la population

Les gains d'espérance de vie à la naissance sont irréguliers mais continus : ils ont été de près de 2,5 années en dix ans. À 60 ans, les femmes peuvent espérer vivre encore 25,6 années contre 20,8 années, en moyenne, aux hommes du même âge, dans les conditions de mortalité de 2003. De même, à 80 ans, les femmes peuvent espérer vivre encore 9,6 années tandis qu'il ne reste que 7,6 années, en moyenne, aux hommes du même âge. Cette espérance de vie aux grands âges a augmenté d'environ un an, pour les femmes comme pour les hommes, au cours des dix dernières années.

- Entre 800 000 et 960 000 personnes dépendantes âgées de 60 ans ou plus selon la grille AGGIR

Bien qu'au cours de la décennie 1980, les gains d'espérance de vie aient été plutôt des gains d'espérance de vie en bonne santé, nombre de personnes âgées perdent leur autonomie et ont besoin d'être aidées afin d'accomplir des actes essentiels de la vie ou requièrent une surveillance régulière. Le nombre de personnes dépendantes est ici estimé à partir de l'enquête *HID*<sup>334</sup> et selon deux des principales grilles d'évaluation de la dépendance.

L'outil Aggir est retenu depuis la loi du 24 janvier 1997 comme grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie (encadré 2.3). À ce titre, il a été utilisé notamment pour l'attribution de la Prestation spécifique dépendance (PSD) de 1997 à 2001 et il sert éga-

---

334. D'octobre 1998 à la fin de l'année 2001, l'Insee a réalisé l'enquête HID portant sur les conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes qui vivent à leur domicile ou en institution.

- COLIN Christel avec la collaboration de COUTTON Vincent : « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance », Drees, *Études et Résultats*, n° 94, décembre 2000.

### ENCADRÉ 2.3 – DÉFINITION DES GROUPES ISO-RESSOURCES DE LA GRILLE AGGIR

La grille Aggir (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne :

Le Gir 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le Gir 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.

Le Gir 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, 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.

Le Gir 4 comprend les 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'alimente seule ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Le Gir 5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements 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.

Le Gir 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

lement pour celle de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), mise en place en janvier 2002<sup>335</sup>. Selon cet outil, et d'après l'enquête HID, sur les 12,1 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus de la population française en 2000, environ 800 000 personnes de 60 ans ou plus seraient évaluées dans les équivalents-Gir 1 à 4, population cible de l'Apa : 530 000 personnes en équivalent-Gir 1 à 3, qui correspondent aux degrés de dépendance les plus élevés, et 260 000 en équivalent-Gir 4 ; soit, au total, environ 6,6 % de la population des 60 ans ou plus.

Il faut cependant noter que l'estimation des effectifs par Gir à partir de l'enquête *HID* est très sensible aux choix méthodologiques effectués, essentiellement pour les personnes à domicile. Ainsi, en modifiant légèrement l'algorithme de reconstitution des Gir, on peut être amené à inclure 157 000 personnes en plus dans l'équivalent-Gir 4, ce qui porte le nom-

335. L'APA est présentée à partir de la p. 171 au titre de l'aide sociale aux personnes âgées.

bre de personnes de 60 ans et plus dans les équivalents- Gir 1 à 4 de 800 000 à 960 000. De plus, dans l'enquête *HID*, le recueil de l'information est basé sur les déclarations des personnes ou de leurs aidants (famille ou soignants) et non sur l'attribution de notes aux variables permettant de calculer le GIR par une équipe médico-sociale. Enfin, cet indicateur ne prend que partiellement en compte la perte d'autonomie mentale.

- Environ 511 000 personnes de 60 ans ou plus présentent une perte d'autonomie psychique selon l'indicateur EHPA

L'indicateur dit « EHPA » permet, quant à lui, d'appréhender à la fois la dépendance physique et la dépendance psychique (encadré 2.4). Selon cet indicateur, et d'après l'enquête *HID*, 844 000 personnes de 60 ans ou plus seraient dépendantes psychiquement (connaissant des troubles du comportement ou une désorientation dans l'espace et dans le temps), ou lourdement dépendantes physiquement (elles ont besoin d'aide pour se lever, s'habiller ou se laver). Parmi elles, 333 000 personnes (soit 39 %) présentent uniquement une dépendance physique, 295 000 (soit 35 %) sont à la fois dépendantes physiquement et psychiquement (ces deux premières catégories correspondent aux groupes Colvez 1 et 2) et 216 000 (soit 26 %) connaissent des problèmes d'orientation ou des troubles du comportement sans une lourde perte d'autonomie physique. Ainsi, d'après l'indicateur EHPA, 511 000 personnes au total présentent une perte d'autonomie mentale, parmi lesquelles 157 000 sont en GIR 5 ou 6.

#### ENCADRÉ 2.4 – L'INDICATEUR EHPA

L'indicateur dit « EHPA », du nom de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées dans laquelle il a été utilisé la première fois en 1990, permet d'appréhender à la fois la dépendance physique et la dépendance psychique. En effet, il croise les quatre groupes de la grille Colvez qui mesure le besoin d'aide lié à la perte de mobilité, avec deux groupes de dépendance psychique constitués en fonction de l'importance de l'aide nécessitée par les problèmes d'orientation dans le temps et dans l'espace et les troubles du comportement des personnes.

On définit ainsi huit groupes EHPA :

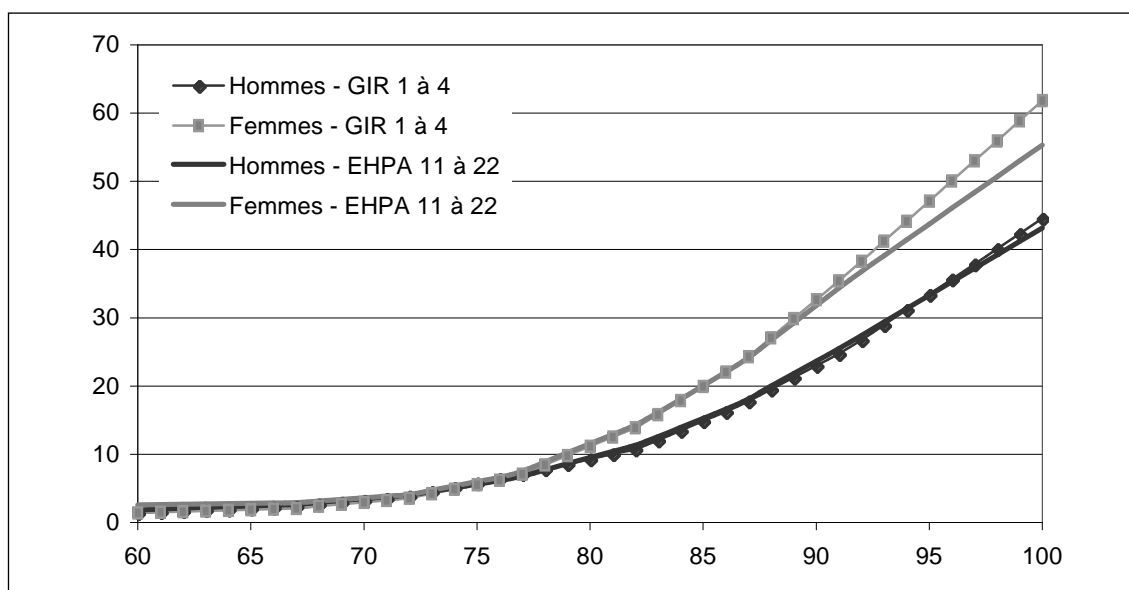
- |         |  |
|---------|--|
| EHPA 11 | Dépendance psychique et confinement au lit ou au fauteuil.                                       |
| EHPA 12 | Dépendance psychique et besoin d'aide pour la toilette et l'habillement.                         |
| EHPA 13 | Dépendance psychique et besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution.               |
| EHPA 14 | Dépendance psychique et pas de dépendance physique.  |
| EHPA 21 | Peu ou pas de dépendance psychique et confinement au lit ou au fauteuil.                         |
| EHPA 22 | Peu ou pas de dépendance psychique et besoin d'aide pour la toilette et l'habillement.           |
| EHPA 23 | Peu ou pas de dépendance psychique et besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution. |
| EHPA 24 | Peu ou pas de dépendance psychique et pas de dépendance physique.                                |

Les groupes EHPA 11, 12, 21 et 22 correspondent ainsi aux deux premiers niveaux de la grille Colvez (dépendance physique lourde).

- La prévalence de la dépendance augmente après l'âge de 75 ans

Pour les deux indicateurs, la prévalence de la dépendance augmente de manière très forte avec l'âge, surtout à partir de 75-80 ans (graphique 2.15)<sup>336</sup>. Par exemple, les personnes dépendantes évaluées en GIR 1 à 4 représentent globalement environ 6,6 % de la population des 60 ans et plus : entre 60 et 69 ans, seulement 2,1 % des personnes sont dépendantes, c'est par contre le cas de 10,5 % des personnes de 80 ans, de 18,3 % de celles de 85 ans et de 30,2 % de celles âgées de 90 ans.

**Graphique 2.15 – Taux de prévalence de la dépendance par âge  
Grilles AGGIR (GIR 1 à 4) et EHPA (groupes 11 à 22)**



Source : Insee, enquêtes HID 1998 en institution et 1999 à domicile - calculs Drees.

Ainsi, le seuil de 60 ans ne correspond pas, ou plus, aujourd'hui à l'âge réel de la vieillesse, puisque les principales incapacités liées à l'âge ne concernent une proportion importante de personnes qu'à partir de 75 ou même 80 ans. Toutefois, les estimations et projections du nombre de personnes âgées dépendantes présentées ici ont été malgré tout réalisées pour les personnes de 60 ans et plus car, en France, les prestations destinées aux personnes âgées dépendantes peuvent être servies à partir de 60 ans, et notamment l'APA.

- Le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait tendanciellement d'ici 2040

Même si la perte d'autonomie n'est pas inéluctable, la forte augmentation à venir du nombre de personnes très âgées fait de la prise en charge des personnes dépendantes un enjeu majeur pour l'avenir. Des projections réalisées par la Drees<sup>337</sup> permettent d'appréhender les effets des évolutions démographiques futures en fonction de différents scénarii d'évolution de la dépendance aux âges élevés (encadré 2.5).

336. BONTOUT Olivier, COLIN Christel, KERJOSSE Roselyne : « Personnes âgées et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Drees, *Études et Résultats*, n° 160, février 2002.

337. *Ibidem*.



## ENCADRÉ 2.5 – TROIS HYPOTHÈSES DE PROJECTION

Trois hypothèses d'évolution de la dépendance dans le futur ont été retenues sur la base des tendances observées dans le passé<sup>1</sup>.

Dans l'hypothèse pessimiste, les gains d'espérance de vie sans dépendance sont supposés évoluer de façon parallèle à l'espérance de vie générale. Ce scénario correspond à une hypothèse où les gains d'espérance de vie se traduisent par des gains d'espérance de vie sans dépendance.

Deux autres hypothèses introduisent des gains d'espérance de vie sans dépendance plus rapides que les gains d'espérance de vie projetés. Elles correspondent à une diminution de la durée de l'état de dépendance en se basant sur une amélioration de l'hygiène de vie et les progrès de la médecine, en particulier la prévention des maladies à forte prévalence comme les maladies cardiovasculaires ou ostéo-articulaires.

Dans l'hypothèse optimiste, les taux de prévalence de la dépendance continueraient à baisser à un rythme comparable à celui observé sur la décennie 1990<sup>2</sup>.

Enfin, l'hypothèse centrale, moyenne des deux précédentes, repose sur l'hypothèse que les taux de prévalence de la dépendance vont baisser à un rythme un peu moins rapide que dans l'hypothèse optimiste.

1. Pour une présentation complète des hypothèses de projections démographiques, voir BONTOUT Olivier, COLIN Christel, KERJOSSE Roselyne : « Personnes âgées et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », Drees, *Études et Résultats* n° 160, février 2002.

2. L'hypothèse de gains encore plus rapides a été écartée, notamment, du fait des incertitudes portant sur le développement à venir de la maladie d'Alzheimer.

À l'horizon 2040, le vieillissement de la population française devrait conduire à une augmentation tendancielle du nombre de personnes âgées dépendantes. Cette hausse ne serait pas régulière dans le temps. L'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes est, en effet, étroitement liée aux mouvements démographiques et au passage des générations dans les différentes classes d'âge.

La croissance du nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus s'accroîtrait une première fois à partir de 2007, quand les générations nées après la Première Guerre mondiale, plus nombreuses que leurs aînées, atteindront des âges où les taux de prévalence de la dépendance sont élevés. Sur la période 2000-2020, selon l'indicateur de dépendance retenu, la hausse serait de l'ordre de 23 ou 26 % dans le scénario central.

Une seconde accélération aurait lieu à partir de 2030, lorsque les générations nombreuses du *baby-boom* auront plus de 80 ans. Entre 2020 et 2040, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait dans des proportions légèrement supérieures à celles observées entre 2000 et 2020.

Toujours le scénario central, le nombre de personnes dépendantes évaluées en GIR 1 à 4 pourrait ainsi augmenter de 53 % sur la période allant de 2000 à 2040. En prenant en compte l'indicateur EHPA, le nombre de personnes situées dans les groupes 11, 12, 21 et 22, c'est-à-dire les personnes dépendantes psychiquement ou ayant besoin d'aide pour se lever, s'habiller et se laver pourrait augmenter de 58 % sur la même période. Selon les scé-

narios optimiste ou au contraire pessimiste, les augmentations projetées du nombre de personnes dépendantes (GIR 1 à 4) sur la période 2000-2040 seraient respectivement de 32 et 79 % (38 et 81 % en retenant l'indicateur *EHPA*).

