

LES GRANDS PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE

II.1 Environnement, milieu de vie et prévention

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 sociales¹ souligne par exemple les enjeux d'une approche globale entre médecine curative et préventive. Le projet de loi relatif à la santé publique soumis à la représentation nationale 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 (encadré 2.1).

Les principaux problèmes de santé publique accessibles à la prévention seront donc abordés dans les trois chapitres suivants. 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, et en particulier, expositions en milieu de travail.

Le chapitre suivant 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 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 un troisième chapitre traite d'autres enjeux importants de la prévention comme la maternité et la périnatalité, la santé bucco-dentaire, les troubles sensoriels ou le vieillissement.

II.1.1 Une couverture vaccinale encore insuffisante, notamment pour les adultes

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. En outre, la progression de la résistance aux antibiotiques est préoccupante, en particulier en milieu hospitalier. L'incidence de certaines maladies infectieuses comme la légionellose et les infections nosocomiales pourrait sans doute être mieux maîtrisée.

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

- 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 dans le recours au dispositif de santé, PMI ou 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 (habitudes alimentaires, sommeil...).

De façon générale, les taux de couverture vaccinale ont progressivement augmenté 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.

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).

Certains auteurs ont cependant pu discuter ce découpage dont l'application pratique est rendue difficile du fait du manque de définition spécifique de chacun des niveaux. Ces ambiguïtés génèrent une grande variabilité dans la manière concrète dont la prévention est définie dans les différentes études qui ont été réalisées sur ce thème au niveau national ou international (Cash, 2001, Pelletier, 2002, From, 2000). Dans les faits, la classification d'une action de prévention peut varier selon différents critères tels que la population concernée par cette action, son but mais également la pathologie associée. Ainsi, la lutte contre le tabagisme est de la prévention primaire quand elle s'adresse à des adolescents ou des jeunes adultes, de la prévention secondaire chez les personnes asymptomatiques mais présentant des altérations précancéreuses des cellules des crachats et de la prévention tertiaire chez les patients atteints d'angine de poitrine (From, 2000).

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 permis 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 1990² (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.

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, un enfant français de 3 ans, non vacciné, est décédé en zone d'endémie de diphtérie en 1997 et une femme de 27 ans originaire d'Asie a été soignée à Paris en 2002.

Pour le tétanos, la situation est un peu différente. 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)³, 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, non ou mal vaccinées du fait d'une pratique insuffisante des rappels chez les adultes.

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 2000⁴.

D'après les informations recueillies sur la base des certificats de santé en 2001, 98 %⁵ 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 88 % ont une couverture vaccinale complète à cet âge (trois injections plus un rappel) [tableau 2.1]. Cette proportion est restée assez stable depuis 1995. La vaccination contre l'*haemophilus*, qui leur est associée, a de ce fait très rapidement atteint un niveau équivalent, avec 86 % de vaccinations complètes en 2001, alors que la vaccination contre l'hépatite B n'a été effectuée que pour 28 % des enfants de 2 ans. L'association de cette vaccination dans un vaccin unique hexavalent⁶ devrait améliorer cette situation.

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

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

4. En comparaison, l'incidence des infections invasives à méningocoques est estimée à 1,3 pour 100 000 habitants en 2001 (cf. BONMARIN I., PERROCHEAU A. et LEVY-BRUHL D. : « Les infections invasives à méningocoques en France, évolutions en 2000 et 2001 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 25, juin 2002, InVS). Il n'existe pas à l'heure actuelle de vaccin efficace contre le sérotype B responsable de la majorité de ces infections.

5. 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.

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

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

en %

Taux de couverture vaccinale		1992	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002 (p)
Diphthérie-tétanos	3 injections	95,5	97,1	97,6	97,3	97,7	98,1	98,1	98,3
	3 injections + rappel	86,1	88,5	89,7	87,6	87,7	88,0	87,9	88,8
Coqueluche	3 injections	93,7	95,9	96,8	96,4	96,8	97,4	97,5	98,0
	3 injections + rappel	84,2	87,3	88,8	86,7	86,8	87,2	87,2	88,2
Poliomyélite	3 injections	94,7	96,9	97,4	97,2	97,6	98,0	98,0	98,2
	3 injections + rappel	85,6	88,1	89,3	87,4	87,5	87,7	87,7	88,6
Haemophilus						84,5	86,1	85,8	87,0
Hépatite B						23,9	26,0	28,0	28,0
BCG		76,8	82,7	81,8	81,1	82,6	83,1	83,9	84,0
Rougeole		75,5	82,6	83,3	82,5	82,7	84,1	84,6	85,9
Oreillons						81,0	83,5	84,2	85,7
Rubéole		74,9	81,5	82,5	81,9	82,3	83,8	84,2	85,7

(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^e mois.

BCG : une protection vaccinale inégale

À la fin des années 1980, on a observé en Europe un arrêt de la décroissance régulière de l'incidence de la tuberculose. En Europe de l'Est, cette tendance est liée à la crise socioéconomique, alors qu'en Europe de l'Ouest, elle est liée à l'augmentation de la migration en provenance des pays de forte endémie et, dans une moindre mesure, à l'épidémie de sida⁷. En France, l'incidence de la tuberculose ne diminue presque plus depuis 1997 et 6 465 cas de tuberculose ont été déclarés en 2001⁸ (6 296 en France métropolitaine et 169 dans les départements d'outre-mer, soit respectivement 10,8 et 10,1 cas pour 100 000 habitants. Les taux d'incidence les plus élevés sont observés en Île-de-France (particulièrement à Paris) et en Guyane. L'incidence de la tuberculose est plus élevée chez les adultes, particulièrement après 60 ans, et le taux le plus bas s'observe chez les enfants de moins de 15 ans. Sur l'ensemble des cas déclarés, 278 concernent des enfants de moins de 15 ans, dont 77 % étaient vaccinés. Les migrants sont aussi particulièrement concernés : 35 % des cas déclarés affectent des personnes de nationalité étrangère alors qu'ils représentent moins de 7 % de la population totale.

Bien que des réflexions soient actuellement en cours à ce sujet, la vaccination est toujours obligatoire 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. Le taux de couverture vaccinale à 2 ans en France métropolitaine a augmenté : de 76,8 % en 1992 à 84,0 % en 2002. 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 2002, le taux de couverture nationale pour les enfants de cet âge était de 94,1 %. Une enquête réalisée en 1997 par les médecins de santé scolaire et la Drees permet de connaître le statut vaccinal effectif des

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

8. CAILHOL Johann, CHE Didier, DECLUDT Bénédicte, CAMPESE Christine : « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2001 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 10-11, mars 2003, InVS.

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

en %

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002 (p)
Rougeole	81,6	84,0	85,2	88,0	88,6	90,8	91,2	91,6	92,0	92,2
Rubéole	80,5	83,3	84,7	87,9	88,4	90,6	91,1	91,4	92,0	91,5
Oreillons	79,8	83,8	84,7	87,9	88,5	90,7	91,1	91,4	91,8	91,3
Nombre de carnets de santé sur lesquels les données sont recueillies	315 000	356 914	373 500	331 800	385 200	318 000	346 584	357 505	296 147	277 870
BCG	85,2	87,1	89,8	89,9	90,1	92,7	91,7	93,1	94,1	94,1
Nombre de carnets de santé sur lesquels les données sont recueillies	296 000	350 400	369 000	319 800	385 200	309 300	338 101	354 230	300 899	279 416

(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.

enfants de 6 ans : 95 % d'entre eux ont reçu le BCG avant l'entrée à l'école primaire et des contrôles ont été réalisés dans 85 % des cas. Au total, seuls les deux tiers ont eu un contrôle positif et peuvent être considérés comme ayant intégralement satisfait à l'obligation vaccinale⁹.

Rougeole, oreillons et rubéole : une vaccination encore insuffisante

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 en 2002 près de 86 % à 2 ans et 92 % à l'entrée en école maternelle. Pour les 5-6 ans, scolarisés en grande section de maternelle en 1999-2000, la proportion d'enfants non vaccinés contre la rougeole a été estimée à 5,7 % (données redressées). Si la couverture vaccinale nationale continue à progresser, des disparités géographiques persistent entre le Nord et le Sud, variant de 97,2 % en Île-de-France à 89,2 % en région PACA¹⁰. Cette couverture vaccinale reste donc encore insuffisante pour éliminer la rougeole, comme en témoigne la persistance de cas de rougeole, dont le nombre a été estimé à 8 460 en 2001¹¹ et 5 190 en 2002¹² (138 300 en 1990) par le réseau « Sentinelles »¹³. De même, les cas de rubéole diminuent de façon insuffisante, avec encore 38 cas au cours de grossesses en 2001¹⁴. L'augmentation de la couverture vaccinale des enfants avant 2 ans (qui doit atteindre au moins

9. GUIGNON Nathalie, BADEYAN Gérard : « Vaccination contre la tuberculose : seuls deux tiers des enfants de 6 ans ont entièrement satisfait à l'obligation vaccinale », *Études et Résultats*, n° 8, mars 1999, Drees.

10. 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 », *Études et Résultats*, n° 250, juillet 2003, Drees.

11. « Surveillance épidémiologique du réseau SENTINELLES », Inserm-U444, InVS, Janvier-décembre 2001.

12. « Surveillance épidémiologique du réseau SENTINELLES », Inserm-U444, InVS, Janvier-décembre 2002.

13. Soit un taux de 8 cas pour 100 000 en 2002, la moyenne européenne étant d'environ 3 cas pour 100 000.

- MUSCAT M., GLISMANN S., BANG H. : « La rougeole en Europe en 2001-2002 », *Eurosurveillance - Bulletin européen sur les maladies transmissibles*, n° 6, juin 2003, DG Santé et protection du consommateur de la Commission des communautés européennes.

14. SIX Caroline, BOURAOUI Laurence, LEVY-BRUHL Daniel 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 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 21, mai 2003, InVS.

95 %) et l'administration d'une seconde dose¹⁵ entre 3 et 6 ans devraient permettre à terme d'interrompre la transmission de ces trois maladies¹⁶.

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

Pour les adultes, le Conseil supérieur d'hygiène publique recommande de faire un rappel de vaccination contre la poliomyélite et le tétanos tous les dix ans¹⁷. 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 chez les personnes concernées par des pathologies chroniques. Selon le Baromètre santé, plus de neuf Français sur dix ont une opinion favorable sur les vaccinations¹⁸. 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 et 72 % des personnes interrogées s'estiment bien informées. Par ailleurs, seulement la moitié des adultes qui pourtant déclarent voir toujours le même généraliste affirme que celui-ci surveille leurs vaccinations¹⁹.

Contrairement à celle des enfants, la situation vaccinale des adultes est mal connue. Mais les données existantes²⁰ suggèrent une diminution de la couverture vaccinale avec l'âge, en particulier contre le tétanos.

II.1.2 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.

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...).

15. La deuxième dose de vaccin ROR a été introduite dans le calendrier vaccinal en 1997.

16. « Calendrier vaccinal 2003 - Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, 17 janvier 2003 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 6 février 2003, InVS.

17. *Ibidem*.

18. Baromètre santé 2000, CFES.

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

20. D'après le baromètre santé du CFES, 85 % des 51-75 ans ont effectué au moins une vaccination – quelle qu'elle soit – au cours des dix dernières années, contre 90 % des 31-50 ans et 98,5 % des 20-30 ans. À cet égard, les enquêtes SPS 2002 et Santé 2003 devraient très prochainement clarifier cette question.

À la suite du renforcement de la surveillance de la maladie en 1997, le nombre de cas diagnostiqués et déclarés augmente en moyenne de 29 % par an en France (80 cas en 1996, 610 en 2000, 1 021 en 2002) comme dans la plupart des pays européens. En 2002, l'incidence en France métropolitaine est de 1,7 cas pour 100 000 habitants pour une incidence moyenne européenne de 1 pour 100 000 habitants. Ce chiffre en apparence élevé peut être mis au compte d'une bonne performance du système de déclaration²¹. Le renforcement de la réglementation (directives européennes) et du dispositif de surveillance au moyen de la déclaration obligatoire aux DDASS et du réseau européen de surveillance des légionelloses liées aux voyages (*European Working Group for Legionella Infections - EWGLI*) qui ont permis d'améliorer le repérage, devraient favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et éviter ainsi des cas groupés.

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

Les infections nosocomiales sont 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.

Des réseaux de surveillance ont été mis en place par les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) afin d'aider les établissements, notamment par des apports méthodologiques²².

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 atteints²³ de 6 à 20 jours. Le coût par infection et par patient est estimé dans les pays européens entre 610 et 1 370 euros²⁴.

Le Comité technique national des infections nosocomiales (CTIN) a coordonné en 2001 avec l'InVS une nouvelle enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales. Une précédente enquête avait eu lieu en 1996. Cette enquête retrouve une fréquence globale de 5,9 % de malades présents un jour donné en hospitalisation complète porteurs d'une infection nosocomiale, avec des taux plus élevés d'infections en réanimation et en services de soins de suite et de réadaptation. Il s'agit le plus souvent d'infections urinaires, les patients atteints sont plus âgés que la moyenne des patients hospitalisés et plus souvent immu-

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

22. 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 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 50/2001, InVS.

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

24. *Ibidem.*

nodéprimés. La fréquence moins élevée des infections nosocomiales relevée dans les établissements privés est 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.

- 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 mais est susceptible d'être revu à la baisse ; l'existence même d'un seuil est discutée.

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 régression²⁵. En France, la plombémie médiane 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, d'autant plus qu'ils sont plus jeunes, une population à risque²⁶ 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.

- Près de 50 % du plomb qu'ils ingèrent passe dans le sang (contre 10 % chez l'adulte).

25. 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.

26. 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.

- 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, mesurées par exemple par des scores comme le QI, sont irréversibles.

- Enfin, le plomb passe la barrière placentaire et l'intoxication peut commencer dès la vie intra-utérine.

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.

Le groupe d'experts de l'Inserm²⁷ recommande que le dépistage des enfants soit systématiquement renforcé dans les zones à risque, notamment celles identifiées autour des sites industriels.

- La prévalence de l'asthme augmente

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 annuel de décès par asthme s'est stabilisé à environ 2000 depuis la fin des années 1980.

En 1998, selon le Credes²⁸, cette maladie touchait 3,5 millions d'individus, soit une prévalence de l'asthme « actuel » de 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 2 ans. Elle se déroulerait désormais dans la moitié des cas avant 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 nationale²⁹ réalisée sous l'égide de la Drees au cours de l'année scolaire 1999-2000 auprès des enfants de 5 et 6 ans, par les personnels médicaux et paramédicaux de l'Éducation nationale. L'enquête permet de distinguer les enfants dont l'asthme est déjà diagnostiqué (qu'il soit ou non traité) de ceux ayant des signes évocateurs d'asthme : les prévalences de l'asthme diagnostiqué sont de 7,4 % pour les garçons et 4,8 % pour les filles, et celles des symptômes évocateurs d'asthme de 7,0 et 5,4 %, soit une prévalence globale de 14,4 % pour les garçons et de 10,2 % pour les filles. À cet âge, c'est en agglomération parisienne ainsi que dans les communes de moins de 50 000 habitants que l'asthme

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

28. COM-RUELLE Laure, CRESTIN Barbara, DUMESNIL Sylvie : « L'asthme en France selon les stades de sévérité », *Biblio* n° 1 290, 2000, CreDES.

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

est le plus fréquent (tableau 2.3). L'étude régionale montre que la prévalence de l'asthme (diagnostiqué ou fortement suspecté du fait de signes évocateurs d'asthme) est particulièrement élevée dans les départements d'outre-mer surtout, ainsi que dans les régions Centre, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées et Pays de la Loire³⁰.

Tableau 2.3 – Prévalence de l'asthme à 6 ans en fonction de la taille de l'agglomération

en %

Année scolaire 1999-2000	Asthme diagnostiqué	Équivalent asthmatique	Total
Rurale	6,0	6,4	12,4
< 50 000 habitants	6,5	6,5	13,0
>= 50 000 habitants	5,3	5,7	10,9
Agglomération parisienne	6,3	5,8	12,1

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête 6 ans, ministère de l'Emploi et de la solidarité - Drees ; ministère de l'Éducation nationale - Desco - Services de promotion de la santé en faveur des élèves.

Les définitions utilisées ont été établies à partir d'une série de questions issues du questionnaire ISAAC³¹ (*International Study of Asthma and Allergies in Child-Hood*). Selon cette source, la prévalence de l'asthme au cours de la vie atteignait près de 13 % chez les adolescents âgés de 13 à 14 ans en 1995.