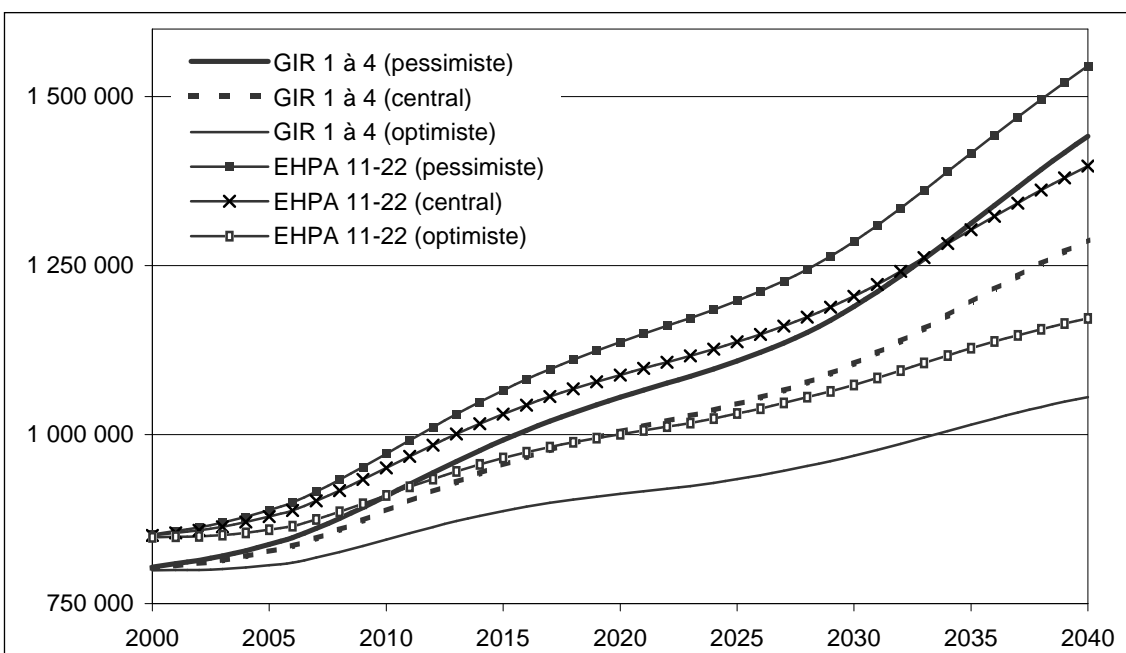
- Une hausse concentrée sur les 80 ans et plus

Ce sont les tranches d'âge de 80 ans et plus qui devraient bien sûr très majoritairement contribuer à la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes, du fait de taux de prévalence sensiblement plus élevés aux grands âges. Dans le scénario central, alors que l'augmentation globale du nombre de personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus serait de l'ordre de 25 % à l'horizon 2020, le nombre de personnes dépendantes âgées de 80 ans et plus s'accroît de 45 %, tandis que celui des personnes dépendantes de 60 à 79 ans diminuerait ou augmenterait à peine selon l'indicateur de dépendance retenu. Entre 2020 et 2040, l'évolution projetée suivrait la même tendance.

- Le nombre d'aidants augmenterait moins vite que celui des personnes âgées dépendantes

Les aidants informels (membres de la famille, amis...) <sup>338</sup> sont pour plus de la moitié d'entre eux (55 %) des femmes âgées de 50 à 75 ans, les hommes du même âge ne représentant qu'un quart des aidants formels. Or, d'après les projections démographiques de l'Insee, le nombre de personnes de 50 à 79 ans, constituant aujourd'hui la majorité des aidants, devrait augmenter nettement moins (+10 % environ entre 2000 et 2040) que le nombre de personnes âgées dépendantes (graphique 2.16).

**Graphique 2.16 – Nombre de personnes dépendantes de 60 ans ou plus selon les différents scénarios (base 100 en 2000)**



Sources : Insee, enquêtes HID 1998 et 1999 et Projections démographiques 2001; calculs DREES.

338. Cf. les développements infra sur l'aide à domicile vue à travers le plan d'aide.

Ce constat, lié aux évolutions démographiques, pourrait être amplifié par l'accroissement de l'activité féminine, sachant que d'autres facteurs et arbitrages sociaux ou individuels pourront augmenter ou réduire le potentiel d'aidants. Le développement, déjà engagé, de la professionnalisation de l'aide à domicile paraît à cet égard essentiel au vu de l'évolution potentielle du nombre d'aidants informels dans les années à venir.

### II.5.3 Les personnes âgées en établissement : une forte majorité de femmes

---

La prise en charge des personnes âgées dépendantes est un enjeu important des politiques sociales. Lorsque ces personnes commencent à avoir besoin d'aide pour effectuer certaines activités de leur vie quotidienne, leur prise en charge peut prendre deux formes : le maintien à domicile grâce à l'intervention d'aidants professionnels ou informels (entourage), ou l'entrée en établissement d'hébergement. Les politiques publiques tendent de plus en plus à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Elles s'efforcent d'assurer une prise en charge cohérente des personnes âgées dépendantes en leur permettant de choisir de rester à domicile tout en étant aidées ou d'entrer en institution (voir chapitre III.3).

Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, une très large majorité (11,9 millions) vit chez elle, chez un proche ou en logement-foyer. Cependant 480 000 personnes vivent en institution : 412 000 en maison de retraite et 68 000 en unités de soin de longue durée (USLD)<sup>339</sup>. Les femmes forment les trois quarts des pensionnaires alors qu'elles ne représentent que 58 % de la population de cet âge. À l'entrée en maison de retraite, la moitié des hommes a 76 ans ou plus et la moitié des femmes 83 ans ou plus. L'ancienneté moyenne de résidence dans l'institution est de 4 ans et 9 mois, et peu différenciée selon le sexe. Au sein de ces établissements, la moitié des hommes qui y résident a 80 ans ou plus et la moitié des femmes a 86 ans ou plus.

- 480 000 personnes âgées en établissement d'hébergement en 1998

L'entrée en institution est de plus en plus liée à l'aggravation de la dépendance<sup>340</sup>. Ainsi, 57 % des personnes âgées présentes en institution sont dépendantes (Gir 1 à 4), alors que c'est le cas d'à peine 5 % des personnes vivant à leur domicile. Les personnes très dépendantes (Gir 1 ou 2) représentent 30 % des personnes vivant en institution, contre seulement 1 % des personnes à domicile. Le taux d'institutionnalisation en maison de retraite et USLD est de moins de 2 % entre 60 et 79 ans, mais il approche de 16 % pour les personnes de 80 ans ou plus. Avoir des difficultés à se déplacer représente l'incapacité la plus répandue : la moitié des résidents sont confinés dans leur chambre, et un quart d'entre eux ont besoin d'une aide pour sortir ; le besoin d'aide pour la toilette et l'habillage concerne, quant à lui, plus de la moitié des résidents. La désorientation plus ou moins accentuée est aussi fréquente. Pour les personnes vivant en maison de retraite et en USLD, l'âge d'apparition des incapacités varie fortement selon le sexe. Pour les femmes, les difficultés surviennent, en

---

339. DUFOUR-KIPPELEN Sandrine : « Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution », Drees, *Études et Résultats*, n° 138, octobre 2001.

340. EENSCHOOTEN Martine : « Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus », Drees, *Études et Résultats*, n° 108, mars 2001.

moyenne, plus tard : entre 79 et 82 ans contre 73 à 77 ans pour les seconds. De plus, certaines difficultés apparaissent en moyenne assez tôt chez les hommes : difficulté à parler (65 ans) et difficulté de communication (69 ans)<sup>341</sup>.

Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées dans les maisons de retraite sont les anciens ouvriers, employés et agriculteurs. Les anciens cadres supérieurs (3 %) ou moyens (8 %) sont les moins nombreux à y vivre alors que leur proportion, parmi les personnes âgées de 60 ans et plus vivant seules à domicile, est trois fois supérieure pour les premiers et près de deux fois supérieure pour les seconds. 13 % des résidents n'ont jamais exercé de métier, le plus souvent des femmes. Pour ces anciennes inactives, la maison de retraite est le lieu d'accueil le plus répandu : 75 % d'entre elles vivent en établissement (tableau 2.15).

**Tableau 2.15 – Origine socioprofessionnelle des personnes âgées en institution et à domicile\***

en %

	En institution			À domicile*		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Agriculteurs exploitants	11,5	9,2	9,7	16,3	8,0	9,7
Indépendants	7,9	9,5	9,1	8,7	9,3	9,2
Cadres supérieurs	5,2	2,1	2,8	13,4	8,3	9,4
Professions Intermédiaires	10,1	7,5	8,1	14,9	14,3	14,5
Employés	9,2	20,5	17,9	5,6	38,4	31,4
Ouvriers	42,9	23,7	28,2	40,8	20,9	25,1
Sans activité professionnelle	5,4	15,3	13,0	0,3	0,7	0,6
Imprécis et non déclarés	7,8	12,2	11,2	0,0	0,1	0,1
<b>Ensemble</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	100,0	100,0
<b>Nombre de personnes</b>	<b>124 000</b>	<b>356 000</b>	<b>480 000</b>	<b>694 000</b>	<b>2 576 000</b>	<b>3 270 000</b>

\* Personnes âgées de 60 ans et plus, vivant seules.

Source : enquêtes HID institutions, 1998, et HID ménages, 1999, Insee.

#### II.5.4 L'aide à domicile en faveur des personnes âgées : des prises en charge souvent conjointes

L'enquête *HID*, complétée par l'analyse des plans d'aide mis en place dans le cadre de l'Apa, permet de connaître le degré d'autonomie et d'équipement des personnes âgées dépendantes, les rôles respectifs des différents types d'aidants ainsi que la nature et la quantité des aides apportées. Plus d'un quart (28 %) des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à leur domicile ou chez des membres de leur famille (3,2 millions) bénéficient d'une aide en raison d'un handicap ou d'un problème de santé. Le recours à une aide augmente avec l'âge et le niveau de dépendance : il concerne 17 % des personnes âgées de 60 à 74 ans et la moitié de celles qui sont âgées de 75 ans et plus. Parmi l'ensemble des personnes âgées aidées à domicile, la moitié l'est exclusivement par son entourage ou sa famille (aide informelle) et 29 % sont aidées conjointement par leurs proches et par des aidants professionnels (toute aide rémunérée, quel que soit l'employeur)<sup>342</sup>. Huit personnes âgées aidées sur dix reçoivent donc une aide de leur famille. Parmi les aidants informels principaux<sup>343</sup>, membres de la famille de la

341. *Ibidem*.

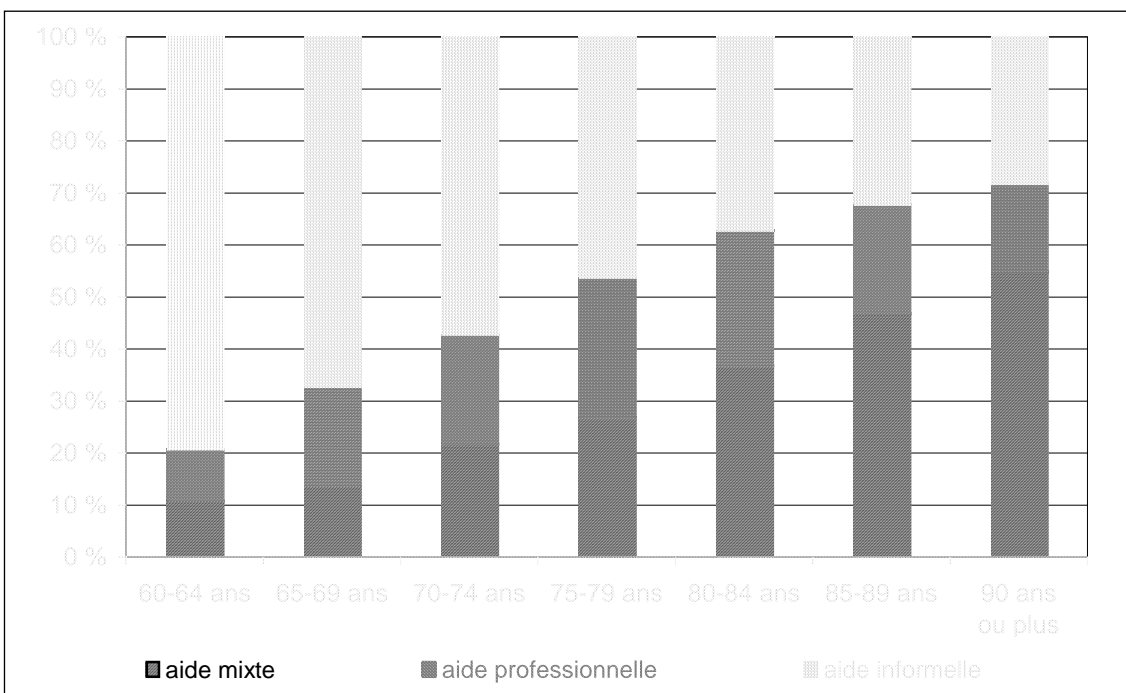
342. DUTHEIL Nathalie, « Les aides et les aidants des personnes âgées », Drees, *Études et Résultats*, n° 142, novembre 2001.

343. Dans l'enquête *HID*, la personne interrogée devait désigner parmi ses aidants non professionnels, celui qu'elle considérerait comme le plus proche. C'est cet aidant le plus proche qui est ici appelé aidant principal.

personne âgée, la moitié sont des conjoints, six sur dix des conjointes, et un tiers des descendants de la personne (des filles dans sept cas sur dix).

C'est souvent grâce à la forte implication de leur entourage familial que les personnes âgées dépendantes peuvent demeurer à domicile. Néanmoins, avec l'avancée en âge, généralement accompagnée d'une augmentation de la dépendance, une aide mixte, c'est-à-dire l'intervention conjointe d'aidants informels et professionnels, s'avère fréquemment nécessaire (graphique 2.17).

**Graphique 2.17 – Types d'aide selon le groupe d'âge des personnes âgées**



Champ : France.  
Source : HID, enquête à domicile, Insee.

L'aide professionnelle peut être dispensée par des employés de structures d'aide aux personnes à domicile (Sapad) ou dans le cadre du gré à gré, par des personnes employées directement par les personnes âgées (encadrés 2.6 et 2.7).

L'aide aux tâches ménagères est l'aide à domicile la plus couramment dispensée par les Sapad : 98 % des personnes âgées bénéficiaires des services d'aide prestataires ou mandataires agréés y ont recours, les deux tiers d'entre elles étant exclusivement aidées pour le ménage. Les aides à la personne, pour se lever, se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir... concernent 15 % des bénéficiaires. L'aide aux courses en concerne un quart, 2 % recevant une aide à la gestion ou aux démarches administratives. Il existe de nombreuses autres aides, dispensées de façon marginale comme la présence de nuit ou la vérification de la prise des médicaments, le bricolage et le jardinage.

Les personnes âgées aidées par des structures d'aide à domicile ont des niveaux de dépendance divers. Selon l'enquête Sapad-bénéficiaires, un peu moins de 10 % souffrent d'une dépendance physique lourde, près d'un quart nécessite une aide à la mobilité et près de deux tiers peuvent réaliser les actes de la vie courante sans aide.

## ENCADRÉ 2.6 – ENQUÊTE SAPAD-BÉNÉFICIAIRES

L'enquête Sapad-bénéficiaires a été réalisée en mai 2000 auprès de 1 200 personnes âgées de 60 ans et plus, bénéficiaires d'un service d'aide à domicile, prestataire ou mandataire agréé. Elle permet d'avoir des données récentes sur les profils de ces bénéficiaires en termes d'activités (réalisées à leur domicile), de volume d'aide, de satisfaction de l'aide reçue ou encore de financement de ces aides, en fonction de leur âge, de leur niveau de dépendance, de leur situation familiale et de leur origine sociale notamment.

Quelques résultats importants :

Les bénéficiaires sont principalement des femmes qui vivent seules.

La quasi-totalité d'entre eux est aidée pour les tâches ménagères, deux tiers le sont exclusivement pour ce type de tâches, et seul un tiers d'entre eux bénéficie, en sus ou à l'exclusion des tâches ménagères, d'une aide à la personne.

10 % des bénéficiaires sont confinés au lit ou au fauteuil, ou aidés pour la toilette et l'habillage, donc lourdement dépendants physiquement.

24 % sont aidés pour sortir de chez eux ; 66 % n'ont pas de dépendance physique.

## ENCADRÉ 2.7 – PLUSIEURS TYPES DE SERVICES D'AIDE À DOMICILE

Les personnes âgées qui ont besoin d'être aidées à leur domicile peuvent s'adresser à une structure d'aide à domicile ou employer directement une personne, dans le cadre du gré à gré. Les structures d'aide à domicile peuvent exercer leur activité dans le cadre mandataire ou dans le cadre prestataire, certaines exercent du reste une double activité :

- dans le cadre mandataire, la structure sert d'intermédiaire entre la personne âgée et l'aidant professionnel ; elle met les personnes en contact et assure, contre rémunération, la rédaction du contrat de travail et les différentes formalités liées à l'embauche. Cependant, c'est la personne âgée qui est l'employeur de l'aidant ;
- dans le cadre prestataire, la structure facture un service d'aide à la personne âgée, mais l'aidant professionnel est employé par la structure elle-même.

Les personnes lourdement dépendantes physiquement sont quant à elles la plupart du temps prises en charge conjointement par un Sapad et par un Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Les Ssiad jouent ainsi un rôle important dans le maintien à domicile des personnes âgées très dépendantes ou malades puisqu'ils permettent d'éviter des séjours hospitaliers et surtout de surveiller l'état de santé des personnes traitées et de prévenir certains problèmes. Les soins pratiqués par des infirmiers – éventuellement plusieurs fois par jour – relèvent surtout de soins de *nursing* (aides à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, etc.) mais aussi d'actes plus techniques (piqûres, pansements, pose de sondes...).

### **43 % des personnes de 75 ans ou plus disposent d'une aide technique**

Ces aides humaines, informelles et professionnelles, permettant le maintien à domicile peuvent aussi se combiner avec l'aménagement du logement ou l'acquisition d'aides techniques pour pallier les handicaps.

D'après l'enquête *HID*, 2,6 des 12,1 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus qui vivent à domicile ou en logement-foyer, soit 22 % d'entre elles, bénéficient d'au moins une des aides techniques suivantes : aide à la mobilité, aide auditive, aide pour l'hygiène de l'élimination, adaptation du logement ou télé-alarme (encadré 2.8)<sup>344</sup>. Le recours à ce type d'aide augmente avec l'âge : 12 % des personnes de 60 à 74 ans y ont recours contre 43 % des personnes âgées de 75 ans ou plus. De plus, « toutes choses égales par ailleurs »<sup>345</sup>, les femmes se déclarent un peu plus utilisatrices d'aides techniques que les hommes.

Près de 85 % des personnes âgées dépendantes (équivalent-GIR 1 à 4) utilisent une aide technique à domicile ; c'est le cas de 60 % des personnes en équivalent-GIR 5. Les personnes âgées autonomes, au sens de la grille Aggir (équivalent- GIR 6) sont tout de même 18 % à disposer d'au moins l'une de ces aides. La dépendance psychique augmente la probabilité de recourir aux aides techniques<sup>346</sup>. En effet, les personnes présentant à la fois une dépendance physique lourde et une dépendance psychique ont, « toutes choses égales par ailleurs », une probabilité de recours aux aides techniques supérieure à celle des personnes ayant des difficultés physiques sans dépendance psychique. Parmi les personnes ne présentant pas de dépendance physique, celles qui ont une dépendance psychique ont une probabilité de recours aux aides techniques deux fois plus importante.

### **Les aides les plus répandues concernent la mobilité**

Les aides à la mobilité sont les aides techniques les plus répandues (tableau 2.16), 14 % des 60 ans ou plus y recourent, et près du tiers des personnes de 75 ans ou plus, en particulier les femmes.

À partir de 75 ans, 10 % des personnes sont équipées d'un appareil auditif. Cette aide technique n'est pas spécifiquement liée à la perte d'autonomie – on constate, d'ailleurs, que ce ne sont pas les personnes les plus dépendantes qui en font usage – mais la déficience auditive réduit la capacité de communiquer et peut affecter la qualité de vie de la personne âgée ainsi que sa sociabilité (voir chapitre II.3.3 « Les troubles de la vue, de l'audition et du langage »).

Toutes les personnes présentant des difficultés pour contrôler leurs selles ou leurs urines n'utilisent pas des protections absorbantes ou des systèmes d'évacuation d'urine pour pallier leur incontinence. En effet, on estime qu'au moins 690 000 personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile peuvent être qualifiées d'incontinentes<sup>347</sup>. Environ 540 000 d'en-

344. KERJOSSE Roselyne, WEBER Amandine : « Aides techniques et aménagement du logement : usages et besoins des personnes âgées dépendantes », Drees, *Études et résultats*, n° 262, septembre 2003.

345. En contrôlant l'effet des variables suivantes : sexe, âge, état matrimonial, type de logement, isolement, niveau de dépendance (grille Aggir et indicateur EHPA), catégorie socioprofessionnelle et type d'aide humaine.

346. On retient ici l'indicateur EHPA : voir encadré 2.4 page 144.

347. Il est fort probable, du fait de la difficulté à évoquer ce sujet lors des entretiens, que ce nombre soit sous évalué. Par ailleurs, les personnes de 60 ans ou plus qualifiées ici d'incontinentes sont : d'une part, celles ayant répondu « oui souvent et assez souvent mais seulement les urines », « oui mais seulement les selles » ou « oui les selles et les urines » à la question : « Avez-vous des difficultés pour le contrôle de vos selles et de vos urines » ; d'autre part, les personnes ne s'étant pas déclarées incontinentes, au sens des trois modalités précédemment citées, en début d'interview, mais signalant, plus tard dans l'entretien, utiliser des aides pour l'hygiène de l'élimination.

## ENCADRÉ 2.8 – LES AIDES TECHNIQUES CONCERNANT LES PERSONNES ÂGÉES

Les aides techniques et aménagements du logement recouvrent une palette de situations correspondant à des besoins variés et à des handicaps particuliers. Ceux qui ont été retenus ici répondent d'une part aux spécificités de la population étudiée – les personnes âgées et notamment les personnes âgées dépendantes – et, d'autre part, doivent être suffisamment mentionnées pour être statistiquement significatives dans l'enquête *HID*.

Les dispositifs de changement de niveau (escaliers et les autres dispositifs) n'ont pas été retenus car ils sont davantage liés au type d'habitation qu'à un besoin spécifique des personnes âgées. Par ailleurs, les appareillages de remplacement du corps et prothèses, les autres aides pour les soins personnels, les aides pour le transfert, les aides à la manipulation, ainsi que les aides pour les traitements ne sont pas analysés. En effet, elles sont davantage liées à un handicap particulier qu'à la montée en âge des personnes, même si le vieillissement génère certains handicaps. Il en est de même pour les aides à la mobilité comme les cannes blanches, le chien guide d'aveugle qui relèvent du handicap.

Les cinq types d'aides pris en compte

- Les aides à la mobilité regroupent trois aides : les cannes ou béquilles, les fauteuils roulants manuels ou électriques et les déambulateurs
- Les aides pour pallier les problèmes d'incontinence regroupent les protections absorbantes (ces protections sont utilisées aussi bien pour les selles que pour les urines) et les systèmes d'évacuation d'urine (sonde, collecteur d'urine...)
- L'aide auditive regroupe les appareils auditifs et les boucles magnétiques<sup>1</sup>
- La télé-alarme
- Les dispositifs d'aménagement du logement et le mobilier adapté (WC adaptés, sièges percés, élévateur de WC, barres d'appui), les baignoires, douches ou lavabos adaptés, les tables ou cuisines adaptées, les dispositifs de soutien (barres d'appui, mains-courantes...) ainsi que les dispositifs pour ouvrir, fermer les portes, volets et rideaux.

Dans cette analyse, faire usage d'au moins une aide technique ou d'un aménagement du logement signifie que la personne âgée utilise au moins un de ces cinq grands types d'aides. (pour les télé-alarmes où il s'agit d'une possession, sans qu'il ne soit possible de préciser si les personnes âgées les utilisent ou non).

---

1. Ces aides ne sont pas des outils spécifiquement liés à la dépendance, mais fortement liées à l'âge, c'est pourquoi elles ont été retenues pour cette étude.

tre elles utilisent ces aides, soit 78 % des personnes incontinentes (et 4,5 % des personnes âgées de 60 ans ou plus) : alors que 86 % des femmes considérées incontinentes utilisent une aide pour l'hygiène de l'élimination, c'est seulement le cas de 53 % des hommes dans cette situation. Parmi les personnes de 75 ans ou plus considérées incontinentes, 83 % utilisent une aide pour l'hygiène de l'élimination : 88 % des femmes et 63 % des hommes.

À partir de 75 ans, 9 % des personnes sont équipées d'aménagements spécifiques dans leur logement : en premier lieu, des dispositifs de soutien tels que des rampes,



**Tableau 2.16 – Aides techniques : usages et besoins**

	<b>Usages déclarés</b>	<b>Besoins déclarés</b>	<b>Besoins réels déclarés</b>	<b>Proportion de besoins déclarés satisfaits (en %)</b>
Aides à la mobilité	1 610 000	145 000	1 755 000	92
Aide auditive	560 000	800 000	1 360 000	41
Aides pour l'hygiène de l'élimination	540 000	80 000	620 000	87
Aménagements du logement	540 000	375 000	915 000	59
Télé-alarme	400 000	530 000	930 000	43
<b>Ensemble</b>	<b>2 610 000</b>	<b>1 930 000</b>	<b>4 540 000</b>	<b>57</b>

Note : une personne peut utiliser ou déclarer avoir besoin d'une ou plusieurs aides techniques.

Usages déclarés : la personne déclare disposer, utiliser ou avoir fait installer une ou plusieurs des aides techniques, des mobiliers ou des équipements retenus dans cette étude (encadré 2).

Besoins déclarés : la personne déclare ne pas disposer, ne pas utiliser ou ne pas avoir fait installer une ou plusieurs des aides techniques, des mobiliers ou des équipements retenus dans cette étude, mais en avoir besoin.

Besoins réels déclarés : somme des usages déclarés et des besoins déclarés.

Proportion de besoins satisfaits = Usages déclarés / Besoins réels déclarés.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, enquête *Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID)* à domicile de 1999.

des barres d'appui, des mains-courantes et des rampes de sécurité, ainsi que des moyens techniques mis en place dans les toilettes ou la salle de bain.

Enfin, la possession d'une télé-alarme reste très minoritaire (3,3 % des personnes de 60 ans ou plus déclarent disposer d'une télé-alarme), et s'observe davantage chez les personnes de 80 ans ou plus : 11 % des personnes de 80 à 84 ans, 13 % entre 85 et 89 ans et 18 % des personnes de 90 ans ou plus.