- **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 que la gravité de l'asthme était sous-évaluée chez 12 % des individus³². En 1998, selon le CreDES, un asthmatique sur six semble 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 référence³³ (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.

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

31. CHARPIN D. et al. : « Prévalence des maladies allergiques de l'enfant : l'enquête ISAAC - France, phase I », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 13, 30 mars 1999, InVS.

32. 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.

33. « 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.

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 nombre³⁴ s'élevait à 66 000 en 1998, 60 400 en 1999 et 55 400 en 2001, dont la moitié concernent des enfants âgés de moins de 15 ans.

Les asthmatiques (tous âges confondus) déclarent 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 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 d'action, de prévention et de prise en charge de l'asthme a été mis en place en 2002 autour de cinq objectifs : développer l'information, améliorer la qualité des soins, développer l'éducation thérapeutique, mieux prendre en charge et prévenir l'asthme professionnel, et enfin mettre en place une surveillance et développer la veille sur l'asthme et ses facteurs de risque.

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

En 2000, on estimait en France à 32 000 le nombre de décès prématurés attribuables annuellement à une exposition de long terme à la pollution atmosphérique urbaine. Plus de la moitié de ces décès (18 000) serait causée 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 la pollution atmosphérique³⁵.

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 le dioxyde de soufre (SO₂), les particules (fumées noires – FN – ou particules de moins de 10 micromètres de diamètre – PM10), le dioxyde d'azote (NO₂) et l'ozone (O₃). Il a été ainsi établi, d'abord aux États-Unis, puis dans de nombreux autres pays, notamment en Europe, que leurs variations journalières sont associées 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 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 80³⁶ montrent qu'une augmentation de 50 µg/m³ des niveaux journaliers de pollution s'accompagne dans

34. PMSI, champ : France métropolitaine.

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

36. 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.

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. En effet, on évalue le nombre de décès par intoxication due au CO (hors suicide et incendie) de 150 à 300 par an, ce qui constitue la première cause de mortalité par inhalation toxique en France³⁷. En 2001, on dénombre environ 2 500 hospitalisations et 3 700 personnes exposées. Parmi les personnes hospitalisées, 27 % sont des enfants de moins de 14 ans³⁸. 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 pétrole³⁹ illustre la part de plus en plus importante de ce secteur d'activité dans l'émission de polluants préoccupants en termes de santé publique.

Si on observe, de 1970 à 1996, une diminution des émissions de monoxyde de carbone (CO), du dioxyde de soufre (SO₂) et des particules atmosphériques, en revanche les oxydes d'azote (NOx) sont retrouvés à un même niveau et le dioxyde de carbone augmente. Mais de nombreux polluants présents dans l'air dont la toxicité est suspectée ou reconnue 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 espaces 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 et que, contrairement à l'eau que l'on boit ou les aliments que l'on ingère, on ne peut choisir l'air que l'on respire.

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

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

39. Source : Commissariat général au Plan, cité dans : DGS : « Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé : poursuivre la réduction des risques », juin 2002. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pollution/biblio.htm>.

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 vingt-six villes d'Europe⁴⁰ 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, un dispositif de surveillance et de réglementation concernant les émissions de CO dans l'air intérieur s'organise en France en raison des conséquences graves et fréquentes de l'intoxication par ce gaz.

- 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 impact dans le domaine du cancer et de la reproduction (pesticides, dioxines, métaux lourds...);
- de l'exposition au bruit;
- de l'exposition aux rayonnements : ionisants (radon et rayonnements ionisants d'origine médicale) et non ionisants (UV).

Enfin, la surveillance de l'impact sur la santé des problèmes climatiques (canicule, grands poids), notamment pour les personnes les plus fragiles, apparaît comme un enjeu majeur, compte tenu des risques révélés dans la période récente.

II.1.3 La santé au travail : un enjeu majeur de prévention

- 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, qui a été suivie d'une diminution. Pour le régime général, les années 1996 et 1997 ont enregistré les chiffres les moins élevés jamais recensés en ce domaine. Mais, parallèlement à la reprise de l'activité économique, on observe entre 1997 et 2000 une nouvel-

40. 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.

le rupture de cette tendance qui s'est traduite depuis par une augmentation du nombre d'accidents du travail avec arrêt⁴¹ ; ce nombre a un peu diminué en 2001, s'élevant alors, à 737 499⁴² (hors accidents de trajets).

La diminution des accidents graves et des accidents mortels entre 1970 et 1999 est plus marquée, leurs nombres ayant été respectivement divisés par 2,4 et 3 pendant cette période⁴³.

En 2001, on dénombrait, pour les seuls salariés du régime général d'assurance maladie, 43 078 accidents du travail⁴⁴ ayant causé une incapacité permanente et 730 décès⁴⁵ (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 la poursuite de la baisse des accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente ou un décès. Une partie de cette évolution est 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 2.4).

Tableau 2.4 – Accidents du travail* : incapacité permanente ou décès selon la branche professionnelle

2001

Branche professionnelle	Incapacité permanente	Décès	Effectifs salariés	Fréquence**	
Ensemble des groupements d'activité du régime général	43 078	730	17 233 914	2,5	(3.9)
dont : <i>Métallurgie</i>	6 295	87	2 102 029	3,0	(4.2)
<i>Bâtiment et travaux publics (1)</i>	9 101	176	1 239 277	7,5	(12.3)
<i>Transports, eau, gaz, électricité, livre et communication (2)</i>	5 470	169	2 092 010	2,7	
<i>Services, commerces, industries de l'alimentation</i>	5 469	47	2 141 773	2,6	(4.1)
<i>Chimie, caoutchouc, plasturgie</i>	1 185	22	514 388	2,3	
<i>Bois, ameublement, papier-carton, textiles, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu</i>	2 835	33	729 258	3,9	
<i>Commerces non alimentaires</i>	3 570	58	2 217 649	1,6	(2.5)
<i>Activités de services I (banques, assurances, administrations...)</i>	2 440	62	3 408 058	0,7	
<i>Activités de services II et travail temporaire (santé...)</i>	6 713	76	2 789 472	2,4	
Agriculture (3) (4)	5 889	60	(5) 602 841	9,9	(11.0)

* 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.

41. « Les accidents du travail et les maladies professionnelles » in « Conditions de travail Bilan 2000 », Direction des relations du travail, pp. 27-42. Ces observations concernent les salariés, hors secteurs public et agricole.

42. « Statistiques technologiques des accidents de travail et des maladies professionnelles – Remarques - Année 2001 », 2003, CNAMTS.

43. *Ibidem*.

44. Hors accidents de trajets.

45. « Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles – Année 2001 », 2003, CNAMTS.

Les accidents du travail dus à des véhicules (l'exclusion des chariots de manutention et des engins de terrassement) et survenus au cours de déplacements pour le compte de l'employeur pendant les heures de travail sont essentiellement des accidents de la circulation. Ils sont plus graves que les accidents du travail survenus au lieu habituel du travail. En 2001, ils représentaient 1,3 % des accidents du travail avec arrêt (9 363), 2,7 % des accidents avec incapacité permanente (1 182) mais 23 % des décès (168).

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'accidents que la moyenne⁴⁶. 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 graves, avec incapacité permanente, apparaît plus élevée chez les 50-59 ans⁴⁷ (tableau 2.5).

**Tableau 2.5 – Accidents du travail* : incapacité permanente selon l'âge
Tous groupements d'activité du régime général**

2001

Âges	Accidents avec incapacité permanente		Effectifs salariés
	Nombre	%	%
Moins de 20 ans	903	2,1	1,5
20 - 24 ans	2 843	6,6	7,0
25 - 29 ans	4 408	10,2	15,0
30 - 34 ans	5 430	12,6	15,4
35 - 39 ans	5 920	13,7	15,2
40 - 49 ans	12 508	29,0	27,5
50 - 59 ans	10 390	24,1	16,9
60 - 64 ans	516	1,2	1,2
65 ans et plus	160	0,4	0,2
Total	43 078	100,0	100,0

* Proprement dits (non compris accidents de trajet).
Champ : France métropolitaine.
Sources : CNAMTS et Insee.

De plus, en 2001, les accidents de trajet ont entraîné, pour les salariés du régime général, 635 décès et 9 029 incapacités permanentes, représentant un taux d'accidents graves de 0,56 pour 1 000 salariés.

- 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, indemnisées à ce titre, augmente régulièrement (24 220 en 2001 contre 3 834 en 1980⁴⁸). Cette croissance tient prin-

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

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

48. *Ibidem*.

cipalement aux évolutions des critères de reconnaissance dont l'application reste toutefois hétérogène. Le rapport au gouvernement de la Commission Déniel, dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1997, a souligné de fortes disparités régionales dans le nombre de maladies professionnelles reconnues.

Néanmoins, le suivi des déclarations sur près 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 (235 en 2001 contre 548 en 1980), mais une hausse des affections provoquées par les poussières d'amiante (cancers inclus : 3 354 en 2001 contre 149 en 1980). Le nombre de pathologies péri-articulaires⁴⁹ « provoquées par certains gestes et postures de travail » s'accroît très fortement (15 912 en 2001 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 maladie professionnelle avec, pour les salariés du régime général d'assurance maladie, en 2001, près 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 en 1999 et dont le poids atteint 9 % en 2001.

Toutefois, le système de reconnaissance et d'indemnisation des maladies d'origine professionnelle peut conduire à une sous-estimation importante des cas dus à l'environnement de travail. C'est notamment les cas des cancers, d'une part, parce que 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'InVS⁵⁰ 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.

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*⁵¹ portant sur plus de 20 000 salariés⁵², 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.

49. 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...

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

51. « Âge, travail, santé », *Questions en santé publique*, 1996, INSERM.

52. 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*⁵³ 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'élevant 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)⁵⁴.

Selon les auteurs de l'enquête, 9 % des salariés, 18 % des ouvriers, étaient exposés pendant leur travail à des produits estimés cancérigènes pour l'homme⁵⁵ 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.

53. « 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

54. La nouvelle enquête SUMER, réalisée en 2003, devrait permettre d'étudier les évolutions.

55. 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'obésité⁵⁶ de l'adulte expose à l'hypertension artérielle, au diabète de type 2 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 Cnamts⁵⁷, des travaux sociologiques ont mis en évidence certaines 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 survenue de l'obésité, 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 à l'âge adulte de 50 à 80 % selon les études, en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Selon l'expertise collective, la prévalence de l'obésité augmente dans la plupart des pays, y compris la France. L'obésité et le surpoids sont en train de devenir 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 Allemagne⁵⁸. Toutefois, depuis lors, différentes investigations ont permis une meilleure évaluation de ce qui apparaît dorénavant comme une épidémie en développement rapide.

Au début des années 1990, la prévalence de l'obésité des adultes français se situait aux alentours de 6 % contre 9,7 % en 2000⁵⁹. 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 évolution rapide, de 8,2 % en 1997 à 11,3 % en 2003⁶⁰. À ce rythme, la situation française pourrait dès 2020 rejoindre la situation américaine actuelle.

56. 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/m².

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

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

59. Données de l'enquête décennale de santé 1991-1992, Insee et de l'étude *SPS* 2000, Credes.

60. Enquête *Obépi* 2003.

Dès 6 ans, 14 % des enfants présentent un surpoids modéré ou important

L'enquête en milieu scolaire réalisée en 1999-2000 auprès des enfants de 6 ans montre que 14 % des enfants examinés présentent une surcharge pondérale : 4 % une obésité et 10 % un surpoids modéré⁶¹. 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 modéré, contre 8,8 % pour les garçons. La proportion d'enfants en surcharge pondérale est particulièrement élevée à Paris. Elle est également plus importante chez les enfants scolarisés en Zone d'éducation prioritaire (ZEP) que chez les autres. Ces données reflèteraient des différences de modes de vie : habitudes alimentaires, manque d'activité physique, temps excessif passé devant la télévision.

Les disparités géographiques sont importantes. À cet âge, la prévalence globale du surpoids varie du simple au double selon les régions, de moins de 11 % dans les départements d'outre-mer et la région Pays de la Loire à 22 % en Corse ; elle est également élevée, supérieure à 16 %, en Alsace, en Languedoc-Roussillon et en Île-de-France⁶².

Par ailleurs, les indices de masse corporelle à six ans des élèves de classe de troisième examinés l'année suivante, montrent l'évolution en huit ans de la prévalence du surpoids à six ans⁶³. Sa prévalence globale (obésité incluse) à six ans, qui s'élève à 14 % pour la génération des grandes sections de maternelles examinées en 1999-2000, était plus faible, égale à 10,7 %, pour la génération scolarisée en troisième pendant l'année scolaire 2000-2001. Elle est toutefois plus élevée à l'adolescence, avec près de 16 % des élèves de troisièmes présentant un surpoids (surpoids modéré : 12,5 %, obésité : 3,4 %⁶⁴).

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.

Les prévalences d'obésité augmentent dans toutes les classes d'âge

Par ailleurs, il ressort de 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) 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 Bretagne⁶⁵.

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

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

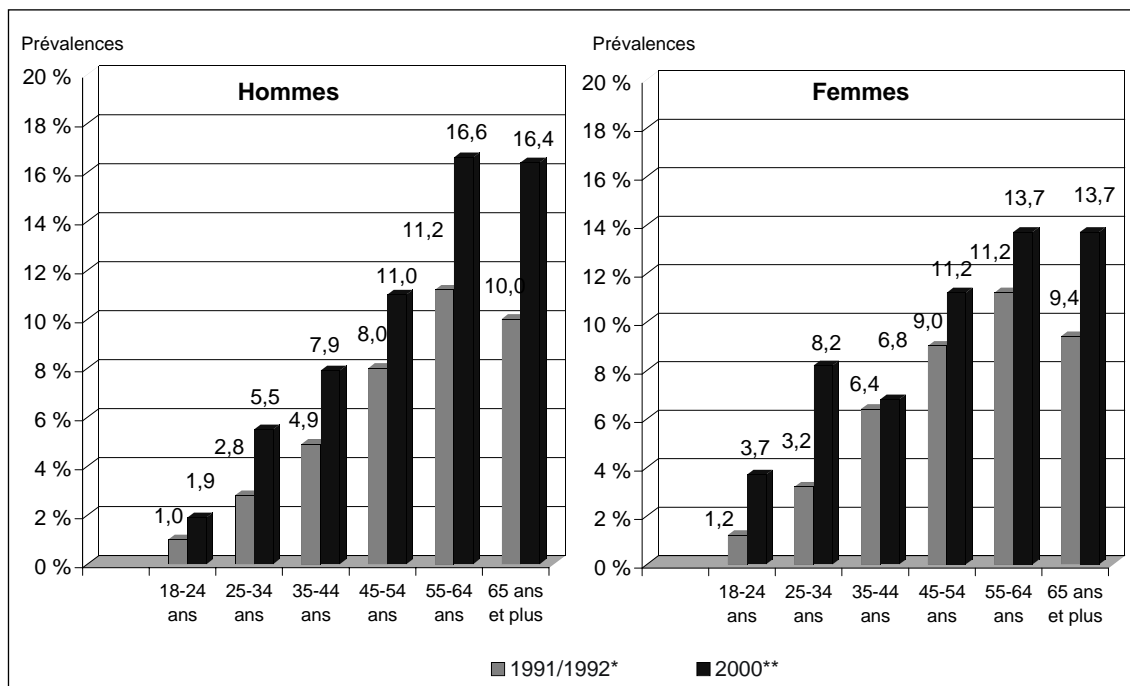
63. Le poids et de la taille mesurés antérieurement, lors de l'examen de grande section de maternelle, ont été relevés sur le dossier médical des élèves de troisième.

64. Normes IOTF.

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

Cette évolution concerne aussi les adultes. En 2000, en France, l'obésité touche près de 10 % des personnes de 18 ans et plus⁶⁶ (9,8 % pour les hommes et 9,7 % pour les femmes). Cette proportion est en augmentation pour les deux sexes. En effet, il y a dix ans, la prévalence de l'obésité déclarée était de 6,1 % pour les hommes et de 6,8 % pour les femmes⁶⁷. L'augmentation est sensible dans toutes les classes d'âge avec une évolution qui semble particulièrement marquée chez les jeunes adultes et après 55 ans (graphiques 2.1).

Graphique 2.1 – Évolution de l'obésité de 1991 à 2000



Note : l'obésité est définie par un indice de masse corporelle [poids en kg/(taille en mètre)²] supérieur ou égal à 30 kg par m².
 Champ : France métropolitaine.
 Sources : *enquête *santé* 1991-1992, ** enquête *SPS* 2000.

La dernière étude *ObÉpi* atteste d'importantes disparités socioculturelles (niveau d'études) et régionales, avec une prévalence d'obésité particulièrement élevée dans les ZEAT⁶⁸ Nord et Bassin parisien⁶⁹. 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).