### ***Le recours simultané à plusieurs aides techniques augmente avec l'âge des utilisateurs***

Parmi les 2,6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus utilisant au moins un type d'aide technique, plus des deux tiers (69 %) n'en utilisent qu'un seul, 22 % en utilisent deux, 8 % ont recours à trois types d'aides en même temps, 1 % à quatre types d'aides. L'utilisation de plusieurs types d'aide augmente avec l'âge : 37 % parmi les personnes de 75 ans ou plus sont dans ce cas contre 20 % des personnes de 60 à 74 ans.

Les aides auditives et les aides à la mobilité sont les plus fréquemment utilisées seules. En revanche, les adaptations du logement, les télé-alarmes et les aides pour l'hygiène de l'élimination sont plus souvent associées à d'autres aides techniques.

### ***L'aide personnelle se combine avec l'utilisation d'aides techniques***

Les personnes bénéficiant de l'aide d'une tierce personne pour certains actes de la vie quotidienne ont davantage recours à une aide matérielle. Lorsque les deux types d'aide humaine, professionnelle et familiale, sont associées, le recours aux aides techniques est par ailleurs un peu plus important que lorsque ces aides interviennent seules. En effet, les personnes aidées par un professionnel et par un proche recourent trois fois plus souvent à des aides techniques que les personnes ne recevant aucune aide.

Les personnes âgées disposant d'une aide professionnelle et familiale ont, en outre, plus souvent recours à une aide à la mobilité ou à une aide auditive que celles aidées uniquement par un professionnel ou par un proche.

La présence de professionnels pourrait donc être un facteur explicatif et incitatif de l'équipement en aides techniques. Par exemple, la probabilité d'adapter son logement ou de posséder une télé-alarme est, « toutes choses égales par ailleurs », plus élevée lorsque la personne âgée reçoit une aide professionnelle. L'utilisation d'aides matérielles spécifiques peut, en effet, être favorisée par les conseils ou la présence d'un intervenant professionnel. En revanche, l'aide professionnelle n'a pas d'incidence significative dans le recours à des aides pour assurer l'hygiène de l'élimination.

### ***La satisfaction des besoins varie selon le type d'aide technique***

Au total, les aides à la mobilité sont les plus utilisées : plus de trois fois plus fréquemment que les aides auditives, les aides pour hygiène de l'élimination et les aménagements du logement ; quatre fois plus fréquemment que les télé-alarmes.

Si on s'en tient aux besoins ressentis, globalement, seulement 57 % d'entre eux seraient satisfaits. Cette proportion varie fortement selon les types d'aide. En effet, si 92 % des besoins d'aides techniques à la mobilité et 87 % des besoins d'aides pour l'hygiène de l'élimination sont déclarés satisfaits, ce n'est le cas de seulement 59 % des besoins d'aménagements du logement, 43 % des besoins en télé-alarme et 41 % des besoins d'aide auditive.

Le faible recours aux aides techniques, notamment aux aides auditives, aux aides pour les soins personnels ou aux adaptations du logement, peut à cet égard s'expliquer par un manque d'information ou une méconnaissance des aides techniques permettant de répondre à une déficience spécifique.

## II.5.5 Les prestations sociales liées à la dépendance

Les personnes âgées dépendantes reçoivent des prestations délivrées en grande partie par les conseils généraux au titre de l'aide sociale légale : Allocation personnalisée à l'autonomie (Apa), Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). En application de la loi du 20 juillet 2001, l'Apa s'est substituée à la Prestation spécifique dépendance (PSD) depuis le 1er janvier 2002. Par ailleurs, ces prestations légales peuvent être complétées par l'action sociale facultative des départements ou des régimes d'assurance-vieillesse.

- 827 000 bénéficiaires de l'APA au 31 mars 2004

Parmi l'ensemble des décisions favorables rendues par les conseils généraux au cours du premier trimestre 2004, la moitié correspond à des décisions favorables suite à des demandes de révision ou de renouvellement, l'autre moitié suite à des premières demandes d'Apa (encadré 2.9)<sup>348</sup>.

348. KERJOSSE Roselyne : « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2004 », Drees, *Études et Résultats*, n° 321, juin 2004.

## ENCADRÉ 2.9 – L'ALLOCATION PERSONNALISÉE À L'AUTONOMIE (APA)

L'Apa, comme la PSD, s'adresse aux personnes de 60 ans ou plus. Cependant, elle est désormais ouverte, outre aux personnes âgées en Gir 1 à 3, aux personnes évaluées en Gir 4 qui étaient auparavant essentiellement prises en charge par l'aide ménagère des régimes d'assurance-vieillesse. Il n'y a plus de recours en récupération sur succession sur l'Apa contrairement à la PSD. L'Apa est versée au bénéficiaire quel que soit son mode de prise en charge. À domicile, elle est attribuée dans le cadre d'un plan d'aide établi par une équipe médico-sociale en fonction des besoins de la personne âgée ; en établissement, elle couvre le tarif dépendance du montant de l'hébergement.

Par ailleurs, l'Apa permet de prendre en charge des dépenses plus diversifiées : la limite de 10 %, fixée dans le cadre de la PSD, pour acquitter des dépenses autres que des dépenses de personnel n'est pas reprise pour la nouvelle allocation. Ainsi, si leur nécessité a été constatée dans le cadre de la visite de l'équipe médico-sociale, l'Apa peut financer plus aisément des services de téléalarme, de portage de repas, l'acquisition d'une aide technique (fauteuil roulant, déambulateur, lève-malade...) pour la part non couverte par l'assurance maladie, la réalisation de petits travaux d'aménagement du logement, le recours à un hébergement temporaire ou à un accueil de jour...

Si l'attribution de la prestation n'est pas soumise à condition de ressources, le revenu est toutefois pris en compte dans le calcul du montant versé par le Conseil général. Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, les montants des plans d'aide pour les personnes à domicile sont plafonnés au niveau national à : 1 125,58 euros par mois pour une personne de Gir 1, 964,79 par mois pour une personne de Gir 2, 723,59 euros par mois pour une personne de Gir 3 et 482,39 euros par mois pour une personne de Gir 4.

Entre janvier et mars 2004, 78 % des premières demandes ont fait l'objet d'une décision favorable<sup>349</sup>. Le taux de rejet (22 %) est plus élevé pour des demandes émanant de personnes vivant à domicile que pour des personnes en établissement (respectivement 25 et 11 %). Ceci traduit probablement un effet de sélection : les personnes en établissement sont à la fois plus dépendantes et mieux renseignées sur la prestation, et leur niveau de perte d'autonomie mieux estimé avant l'évaluation par l'équipe médico-sociale.

Au total, fin mars 2004, 827 000 personnes âgées dépendantes bénéficiaient de l'Apa. Parmi elles, 665 000 personnes âgées percevant une aide individualisée à domicile ou en EHPA et 162 000 personnes concernées par la dotation globale perçues par les EHPAD au titre de la dépendance. Parmi l'ensemble des bénéficiaires de la prestation, 58 % vivent à domicile et 42 % en EHPA.

349. Ces estimations concernent les demandes d'APA de personnes vivant à domicile ou dans un établissement hébergeant des personnes âgées (EHPA) qui ne sont pas sous dotation globale. En effet, la dotation globale s'accompagne d'une procédure allégée pour les personnes âgées résidents dans ces EHPA pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les personnes âgées évaluées en GIR 1 à 4 vivant dans ces EHPAD seront donc, ici, directement considérées comme bénéficiaires de l'APA.

- 45 % des bénéficiaires de l'Apa relèvent du Gir 4

33 % des bénéficiaires de l'Apa présentent les degrés de dépendance les plus élevés (Gir 1 ou 2), tandis que 22 % sont évalués en Gir 3, et 45 % en Gir 4. Globalement, les bénéficiaires vivant en établissement sont plus dépendants que ceux vivant à domicile. Un bénéficiaire sur cinq (18 %) hébergé en maison de retraite relève du Gir 1, contre 3 % de ceux demeurant à leur domicile. À l'opposé, 26 % des bénéficiaires en établissement sont évalués en Gir 4 contre 53 % des personnes à domicile.

Les bénéficiaires de l'Apa sont généralement des personnes très âgées (83 % d'entre eux ont plus de 75 ans), et, parmi elles, les personnes en établissement sont plus âgées que les personnes vivant à domicile : 88 % ont 75 ans ou plus contre 81 % à domicile. Trois bénéficiaires de l'Apa sur quatre sont des femmes, à domicile comme en établissement.

- un montant moyen mensuel de 489 euros à domicile et de 378 euros en établissement

À domicile, le montant mensuel moyen du plan d'aide est fin mars 2004 d'environ 489 € par personne. Cette moyenne varie avec le degré de perte d'autonomie : 861 € pour un bénéficiaire en Gir 1, 694 € pour un Gir 2, 549 € pour un Gir 3 et 349 € pour un Gir 4. L'Apa versée par le Conseil général correspond, à domicile, au montant du plan d'aide établi par l'équipe médico-sociale et effectivement utilisé par le bénéficiaire (diminué d'une participation éventuelle laissée à la charge du bénéficiaire en fonction de ses revenus). La part prise en charge, en moyenne, par la nouvelle allocation est de l'ordre de 91 % du plan d'aide valorisé. Les participations financières des personnes âgées correspondraient donc en moyenne à environ 9 % du plan d'aide valorisé. Ainsi, la participation financière des bénéficiaires de l'Apa à domicile est, en moyenne de 47 € par mois. Or, en mars 2004, environ 70 % des bénéficiaires de l'Apa relevant de l'ancien barème, et 35 % de ceux qui relèvent du nouveau barème sont exonérés du ticket modérateur du fait de la faiblesse de leur revenu<sup>350</sup>. Si l'on s'intéresse aux seuls bénéficiaires devant acquitter une participation financière, le ticket modérateur atteint donc près de 92 €. Ainsi, lorsque les bénéficiaires acquittent une participation financière, celle-ci représente en moyenne, 17 % de leur plan d'aide valorisé, et 20 % s'ils relèvent du barème 2003.

En établissement, le montant mensuel moyen du tarif dépendance est d'environ 378 € : 449 € pour une personne en Gir 1 ou 2 ; 280 € pour une personne en Gir 3 ou 4. L'Apa versée par le Conseil général correspond au tarif dépendance afférent au Gir du bénéficiaire diminué d'une participation laissée à la charge de la personne âgée en fonction de ses revenus. L'Apa permet d'acquitter environ 68 % du tarif dépendance appliqué dans l'établissement d'accueil. La somme restante correspond environ au tarif dépendance applicable aux personnes classées dans les Gir 5 ou 6 et demeurant à la charge des bénéficiaires quels que soient leurs Gir et leur revenu ; elles sont très peu nombreuses à devoir acquitter une participation financière au-delà de ce tarif dépendance minimal, du fait de leurs revenus.

350. A la fin du mois de mars 2004, parmi les conseils généraux répondants, 75 % indiquent avoir mis en application les barèmes relatifs au décret n° 2003-278 du 28 mars 2003 applicables pour les bénéficiaires de l'APA à domicile, dont les droits sont attribués, révisés ou renouvelés à partir du 1er avril 2003. Dans ces départements, 44 % des bénéficiaires relèvent des barèmes de 2003 et 56 % des anciens barèmes.

- 43 heures d'aide à domicile, en moyenne, par mois

À domicile, l'Apa permet de prendre en charge soit des dépenses de personnel, soit d'autres dépenses telles que des services de téléalarme, de portage de repas, l'acquisition d'un fauteuil roulant, d'un déambulateur, d'un lève-malade... ou encore la réalisation de petits travaux d'aménagement du logement, le recours à un hébergement temporaire, à un accueil de jour. Au cours du premier trimestre 2004, 94 % en moyenne des plans d'aide à domicile étaient consacrés à des aides en personnel et 6 % à d'autres aides.

Selon une enquête réalisée en 2003 auprès de 2 600 bénéficiaires de l'Apa, le nombre moyen d'heures d'aide utilisées est de 43 heures par mois<sup>351</sup>. La majorité des bénéficiaires s'est vu financer entre 16 et 62 heures d'aide à domicile durant le mois de novembre 2002 : pour 37 % d'entre eux, entre 32 et 62 heures (de une à deux heures par jour en moyenne) et pour 34 %, entre 16 et 31 heures (tableau 2.17). Seuls 9 % ont disposé de moins de 15 heures d'aide (moins d'une demi-heure par jour) au cours de ce mois et 20 % de plus de 62 heures (plus de 2 heures par jour). Le nombre d'heures d'aide à domicile ainsi financées par l'Apa s'accroît logiquement avec le niveau de dépendance des bénéficiaires : 73 heures, en moyenne, pour les bénéficiaires en Gir 1, 59 heures pour ceux en Gir 2, 45 heures pour ceux en Gir 3 et 28 heures pour les bénéficiaires en Gir 4.

**Tableau 2.17 – Nombre moyen d'heures d'aide et répartition du nombre d'heures consommées à domicile**

		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
<b>Nombre d'heures moyen (en heures)</b>		<b>73</b>	<b>59</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>43</b>
Répartition du nombre d'heures consommées (en %)	de 1 à 15 heures (moins d'une ½ heure par jour)	3	4	5	15	9
	de 16 à 31 heures (entre une ½ heure et une heure par jour)	12	16	26	53	34
	de 32 à 62 heures (entre une heure et deux heures par jour)	22	38	49	31	37
	63 heures et plus (plus de deux heures par jour)	63	12	20	1	20
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Lecture : les bénéficiaires de GIR 1 dont le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, ont consommé, en moyenne, en novembre 2002, 73 heures d'aides à domicile. Parmi l'ensemble des bénéficiaires de GIR 1 dont le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, 63 % ont consommé, en novembre 2002, au moins 63 heures d'aides à domicile. Source : Drees, enquête auprès des bénéficiaires de l'Apa, 2003.