- 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 alimen-

66. 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.

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

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

69. 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.

taires, 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 masse corporelle. 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, mais aussi des maladies cardiovasculaires et de nombreux cancers, digestifs ou autres⁷⁰.

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 masculine supplémentée a été réduit de 31 % 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 pour les agriculteurs que la consommation quotidienne de fruits et légumes est la plus fréquente et pour les étudiants, les chômeurs et les ouvriers qu'elle est la plus rare.

Le Baromètre santé nutrition 2002⁷¹ permet d'analyser les habitudes nutritionnelles ainsi que l'activité physique ordinaire des Français un an après le lancement du plan nutrition santé mis en place en 2001. 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 % un ou 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. 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 comportements sexuels : une protection largement développée mais avec la persistance de pratiques à risque

Les résultats du Baromètre santé 2000⁷² montrent que la très grande majorité des personnes 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.

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

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

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

D'après l'enquête *Connaissances, attitudes, croyances et comportement face au VIH/sida* en France⁷³, les hommes sont deux fois plus nombreux à avoir eu leur premier rapport sexuel avant 16 ans. L'âge médian⁷⁴ au premier rapport sexuel est de 17 ans pour les hommes et de 18 ans pour les femmes. Les femmes comme les hommes ont eu très majoritairement une initiation de nature hétérosexuelle, bien que les hommes aient plus souvent une initiation homosexuelle⁷⁵ (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 abstinents. Ainsi en 2001, la proportion d'abstinents 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 moindre

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 %)⁷⁶. 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 est enregistrée 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 est stable depuis 1994, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (voir enquête connaissance attitude citée au deuxième paragraphe de ce chapitre). Parmi la population déclarant avoir utilisé le préservatif lors du 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 ».

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 une baisse importante de la crainte du sida 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

73. Échantillon représentatif des 18-54 ans.

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

75. 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.

76. Baromètre Santé 2000 - CFES.

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 utilisateurs de préservatifs dans l'année restent les plus concernés par le sida.

- 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 concernées n'utilisent pas, ou pas systématiquement, un moyen contraceptif. Les facteurs qui diminuent le recours à la contraception des femmes concernées 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.

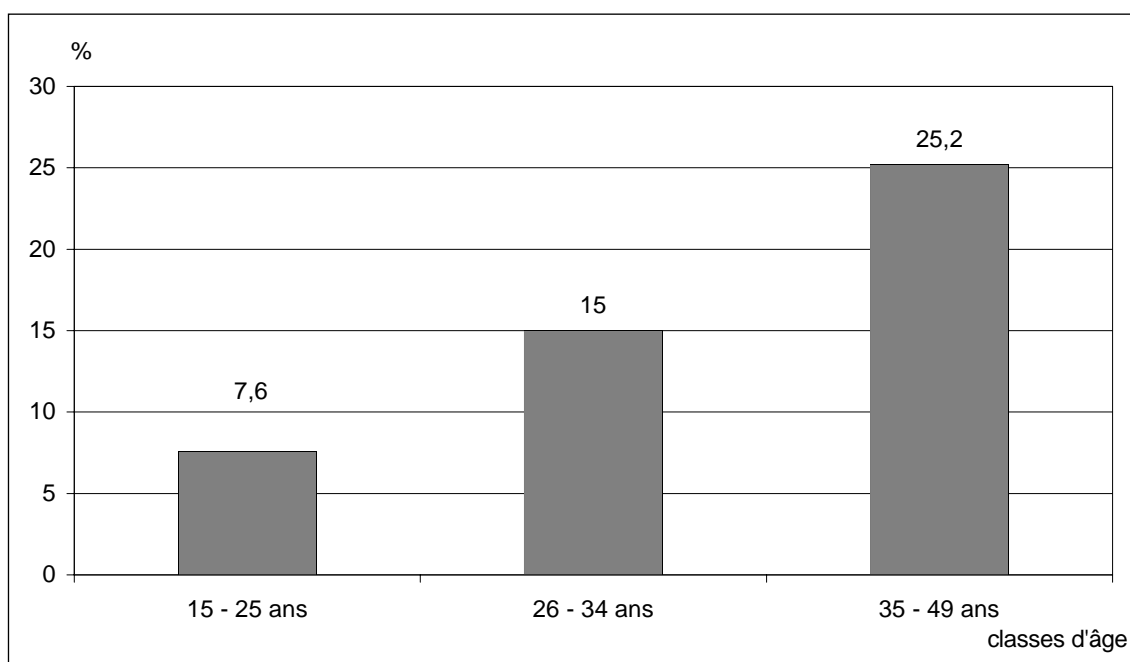
En 2000, selon le Baromètre santé, le recours à la pilule du lendemain était relativement peu fréquent : 9 % des femmes sexuellement actives y ont eu recours au moins une fois : 14 % des femmes de moins de 25 ans (sans différence entre les 15-19 ans et les 20-24 ans), alors que ce n'est le cas que de 6 % d'entre elles à partir de 35 ans. Cependant cette pratique tend à augmenter au cours des toutes dernières années si l'on se réfère à la croissance importante des ventes du dernier médicament mis sur le marché (composé exclusivement de progestatif – lévonorgestrel – et vendu sans ordonnance en pharmacie) dont le nombre d'unités vendues a été multiplié par 4,4 entre 1999 et 2002. 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 contraception⁷⁷. 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 encore poser problème.

77. « 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 », *Population et sociétés*, juillet-août 2002, INED.

- Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse 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 2.2).

Graphique 2.2 – Proportion des femmes ayant déjà eu une interruption volontaire de grossesse en fonction de l'âge



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

En 2001 on évalue le nombre d'IVG (y compris les interruptions thérapeutiques de grossesse – ITG) à 217 364 pour la France entière⁷⁸, soit un taux de 14,6 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (contre 13,6 pour 1000 en 1997). Il est de 14,2 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 2001), particulièrement la Guadeloupe, où les IVG sont trois fois plus fréquentes qu'en métropole.

Le secteur hospitalier public assure les deux tiers des IVG. Son activité n'est minoritaire en ce domaine que dans neuf départements, situés en Île-de-France surtout et dans le sud (régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon), 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 (une IVG sur six en métropole⁷⁹), ces IVG se pratiquant toutefois à l'intérieur de la région pour près de trois sur quatre.

78. SAE 2001.

79. PMSI 2001.

L'IVG par mode médicamenteux se développe progressivement : il concernait le cinquième des IVG pratiquées en 1998 et près du tiers (30 %) en 2001. C'est le secteur public qui assure la majeure partie des IVG par mode médicamenteux. Mais 9 % des établissements publics et 46 % des établissements privés n'en pratiquaient pas en 2001. Selon le Haut comité de la santé publique⁸⁰, 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 jeunes filles 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 professionnel⁸¹. Une recherche récente⁸² 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 dans l'accès aux soins, et que les femmes qui se rendent en premier lieu chez leur médecin généraliste sont 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 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.

II.2.3 Les conduites addictives : avant tout l'alcoolisme et le tabagisme

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 », les principaux étant le tabagisme et l'alcoolisme. Or, les actions de prévention dans ces domaines peuvent modifier ces comportements mais restent encore insuffisamment développées dans notre pays.

- 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 1999, on recensait encore 22 442 décès directement liés à la consommation chronique excessive d'alcool (environ 12 % par psychose alcoolique et alcoolisme, 38 % par cirrhose alcoolique et 50 % par cancer des voies aéro-digestives supérieures)⁸³. Huit décès sur dix concernent des hommes et, dans plus d'un cas sur

80. Ibid. « La santé en France 2002 », rapport du Haut comité de la santé publique.

81. *Ibidem*.

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

83. MICHEL Éliane, JOUGLA Éric : « La mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique en France en 1998 », *Études et Résultats*, n° 153, janvier 2002, Drees.

deux, des personnes de moins de 65 ans. Entre 45 et 54 ans, ces trois causes représentent près d'un décès sur cinq chez les hommes et un sur dix chez les femmes. Les hommes veufs ou divorcés ont un risque plus élevé que les hommes mariés. Les ouvriers et les employés sont des catégories sociales dix fois plus touchées par ces 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 000⁸⁴, soit près de 10 % de l'ensemble des décès.

- Un cinquième de l'activité du système de soins concerne les 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 excessive⁸⁵. En effet, 20 % des patients présents dans un établissement de santé un jour donné⁸⁶ et 18 % des patients vus par les médecins généralistes libéraux ont été repérés comme présentant un risque d'alcoolisation excessive et ce, quelque soit le motif de leur contact avec le système de soins (tableau 2.6). 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 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. Chez les 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 diagnostiqués en alcoolisation excessive sont nettement plus élevées chez les patients en emploi précaire ou chômeurs, chez ceux qui ont des conditions de logement précaires ou qui sont sans abri, qui perçoivent le Revenu minimum d'insertion (RMI) ou sont assujettis 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 en aucun cas 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 les patients ayant 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 généralis-

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

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

86. 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 2.6 – 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
Nombre de patients	156 100	177 200	333 300	2 146 400	2 988 600	5 135 000
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>
Répartition par sexe (en %)						
Ensemble des patients	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>
Âge moyen (en années)						
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>
Proportion de patients âgés de 35 à 64 ans (en %)						
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.

tes, 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 : les différences de répartitions par sexe et âge, mais aussi les écarts de taux de chômage, de bénéficiaires de minima sociaux sont associés à des risques variables d'alcoolisation excessive. Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » prenant en compte les caractéristiques sociodémographiques 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 (11,8 l/an/habitant), les Français ont diminué leur consommation annuelle moyenne de près de 2 litres entre 1989 et 2000⁸⁷.

Selon l'enquête *ESPAD* réalisée en 1999⁸⁸, 61 % des élèves de classes allant de la 4^e à la terminale ont déclaré avoir consommé une boisson alcoolisée durant les trente derniers jours et 10 % en ont consommé plus de dix fois. Les boissons les plus appréciées sont les alcools forts (50 % en ont consommé), la bière (45 %) et le vin (32 %). D'après l'enquête *ESCAPAD 2002*⁸⁹, les consommations d'alcool à 17 ans demeurent très différenciées selon le sexe : 19 % des garçons de cet âge déclarent en avoir bu plus de dix fois au cours des trente derniers jours, contre 6 % des filles. 23 % de ces dernières affirment ne pas avoir bu d'alcool au cours de cette période, contre 15 % des garçons. Cet écart entre les sexes se retrouve pour l'expérimentation de l'ivresse : 63 % des garçons déclarent avoir déjà été en état d'ivresse, contre 49 % des filles. L'âge moyen de la première ivresse se situe à 15 ans pour les garçons et 15,3 pour les filles. Entre 2000 et 2002, si l'usage de boissons alcoolisées au cours des trente derniers jours est resté stable chez les filles, il a augmenté chez les garçons (85 % en 2002 contre 81 % en 2000) ; cette augmentation est due presque exclusivement à la croissance de la proportion de buveurs réguliers.

Dans la population adulte, selon le Baromètre santé 2000, presque un homme sur trois et une femme sur dix, âgés de 18 à 75 ans, déclarent consommer de l'alcool tous les jours. L'importance de la consommation quotidienne augmente avec l'âge. Peu fréquente avant 25 ans, elle concerne 65 % des hommes et 33 % des femmes âgés de 65 à 75 ans⁹⁰ (graphique 2.3). 89 % des consommateurs déclarent ne rien vouloir changer à leurs habitudes.

14 % des adultes déclarent avoir connu au moins un épisode d'ivresse au cours de l'année écoulée : 22 % des hommes et 7 % des femmes⁹¹. 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). Mais dès 18 ans, les ivresses sont fréquentes, comme le montre l'enquête *ESCAPAD 2001*⁹² : 29 % des jeunes hommes de cet âge et 14 % des filles ont déclaré au moins trois ivresses dans l'année et, respectivement, 11 et 3 % au moins dix.

87. Source : Insee. D'après le « World Drink Trends », Edition 2000 qui suit d'autres modes de calculs, la consommation d'alcool en France en 1999 était de 10,7 litres/an/hab., ce qui la plaçait au quatrième rang européen, derrière le Luxembourg, l'Irlande et le Portugal.

88. CHOQUET Marie, LEDOUX Sylvie et HASSLER Christine : « Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée- ESPAD France - *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* », Inserm-OFDT, 2002.

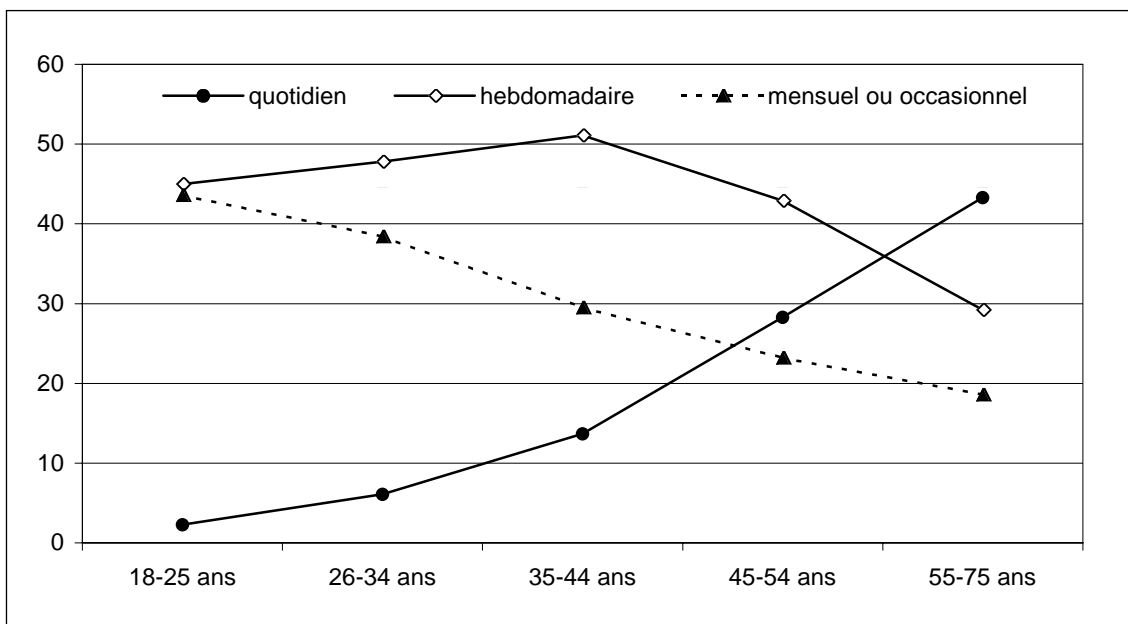
89. BECK François et LEGLEYE Stéphane : « Évolutions récentes des usages de drogues à 17 ans : ESCAPAD 2000-2002 », *Tendances*, n° 29, mai 2003, OFDT.

90. Baromètre santé 2000, CFES, 2001.

91. « Drogues et dépendances – Indicateurs et tendances 2002 », OFDT, 2002.

92. *Ibidem*.

Graphique 2.3 – Fréquence de la consommation d'alcool en population générale adulte en 2000 par âge et fréquence d'usage



Champ : France métropolitaine.
Source : Baromètre santé 2000, CFES, exploitation OFDT.

- Des représentations culturelles de l'alcool toujours positives

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 (alcoolisme-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 partage⁹³. La consommation d'alcool est d'ailleurs plus importante le week-end, en particulier chez les plus jeunes. Selon l'étude du Crédoc réalisée en 1999 dans le cadre de l'évaluation de la loi Évin, l'opinion publique est plus réticente aux mesures restrictives concernant l'alcool qu'à celles concernant le tabac. Ce sont les femmes qui portent le jugement le plus favorable sur ces mesures. Toutefois, si la limitation de la publicité sur l'alcool est jugée positive (71 % de jugements « très bons » et « bons »), seulement 22 % de la population pensent que cette mesure a eu une influence sur les comportements.

- 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...