Parmi les bénéficiaires de l'Apa dont le plan d'aide prévoit des heures d'aide à domicile, 89 % rémunèrent uniquement une aide professionnelle, 8 % un proche<sup>352</sup> et 3 % mobilisent à la fois une aide professionnelle et une personne de leur entourage. Les personnes âgées rémunérant un proche sont davantage dépendantes que celles qui ont recours à une aide professionnelle : 77 % des bénéficiaires aidés à la fois par un proche et un professionnel sont classés en Gir 1 à 3 contre 68 % de ceux qui rémunèrent uniquement un proche et 57 % de ceux ayant recours uniquement à un professionnel. Cette propension plus élevée des bénéficiaires les plus dépendants à recourir à un proche et à le rémunérer à l'aide de l'Apa est liée au fait qu'ils vivent moins souvent seuls.

351. METTE Corinne : « L'Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : une analyse des plans d'aide », Drees, *Études et Résultats*, n° 293, février 2004.

352. Personne de l'entourage familial ou amical à l'exception du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le bénéficiaire de l'Apa a conclu un pacte de solidarité (Pacs).

Les bénéficiaires qui rémunèrent un proche avec lequel ils vivent, l'ont fait, en moyenne, en novembre 2002, pour près de 65 heures mensuelles d'aide à domicile. Les bénéficiaires ne vivant pas avec le proche rémunéré par l'Apa ont quant à eux utilisé, en moyenne, 44 heures d'aide rémunérée et ceux qui ont recours à une aide professionnelle, en moyenne, 42 heures.

- L'Allocation compensatrice pour tierce personne pour les personnes de 60 ans ou plus :  
21 000 bénéficiaires fin 2003

L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), créée par la loi du 30 juin 1975 était, jusqu'à l'instauration de la PSD, un instrument majeur de l'aide aux personnes âgées dépendantes, à l'origine destinée à prendre en charge l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne d'individus dont le taux d'incapacité est reconnu à 80 %.

Entre 1996 et 2001, la PSD s'est progressivement substituée à l'ACTP pour les personnes de 60 ans ou plus. Celle-ci a alors été recentrée sur les personnes handicapées vieillissantes qui peuvent toutefois continuer à en bénéficier après leur soixantième anniversaire. On dénombre encore près de 21 000 bénéficiaires fin 2003 (tableau 2.18).

**Tableau 2.18 – Bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 (e)
<b>AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES</b>	<b>402 827</b>	<b>388 091</b>	<b>356 935</b>	<b>346 518</b>	<b>349 037</b>	<b>818 660</b>	<b>952 099</b>
<b>Aides à domicile</b>	<b>85 415</b>	<b>117 821</b>	<b>120 112</b>	<b>156 875</b>	<b>153 875</b>	<b>387 438</b>	<b>481 260</b>
Aides ménagères	75 415	71 381	65 447	59 813	57 236	46 019	36 149
Allocation personnalisée d'autonomie (5)						296 134	420 598
Prestation spécifique dépendance à domicile (3)	10 000	46 440	54 665	63 289	74 146	26 083	5 518
Allocation pour tierce personne des 60 ans et plus à domicile (1)	ND	ND	ND	33 773	22 493	19 202	18 995
<b>Aides à l'hébergement</b>	<b>142 364</b>	<b>165 585</b>	<b>174 121</b>	<b>189 643</b>	<b>195 162</b>	<b>431 222</b>	<b>470 839</b>
Accueil en établissement au titre de l'ASH	128 656	125 194	120 908	117 261	116 773	112 856	117 803
Accueil chez des particuliers	708	831	920	939	1 011	975	1 047
Allocation personnalisée d'autonomie (6)						304 177	347 729
Prestation spécifique dépendance en établissement (4)	13 000	39 560	52 293	62 027	72 543	11 011	2 238
Allocation pour tierce personne des 60 ans ou plus en établissement (2)	ND	ND	ND	9 416	4 835	2 203	2 022
<b>Total allocation personnalisée d'autonomie (5+6)</b>						<b>600 311</b>	<b>768 327</b>
<b>Total allocation pour tierce personne des 60 ans ou plus (1+2)</b>	<b>175 048</b>	<b>104 685</b>	<b>62 702</b>	<b>43 189</b>	<b>27 328</b>	<b>21 405</b>	<b>21 017</b>
<b>Total prestation spécifique dépendance (3+4)</b>	<b>23 000</b>	<b>86 000</b>	<b>106 958</b>	<b>125 316</b>	<b>146 689</b>	<b>37 094</b>	<b>7 756</b>

Champ : France métropolitaine  
Source : enquête *Aide sociale*, Drees.

- L'aide ménagère pour les personnes de 60 ans ou plus :  
36 000 bénéficiaires fin 2003 au titre de l'aide sociale départementale, et 241 500 au titre de la Cnav

Les conseils généraux proposent, au titre de l'aide sociale, un service d'aide ménagère destiné aux personnes âgées de leur département : fin 2003, 36 000 personnes en ont bénéficié. Depuis le milieu des années 1980, on constate une diminution continue du nombre de bénéficiaires, principalement en raison de l'élévation du niveau de vie des personnes âgées, le barème de ressources pour bénéficier de l'aide ménagère correspondant à celui

du minimum vieillesse. Ce recul, de 6 % en moyenne par an au cours de la décennie précédant la mise en œuvre de l'Apa en 2002, s'est fortement accentué depuis : une diminution de 21 % a été constatée en 2003, après une déduction du même ordre l'année précédente. L'Apa ouvre en effet des droits à un public plus large que la PSD, en particulier aux personnes classées en GIR 4. Une partie des personnes prises en charge par l'aide ménagère départementale a ainsi pu prétendre à la nouvelle allocation à la place de l'aide ménagère.

Les conseils généraux interviennent également au titre de l'aide sociale aux personnes âgées en proposant des services en nature autres que l'aide ménagère (aide sociale à l'hébergement, portage de repas) et des aides financières (participation aux frais d'hébergement, subvention de fonctionnement aux établissements ou aide financière au placement familial).

Enfin, les fonds d'action sociale extra-légale des régimes d'assurance-vieillesse contribuent à la prise en charge résiduelle de la dépendance, notamment à travers le financement de l'aide ménagère et la garde à domicile. Ainsi, le nombre de bénéficiaires de l'aide ménagère versée par la Cnav (principale caisse de retraite en nombre de bénéficiaires) est passé de 315 600 à 241 500 entre la fin décembre 2001 et la fin juin 2003, soit une diminution du nombre de bénéficiaires de 23 %, pour se stabiliser sur le deuxième semestre 2003<sup>353</sup>.

#### II.5.6 La prise en charge des enfants handicapés : prestations, scolarisation, hébergement

---

Les principaux aspects présentés ci-après ont trait aux prestations sociales versées aux enfants handicapés, à leurs modes de scolarisation et aux hébergements en établissement.

Depuis la loi d'orientation du 30 juin 1975, la situation de l'enfant et de l'adolescent handicapés doit être examinée dans son ensemble, aussi bien sur le plan éducatif que médical. Un enfant reconnu handicapé doit pouvoir bénéficier d'une éducation spéciale, associant au besoin des actions pédagogiques, psychologiques, sociales, médicales et paramédicales. Les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) reconnaissent le handicap, définissent le taux d'incapacité, attribuent l'Allocation d'éducation spéciale (AES) et orientent vers un établissement ou service médico-éducatif. Elles rendent aussi divers avis. Durant l'année scolaire 1999-2000, elles ont traité, à un titre ou un autre, les dossiers de 185 100 enfants (dont près d'un cinquième de nouveaux venus).

- L'Allocation d'éducation spéciale et la carte d'invalidité

L'Allocation d'éducation spéciale (AES) est une prestation familiale conditionnée au taux d'incapacité de l'enfant, sans conditions de ressources. Elle est constituée d'une allocation de base qui peut être accompagnée d'un complément en fonction d'un montant de dépenses liées au handicap et/ou le recours de la famille à une tierce personne. Ces compléments étaient initialement au nombre de deux, le troisième complément est venu s'ajouter au montage de l'allocation au début des années 1990. À partir du 1<sup>er</sup> avril 2002, le nombre des compléments a été porté à six afin de mieux prendre en compte les facteurs qui détermi-

---

353. KERJOSSE Roselyne, « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2003 », Drees, *Études et Résultats*, n° 298, mars 2004.

nent l'importance du besoin d'aide financière : nature et gravité du handicap, nécessité d'aides techniques et d'aménagements, frais médicaux non remboursés, réduction (par passage à temps partiel) ou cessation d'activité professionnelle de l'un ou des deux parents en raison d'une obligation de surveillance ou de soins permanente ou non. La durée du recours à une tierce personne rémunérée est aussi un critère de différenciation des compléments.

On compte au 31 décembre 2003, près de 126 000 familles bénéficiaires de cette allocation en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (tableau 2.19). Il convient d'ajouter à ce chiffre un peu plus de 12 500 familles bénéficiaires pour retour au foyer (les familles des enfants placés en internat avec prise en charge intégrale des frais ne peuvent prétendre à l'AES que pour les périodes de retour au foyer ou de suspension de la prise en charge).

**Tableau 2.19 – Nombre de familles de bénéficiaires de l'AES (Tous régimes) de 1990 à 2003**

Année	Familles bénéficiaires (en milliers)
1990	95 000
1991	98 000
1992	98 000
1993	100 000
1994	101 000
1995	102 000
1996	104 000
1997	106 000
1998	109 000
1999	111 000
2000	114 000
2001	119 000
2002	121 000
2003 (p)	126 000

Champ : France entière.  
Source : CNAF.

Le nombre de demandes annuelles d'AES présentées devant les commissions d'éducation spéciale était d'environ 85 100 en 1999-2000. Moins d'un dixième des décisions conduisaient à un rejet. 48 % des allocations attribuées étaient des AES simples.

La part des allocations simples a continuellement diminué depuis le début des années 1980 où elles comptaient pour les trois quarts des AES versées aux enfants, jusqu'au début des années 2000 : elles n'en représentaient au 31 décembre 2001 plus qu'un peu plus de la moitié des allocations accordées (53 %). Les chiffres du 31 décembre 2003 indiquent un arrêt de cette tendance, la baisse de la part des AES simples, s'établissant à 55 %.

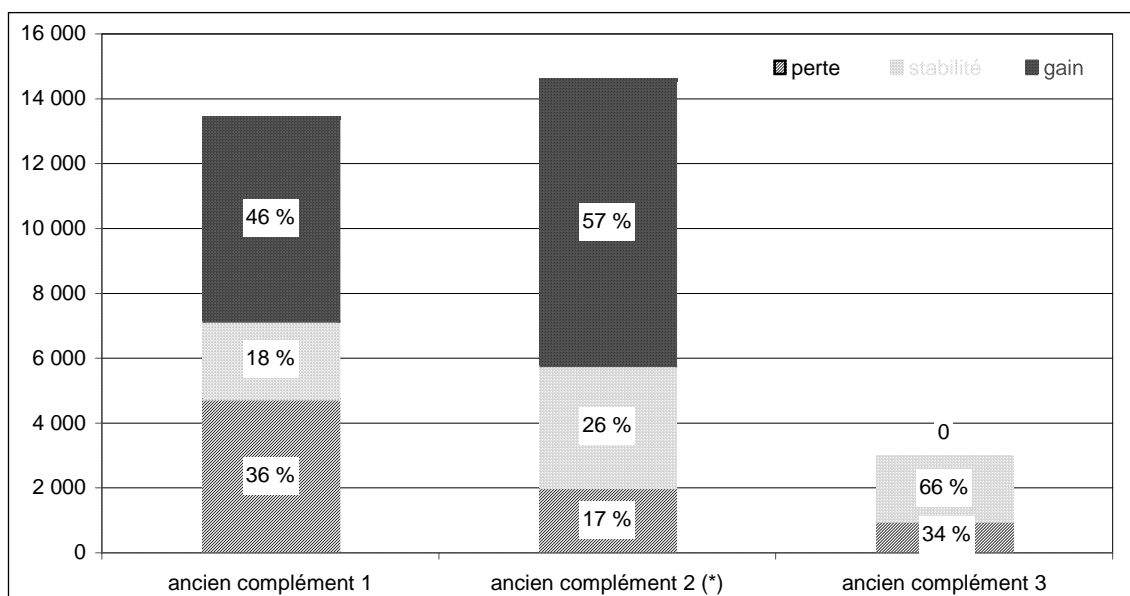
Au 31 décembre 2003, 83 % des bénéficiaires d'un complément au 31 mars 2002 (à la veille de la réforme) et toujours bénéficiaires d'une allocation au 31 décembre 2003, avaient vu leur situation révisée. Ce réexamen s'est traduit par un gain financier pour la moitié des familles (47 %). Les autres réexamens se partagent respectivement entre stabilité (26 %) <sup>354</sup>

354. Le passage d'un ancien à un nouveau complément 2 est considéré ici comme une situation « stable ». Il conduit à une légère baisse du montant de l'allocation perçue : 24 euros. Cette baisse de 7 % du montant global de l'AES globale attribuée est sans commune mesure avec les autres évolutions potentielles de la réforme.



et perte (27 %). Ces proportions varient d'un type d'ancien complément à l'autre (graphique 2.18). Rappelons que toutes ces évolutions ne sont pas attribuables aux effets de la réforme, des mouvements d'un type d'allocation à l'autre ayant toujours existé, au gré de l'évolution de la situation des enfants ou de leur famille.

**Graphique 2.18 – Des anciens aux nouveaux compléments d'AES pour le régime général, au 31 décembre 2003**



\* Le passage d'un ancien à un nouveau complément 2 est considéré ici comme une situation « stable ».  
Source : Cnaf (Fichier ALLNAT)- France métropolitaine et Dom.

La carte d'invalidité peut par ailleurs être attribuée à des enfants dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %, sans conditions de ressources pour leur famille. Elle n'ouvre pas de droit à une allocation ou une pension mais offre des avantages, fiscaux ou dans les transports notamment.