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

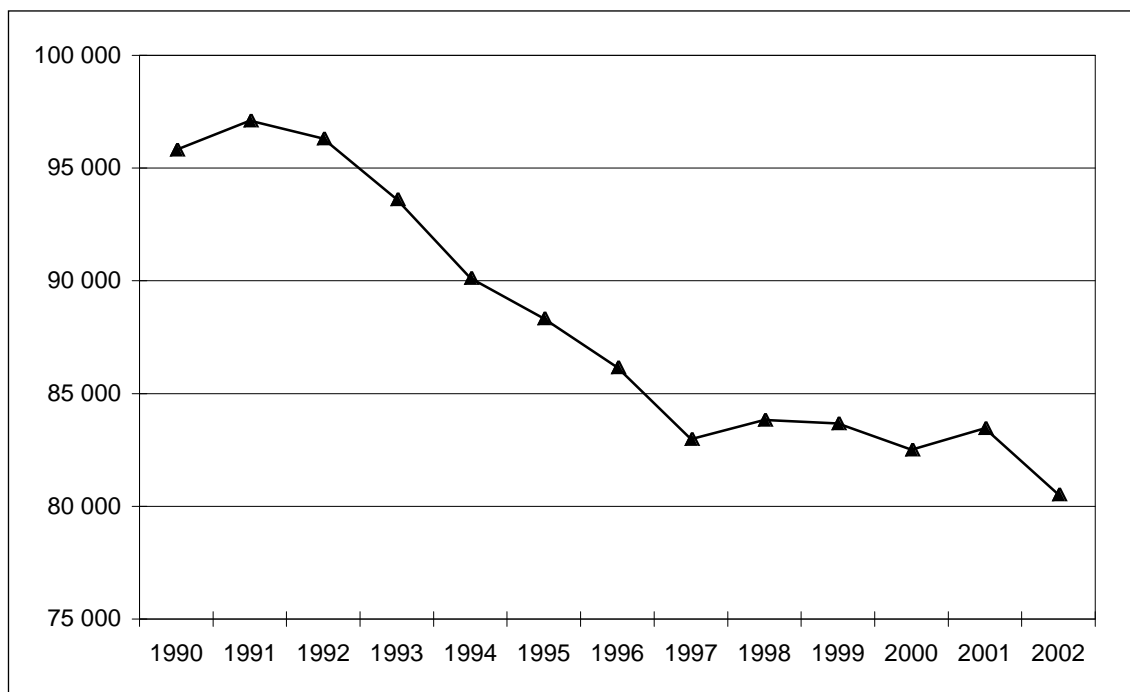
On estime que la consommation de tabac est responsable de 66 400 décès par an en 1999 (59 000 décès chez les hommes et 7 400 chez les femmes)⁹⁴, soit plus d'un décès sur neuf. Ils représenteraient ainsi 21 % de la mortalité masculine et 3 % de la mortalité féminine de cette année. Entre 35 et 69 ans, 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 féminins⁹⁵.

En 2002, il s'est vendu 80 530 millions de cigarettes, soit une diminution de 3,5 % par rapport à 2001 (graphique 2.4). Après une relative stagnation dans les années 1980 à environ 5,7, le nombre de cigarettes vendues par jour et par personne de plus de 15 ans n'a cessé de diminuer. Il s'est ainsi vendu, en 2002, une cigarette de moins par personne⁹⁶ et par jour que dix ans auparavant (4,5 en 2002 contre 5,5 en 1993).

L'évolution comparée des ventes de cigarettes et de leur prix relatif depuis plusieurs décennies laisse apparaître l'effet des politiques publiques⁹⁷. Depuis 1991, les augmentations du prix du tabac ont été supérieures aux augmentations des prix des autres produits de consommation. Ces augmentations du prix relatif du tabac ont été suivies par une baisse

Graphique 2.4 – Ventes de cigarettes depuis 1990

en millions de cigarettes



Champ : France continentale.
Source : SEITA, ALTADIS, exploitation HILL C. et LAPLANCHE A.

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

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

96. Personnes âgées de 15 ans ou plus.

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

se sensible des ventes de cigarettes par habitant. L'élasticité de la demande du tabac par rapport aux prix, qui mesure le lien entre la variation du prix et celle des ventes, a été estimée 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 %⁹⁸. Une poursuite de la diminution de la consommation globale de tabac est attendue, et méritera d'être suivie dans l'avenir, compte tenu des hausses récentes de prix décidées, notamment en 2003.

Au début des années 1990, les hausses successives du prix du paquet de cigarettes ont conduit certains consommateurs vers des produits moins chers comme le tabac à fumer⁹⁹ 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 note également un léger recul des ventes de tabac à fumer de 2 % entre 2001 et 2002, date à laquelle la consommation atteignait 6 957 tonnes¹⁰⁰.

- Diminution de la fréquence du tabagisme chez les hommes adultes, mais augmentation chez les adolescents dans les années 1990

En 2001, 7,2 millions d'hommes et 5,3 millions de femmes âgés de 15 ans ou plus déclarent fumer au moins une cigarette par jour, soit 27 % de cette population¹⁰¹. Les enquêtes montrent une diminution globale de la fréquence du tabagisme dans la population masculine (graphique 2.5). Ainsi, la proportion de fumeurs quotidiens a diminué depuis 1980 parmi les plus de 15 ans, atténuant 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, contre 32 et 22 %¹⁰² en 2001.

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 du « faible » tabagisme relatif 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 défavorable¹⁰³.

D'après l'enquête *ESCAPAD*¹⁰⁴, à 17 ans, les trois quarts des garçons et près de huit filles sur dix déclarent avoir déjà fumé « au moins une cigarette », et l'âge moyen de l'expérimentation du tabac est de 13,5 ans. L'usage quotidien est tout aussi fréquent pour les filles et les garçons : un peu plus de deux jeunes de 17 ans sur cinq fument tous les jours. Cependant, les quantités diffèrent légèrement puisque les garçons sont plus nombreux à fumer plus de dix cigarettes par jour (29 % contre 26 % chez les fumeuses quotidiennes).

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

99. *Ibidem*.

100. HILL Catherine et LAPLANCHE Agnès : « Histoire de la consommation de tabac en France », Documentation Française, à paraître en 2003.

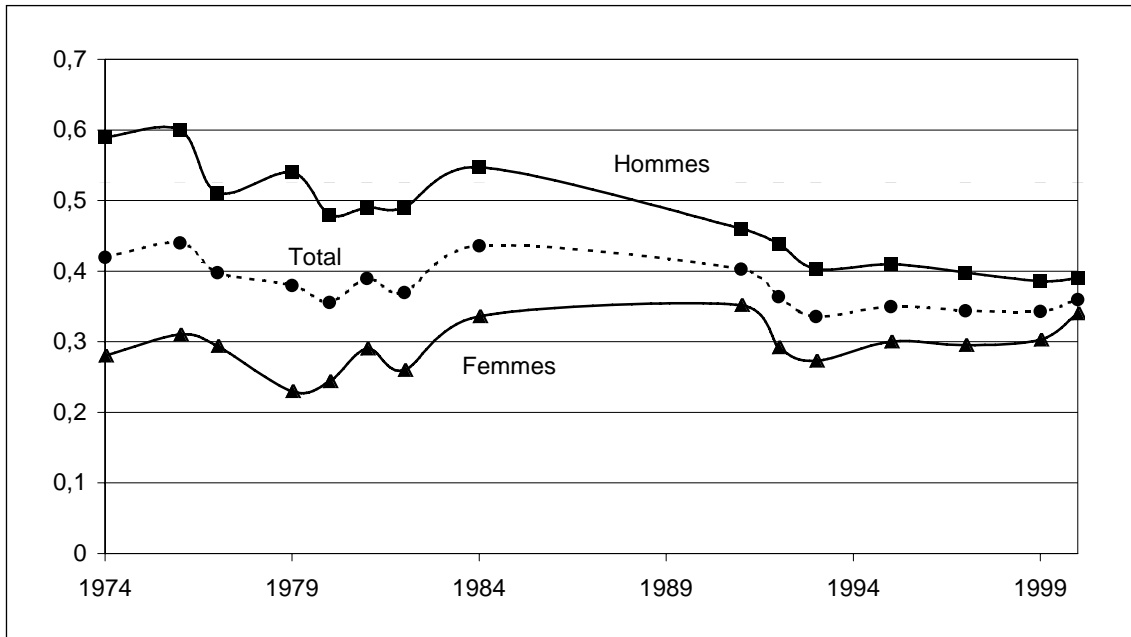
101. Enquête EPCV 2001 Insee, exploitation Drees.

102. *Ibidem*.

103. 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.

104. BECK François et LEGLEYE Stéphane : « Évolutions récentes des usages de drogues à 17 ans : ESCAPAD 2000-2002 », *Tendances*, n° 29, mai 2003, OFDT.

Graphique 2.5 – Evolution de la consommation de tabac* en population générale adulte



* Consommation occasionnelle ou régulière.
 Champ : France métropolitaine.
 Source : CFES – Baromètre santé 2000.

Si, depuis les années 1970 jusqu'au début des années 1990, la tendance globale de consommation de tabac des 12-18 ans était à la baisse, elle a connu une hausse entre 1993 et 1999, portant à la fois sur l'expérimentation et l'usage quotidien des 14-18 ans. Depuis 2000, l'expérimentation reste stable pour les jeunes de 17 ans, alors que le tabagisme actuel (quotidien ou non) a légèrement baissé, surtout chez les filles (47,8 % en 2002 contre 50,7 % en 2000)¹⁰⁵.

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 sensible¹⁰⁶. Lorsque les parents fument, leur enfant est plus souvent fumeur régulier. En outre, on remarque que l'interdiction parentale est deux fois moins fréquente chez les fumeurs réguliers que chez les fumeurs occasionnels. 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'allège avec l'âge quel que soit le sexe.

Enfin, cette enquête montre que l'attitude des adolescents envers les consommateurs de tabac est très dépendante de leur propre usage. Ainsi, 87 % des fumeurs

105. *Ibidem*.

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

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).

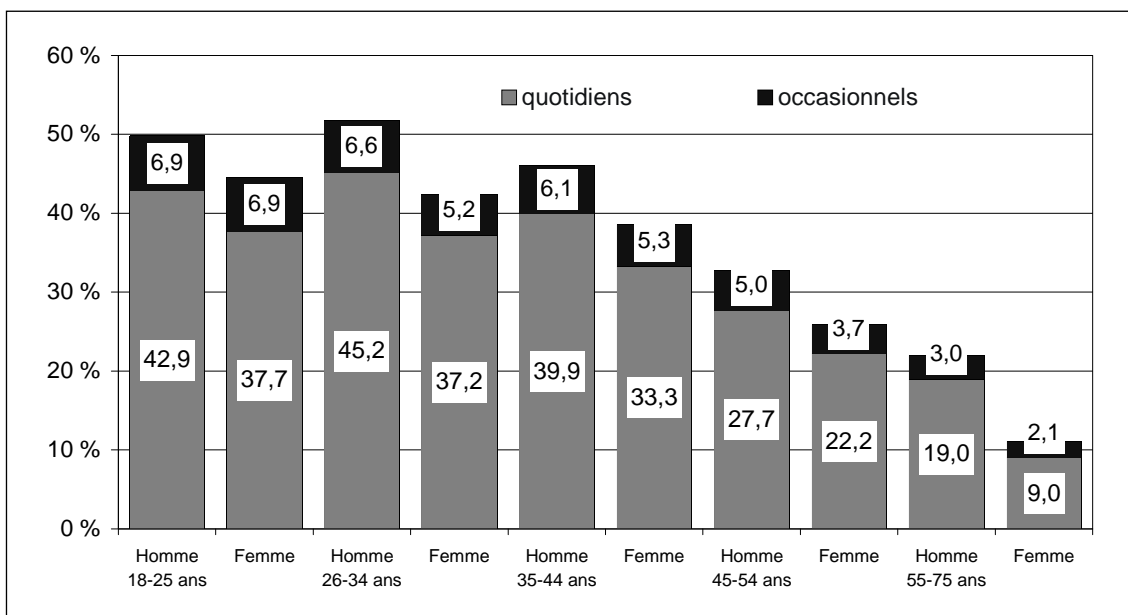
- La consommation de tabac est liée à l'âge et à la situation sociale

La fréquence de la consommation de tabac diminue régulièrement à partir de la classe d'âge des 35-44 ans (graphique 2.6). 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 % des hommes de cette tranche d'âge exerçant 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 (respectivement 49, 36 et 35 %). Pour les femmes en emploi lors de l'enquête, 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 comme chez les femmes, les personnes divorcées ou célibataires de plus de 15 ans fument plus que les autres. 38 % des célibataires hommes et 41 % des divorcés fument, ces chiffres étant respectivement de 32 et 34 % chez les femmes¹⁰⁷.

- La proportion de personnes souhaitant arrêter de fumer augmente

Selon le Baromètre santé, les fumeurs ayant conscience d'être davantage exposés à des problèmes de santé que les non-fumeurs craignent plus souvent les « maladies

Graphique 2.6 – Consommation actuelle de tabac



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

107. Enquête EPCV 2001 INSEE, exploitation Drees.

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.

En huit ans, la proportion d'adultes fumeurs souhaitant arrêter de fumer¹⁰⁸ 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 %)¹⁰⁹.

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 1999¹¹⁰. 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 donnée¹¹¹ 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 est souvent velléitaire lorsque la dépendance au tabac est forte. La forte consommation est souvent liée 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 jour¹¹². 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)¹¹³.

- Vers une meilleure prise en compte du tabagisme passif

Plus des deux tiers des fumeurs déclarent avoir subi l'influence des mesures de la loi Évin sur leur comportement, surtout dans la tranche d'âge des 25 à 54 ans¹¹⁴, sans différence notable entre les hommes et les femmes. Ils déclarent suivre les interdictions de

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

109. Baromètre Santé 2000 – CFES, exploitation OFDT.

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

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

112. Baromètre santé 2000, CFES, exploitation OFDT.

113. *Ibidem*.

114. « 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.

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 Crédoc¹¹⁵, 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 sont plus nombreux à fumer dans des zones non-fumeurs¹¹⁶.

- 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 vie¹¹⁷.

Au cours des années 90, 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 des années 90, avec une stabilisation récente dans quelques pays¹¹⁸.

Cette croissance du taux « d'expérimentation » du cannabis est particulièrement marquée chez les jeunes, avec des disparités selon le sexe. En augmentation très nette dès 15 ans¹¹⁹, elle devient un comportement majoritaire chez les jeunes arrivant à l'âge adulte. En 2002, 46 % des filles et 55 % des garçons de 17 ans déclarent en avoir déjà consommé au cours de leur vie¹²⁰. La prévalence de l'expérimentation à 17 ans a plus que doublé entre 1993 et 2002, chez les garçons comme chez les filles.

La consommation actuelle « répétée » de cannabis – au moins dix fois dans l'année – est moins fréquente. Elle concernait 3,6 % des 18-75 ans en 2000. Comme pour l'expérimentation, les hommes sont plus souvent consommateurs de cannabis que les femmes. En 2000, 1,6 % 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). Mais en 2002, à 17 ans, les prévalences sont plus importantes avec 28 % des garçons et 14 % des filles qui déclarent une consommation de cannabis répétée au moins dix fois dans l'année. Entre 1993 et 2002, cet usage répété a connu une hausse encore plus rapide que l'expérimentation : la part de ce type de consommateurs a triplé, chez les garçons comme chez les filles de 17 ans.

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

116. Baromètre santé 2000, CFES.

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

118. « Rapport annuel sur l'état du phénomène des drogues dans l'Union européenne et la Norvège – 2002 », OEDT, 2002.

119. ESPAD 1999, Inserm / OFDT / MENRT.

120. BECK François et LEGLEYE Stéphane : « Évolutions récentes des usages de drogues à 17 ans : ESCAPAD 2000-2002 », *Tendances*, n° 29, mai 2003, OFDT.

6 % de l'ensemble des 18-25 ans ont une consommation « régulière » (au moins dix usages au cours des trente derniers jours) selon l'étude *EROPP 2002*¹²¹. À 17 ans, en 2002, ce sont 18 % des garçons et 7 % des filles qui déclarent un tel usage « régulier ». Parallèlement, l'usage « quotidien » se répand et concerne 6 % des garçons de cet âge (2 % des filles).

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. Cependant ces consommations se développent, amenant le constat d'une diversification des produits expérimentés et consommés, notamment dans les contextes festifs, par certains jeunes : champignons hallucinogènes, drogues de synthèse et cocaïne¹²². Les fréquences d'expérimentation de ces produits par les 18-25 ans sont égales à 2,3 % pour les champignons hallucinogènes ou l'ecstasy, 1,9 % pour la cocaïne et 0,9 % pour l'héroïne¹²³.

- 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 leurs 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 1999¹²⁴, on en compte 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 »¹²⁵ 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'années¹²⁶. En novembre 1999, l'âge moyen est proche de 31 ans dans les établissements spécialisés et les établissements sanitaires. La population des établissements sociaux non spécialisés est beau-

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

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

123. *EROPP 2002*.

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

125. 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.

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

coup plus jeune avec un âge stable autour de 24 ans. Le taux de personnes en emploi est faible, mais 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 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. 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 très probablement leur part.