Durant l'année scolaire 1999-2000, les CDES ont reçu 25 100 demandes de cartes d'invalidité, dont les deux tiers pour un renouvellement ; un peu moins de 10 % des demandes traitées ont été rejetées. Sur les 22 500 attributions de cette année scolaire, un peu moins de la moitié a donné lieu à une mention particulière (station debout pénible dans la grande majorité des cas).

### ***Des modes de scolarisation divers... et non exclusifs les uns des autres***

La loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées pose en principe que la scolarité des enfants et adolescents handicapés doit toujours se faire au plus près possible des conditions ordinaires. On distingue traditionnellement trois formes de scolarisation<sup>355</sup> des jeunes handicapés :

- l'intégration individuelle dans des classes qui ne leur sont pas spécialement dédiées dans des établissements scolaires, qu'elles soient dites « ordinaires » ou qu'elles soient destinées à des jeunes présentant des difficultés scolaires ;

355. À noter une « quatrième forme de scolarisation » : 8 établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA - accueillant au total de l'ordre de 1 200 adolescents) sont spécialisés dans l'accueil d'adolescents atteints de déficiences physiques (motrices ou sensorielles). Ce sont des établissements scolaires, dans lesquels les jeunes sont bien accueillis à titre collectif, mais au sein d'établissements « cloisonnés », ce qui relativise la notion d'intégration.

- l'intégration collective, dans des classes ou des unités spécialisées, par grand groupe de déficiences, des établissements scolaires ;
- la scolarisation dans des établissements médico-éducatifs ;

Les parcours scolaires des enfants peuvent combiner divers types de scolarité, et ceci d'une année scolaire à l'autre ou au cours de la même année.

L'intégration scolaire recouvre la scolarisation d'enfants et d'adolescents handicapés au sein d'établissements scolaires non strictement dédiés à ces derniers. Elle peut y prendre des formes différentes, selon la nature et l'ampleur des besoins particuliers des élèves. Les critères de différenciation sont multiples :

- la dimension individuelle ou collective de l'intégration ;
- son caractère partiel ou total ;
- l'éventuel bénéfice d'une aide humaine (accompagnement de type éducatif, rééducatif et thérapeutique, par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile en particulier) ou matérielle.

Lorsque les enfants et adolescents ne peuvent être scolarisés au sein des établissements scolaires, d'autres formes de scolarisation adaptées à la nature de leurs besoins doivent être proposées. Selon les cas, il s'agira d'une prise en charge par un système d'assistance pédagogique à domicile ou dans un établissement sanitaire, ou encore dans un établissement médico-éducatif. La particularité de ce dernier type d'établissement est d'offrir, en son sein, une prise en charge globale, non seulement thérapeutique mais également éducative et rééducative. Ils sont spécialisés par grands groupes de déficience. Dans les établissements sanitaires et médico-éducatifs, l'enseignement peut être assuré par des enseignants mis à leur disposition.

Certains enfants peuvent n'être ni scolarisés, ni accueillis en établissements sanitaires ou médico-éducatifs. Leur nombre, très difficile à chiffrer avec précision, peut être estimé à quelques milliers.

- Près de 100 000 enfants handicapés sont scolarisés dans les établissements de l'Éducation nationale

Les enquêtes du ministère de l'Éducation nationale permettent de repérer la scolarisation d'environ 100 000 enfants et adolescents handicapés dans des établissements scolaires, pour moitié sous une forme individuelle d'intégration, et pour l'autre sous une forme collective (tableau 2.20).

### ***91 000 enfants scolarisés au sein des établissements et services médico-éducatifs***

Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, les structures médico-sociales accueillient, 119 000 enfants d'âge scolaire dont 91 000 étaient effectivement scolarisés. Les enfants accueillis en établissements, hormis ceux en établissement pour enfants polyhandicapés, sont en majorité (65 %) uniquement scolarisés au sein d'un établissement d'éducation spéciale. Par contre, 87 % des enfants accueillis en service d'éducation spéciale sont scolarisés exclusivement dans un établissement de l'Éducation nationale. 22 % des enfants qui fréquentent les structures médico-éducatives ne sont pas scolarisés ; dans ce cas, l'équipe médico-éducative

**Tableau 2.20 – Les différents modes de scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap autour de l'année 2000**

	Établissements scolaires (a)			Établissements et services médico-éducatifs (b)	Établissements sanitaires (c)
	Intégration individuelle	Intégration collective	Adaptation scolaire handicapés		
Premier degré	27 900	48 200			
Second degré	17 200	1 600	1 200 (1)		
Premier cycle	11 300	1 600			
Second cycle	5 900				
Supérieur	7 000				
<b>Total</b>	<b>52 100</b>	<b>49 800</b>	<b>1 200</b>	<b>91 000 (2)</b>	<b>6 700 (3)</b>

Note : des doubles comptes figurent dans ce tableau, dans la mesure où environ 20 % des élèves présents dans des établissements et services médico-sociaux en 1995 suivaient parallèlement une scolarisation partielle ou non, dans des établissements scolaire

(1) Établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) spécialisés dans la prise en charge de certains handicaps.

(2) Enfants de 6 ans et plus scolarisés ; 95 % d'entre eux ont moins de 20 ans.

(3) Enfants présents toute l'année.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : (a) : ministère en charge de l'Éducation nationale, enquêtes « 19 - enquête dans les écoles de l'enseignement pré-élémentaire et élémentaire » en 1999, « 12 - Intégration individuelle ou collective des élèves handicapés dans les établissements d

se charge de l'apprentissage de notions plus ou moins complexes en fonction des capacités de l'enfant. La déficience principale apparaît comme l'élément déterminant en matière de scolarisation : aussi, les enfants atteints de polyhandicap ou de retard mental profond sont-ils très majoritairement non scolarisés alors que 37 % de ceux atteints de cécité sont scolarisés au sein d'un établissement de l'Éducation nationale (tableau 2.21).

**Tableau 2.21 – Modes de scolarisation des enfants et adolescents en établissements et services médico-sociaux au 31 décembre 2001**

en %

	Non scolarisé	Temps plein dans l'établissement d'éducation spéciale	Intégration scolaire partielle	Intégration scolaire totale	Total
Retard mental profond et sévère	73	24	2	1	100
Retard mental moyen	30	60	4	6	100
Retard mental léger	8	71	4	17	100
Autres déficiences de l'intelligence	9	56	5	30	100
Déficiences de la conscience	29	66	2	3	100
Troubles du caractère et du comportement	11	67	3	19	100
Déficiences du psychisme en rapport avec des troubles psychiatriques graves	28	60	4	8	100
Autres déficiences du psychisme	8	62	4	26	100
Déficiences du langage	10	52	10	28	100
Déficiences auditives	3	37	11	49	100
Surdi-cécité	35	54	3	8	100
Déficiences visuelle totale	16	45	2	37	100
Autre déficience visuelle	5	34	2	59	100
Déficiences motrices	13	46	3	38	100
plurihandicap	57	35	2	6	100
Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles	18	54	4	24	100
Polyhandicap	94	5	1	0	100
Autre déficience	11	55	2	32	100
<b>Ensemble</b>	<b>22</b>	<b>55</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Lecture : 73 % des enfants souffrant d'un retard mental profond ne sont pas scolarisés.

Champ : France entière.

Source : Drees, enquête ES 2001.

- Les enfants accueillis par les établissements et services médico-sociaux

Les établissements médico-éducatifs reçoivent des enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans, sauf prolongation pour finir un cursus pédagogique ou maintien des jeunes en raison d'un manque de place en établissement médico-social pour adultes, au titre de l'article L 242.4 du code de l'Action sociale et des familles (dit amendement Creton).

### **94 800 décisions d'orientations annuelles des CDES vers des établissements médico-éducatifs**

Les commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) sont responsables de l'orientation des enfants au sein des établissements médico-éducatifs (EME). Durant l'année scolaire 1999-2000, elles ont prononcé 94 800 décisions d'orientation de ce type (tableau 2.22).

**Tableau 2.22 – Orientations en établissements et services médico-éducatifs en 1999-2000**

<b>Total des orientations en structures médico-éducatives</b>	<b>94 800</b>
pour enfants déficients intellectuels	47 200
pour enfants polyhandicapés	3 400
Instituts de rééducation	13 400
pour enfants déficients moteurs	4 800
pour enfants déficients visuels	2 000
pour enfants déficients auditifs	4 600
pour enfants déficients visuels ou auditifs	–
services d'éducation spéciale et de soins à domicile	19 400

Champ : France entière.  
Source : enquête CDES.

Pour leur part, les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ont pris de plus en plus d'importance pour représenter un cinquième des décisions des CDES.

### **108 000 enfants et adolescents handicapés pris en charge en 2001 dans des établissements d'éducation spéciale**

Au 31 décembre 2001, 108 000 enfants et adolescents étaient pris en charge dans des établissements d'éducation spéciale pour enfants handicapés<sup>356</sup>. Ces établissements (comptant 108 200 places installées au 31 décembre 2001) sont spécialisés par type de déficience et accueillent les enfants en internat ou en externat (respectivement 41 et 59 % des places en établissements). Les 563 Sessad ont suivi environ 24 000 enfants au cours du mois de décembre 2001. Ces services, souvent spécialisés par type de déficience, sont par ailleurs orientés vers l'intégration scolaire et ont vocation à intervenir sur le lieu de vie des enfants et adolescents. Dans ce dernier type de structures, le nombre de places a augmenté de 27 % entre 1998 et 2002.

356. MONTEIL Christian : « Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés », Drees, Études et Résultats, n° 288, février 2004.

Les garçons représentent une forte majorité (63 %) des enfants et adolescents accueillis par ces établissements et services médico-éducatifs (en particulier dans les instituts de rééducation où ils représentent 81 % des enfants accueillis). L'âge médian des enfants accueillis est de 13 ans tous établissements confondus, mais diffère selon le type de structure fréquentée. Dans les Sessad en particulier, l'âge médian des enfants est de 10 ans, ces services ayant un rôle important dans la prise en charge précoce du handicap.

52 % des enfants et adolescents présents dans les établissements et services médico-éducatifs avaient pour déficience principale une déficience intellectuelle et 21 % souffraient de troubles du psychisme. Par ailleurs, près de 52 % des enfants présentent, outre leur déficience principale, une déficience associée, cette proportion variant de 24 % en institut de rééducation à 94 % dans les établissements pour enfants polyhandicapés. Les 4 000 jeunes adultes accueillis au titre de l'amendement Creton souffrent souvent de déficiences lourdes : 24 % d'entre eux souffrent d'un retard mental profond et 17 % d'un polyhandicap.

### II.5.7 La prise en charge des adultes handicapés

---

La prise en charge des adultes handicapés se fait en premier lieu par la reconnaissance du handicap par les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep). Elle donne lieu à des prestations sociales comme l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'aide sociale départementale auxquelles s'ajoutent les prestations d'invalidité ou d'accidents du travail. Par ailleurs, l'emploi des travailleurs handicapés est régi par des dispositions spécifiques.

- La reconnaissance du handicap : selon l'enquête *HID*, près de 3,3 millions d'adultes de 20 ans et plus se sont vus reconnaître un handicap

Depuis la loi d'orientation du 30 juin 1975, les Cotorep, mises en place dans chaque département, ont pour objectif d'apprécier l'importance du handicap et de décider de l'attribution éventuelle d'allocations spécifiques ainsi que de l'orientation des personnes handicapées. Mais la Cotorep n'est pas la seule instance à prononcer la reconnaissance des handicaps. À la suite d'une maladie ou d'un accident, professionnel ou non, les assurés sociaux, actifs au moment de la maladie ou de l'accident, reçoivent un revenu de remplacement de la part de leur régime d'assurance maladie. La prestation dépend du revenu de cotisations antérieures qu'il s'agisse de rentes d'accident du travail, de pensions d'invalidité militaire ou des pensions d'invalidité (encadré 2.10). Enfin les sociétés d'assurance peuvent également attribuer un taux d'incapacité permanente à la suite d'un accident. Au total, en 1999, d'après l'enquête *Handicaps-incapacités-dépendance*, 3,3 millions d'adultes de 20 ans et plus avaient bénéficié d'une reconnaissance administrative d'un handicap. Pour près de la moitié d'entre eux, la reconnaissance émanait d'une Cotorep, et environ un quart d'entre eux avaient deux taux d'incapacité ou d'invalidité attribués par des institutions différentes. Ces reconnaissances ouvrent droit à des avantages qui peuvent le plus souvent se cumuler.

## ENCADRÉ 2.10 – LES DÉCISIONS DES COTOREP

Les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep), créées en application de la loi du 30 juin 1975, reconnaissent le handicap des adultes, apprécient leur taux d'incapacité, aident les personnes handicapées à faire le bilan de leurs aptitudes, peuvent les orienter vers le milieu du travail ou dans des établissements médico-sociaux ou encore leur permettre d'obtenir des aides financières et sociales.

### • Les principales décisions relatives au travail

La Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) peut être accordée aux personnes dont la possibilité de trouver ou de conserver un emploi est réduite par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de leurs capacités physiques ou mentales. Le travailleur handicapé est alors classé dans la catégorie qui correspond à ses capacités professionnelles : catégorie A pour un handicap léger, B pour un handicap modéré et C pour un handicap grave. La RQTH n'entraîne pas l'attribution d'une allocation mais permet à la personne handicapée d'être bénéficiaire de la loi de 1987 sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. La loi du 10 juillet 1987 fait obligation aux établissements de 20 salariés et plus d'employer des travailleurs handicapés à hauteur de 6 % de leur effectif assujetti.