Le cannabis vient en deuxième position, mais loin derrière les opiacés, comme produit primaire à l'origine de la prise en charge en 1999¹²⁷. 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 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 poly-toxicomanes.

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, mais elle est beaucoup plus fréquente et déclarée par 63 % des injecteurs (69 % dans les autres établissements sanitaires).

Les observations récentes du dispositif TREND¹²⁸ 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 »¹²⁹ mais aussi dans l'espace festif « techno ». Le Subutex est en 2002 le traitement de substitution aux opiacés le plus utilisé en France (environ 80 000 personnes). Le nombre estimé de personnes traitées par méthadone serait six fois plus faible.

Les décès par surdose ont fortement baissé entre 1995 et 2000 du fait de la diminution des cas de surdoses à l'héroïne¹³⁰. Cette évolution est attribuée au développement des traitements de substitution ainsi qu'à la baisse de la consommation d'héroïne.

127. 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. « Rapport annuel sur l'état du phénomène des drogues dans l'Union européenne et la Norvège – 2002 », OEDT, 2002.

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

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

130. Sur les 120 décès par surdose constatés par les services de police en 2000, 71 sont directement attribués à l'usage d'héroïne contre 505 en 1994 (36 en 2002).

- 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 thérapeutiques¹³¹ :

- les hypnotiques (ou somnifères) et les sédatifs, qui favorisent le sommeil,
- les anxiolytiques (ou tranquillisants), utilisés pour réduire l'anxiété,
- les antidépresseurs, prescrits dans 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 1990 et 2001, les ventes d'antidépresseurs ont plus que doublé (+105 %)¹³². Cette augmentation (en termes d'unités de vente) traduit une prise en charge plus large des dépressions, les ISRS¹³³ (dont le Prozac[®] est le médicament le plus connu) 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 chers¹³⁴.

- ... 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 baissé, rejoignant quasiment en 1999 le niveau

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

132. Sources DP et GERS, Calculs Drees in AMAR Élise, BALSAN Didier : « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », *Document de travail*, Drees, à paraître en 2003.

133. Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

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

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 médicaments¹³⁵. Enfin, les ventes d'anxiolytiques ont diminué jusqu'en 1998 mais ont augmenté 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) reflètent les 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 singularisent des autres produits psycho-actifs par une consommation plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. En 2000, l'usage récent – au cours des douze derniers mois – de médicaments psychotropes concerne 25 % des femmes et 14 % des hommes entre 18 et 75 ans : 12 % des femmes et 6 % des hommes pour les antidépresseurs, et respectivement 20 et 12 % pour la catégorie regroupant hypnotiques et anxiolytiques¹³⁶.

La consommation récente d'hypnotiques ou d'anxiolytiques paraît un peu moins fréquente : 9 % des adultes de 18 à 75 ans déclarent avoir consommé des hypnotiques ou des anxiolytiques au cours de la semaine précédant l'enquête. Cette consommation augmente fortement avec l'âge et concerne 22 % des femmes et 11 % des hommes entre 55 et 75 ans.

La plus grande part de ces consommations 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)¹³⁷. 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* montre que la consommation de tranquillisants ou de somnifères des jeunes Français de 16 ans est élevée, plaçant la France parmi les pays de tête. Pour les filles comme

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

136. CFES - Baromètre santé 2000 ; exploitation OFDT.

137. ESCAPAD 2002, OFDT.

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 ans¹³⁸.

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 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 sont à l'origine de 4 % des prises en charge liées à l'usage de drogues en produits primaires (de 7,5 % en produits secondaires). Et dans trois quarts des cas, les produits en cause sont des benzodiazépines¹³⁹. Mais dans l'ensemble, les conséquences sanitaires de la consommation de ces médicaments et, par exemple, leur impact sur les accidents de la circulation, sont 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.

L'ampleur du phénomène du dopage dans le milieu sportif (adultes professionnels ou amateurs) reste difficile à évaluer¹⁴⁰ 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.

On peut constater toutefois, 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 réelle¹⁴¹. 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 %).

138. CHOQUET Marie, LEDOUX Sylvie, HASSLER Christine : « ESPAD 99. Données françaises », Rapport Inserm, novembre 2000.

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

140. Drogues et dépendances – Indicateurs et tendances 2002, OFDT.

- 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.

141. Commission Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes : « Bilan d'étape », avril 2002.

Les consommations de produits dopants seraient par ailleurs, selon une expertise collective du CNRS, en pleine expansion quantitative et qualitative¹⁴².

La population générale apparaît peu touchée à la lumière des enquêtes déclaratives réalisées à partir d'échantillons représentatifs (15-75 ans)¹⁴³ : 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 % des personnes.

Par contre, les jeunes de 17 à 19 ans sont 4,5 % à avoir déjà utilisé des produits « dopants » pour améliorer leurs performances sportives et ce chiffre passe à 10 % pour ceux qui pratiquent le culturisme ou la musculation¹⁴⁴. Une sous-population de jeunes, associant sport de haut niveau et conduites toxicomaniaques incluant le dopage, apparaît particulièrement à risque¹⁴⁵.

Plus inquiétant, une étude¹⁴⁶ 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.2.4 Les accidents : problème majeur de santé publique

Les accidents constituent aujourd'hui un problème majeur de santé publique : ils 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'hôpital¹⁴⁷ : le plus souvent, ce sont des traumatismes de sport ou de loisirs, suivis des accidents de travail ou d'atelier, et des accidents domestiques.

Selon cette même enquête, les hommes et plus particulièrement les jeunes hommes 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, il résulte également de cette enquête que 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. Ces personnes sont plus souvent des hommes, plutôt jeunes (plus souvent âgés de 12 à 25 ans que de 26 à 75 ans).

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

143. Baromètre santé 2000, CFES

144. Enquête ESCAPAD 2000.

145. CHOQUET Marie in Commission Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes : « Bilan d'étape », avril 2002.

146. Laure Patrick : « Dopage et société », Paris, Ellipses, 2000. (Cité dans le rapport 2002 de l'OFDT).

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

En 1999, l'Inserm¹⁴⁸ dénombre un peu moins de 44 000 décès liés à une cause extérieure de traumatisme et d'empoisonnement¹⁴⁹. Parmi eux, 7 918 sont des accidents de la circulation, 2 612 sont liés à des accidents ou complications d'actes médicaux ou chirurgicaux, et plus de 20 000 à d'autres types d'accidents ou de traumatismes, dont 10 520 aux chutes accidentelles. Les personnes âgées en sont les principales victimes : près de 60 % des chutes mortelles en 1999 concernent des personnes de 85 ans et plus.

Mais les accidents de la circulation constituent la première cause de décès pour les 15-24 ans : 44 % des décès des jeunes hommes et 38 % pour les jeunes filles.

Le rapport du Haut comité de santé publique (HCSP) sur la souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes tend à mieux différencier en ce domaine les accidents susceptibles d'être l'objet d'actions de prévention plus ou moins ciblées 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 spécialisées¹⁵⁰.

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

D'après l'enquête *Handicaps-incapacités-dépendance* (HID) de l'Insee¹⁵¹, les déficiences motrices déclarées par la population, qu'elle vive en institution ou 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 des accidents du travail avec plus de conséquences en termes de déficiences que les femmes : 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 2002, 7 655 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route (décès survenus dans les 30 jours). Durant la même année, 137 839 personnes ont été blessées dont 24 091 gravement¹⁵². On estime chaque année à environ 3 000 le nombre de personnes qui restent handicapées à plus de 50 % et environ 740 000 personnes déclarent souffrir d'au moins une déficience causée par un accident de la circulation¹⁵³.

148. Inserm, Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CepiDc).

149. Ce chiffre comprend les suicides.

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

151. Exploitation Drees.

152. Observatoire national interministériel de sécurité routière : « Les grandes données de l'accidentologie : caractéristiques et causes des accidents de la route », juin 2003, disponible sur le site : http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr/observatoire/synthese/synthese/dep_accidentologie_2002.pdf.

153. 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.

Dans l'Union européenne, la France se situait en 2001 au quatrième rang pour le nombre de tués par habitant après la Grèce, le Portugal et la Belgique. Le Royaume-Uni, qui a le plus faible taux, enregistre 2,6 fois moins de tués sur les routes par million d'habitants que la France en 2001.

L'année 2002 a toutefois été marquée par deux fortes chutes du nombre de tués, la première de 15 % fin mai, suivie par une diminution de 20 % fin octobre qui s'est maintenue au cours des premiers mois de 2003. Au total, le nombre de tués sur la route entre 2001 et 2002 a reculé de 6,2 %.

Ce recul, s'il se maintenait, serait très remarquable puisque l'évolution de long terme de la baisse du nombre de personnes tuées n'a été que de 1,9 % par an sur les trente dernières années et que les diminutions annuelles n'ont jamais excédé 6 % au cours des dix dernières années. Ces données sont encourageantes, mais 2002 est aussi l'année où la gravité des accidents (exprimée par le nombre de tués pour 100 accidents corporels) est la plus forte de ces vingt dernières années (6,9).

Un certain nombre de mesures prises en 2002 peuvent expliquer en partie ces résultats (augmentation de 7 % des contrôles, déploiement de nouveaux radars, retrait immédiat du permis de conduire en cas de dépassement de vitesse autorisée, importante couverture médiatique...). Il convient cependant de rester prudent car les indicateurs en matière de comportement, s'ils montrent une évolution favorable, 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 victimes¹⁵⁴.

Même si le nombre de tués diminue pour toutes les classes d'âge entre 2001 et 2002, le bilan demeure malgré tout préoccupant chez les jeunes : les accidents de la circulation constituent la première cause de décès pour les 15-24 ans, avec 44 % des décès des jeunes hommes et 38 % des jeunes filles. Cette classe d'âge représente 13 % de la population mais 26 % des tués sur la route. Les conséquences en termes de morbidité sont également lourdes et, au total, le nombre de victimes (tués et blessés) par million d'habitants est de 5 650 pour les 15 à 24 ans, contre 3 072 pour les 25 à 44 ans, 1 708 pour les 45 à 64 ans, 1 289 pour les plus de 65 ans et 994 pour les moins de 15 ans.

Les femmes ont 2,6 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 : plus de 43 % des piétons et 34 % des cyclistes tués ont plus de 65 ans.

Plus de 32 % des enfants victimes d'accidents de la route sont des piétons ou des cyclistes, mais depuis dix ans, la proportion de piétons et de cyclistes tués sur la route est en diminution par rapport au nombre total de tués. En revanche, celles des usagers de voitures de tourisme et de motos sont en progression. En particulier, bien que les motocyclistes

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

parcourent en moyenne assez peu de kilomètres, et représentent moins de 1 % du trafic, ils constituent près de 13 % des victimes d'accidents corporels. Là encore, les jeunes sont fortement impliqués puisque 54 % des motocyclistes tués ont entre 20 et 34 ans.

Le nombre de tués connaît des pics annuels (au cours de l'été, notamment pour les véhicules légers et les motos), hebdomadaires (les week-ends) et journaliers (aux alentours de 18 heures). C'est dans la nuit du samedi au dimanche, entre 4 et 6 heures que les accidents sont les plus graves¹⁵⁵.

- 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, soit 19 421 décès en 1999¹⁵⁶. 14 741 décès concernent des personnes de 65 ans ou plus (soit un taux de 157,7 pour 100 000), 3 929 les 25-64 ans (12,9 pour 100 000) et 751 les moins de 25 ans (4,0 pour 100 000). Parmi ceux-ci, 341 ont moins de 15 ans : 85 moins d'un an (11,7 pour 100 000) et 256 entre 1 et 14 ans (2,5 pour 100 000).

Leur fréquence par sexe et par âge peut être approchée par l'enquête SPS du CreDES qui porte sur un échantillon d'environ 15 000 personnes interrogées. Ce type d'accidents concerne les hommes et les femmes à tous les âges.

En 2000, ces accidents touchent principalement les jeunes de 10 à 19 ans, puis la population adulte, les hommes en particulier (graphique 2.7)¹⁵⁷. Au-delà de 60 ans, la répartition des accidents de la vie courante est moins liée au sexe.

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.

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 ans¹⁵⁸. Parmi ceux-ci, un peu moins de 345 000 ont nécessité des soins, dont 50 000 une hospitalisation d'une durée moyenne de sept jours. La sur-représentation masculine est forte puisque les garçons sont touchés deux à trois fois plus que les filles.

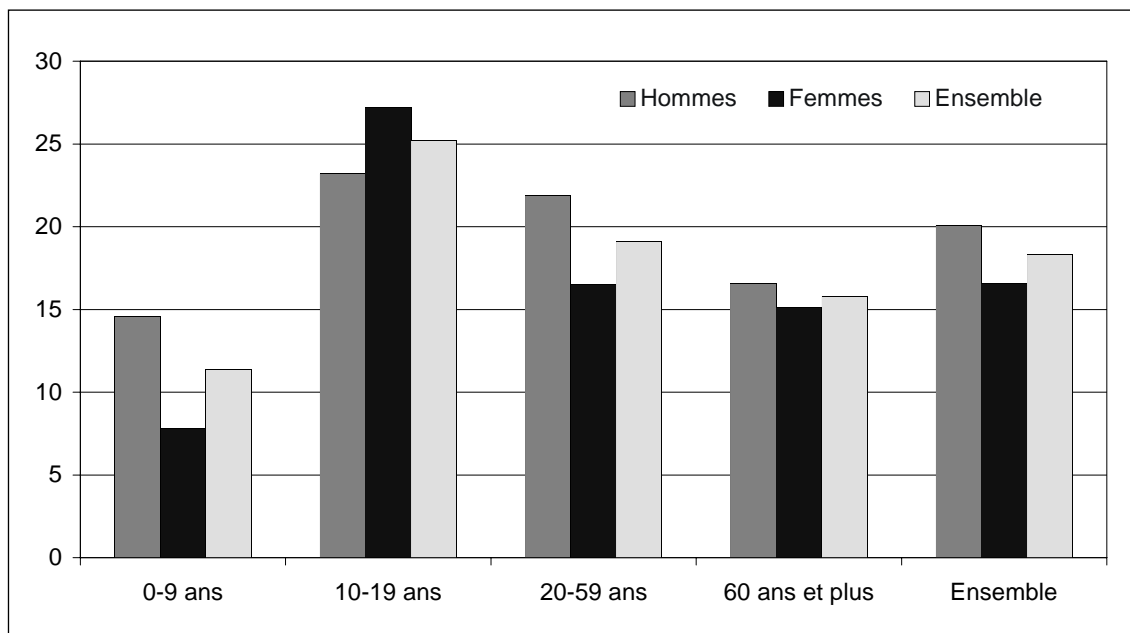
155. « La sécurité routière en France : bilan de l'année 2002 », Rapport annuel de l'Observatoire de la sécurité routière, La Documentation Française, 2003

156. Source : Inserm, CepiDc.

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

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

Graphique 2.7 – 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.

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
Tous lieux	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

	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
Tous lieux	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

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

Pour les personnes de plus de 75 ans, nombre d'accidents de la vie courante consistent en des chutes, à l'origine de diverses fractures, plaies et traumatismes. En 1999, on dénombre dans cette classe d'âge 8 458 décès ayant pour cause initiale une chute, soit les deux tiers des décès imputés à des accidents de la vie courante¹⁵⁹. 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 : 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.

II.2.5 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 suicidaires¹⁶⁰.

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 socioéconomiques, 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.

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

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

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

Les inégales distributions des deux derniers facteurs déterminent largement 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 encore par des rapports subjectifs différents à la douleur, les auteurs constatent que les probabilités de déclarer une douleur morale se rapprochent quand 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 psychoactives (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 trouvent confirmés 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 suicides. Ces symptômes apparaissent pour une part comme des conséquences ultimes de « l'enchaînement causal (possible) des facteurs de précarisation »¹⁶¹.

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 »¹⁶². 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 »¹⁶³.

- 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 mettent en évidence que les garçons expriment leurs difficultés préférentiellement à travers des troubles de la conduite (violences, prises de risque, consom-

161 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 ; 285 p.

162 AÏACH Pierre, CÈBE Dominique : « Les inégalités sociales de santé », *La Recherche*, 1994 ; 261 : 100-9.

163 EHRENBURG Alain : « La fatigue d'être soi. Dépression et société », Paris, Odile Jacob, 1998 : 318 p.

mation de produits psycho-actifs), 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*¹⁶⁴ 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).

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 santé¹⁶⁵ chez les jeunes des 12 à 25 ans.

Cependant l'interprétation de ces données est complexe, comme le souligne le rapport « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » du HCSP¹⁶⁶. 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 psychique¹⁶⁷.

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 sous-évaluée¹⁶⁸.