L'orientation professionnelle dirige la personne handicapée soit vers une formation, soit vers le milieu ordinaire du travail ou vers un établissement de travail protégé. Le milieu ordinaire n'offre pas d'établissements dédiés au travail des personnes handicapées, mais éventuellement une adaptation des emplois.

L'abattement de salaire autorise l'employeur à pratiquer un abattement de salaire de 10 à 50 % pour compenser la moindre productivité du travailleur du fait de son handicap. Cet abattement est compensé par un complément pris en charge par l'Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) pour les travailleurs du secteur privé.

### • Les principales aides à l'environnement social

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) a été créée par la loi du 30 juin 1975. Elle permet d'assurer un minimum de ressources aux personnes reconnues handicapées qui ne peuvent prétendre à un avantage de vieillesse ou d'invalidité ou à une rente d'accident du travail.

Outre la condition de ressources, le bénéficiaire doit justifier d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % (article L.821.1 du code de la Sécurité sociale) ou 50 % en cas d'impossibilité, reconnue par la Cotorep, de se procurer un emploi du fait du handicap (article L.821.2 du code de la Sécurité sociale). Il doit être âgé de 20 ans et plus (16 ans pour tout enfant n'ouvrant plus droit aux allocations familiales). À 60 ans, le bénéficiaire peut prétendre à un avantage de vieillesse ; l'AAH est alors suspendue dès qu'il perçoit effectivement cet avantage. Un complément d'AAH (16 % du montant de l'AAH) a été institué en juillet 1994. Il est versé à l'allocataire sous certaines conditions.

Le montant annuel du plafond de ressources, pour la période allant du 1<sup>er</sup> juillet 2004 au 30 juin 2005, à comparer au revenu de l'année 2003 est de 7 102,71€ pour une personne seule et de 14 205,42 € pour des personnes mariées ou vivant maritalement, avec une majoration de 3 551,36 € par enfant à charge.

Si les ressources prises en compte, ajoutées au montant annuel de l'AAH, dépassent le plafond applicable, l'allocation est réduite à concurrence.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004, le montant mensuel de l'AAH au taux normal (1/12<sup>e</sup> du minimum vieillesse) est de 587,74 €. L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) a pour objectif de compenser les dépenses supplémentaires liées à l'embauche d'une personne à domicile, ou le manque à gagner d'un proche, pour aider la personne handicapée. Cette personne handicapée doit se trouver dans l'impossibilité d'effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne.

Le plafond de ressources est le même que celui de l'AAH. L'allocation au taux maximum est de 80 % de la majoration pour tierce personne de l'assurance invalidité du régime général, soit 798,37 € par mois depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2002.

La carte d'invalidité permet de prouver que la personne est handicapée ; elle peut comporter différentes mentions : station debout pénible, canne blanche...

Les placements en établissement spécialisé conduisent la majeure partie des personnes handicapées dans quatre types principaux d'établissements. Le foyer d'accueil médicalisé, financé par l'assurance maladie et le département, accueille les personnes en internat complet. Le foyer d'hébergement accueille les travailleurs handicapés qui exercent leur activité notamment en CAT. Le foyer de vie ou occupationnel prend en charge les adultes ayant conservé une certaine autonomie, mais incapables d'exercer une activité dans un atelier protégé ou un CAT. Enfin les maisons d'accueil spécialisées prennent en charge les adultes qui ne peuvent se suffire à eux-mêmes dans les actes essentiels de l'existence.

- Près de 1 530 000 décisions prises par les Cotorep en 2003, dont près de 1 110 000 décisions favorables

En 2003, les Cotorep ont reçu 1 580 000 nouvelles demandes et en ont examiné 1 530 000, dont certaines dataient de 2002. Sur ces 1 530 000 demandes examinées, les Cotorep ont prononcé 1 110 000 accords, dont près de 100 000 cartes européennes de stationnement, pour lesquelles la décision finale relève de la préfecture. Sur les douze types de décisions relevant pleinement des Cotorep, sept d'entre elles (l'orientation professionnelle, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, l'abattement de salaire, l'Allocation aux adultes handicapés, l'Allocation compensatrice pour tierce personne, l'attribution de la carte d'invalidité et le placement en établissement d'hébergement pour adultes handicapés) représentent la quasi-totalité (99 %) des 1 012 000 décisions favorables prises en 2003 (tableau 2.24). En moyenne, chaque demandeur a déposé deux types de demande auprès des Cotorep en 2003.

En 2003, le nombre de décisions favorables prises par les Cotorep s'est accru de 4,3 % par rapport à l'année précédente<sup>357</sup> (tableau 2.23). L'attribution d'une Carte d'invalidité (CI), la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), et l'accès à l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) sont les décisions les plus nombreuses, dépassant chacune 200 000 par an.

357. Évolution calculée hors propositions de carte de stationnement.

**Tableau 2.23 – Demandes ayant reçu un accord de la Cotorep**

nombre d'accords en milliers

	1999	2000	2001	2002	2003	Évolution 2003/2002
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	204	222	234	239	252	5,4 %
Orientation professionnelle	133	149	151	153	157	2,6 %
Abattement de salaire	3	3	3	3	4	-
Allocation adulte handicapé	185	201	205	211	216	2,4 %
Allocation compensatrice pour tierce personne	...	35	34	34	37	8,8 %
Carte d'invalidité (CI)	...	...	297	295	300	1,7 %
Placement	...	32	33	33	36	9,1 %
Autres (1)	...	...	14	11	10	-9,1 %
<b>Ensemble</b>	...	...	<b>971</b>	<b>979</b>	<b>1012</b>	<b>3,4 %</b>

1. Hors carte européennes de stationnement.

Champ : France entière.

Source : DGEFP, COTOREP et DREES.

Par rapport à l'année 2002, ce sont les cartes européennes de stationnement (+15 %), les accords de placement (+8,5 %) et d'Allocation compensatrice pour tierce personne (+7,9 %) qui ont le plus progressé. Les accords d'orientation professionnelle et d'allocation aux adultes handicapés ont crû de plus de 2 %. Le nombre d'attributions de carte d'invalidité a augmenté de 1,6 %.

- Les prestations destinées aux adultes handicapés : principalement l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)

### **766 000 bénéficiaires de l'AAH en 2003**

Sur la base de critères médicaux et sociaux, les décisions des Cotorep ouvrent l'accès d'une part à l'AAH, versée ensuite par les caisses d'allocations familiales (dans 96 % des cas) ou les caisses locales de la Mutualité sociale agricole (MSA) après vérification des conditions de ressources, et d'autre part à l'ACTP, versée par les conseils généraux.

Comparé à son niveau de 1995, le nombre de décisions ouvrant l'accès à l'AAH à des personnes qui justifient d'un taux d'incapacité d'au moins 80 % (article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale) est resté stable. Au contraire, le flux de décisions concernant des personnes qui se voient attribuer un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % et reconnaître l'impossibilité, du fait de leur handicap, de se procurer un emploi (article L.821-2 du Code de la Sécurité sociale) s'est accru en moyenne de 6 % par an pendant la même période.

L'AAH reste à cet égard l'allocation qui touche le plus grand nombre de bénéficiaires, plus de 766 000 en moyenne à la fin 2003 (tableau 2.24). Viennent ensuite les pensions d'invalidité (470 000 en 2002), les pensions militaires d'invalidité (263 000 en 2003), la garantie de ressources aux travailleurs handicapés (119 000 en 2002) et le minimum invalidité (105 000 en 2002). Alors que le nombre de pensions d'invalidité tend à se stabiliser, le nombre de bénéficiaires de pensions militaires d'invalidité diminue régulièrement (encadré 2.11).



**Tableau 2.24 – Bénéficiaires adultes des prestations d'invalidité**

effectifs en milliers en fin d'année

	1990	1995	1999	2000	2001	2002	2003 (p)
Pensions militaires d'invalidité	427	371	315	299	286	273	263
Pensions d'invalidité (*)	414	423	442	454	449	470	
Minimum invalidité (allocation supplémentaire)	132	103	102	104	105	105	
Allocation aux adultes handicapés (AAH) (dont complément d'AAH)	519	594	694	713	735	751	766
Garantie de ressources aux travailleurs handicapés	85	104	...	115	117	119	

(\*) Nombre de pensions ou de rentes (et non de bénéficiaires) hors ayant-droits, en métropole.

Champ : France métropolitaine de 1990 à 1995, France entière à partir de 1999.

Source : Ministère en charge des affaires sociales, DREES et DGEFP.

### ENCADRÉ 2.11 – LES PRESTATIONS D'ASSURANCE AU TITRE DE L'INVALIDITÉ ET DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La Cotorep n'est pas la seule instance à reconnaître le handicap : la Sécurité sociale verse, pour sa part, des pensions d'invalidité et des rentes d'accident du travail. Il y a trois catégories de pensions d'invalidité :

- Catégorie 1 pour les personnes capables d'exercer une activité professionnelle ;
- Catégorie 2 pour les personnes incapables d'exercer une activité professionnelle ;
- Catégorie 3 pour les personnes incapables d'exercer une activité professionnelle et qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie courante.

Les pensions d'invalidité (du régime général et des salariés agricoles) sont versées à tout assuré social de moins de 60 ans qui, victime d'une maladie ou d'une infirmité d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail ou de gains réduite au moins des deux tiers. Le montant de la pension dépend du salaire antérieur et de la catégorie d'invalidité.

La pension d'invalidité peut s'ajouter éventuellement à l'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse, portant ainsi son montant au niveau du minimum vieillesse.

Les rentes d'accident du travail (des régimes général et agricole) sont versées à tout salarié atteint d'une incapacité permanente suite à un accident du travail, à un accident lors du trajet domicile travail ou à une maladie professionnelle. Son montant est fonction du salaire et du taux d'incapacité de la personne.

De plus, si la personne victime d'un accident du travail est obligée d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes de sa vie quotidienne, une allocation égale à 40 % de sa rente peut lui être versée.

Les pensions militaires d'invalidité sont versées pour des infirmités résultant de blessures et de maladies contractées à l'occasion d'événements de guerre ou durant une période militaire.

La garantie de ressources aux travailleurs handicapés, prise en charge par l'État, vise à compenser le fait qu'une personne handicapée perçoive une rémunération inférieure à cause de son moindre rendement. Elle prend la forme d'un complément de rémunération qui couvre la différence entre la rémunération perçue et un montant garanti.

## **L'aide sociale départementale aux personnes handicapées**

Versée par les conseils généraux, l'aide sociale en faveur des adultes handicapés intervient sous la forme d'une prise en charge des frais d'hébergement ou d'une aide à domicile<sup>358</sup>. Plus de 216 000 personnes ont bénéficié d'une telle aide au cours de l'année 2003 (tableau 2.25).

**Tableau 2.25 – Bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes handicapées**

effectifs au 31 décembre

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 (e)
<b>Aide aux personnes handicapées</b>	<b>184 093</b>	<b>190 686</b>	<b>189 025</b>	<b>194 446</b>	<b>201 472</b>	<b>208 699</b>	<b>216 198</b>
<b>Aides à domicile</b>	<b>9 898</b>	<b>11 582</b>	<b>11 866</b>	<b>90 234</b>	<b>95 224</b>	<b>96 358</b>	<b>97 808</b>
Aides ménagères et auxiliaires de vie	9 898	11 582	11 866	12 868	13 125	13 509	14 797
Allocation pour tierce personne des moins de 60 ans à domicile (1)	ND	ND	ND	77 366	82 099	82 849	83 011
<b>Aides à l'hébergement</b>	<b>86 867</b>	<b>89 165</b>	<b>88 955</b>	<b>104 212</b>	<b>106 248</b>	<b>112 341</b>	<b>118 390</b>
Accueil en établissement	77 081	78 660	77 980	77 945	79 013	81 339	83 770
Accueil chez des particuliers	2 960	3 005	3 094	3 307	3 442	3 458	3 640
Accueil de jour	6 826	7 500	7 881	8 522	9 563	10 575	11 895
Allocation pour tierce personne des moins de 60 ans en établissement (2)	ND	ND	ND	14 438	14 230	16 969	19 085
<b>Total allocation pour tierce personne des moins de 60 ans (1) + (2)</b>	<b>87 328</b>	<b>89 929</b>	<b>88 204</b>	<b>91 804</b>	<b>96 329</b>	<b>99 818</b>	<b>102 096</b>

(e) Estimations.

Champ : France métropolitaine.

Source : Ministère en charge des affaires sociales, DREES, Enquête Aide sociale.

Près d'une aide sur deux ainsi attribuée l'est par le canal de l'ACTP, versée par les départements aux personnes de moins de 60 ans, et dispensée en 2003 à 102 000 bénéficiaires. Au cours des cinq dernières années, le nombre total de bénéficiaires de l'ACTP pour les personnes de moins de 60 ans s'est toujours accru (en moyenne de 3,7 % par an entre 1999 et 2003).

Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement des personnes handicapées en établissement, s'est quant à lui accru, tous âges confondus de 3 % en 2003 (tableau 2.26). Le nombre de bénéficiaires en foyer occupationnel est toujours en augmentation (2,9 % entre 2002 et 2003), et la reprise observée en 2002 du nombre de bénéficiaires en foyer d'hébergement s'est poursuivie l'année suivante (3,8 % par rapport à 2002). Dans les foyers d'accueil médicalisés, le nombre des bénéficiaires a doublé entre 1995 et 2003 : entre 2002 et 2003 l'augmentation a été de 11,6 %. L'aide sociale départementale à l'hébergement des personnes handicapées concerne aussi celles d'entre elles qui sont accueillies en maison de retraite, hospices et unités de soins de longue durée : le nombre de bénéficiaires hébergés dans ces trois types de structures a diminué de 6,9 % en 2003, après la reprise constatée en 2002.