II.2.6 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, le plus souvent commis dans la sphère familiale, a amené ces dernières années les chercheurs et les pouvoirs publics à se pencher sur ces réalités jusque là méconnues. Ce sont les femmes, les enfants et les personnes âgées qui apparaissent le plus souvent victimes de ces diverses formes de violences.

164 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).

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

166 HCSP : « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », Rennes, ENSP, 2000, 116 p.

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

168 HCSP : « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », Rennes, ENSP, 2000, 116 p.

L'ampleur du phénomène reste difficile à évaluer. 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 quantitative 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 et dans des cadres spécifiques, impliquant généralement une relation d'autorité ou un rapport de force (dans le cadre du travail notamment), que dans la sphère privée (violences conjugales). Cela ne signifie pourtant pas que ces populations soient proportionnellement plus exposées au risque d'agressions ou d'actes de violence. L'enquête *EPCV*¹⁶⁹ 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 institutions¹⁷⁰. La violence n'était jamais nommée, chaque module recueillant, pour les douze derniers mois, l'occurrence de faits non qualifiés de violents. 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 des risques d'amalgame entre 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 dif-

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

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

férences 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 été victime 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. 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 violents sont très divers. Les insultes et les menaces verbales, déclarées par 8 % des femmes, 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, la tentative de viol et le viol 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 de violences que les autres, notamment sous forme de harcèlement moral. Pour toutes les formes de

violences conjugales, les femmes les plus jeunes (20-24 ans) ont déclaré nettement plus de violences que leurs aînées ; 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 : 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 n'est pas en cohérence avec ce constat. Au contraire, il arrive à une proportion plus importante de personnes âgées de se sentir en insécurité à leur 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 est passé de 727 en 1995 à 3 384 en 2000.

Plusieurs rapports ont été publiés à partir des analyses des appels reçus¹⁷¹. Les victimes se plaignent notamment de problèmes financiers (spoliation d'argent, de biens mobiliers ou immobiliers), de maltraitements psychologiques (menaces de rejet, humiliation,

171. Voir le site : <http://www.almafrance.org>

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).

Toutefois, il faut prendre en compte le fait que 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 plus graves que ce qu'elles subissent déjà.

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 pour les données concernant la maltraitance des personnes âgées en institution, et tout particulièrement en maison de retraite, est très récente. La Direction générale des affaires sociales du ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées (DGAS) a établi un système de remontée de l'information concernant les signalements de maltraitance 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 2001 révèle une légère augmentation des signalements faits par les conseils généraux : 85 500 cas d'enfants maltraités ou en risque ont été signalés, soit 1 700 cas de plus que l'année précédente (+2 %). 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 repéré reste stable (18 000 en 2001, contre 18 300 en 2000), la typologie des maltraitements en 2001 confirme la tendance esquissée en 2000 : les signalements pour abus sexuels augmentent légèrement, tandis que les signalements pour violence physique diminuent. En 2001, 5 900 cas d'abus sexuels ont été recensés. Les violences physiques concernent 5 800 enfants, tandis que les violences psychologiques atteignent 1 600 enfants. Enfin, 4 700 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. Il est convenu que les violences retenues sous cet item sont toutes commises dans le milieu familial. 102 homicides de mineurs ont été recensés, dont 81 % ont été perpétrés dans le milieu familial.

Moins de 40 % des établissements scolaires ne déclarent aucun incident violent

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 violences¹⁷².

Tout incident grave, à l'école et dans ses abords, fait ainsi l'objet d'un recensement (type d'incident, âge et sexe des auteurs et victimes, localisation, suites réservées à l'incident), 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 2001 à mars/avril 2002 se révèlent cependant stables et rejoignent pour une large part les constats des sociologues.

Dans le second degré public, 5 100 collèges, 1 100 lycées professionnels et 1 500 lycées accueillent 4 700 000 élèves. Au cours de chaque période, près de 40 % des établissements ne déclarent aucun incident. Les autres en signalent en moyenne cinq.

Le nombre moyen d'incidents pour 1 000 élèves s'élève à un peu plus de cinq, mais varie selon le type d'établissement : 2,5 pour 1 000 dans les lycées, 6,5 dans les collèges, et 8 dans les lycées professionnels. Il existe un noyau réduit d'établissements qui concentre régulièrement une part élevée des incidents. Ces établissements « très exposés » sont rarement des lycées et des établissements de petite taille ; ils sont plus souvent que les autres classés en ZEP ou ZUS, et relativement plus nombreux à être classés « sensibles » et

172. HOULLE Rodolphe : « Recensement des actes de violence à l'école, septembre 2001-février 2002 », Note d'information, n° 02.23, mai 2002, ministère de l'Éducation nationale (www.education.gouv.fr/stateval/texweb/listni95.html).

à faire partie du plan de prévention contre la violence. Ces établissements concentrent surtout les violences physiques sans arme et les insultes ou menaces graves, les actes plus graves (violences avec arme, racket, violences sexuelles...) étant répartis plus uniformément.

Les violences physiques sans arme, les insultes ou menaces graves et les vols sont les actes les plus fréquents. Un quart des élèves victimes d'une atteinte à la personne sont des filles, mais cette part s'élève à 80 % pour les atteintes sexuelles. Un acte sur cinq a lieu en dehors de l'établissement, alors que la moitié se produit dans la salle de classe ou dans la cour de récréation.

Dans le premier degré, on recense de vingt à trente fois moins d'actes de violence que dans le second degré : entre un et deux incidents pour 10 000 élèves tous les deux mois. Les insultes et les violences physiques sans arme viennent en tête, comme dans le second degré, mais les élèves en sont moins souvent les auteurs (40 % des cas seulement), les familles étant impliquées dans 30 % des actes. Les personnels sont globalement aussi exposés que les élèves, particulièrement pour les insultes, dont ils représentent 80 % des victimes contre « seulement » un tiers pour les violences physiques sans arme.

La violence en institution : principalement des agressions sexuelles

La source d'information est encore une fois la remontée d'information sur les signalements de la DGAS. Cette source était initialement orientée essentiellement vers une mesure de la maltraitance des enfants en institution. Les mineurs constituent la majorité des victimes : parmi les 219 signalements de maltraitance en institution, 109, soit la moitié, concernaient des enfants mineurs, un quart des jeunes adultes. Lorsqu'il s'agit d'enfants ou de jeunes adultes, plus de la moitié des signalements concernent 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 419 en 1999 soit un taux de 0,7 pour 100 000 habitants. Ce taux a 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.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

En 2002, le nombre de naissances diminue légèrement¹⁷³ après avoir fortement augmenté en 2000-2001 (tableau 2.8). Cette inflexion s'explique par celle du nombre de femmes en âge de procréer : les générations de femmes nées à la fin des années 1970 et au début des années 1980 sont en effet 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 (p)	808,2	190,0	33,5	66,8	89,7	29,3
2001 (p)	804,1	190,7	34,3	66,0	90,4	29,3
2002 (p)	795,7	190,4	33,3	65,8	91,3	29,4

(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 2002 mettraient au monde 190,4 enfants.

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

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

La fécondité reste stable à un niveau élevé depuis trois ans. En revanche, celle des jeunes femmes diminue en 2002 alors que celle des femmes plus âgées s'accroît. Le mouvement de recul de l'âge de la maternité reprend, avec un âge moyen à 29,4 ans, contre 29,3 en 2001¹⁷⁴.

Par ailleurs, la proportion de naissances chez les mineures ne diminue plus depuis quelques années en France métropolitaine : le taux de naissances chez les moins de 18 ans, qui était de 2,8 pour 1 000 en 1990 et de 2,3 pour 1 000 de 1996 à 1998, a augmenté en 1999 et en 2000 (2,4 pour 1 000 en 1999 et 2,5 pour 1 000 en 2000).

173. DOISNEAU Lionel : « Bilan démographique 2002 – Légère diminution des naissances », *INSEE Première* n° 882, janvier 2003, Insee.

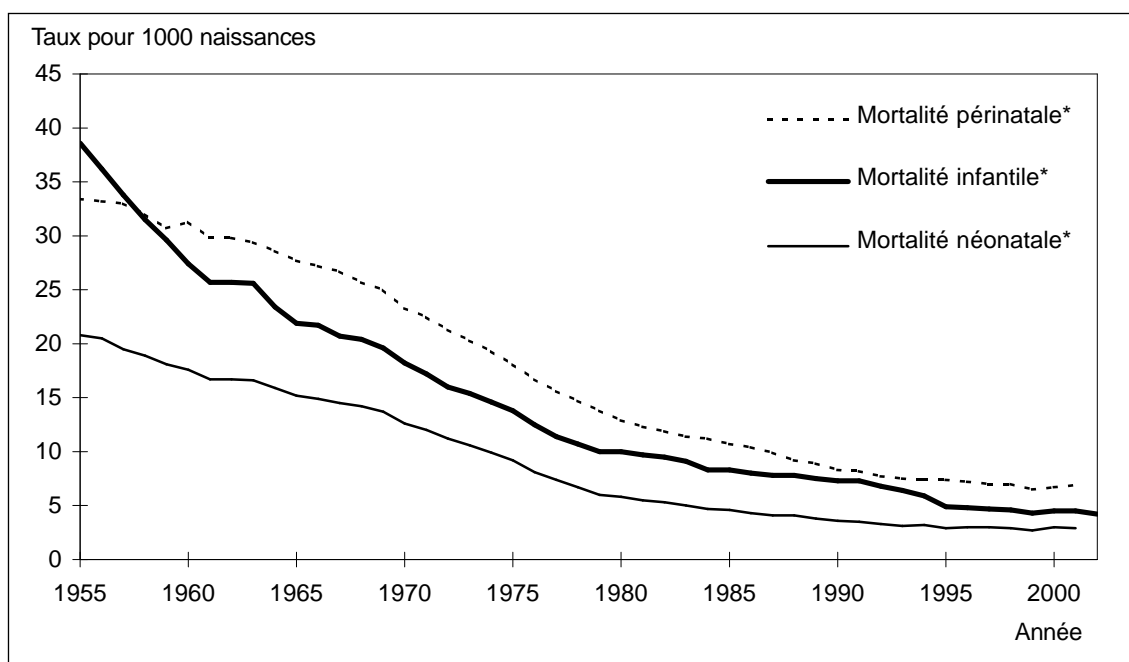
174. Il s'agit de données pour la France entière. En métropole, l'âge moyen en 2002 était de 29,5 ans contre 28,3 ans en 1990 (données France métropolitaine).

- Un taux de mortalité infantile proche de la moyenne européenne

La mortalité périnatale¹⁷⁵ a beaucoup diminué entre 1980 et 1999, passant de 12,9 enfants décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances en 1980 à 6,5 en 1999, mais il a ensuite augmenté en 2000 et 2001 (respectivement 6,6 et 6,9 décès pour 1 000 naissances).

La mortalité infantile¹⁷⁶ qui avait fortement diminué au milieu des années 1990 a continué de diminuer en 2002 : 4,2 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes en métropole¹⁷⁷. Ce taux s'élevait à 10 pour 1 000 en 1980, à 7,3 pour 1 000 en 1990 et à 4,5 pour 1 000 en 2001 (graphique 2.8). En 2001, il était légèrement inférieur à la moyenne observée dans l'ensemble de l'Union européenne (4,7 pour 1 000¹⁷⁸), la mortalité infantile étant inférieure à 4 pour 1 000 en Finlande et en Suède, ainsi qu'en Espagne.

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.

Avec 55 femmes décédées des suites de leurs grossesses en 1999, le taux de mortalité maternelle était encore de 7,4 décès pour 100 000 naissances vivantes en France (contre 10,2 en 1998) ; il demeure l'un des plus élevés de l'Union européenne (5,2 décès pour 100 000 naissances dans l'ensemble de l'Union européenne).

175. La mortalité périnatale est le rapport du nombre d'enfants décédés à moins de sept jours à l'ensemble des naissances.

176. La mortalité infantile est le rapport du nombre d'enfants décédés à moins d'un an à l'ensemble des nés vivants.

177. 4,3 pour 1 000 pour la France entière.

178. Estimation Eurostat.

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

D'après l'*Enquête nationale périnatale* réalisée en 1998¹⁷⁹, 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.

En 1998, la consommation tabagique est restée fréquente au cours de la grossesse. La prévalence de la consommation de tabac de 39 % avant la grossesse passe à 25 % au dernier trimestre de grossesse, et ces chiffres n'ont pas évolué entre 1995 et 1998 en France métropolitaine¹⁸⁰. Quant aux boissons alcoolisées, 23 % des femmes enceintes ont déclaré en avoir consommé au cours du troisième trimestre en 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.

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 niveaux 1¹⁸¹ (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 provient d'une allocation de chômage ou de stage, du RMI ou de l'Allocation de parent isolé (API), ont 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 sont 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 %)¹⁸².

179. BLONDEL Béatrice, NORTON Joanna, du MAZAUBRUN Christiane, BREART Gérard : « *Enquête nationale périnatale* », 1998, Inserm.

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

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

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

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

- Une augmentation du risque de prématurité

En outre, si l'on étudie globalement les risques liés à la période périnatale, il faut noter que le taux de prématurité (naissances avant 37 semaines) a augmenté de 5,6 % en 1981 à 5,9 % en 1995¹⁸³, 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 groupe¹⁸⁴. 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 2001¹⁸⁵. Parallèlement, la part des nouveaux-nés de moins de 2 500 g est passée de 6,7 % en 1997 à 7,1 % en 2000 selon le PMSI¹⁸⁶. De plus, la grande prématurité augmente également : 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 et 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 : la grande prématurité 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 est faible.

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

Sur le plan des disparités géographiques, la situation est plus défavorable dans les départements d'outre-mer où les difficultés sociales sont plus fréquentes qu'en métropole : la part des grossesses chez des mineures (près de 5 %) et des femmes qui ne vivent pas en couple (31 %) y est plus élevée. 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. 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 % (enquête *Périnatalité*, 1998). Les taux de mortalité périnatale et infantile sont plus élevés qu'en métropole : ils étaient respectivement de 11,7 et 6,9 pour 1 000 en 2001¹⁸⁷ (contre respectivement 6,9 et 4,5 pour 1 000 en métropole). En revanche, la pratique de l'allaitement est plus fréquente dans les départements d'outre-mer qu'en métropole.

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

184. Le taux de gémellité parmi les accouchements qui était de 8,9 pour 1 000 en 1972, atteint 14,7 pour 1 000 en 1998 et 15 pour 1 000 en 2001.

185. Cette hausse du taux de prématurité est également observée par les maternités de l'Association AUDIPOG.

186. *Ibidem*.

187. Bilan démographique 2001, Insee.

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 nombreux états pathologiques dont certains 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 améliorée, notamment, grâce aux actions de sensibilisation menées par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)¹⁸⁸ et aux campagnes de prévention des caries par l'apport, depuis 1985, de fluor sous toutes ses formes (comprimés de fluor, dentifrice fluoré, sel). Leurs effets sont particulièrement sensibles chez les enfants et adolescents.

- 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 ans¹⁸⁹ rapporte que 78,5 % des enfants examinés avaient des dents indemnes de toute carie, mais il existe des disparités régionales importantes tant en ce qui concerne le nombre de dents cariées ou obstruées que le nombre de dents soignées¹⁹⁰.

L'UFSBD¹⁹¹ 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. Ces résultats traduisent 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 encore 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).

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

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

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

191. UFSBD : « La situation bucco-dentaire en France pour la période 1993/1995 », Programme de recherche OMS.

Selon l'enquête réalisée en 2000 par le CreDES à partir des déclarations des assurés sociaux et de leur famille¹⁹², 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 sujets enquêtés :

- 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 : 32,9 % des hommes et 43,0 % des femmes. 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).

- Estimation de l'état de santé bucco-dentaire : l'enquête *SPS* 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).

- Fréquence de l'absence de dents : le nombre de dents saines, traitées ou absentes fait l'objet d'une question dans l'enquête *SPS*. Les réponses sont présentées par le graphique suivant (graphique 2.10) : 10 % des personnes enquêtées par le CreDES, 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 (type dentier).

- Mauvais état dentaire et faible niveau socioéconomique sont souvent associés

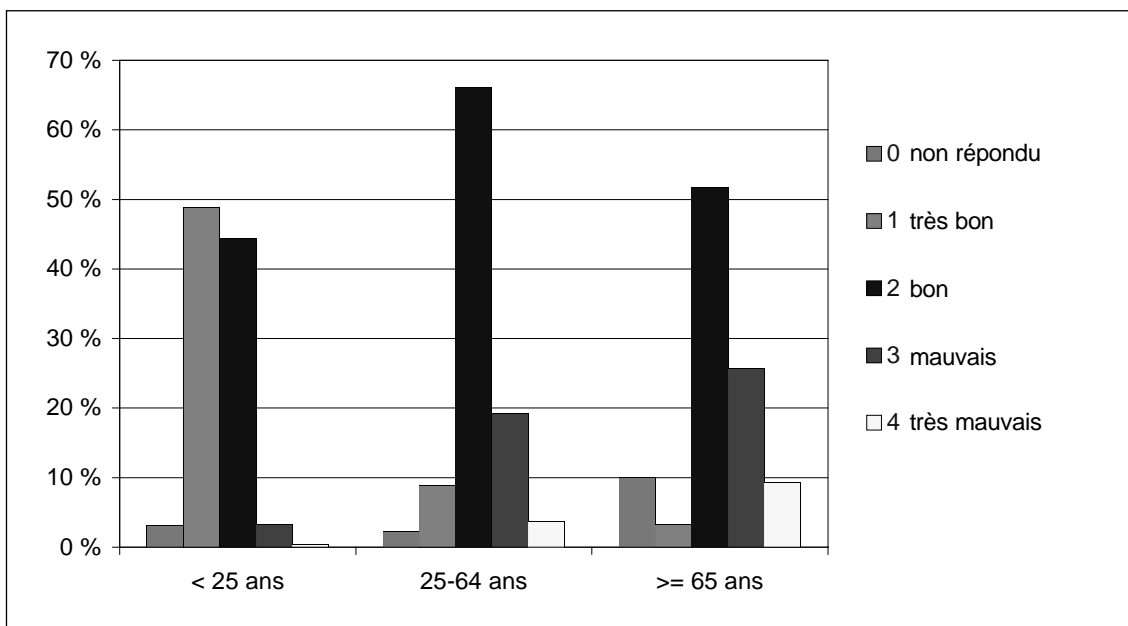
Globalement, 19 % des adultes de plus de 15 ans (55 % des 65 ans et plus) sont porteurs d'une prothèse amovible.

Mais l'étude du CreDES mentionne 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 socioéconomiques sont observées, 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 le CreDES dans les

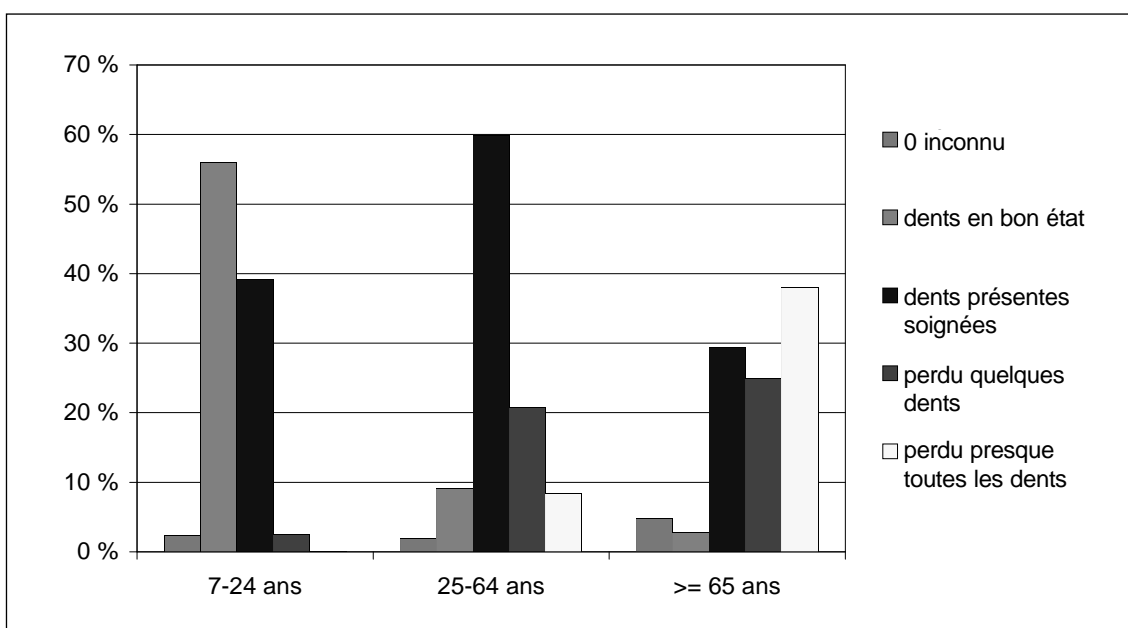
192. Enquête *SPS* du CreDES, déjà citée.

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.

régions Rhône-Alpes et Auvergne¹⁹³. Il apparaît que si les familles modestes ont bien participé au bilan, en revanche, les plus défavorisées y ont peu répondu. De même, le bilan de santé réalisé par les équipes de santé scolaire sur les enfants de 6 ans a montré que les soins effectués sur les dents cariées sont significativement moins fréquents chez les enfants scolarisés en ZEP que chez ceux scolarisés hors ZEP¹⁹⁴.

Une étude récente sur le recours aux soins des personnes en situation de précarité¹⁹⁵ montre 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.

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. Elles sont dominées par 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, 19 % des moins de 16 ans interrogés en 2000 pour l'enquête *SPS* ont déclaré porter des lunettes ou des lentilles, contre 40 % des 16-39 ans, 71 % des 40-64 ans et 89 % des 65 ans et plus¹⁹⁶.

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 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 cécité¹⁹⁷. 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

193. 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, Credes.

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

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

196. AUVRAY Laurence, DUMESNIL Sylvie et Le FUR Philippe : « Santé, soins et protection sociale en 2000, Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000 », *Série résultats*, n°1364, 2001, Credes.

197. 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.

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 : 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, ainsi que le grand âge, en raison de leur incidence 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 en cas de cécité¹⁹⁸.

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). 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 lunettes¹⁹⁹. En outre, le dépistage effectué par les médecins de l'Éducation nationale a relevé des anomalies nécessitant un bilan ophtalmologique chez 6 % des enfants. 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. Les experts insistent sur l'importance d'un dépistage très 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 administrée 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 ans²⁰⁰ ; 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 quatre patients diabétiques sur dix en 2001²⁰¹ 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 %²⁰². Ces proportions sont plus élevées en institution, où 32 % des 80 ans ou plus sont malvoyants et 1,8 % sont aveugles²⁰³. 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

198. 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.

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

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

200. « Les déficits visuels, dépistage et prise en charge chez le jeune enfant ». Expertise collective, 2002, Inserm.

201. 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.

202. Enquête *HID* à domicile, exploitation Drees.

203. GOILLOT Catherine et MORMICHE Pierre : « Enquête *Handicaps-incapacités-dépendance* en institution en 1998 – Résultats détaillés ». *Démographie-Société* n° 83-84, août 2001, Insee.

sont accessibles au traitement. Selon l'enquête SPS 2000, la cataracte affecte 5 % des personnes entre 60 et 69 ans, 15 % des 70-79 ans et 31,5 % des 80 ans et plus²⁰⁴. 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 une forte variabilité régionale²⁰⁵ (voir chapitre III). Le Haut comité de la santé publique regrette que les progrès thérapeutiques semblent encore 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 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... »²⁰⁶.

- 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 acouphènes²⁰⁷) 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). Le début, insidieux, est souvent négligé. Il se traduit par une 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 2000, la part des personnes qui déclarent un déficit plus ou moins sévère de l'audition est égale à 6 % de la population totale. Cette proportion s'élève avec l'âge pour atteindre 16 % des 60-69 ans, 21 % entre 70 et 79 ans et plus du tiers des 80 ans et plus. Cette prévalence globale est légèrement plus élevée dans l'enquête

204. « Santé, soins et protection sociale en 2000 », *ibidem*.

205. BAUBEAU Dominique, BOUSQUET Frédéric et JOUBERT Marc : « Le traitement chirurgical de la cataracte en France – un développement encore limité de la chirurgie ambulatoire », *Études et Résultats*, n° 101, février 2001, Drees.

- OBERLIN Philippe, MOUQUET Marie-Claude : « Les interventions de chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène », *Études et Résultats*, n° 194, octobre 2002, Drees.

206. Haut comité de la santé publique : « La santé en France en 2002 », La documentation française, 2002.

207. Bourdonnements d'oreille.

HID (6,6 %). Celle-ci précise en outre la prévalence de la surdité complète qui affecte 0,2 % des personnes vivant à domicile²⁰⁸. 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 hommes (anciens) ouvriers que la surdité complète est la plus fréquente (4,4 %).

La part des personnes qui ont une prothèse auditive est très inférieure à la prévalence du déficit auditif. Elle est équivalente dans les deux enquêtes citées, de l'ordre de 1 % de la population : près de 6 % entre 70 et 79 ans, et de 12 % des 80 ans et plus²⁰⁹. 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 et plus). Il semble donc bien qu'il existe un déficit d'utilisation d'appareils auditifs.

- 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 »²¹⁰, 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 hyperactivité²¹¹ ». 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.

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 syn-

208. 1,9 % des personnes en institution.

209. Enquête HID à domicile.

210. 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 », janvier 2002, IGAS/IGEN.

211. 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.

taxiques, constituant des tableaux propres à chaque enfant et conduisant à des solutions rééducatives et pédagogiques spécifiques²¹². Leur intensité est également très variable. Il s'agit donc d'une entité complexe, dont le diagnostic requiert des compétences spécialisées et pluridisciplinaires, comme le souligne l'IGAS.

Les troubles spécifiques du langage écrit sont plus fréquents. Le déficit consiste en une incapacité à identifier correctement le mot écrit. Les critères diagnostiques 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 diagnostiques spécialisées. 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 de 4 à 5 %, soit globalement environ un enfant sur vingt. Moins de 1 % présente 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 troubles²¹³.

II.3.4 Les 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 un retentissement non négligeable à ces âges. À cet égard, on a relevé, en 1999, 18 212 décès dus à des bronchopneumopathies ou des gripes, dont 17 008 chez des personnes âgées de 65 ans ou plus (1 398 dus à des gripes). Dans cette tranche d'âge, les décès par maladies infectieuses (ou parasitaires) non respiratoires s'élèvent à 5 875, dont 591 par infections intestinales²¹⁴.

Mais, plus que l'âge lui-même, 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 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 mala-

212. RINGARD Jean-Charles : « À propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique », Rapport à madame la ministre chargée de l'Enseignement scolaire, février 2000, ministère de l'Éducation nationale.

213. 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.

214. Dont les typhoïdes.

dies, telle que l'ostéoporose, que pour diminuer des facteurs de risques cardiovasculaires, pour éviter un état de fragilisation lié à la dénutrition²¹⁵, et pour 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 (encadré 2.2).

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, à côté des aides humaines, un intérêt important pour limiter les incapacités et prévenir le caractère invalidant²¹⁶ de ces pathologies.

ENCADRÉ 2.2 – 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'Inserm¹, l'ostéoporose touchait environ 3 millions de Françaises en 1995². 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 un volet hormonal, facteurs les plus directement accessibles par la mise en place de programmes de santé. Le maintien d'une activité physique régulière et modérée est également de nature à prévenir la déminéralisation osseuse.

En 2001, le taux d'hospitalisation pour fracture du col du fémur croît très rapidement avec l'âge : il passe ainsi pour les femmes de 2,6 pour 1 000 entre 65 et 74 ans à 11,0 pour 1 000 entre 75 et 84 ans et à 33,5 pour 1 000 à partir de 85 ans. À cet âge, il n'est pas négligeable pour les hommes puisqu'il atteint 17,7 pour 1 000 (contre respectivement 1,4 et 5,1 dans les autres tranches d'âge).

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, y compris des décès.

1. « Ostéoporose – stratégies de prévention et de traitement », Inserm, 1996.

2. L'ostéoporose touche principalement les femmes, aussi l'enquête réalisée par l'Inserm n'a-t-elle concerné que ce groupe de population.

215. « Carences nutritionnelles », Expertise collective, Inserm, 1999.

216. CAMBOIS Emmanuelle, ROBINE Jean-Marie : « Vieillesse et incapacités : des facteurs de dépendance », *Études et Résultats*, n° 2, 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 les défis 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 150 000 décès par an, les cancers représentent la deuxième cause de mortalité en France et la première cause de mortalité prématurée²¹⁷. Entre 45 et 64 ans, leur part relative pour 100 décès est supérieure à 45 ; plus d'un décès sur deux chez les femmes de 55 à 64 ans est dû à une tumeur (tableau 2.9).

Comparativement aux autres pays d'Europe, la France a le plus fort taux d'incidence 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 assez importante (tableau 2.12).

- Des fréquences et des pronostics différents selon les localisations des cancers

L'incidence des différents cancers, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas annuels, 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 (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 aéro-digestives 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 thérapeutiques²¹⁸.

217. Direction générale de la santé : « Rapport de la Commission d'orientation sur le cancer », janvier 2003.

218. REMONTET L. *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 tumeur en 1999
Mortalité prématurée et mortalité totale

	MORTALITÉ PRÉMATURÉE					
	Nombre			Pourcentage		
	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin
Tumeurs	42 843	27 858	14 985	38,8	36,3	44,3
Tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon	9 561	8 035	1 526	8,7	10,5	4,5
Tumeurs des voies aéro-digestives supérieures	5 521	4 928	593	5,0	6,4	1,8
Tumeurs du sein	4 424	33	4 391	4,0	0,0	13,0
Tumeurs de l'utérus	882	0	882	0,8	0,0	2,6
Tumeurs de l'intestin	3 046	1 824	1 222	2,8	2,4	3,6
Tumeurs de la prostate	576	576	0	0,5	0,8	0,0
Autres	18 833	12 462	6 371	17,0	16,3	18,8
Toutes causes	110 470	76 649	33 821	100,0	100,0	100,0

	MORTALITÉ TOTALE					
	Nombre			Pourcentage		
	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin
Tumeurs	148 584	89 142	59 442	27,6	32,4	22,6
Tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon	25 196	20 867	4 329	4,7	7,6	1,6
Tumeurs des voies aéro-digestives supérieures	11 209	9 621	1 598	2,1	3,5	0,6
Tumeurs du sein	11 393	112	11 281	2,1	0,0	4,3
Tumeurs de l'utérus	2 996	0	2 996	0,6	0,0	1,1
Tumeurs de l'intestin	16 843	8 906	7 937	3,1	3,2	3,0
Tumeurs de la prostate	9 476	9 476	0	1,8	3,4	0,0
Autres	71 471	40 160	31 301	13,3	14,6	11,9
Toutes causes	537 459	274 764	262 695	100,0	100,0	100,0

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 survenue²¹⁹ (âge pour lequel on compte la moitié des cas plus jeunes et la moitié des cas plus âgés) et leur fréquence ainsi que selon 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, découverts à un âge jeune (relativement à la moyenne) : 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.