358. BAUDIER-LORIN Claire et CHASTENET Benoît : « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 255, août 2003.

**Tableau 2.26 – Bénéficiaires de l'aide sociale départementale  
à l'hébergement des personnes handicapées par type d'établissement**

effectifs au 31 décembre

	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003 (e)
Foyer hébergement	34 748	35 126	35 269	34 097	34 073	34 926	36 264
Foyer occupationnel	28 535	28 839	29 041	30 652	30 492	31 199	32 113
MR, hospice, USLD	10 129	10 240	8 852	8 108	7 885	8 533	7 941
Foyer d'accueil médicalisé	3 669	4 455	4 818	5 087	6 563	6 679	7 451
<b>Total</b>	<b>77 081</b>	<b>78 660</b>	<b>77 980</b>	<b>77 944</b>	<b>79 013</b>	<b>81 337</b>	<b>83 769</b>

(e) Estimations.

Champ : France métropolitaine.

Source : ministère en charge des affaires sociales, DREES, Enquête *Aide sociale*.

- L'emploi des personnes handicapées

### ***Environ 720 000 travailleurs handicapés en 1999 selon l'enquête HID***

La loi du 10 juillet 1987 fait obligation aux établissements de 20 salariés et plus d'employer des travailleurs handicapés à hauteur de 6 % de l'effectif assujetti. Les travailleurs handicapés au sens de cette loi relèvent des quatre catégories suivantes : les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (incapacité permanente au moins égale à 10 %), les personnes ayant obtenu une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) de la part de la Cotorep, les titulaires d'une pension d'invalidité sous certaines conditions et les mutilés de guerre ou assimilés. L'effectif assujetti à la loi est « proratisé » en équivalent temps plein. Un travailleur handicapé peut compter pour une fraction d'unité bénéficiaire s'il est employé à temps partiel mais aussi pour plusieurs unités s'il remplit certaines conditions liées à la faiblesse de son « employabilité », comme l'âge ou la lourdeur du handicap. Pour s'acquitter de son obligation d'emploi, un établissement a le choix entre l'emploi direct de travailleurs handicapés ou le recours à la sous-traitance au profit du milieu de travail protégé. Il peut aussi verser une contribution à l'Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agéfiph). En 2000, le taux, ainsi évalué au sens de la loi, de personnes handicapées employées dans des établissements de 20 salariés et plus atteignait seulement 4,1 %, sans évolution depuis plusieurs années<sup>359</sup>.

D'après l'enquête HID, fondée sur l'interrogation des individus, le nombre d'actifs handicapés<sup>360</sup> était toutefois proche de 720 000 en 1999, dont plus des trois quarts étaient des actifs occupés en établissement (tableau 2.27). Plus de 60 % de ceux qui occupent un emploi travaillent dans le secteur privé, plus de 20 % dans l'administration, et un peu moins de 20 % en milieu protégé. Le secteur privé ordinaire regroupe la grande majorité (70 %) des accidentés du travail. Une part importante de ces travailleurs handicapés a été orientée vers un emploi du milieu de travail ordinaire grâce aux décisions des Cotorep.

359. AMIRA Selma, OKBA Mahrez, RAMARE Anne : « Les travailleurs handicapés en 2000 : des embauches en augmentation grâce à une bonne tenue de l'emploi », Dares, *Premières synthèses*, n° 47-1, novembre 2002, ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité.

360. AMIRA Selma : « L'emploi et le chômage des personnes handicapées en 1999 », Dares, *Premières synthèses*, n° 44-3, novembre 2001, ministère de l'Emploi et de la solidarité.

**Tableau 2.27 – Les travailleurs handicapés à la fin de 1999**

	Titulaires d'une RQTH* (Cotorep)	Accidentés du travail (IP ** de plus de 10 %)	Invalides pensionnés (SS)	Mutilés de guerre et assimilés	Reconnaissance de handicap non précisée	Ensemble des travailleurs handicapés
Milieu ordinaire du privé	163 811	71 991	31 893	7 954	59 556	335 205
Milieu ordinaire de l'Administration	70 819	13 132	2 830	4 140	25 730	116 651
Milieu protégé	88 197	2 076	2 484	0	2 076	94 833
Total actifs occupés	322 827	87 199	37 207	12 094	87 362	546 689
Chômeurs	120 622	16 641	20 698	675	12 470	171 106
<b>Total actifs</b>	<b>443 449</b>	<b>103 840</b>	<b>57 905</b>	<b>12 769</b>	<b>99 832</b>	<b>717 795</b>

\* Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

\*\* Incapacité permanente.

Champ : France métropolitaine.

Source : enquête HID 1999 et DARES (cf note 14).

***Plus de la moitié des décisions annuelles d'orientation professionnelle des Cotorep sont prises vers le milieu ordinaire***

En 2003, les Cotorep ont prononcé près de 153 000 décisions d'orientation professionnelle (tableau 2.28). Le nombre annuel de décisions d'orientation professionnelle<sup>361</sup>, qui avait doublé entre 1985 et 1999, et qui était en décélération au cours des deux années précédentes (+2 % en 2001 et +1 % en 2002, s'est accru de 2,8 % en 2003. Plus de la moitié de ces décisions sont prises vers le milieu ordinaire, 14 % vers la formation (notamment en centre de rééducation professionnelle), et le tiers vers le milieu protégé (7 % vers un atelier protégé et 25 % vers un centre d'aide par le travail). Au cours de la décennie passée, la part des orientations vers le milieu ordinaire a augmenté jusqu'en 1999, passant de 41 % en 1990 à 54 % en 2000).

**Tableau 2.28 – Décisions d'orientation par les Cotorep**

Année	Formation (1)	Centre de rééducation professionnelle (2)	Milieu ordinaire (3)	Atelier protégé	Centre d'aide par le travail	Ensemble
1985	11 085	(4)	26 716	5 933	17 443	<b>61 177</b>
1990	13 265	(4)	28 997	5 810	22 461	<b>70 533</b>
1995	15 630	(4)	52 870	9 000	33 900	<b>111 400</b>
1999	8 269	8 867	66 674	9 461	35 795	<b>129 066</b>
2000	8 745	8 813	78 725	10 525	37 680	<b>144 488</b>
2001	9 845	8 713	79 896	10 769	38 114	<b>147 337</b>
2002	11 304	8 740	80 443	9 579	38 818	<b>148 884</b>
2003	11 824	8 984	82 665	10 731	38 822	<b>153 026</b>

(1) Apprentissage, centres de formation professionnelle, centre de pré-orientation, centre de réadaptation et interruption de stage.

(2) Réinsertion des personnes devenues inaptes à exercer leur profession du fait d'une maladie ou d'un accident.

(3) Dont recherche directe d'emploi, appui d'une équipe de préparation et de suite du reclassement (EPSR) et emploi - éventuellement protégé - en milieu ordinaire.

(4) Englobé avec la formation avant l'année 1995 comprise.

Champ : France métropolitaine de 1985 à 1995, France entière de 1999 à 2001.

Sources : DGEFP, Cotorep et Drees.

361. Non compris les « structures innovantes », la distribution de travail à domicile...

- Les établissements du milieu protégé accueillent plus souvent des travailleurs dont les déficiences principales sont intellectuelles

L'existence d'un handicap n'empêche pas nécessairement l'exercice d'une activité professionnelle. Les ateliers protégés employaient au 31 décembre 2001 un peu plus de 16 700 personnes ayant une capacité de travail au moins égale au tiers de la capacité de travail d'une personne valide et les centres d'aide par le travail près de 96 700 personnes ayant une capacité de travail inférieure au tiers de celle d'une personne valide.

Dans les CAT, 60 % des personnes accueillies sont des hommes, contre 67 % dans les ateliers protégés. Les travailleurs en CAT présentent le plus souvent comme déficience principale des déficiences intellectuelles (76 %) ou du psychisme (14 %). Ces déficiences restent prédominantes dans les ateliers protégés mais dans une moindre mesure : 50 % des travailleurs qu'ils accueillent souffrent de déficiences intellectuelles, près de 8 % de déficiences du psychisme et près de 8,5 % d'une déficience motrice. Environ 40 % des personnes accueillies en atelier protégé ont atteint ou dépassé 40 ans. Enfin, un peu moins de 27 % des personnes en CAT disposent d'un logement personnel contre un peu plus de 78 % en atelier protégé.

### **36 000 décisions d'orientation des adultes handicapés vers des établissements médico-sociaux en 2003**

En 2003, les Cotorep ont prononcé 36 000 décisions d'orientation vers des établissements médico-sociaux (tableau 2.29), sans pour autant que la personne handicapée soit pour autant nécessairement assurée de trouver une place dans le type d'établissement correspondant. La structure des décisions est restée assez voisine au cours des trois dernières années : près de 40 % des décisions sont des orientations vers des foyers occupationnels et respectivement de 14 à 18 % dans les autres types d'établissements.

**Tableau 2.29 – Décisions d'orientation en établissement médico-social**

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Foyer d'hébergement	5 466	5 472	5 665	5 679
Foyer occupationnel	11 895	12 537	12 655	13 684
Foyer d'accueil médicalisé	3 746	4 238	4 114	5 065
Maison d'accueil spécialisée	5 688	6 036	6 059	6 486
Autres	4 737	4 326	4 685	5 069
<b>Ensemble</b>	<b>31 532</b>	<b>32 609</b>	<b>33 178</b>	<b>35 983</b>

Champ : France entière.  
Source : COTOREP et DREES.

Le nombre de décisions d'orientation en établissements médico-sociaux a progressé de 9 % en 2003 par rapport à l'année précédente. Les orientations vers les foyers d'accueil médicalisé, qui avaient le plus progressé en 2001 (+13 %) ont reculé de près de 3 % en 2002, mais ont augmenté de près d'un quart en 2003. Les orientations vers les foyers d'hébergement sont quasiment restées à leur niveau de 2002.

## Près de 95 000 adultes accueillis dans des structures d'hébergement

Quatre types d'établissements accueillent les personnes handicapées adultes. Au 31 décembre 2001, les foyers d'hébergement accueillent 38 200 personnes qui travaillent pour près de 85 % d'entre elles en CAT, 9 % des personnes accueillies en foyers d'hébergement s'adonnant seulement à des activités occupationnelles. 90 % des personnes handicapées en foyers d'hébergement souffraient d'une déficience intellectuelle ou du psychisme (tableau 2.30). 45 % ont plus de 39 ans et 59 % des personnes accueillies sont des hommes<sup>362</sup>.

**Tableau 2.30 – Structure des effectifs par déficience et type d'établissement**

au 1<sup>er</sup> janvier 2002

Déficience principale	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	FDT	MAS	Ensemble des établissements d'hébergement	Atelier protégé	CAT	Ensemble des établissements de travail protégé
Déficiences intellectuelles	78	72	44	48	69	60	78	76
<i>dont :</i>								
<i>retard mental profond et sévère</i>	13	13	63	86	33	0	11	10
<i>retard mental moyen</i>	55	55	3	12	48	18	51	48
<i>retard mental léger</i>	31	31	5	1	18	81	37	41
<i>autres déficience de l'intelligence</i>	1	1	2	1	1	1	1	1
Déficiences du psychisme	14	14	18	8	13	9	14	14
Déficiences sensorielles	2	2	2	1	2	2	2	2
Déficiences motrices	4	8	19	8	7	10	3	4
Plurihandicap	1	1	4	5	2	2	1	1
Polyhandicap	0	2	11	29	6	0	0	0
Autres déficiences	1	1	2	1	1	17	2	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Lecture : 78 % des personnes accueillies en foyer d'hébergement souffrent de déficiences intellectuelles.

Champ : France entière.

Source : Drees, enquête ES 2001.

34 100 adultes sont par ailleurs accueillis en foyer occupationnel. Ils ne peuvent plus travailler mais disposent d'une autonomie suffisante pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne. En 2002, 70 % des personnes hébergées en foyer occupationnel souffrent d'une déficience intellectuelle (27 % d'un retard mental profond), 13 % d'une déficience du psychisme et 8 % d'une déficience motrice. Près de 46 % ont plus de 39 ans et 55 % sont des hommes.

Au 31 décembre 2001, les maisons d'accueil spécialisées accueillent de leur côté 14 000 personnes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance et des soins constants. 70 % souffrent soit d'un polyhandicap, soit d'un retard mental profond et sévère. Près de 40 % ont plus de 39 ans et près de 56 % sont des hommes.

Les foyers d'accueil médicalisé offrent un hébergement à 9 000 adultes lourdement handicapés, souffrant de dépendance totale ou partielle, inaptes à toute activité professionnelle et qui ont besoin de l'assistance, au moins partielle, d'une tierce personne. En 2001, 44 % des personnes hébergées en foyer d'accueil médicalisé souffraient de déficiences intellectuelles (près de 28 % ont un retard mental profond et sévère), 19 % de déficiences motrices,

362. VANOVERMEIR Solveig : « Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001 », Drees, *Études et Résultats*, n°308, mai 2004.

11 % de polyhandicap et près de 18 % d'une déficience du psychisme. Plus de 40 % ont plus de 39 ans et près de 58 % sont des hommes.

Au 31 décembre 2001, près de 95 000 personnes vivent donc dans ces structures d'hébergement. Selon l'enquête *HID*, pour 21 % d'entre elles, l'institution se trouve à plus de 2 kilomètres de l'arrêt de transport en commun le plus proche. Cette proportion est sensiblement supérieure pour les personnes logées en MAS ou foyer d'accueil médicalisé. 58 % sont logées en chambres individuelles et 27 % en chambre collective. Adultes, elles gardent des liens moins fréquents avec leur famille que les enfants puisqu'un peu moins de 46 % d'entre elles rentrent au moins une fois par mois chez elles. 32 % ne rentrent jamais dans leur famille.