219. REMONTET Laurent *et alii* : «Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000», InVs, à paraître en 2003.

Tableau 2.10 – Incidence estimée des cancers dans 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*
Union européenne	460,7	412,1	384,2	289,9	421,6	338,8
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
France	498,9	465,8	352,0	288,7	423,3	363,9
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 estimée des cancers dans l'Union européenne en 1998 (1) : hommes

taux pour 100 000 habitants

	Poumon		Prostate		Côlon et rectum	
	Taux		Taux		Taux	
	bruts	standardisés*	bruts	standardisés*	bruts	standardisés*
Union Européenne	82,5	74,0	78,9	67,6	61,8	54,7
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
France	77,2	74,0	99,2	87,1	61,6	55,7
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 estimée des cancers dans l'Union européenne en 1998 (1) : femmes

taux pour 100 000 habitants

	Sein		Côlon et rectum		Poumon	
	Taux		Taux		Taux	
	bruts	standardisés*	bruts	standardisés*	bruts	standardisés*
Union Européenne	109,8	92,0	54,4	35,9	23,9	17,3
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
France	118,9	107,7	50,2	34,6	13,5	11,0
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 2000 selon le sexe

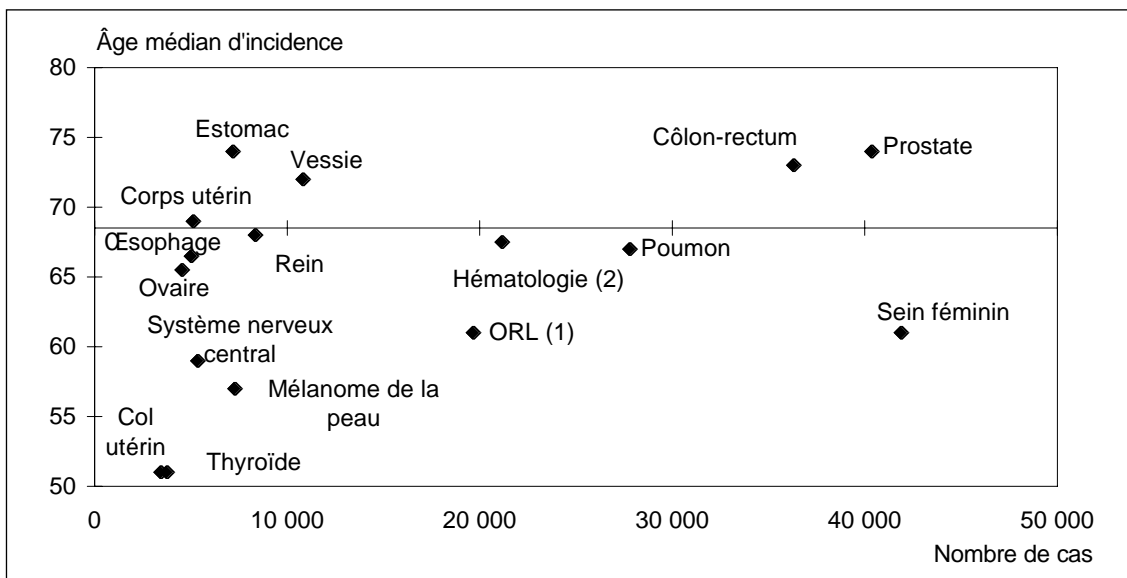
	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Sein (1)	///	41 845	41 845
Prostate	40 309	///	40 309
Colon-rectum	19 431	16 826	36 257
Poumon	23 152	4 591	27 743
Lèvres, bouche, pharynx	12 990	2 398	15 388
Vessie	8 986	1 785	10 771
Lymphome malin non hodgkinien	5 527	4 381	9 908
Rein	5 306	2 987	8 293
Mélanome	3 066	4 165	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
Œsophage	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
Mésothéliome	671	200	871
Autres cancers	11 642	7 666	19 308
Total cancers	161 025	117 228	278 253

(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.

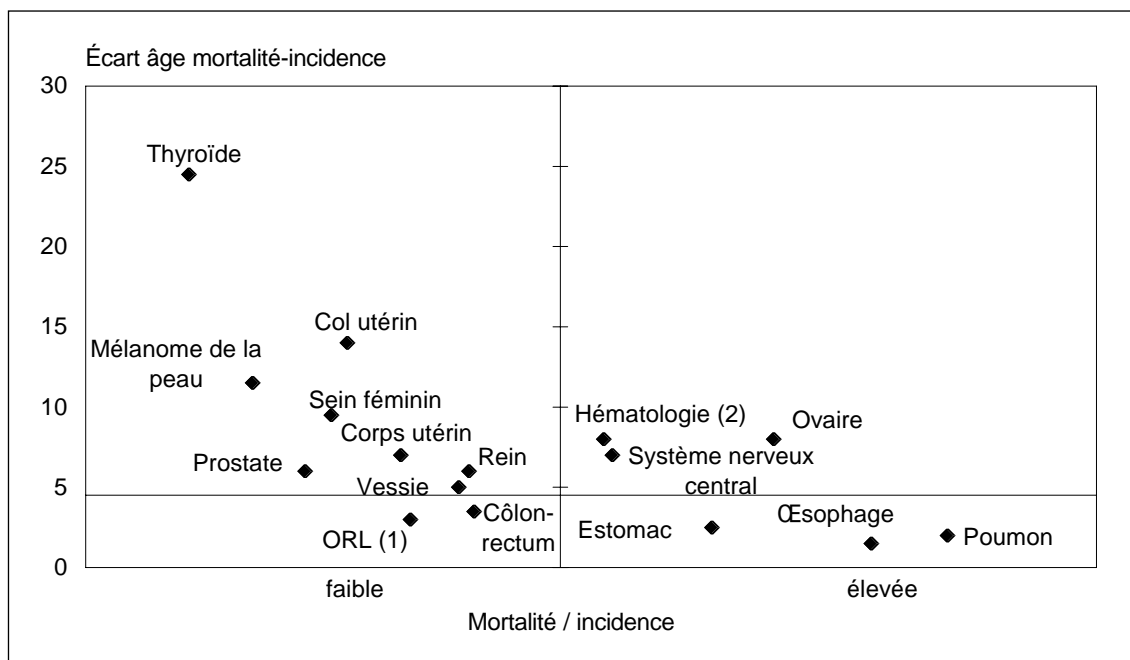
Le second fait apparaît de nouveau quatre groupes de cancers :

- les cancers entraînant une mortalité élevée et rapide : cancers du poumon, de l'estomac et de l'œsophage,
- 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 observée ces vingt dernières années : l'augmentation des cancers de la prostate pour les hommes et celles 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 a augmenté de 35 % mais que la mortalité a diminué de 8 %. Chez l'homme, le taux standardisé d'incidence a augmenté régulièrement de 1,3 % par an et celui de la mortalité a diminué de 0,3 % par an. 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 %.

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.

- Les cancers : première cause de mortalité prématurée

En raison de leur importance en termes de mortalité (première cause de décès entre 25 à 64 ans), mais aussi de leur prise en charge, les cancers représentent 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 localisations cancéreuses entraînant le plus grand nombre de décès avant 65 ans sont 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 ans²²⁰. Chez l'homme, la mortalité par cancer du poumon a augmenté un peu plus rapidement que l'incidence (+0,7 % par an contre +0,6 %) entre 1980 et 2000²²¹. Par contre, chez la femme, incidence et mortalité sont en constante et forte augmentation depuis 1980 avec une augmentation plus rapide pour l'incidence (+4,4 % par an) que pour la mortalité (+2,9 %). Cette évolution

220. REMONTET Laurent *et alii* : «Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000», InVs, à paraître en 2003.

221. 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.

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 celles nées avant²²².

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'âge²²³. 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). 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 évolutions²²⁴.

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'œsophage 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 tabac²²⁵.

- 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 est possible pour un certain nombre de cancers afin d'améliorer à la fois la qualité de vie des malades, voire 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 leur mortalité 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

222. 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.

223. REMONTET Laurent *et alii* : «Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000», InVs, à paraître en 2003.

224. 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.

225. *Ibidem*.

femmes. À la fin du premier semestre 2003, douze départements devraient avoir mis en place un dispositif de dépistage systématique de ces cancers²²⁶. Le dépistage du cancer du sein par mammographie est progressivement étendu à l'ensemble du territoire pour les femmes de 50 à 74 ans. En septembre 2002, 33 départements proposaient ce dépistage organisé et 30 nouveaux départements devaient débiter une campagne fin 2002, début 2003²²⁷. 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 cancer²²⁸ comprend dans ses différents axes, un ensemble conséquent de mesures en matière de prévention, de dépistage des soins (qualité, coordination des professionnels, transparence pour l'usager), de prise en charge des conséquences sociales de la maladie, de formation et de recherche. À cet égard, la création annoncée d'un Institut du cancer devrait notamment permettre de réaliser un partenariat entre la recherche publique et privée dans ce domaine.

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 165 000 décès en 1999, soit 30,7 % de la mortalité totale. Mais, surtout, notre pays se place derrière nos voisins pour la mortalité prématurée qui lui est imputable avec 16 125 décès survenus avant 65 ans (14,6 % de la mortalité prématurée).

En 2001, les maladies cardiovasculaires ont motivé 1 331 000 séjours en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), soit un séjour sur onze en soins de courte durée MCO²²⁹.

Parmi celles-ci, les cardiopathies ischémiques sont à l'origine de près de 298 000 séjours (22 % de l'ensemble des séjours pour maladies cardiovasculaires), dont 77 000, dus à un infarctus aigu du myocarde.

Par ailleurs, le nombre de séjours imputables aux maladies cérébrovasculaires est également élevé, dépassant les 125 000 en 2001. Les séquelles de ces événements sont fréquentes : en 2001, le nombre de premières demandes d'affection de longue durée (ALD) pour accidents vasculaires cérébraux (AVC) invalidants s'élevait à un peu plus de 29 500.

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 64 motifs de recours pour 100 séances de médecins²³⁰ et 78 motifs pour 100 séances chez les 85 ans ou plus. De même, 71 % des personnes de cet

226. Rapport de la Commission d'orientation sur le cancer, janvier 2003.

227. *Ibidem*.

228. *Ibidem*.

229. Source : Base nationale PMSI 2001, exploitation Drees.

230. Source : IMS – Health, enquête permanente sur la prescription médicale, exploitation Credes, septembre 2001 - août 2002.

âge interrogées en 2000 par le CreDES déclarent une maladie cardiovasculaire, dont 44 % une hypertension artérielle²³¹. Les maladies cardiovasculaires sont responsables, en 2001, 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'âge²³².

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, pour ainsi diminuer le poids de ces maladies, en particulier avant 65 ans.

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.

II.4.3 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 troubles psychiques ou mentaux²³³, et à 56 000 celles qui étaient hospitalisées en soins psychiatriques à la fin de l'année 1998²³⁴.

Un net accroissement du recours aux soins pour troubles mentaux est tangible en France depuis une dizaine d'années. Il peut en partie s'expliquer par une augmentation des phénomènes de souffrance psychique (voir Chapitre 2, paragraphe 2.5). 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 supérieures²³⁵) qui permet aussi de moins stigmatiser les personnes souffrant de ces troubles.

En médecine de ville, le nombre de recours aux soins pour troubles de la santé mentale – regroupant troubles névrotiques et psychotiques, anxiété, dépression, troubles de l'enfance et troubles du sommeil – s'accroît pour l'ensemble des médecins généralistes et

231. AUVRAY Laurence, DUMESNIL Sylvie, LEFUR Philippe : « Santé, soins et protection sociale en 2000 », *Série résultats*, n°1 364, décembre 2001, CreDES.

232. Source : Base nationale PMSI 2001, exploitation Drees.

233. ANGUIS Marie, de PERETTI Christine : « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux », *Études et Résultats*, n° 231, avril 2003, Drees.

234. CHAPIREAU François : « Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 206, décembre 2002, Drees.

235. ANGUIS Marie : « La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites », *Études et Résultats*, n° 116, mai 2001, Drees.

spécialistes (près de 49 millions de recours de septembre 2001 à août 2002 contre 44 millions sur la même période deux ans auparavant)²³⁶. 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%)²³⁷.

Le dispositif public spécialisé²³⁸ en psychiatrie suit aussi davantage de personnes : 1,1 million de personnes adultes vues en 1999, soit +56 % en dix ans (1989-1999). Les traitements ambulatoires sont largement prédominants sous des formes diversifiées (consultations, ateliers thérapeutiques). Plus de huit patients sur dix ont bénéficié de prises en charge ambulatoires : pour les trois quarts d'entre eux c'est la seule modalité thérapeutique qu'ils aient suivie sur une année, les autres ayant été également suivis à temps partiel et/ou à temps complet.

Pour les enfants et adolescents, en particulier, on observe une forte augmentation du recours aux dispositifs spécialisés de soins de santé mentale. Entre 1991 et 2000, le nombre total de jeunes suivis en psychiatrie infanto-juvénile a presque doublé, passant de 254 700 à 432 000²³⁹.

Une coupe transversale réalisée en 1996 sur une période de quinze jours montre que ces enfants et adolescents sont majoritairement suivis pour des troubles névrotiques, des pathologies de la personnalité, des troubles des apprentissages et des troubles réactionnels²⁴⁰. 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).

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 ans²⁴¹ : 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'Inserm²⁴² : alors qu'un enfant sur huit souffre d'un trouble mental en France, seule une minorité d'entre eux est en contact avec des services spécialisés.

236. IMS - Health, enquête permanente sur la prescription médicale - Credes, 1998-1999.

237. Source : SNIR.

238. COLDEFY Magali, BOUSQUET Frédéric : « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Études et Résultats*, n° 163, mars 2002, Drees.

239. COLDEFY Magali, SALINES Emmanuelle : « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 », *Document de travail, série Études*, n° 32, mai 2003, Drees.

240. 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 en 1996 », décembre 1997.

241. GUILMIN Anne, PARAYRE Claudine, BOISGUÉRIN Bénédicte : « Bilan de la sectorisation psychiatrique », *Document de travail, série Statistiques*, n° 2, juin 2000, Drees.

242. « Troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent », Expertise collective, Inserm, décembre 2002.

- 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 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 les plus nombreux (tableau 1.5) [voir chapitre 1, paragraphe 2 : motifs de recours et/ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe].

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 psychiatrique²⁴³ que parmi celles qui, en population ordinaire, déclarent être suivies pour troubles psychiques et mentaux²⁴⁴. Ils représentent le quart des personnes suivies pour troubles psychiques et mentaux ou hospitalisées en institution psychiatrique, 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 : le pic de fréquence de déclaration 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 de la pathologie mentale est considérable chez les personnes âgées de plus de 75 ans. En témoignent par exemple 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 dix²⁴⁵, 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, la maladie d'Alzheimer y étant prépondérante. Elles se caractérisent par une altération des capacités cognitives avec troubles de la mémoire s'aggravant progressivement, et troubles du comportement perturbant 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*²⁴⁶. Selon ces données, en 1999, on estime la prévalence globale des démences à

243. Enquête *HID en institutions*, 1998. Exploitation Drees.

244. Enquête *HID auprès des personnes vivant à domicile*, 1999-2000, Exploitation Drees.

245. *Ibidem*.

246. 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.

6,4 % de la population âgée de plus de 65 ans, dont près de 70 % de femmes et 64 % de personnes 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 de 85 ans, sa prévalence passe à plus de 15 %²⁴⁷. Le vieillissement de la population est donc un facteur aggravant. Selon la projection à dix ans réalisée par Jean-François Dartigues (Inserm), la prévalence de cette maladie, 440 000 cas en 1999, pourrait atteindre 550 000 cas en 2010, et l'incidence passerait 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 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 monde²⁴⁸.

En France, le nombre de personnes atteintes par an (prévalence) est mal connu mais certaines études suggèrent des prévalences de 9 à 12 %²⁴⁹. Parmi les personnes interrogées par le CreDES en 1996-1997, environ 15 % des personnes âgées de 16 ans et plus 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.

Le CreDES 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 des dépressifs, égal à celui de personnes non dépressives plus âgées de dix ans. En raison de ces poly-pathologies, la consommation médicamenteuse d'un sujet dépressif durant trois mois est trois fois plus élevée que celle des personnes ne souffrant pas de ce trouble.

247. DARTIGUES Jean-François, HELMER Catherine, LETENNEUR Luc : « Épidémiologie des démences » *Gérontologie et sociétés*, n° 97, juin 2001.

248. OMS : « La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs », Rapport sur la santé dans le monde, 2001.

249. 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, CreDES.

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 dans un certain nombre d'études internationales pour des pays comparables à la France, avec pour ces décès, un accroissement de la prévalence de troubles dépressifs avec l'âge.

- 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 1999, l'Inserm a enregistré 10 268 décès par suicides, soit 2 % de l'ensemble des décès. Les suicides sont donc plus nombreux que les accidents de la circulation. En outre, ces chiffres doivent être corrigés à la hausse du fait de la sous-déclaration des suicides et on estime qu'en réalité ils sont de 20 à 25 % supérieurs²⁵⁰. 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 élevés²⁵¹.

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 et augmente ensuite fortement chez les hommes (tableau 2.14).

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 ratio de 4 pour 1 chez les personnes âgées de 75 et 84 ans, mais augmente encore aux grands âges.

Tableau 2.14 – Taux de suicide par tranche d'âge pour 100 000 habitants en 1999 (taux bruts)

	Moins de 1 an	1-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	Total
Hommes	0	0	0,5	12,3	26,1	35,8	26,1
Femmes	0	0	0,2	3,4	7,7	11,2	9,4
Deux sexes	0	0	0,4	7,9	16,9	23,4	17,5

	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85-94 ans	95 et plus	Total
Hommes	34,3	31,3	39,6	68,0	122,5	97,8	26,1
Femmes	14,9	14,1	14,8	16,4	20,8	4,3	9,4
Deux sexes	24,6	22,5	25,9	36,3	49,6	21,1	17,5

Sources : Inserm, CépiDc.
Champ : France entière.

250. JOUGLA Eric *et al.* : « La qualité des données de mortalité par suicide », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 50, 2002.

251. FACY Françoise, JOUGLA Eric : « Les suicides » in « Atlas de la santé en France » Volume 1, John Libbey, février 2000.

Une étude publiée par la Drees²⁵² met en évidence cet effet d'âge ; elle montre en outre 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 « spontanée » du taux de suicide dans les années qui viennent, parallèlement à l'avancée en âge des générations du « baby boom ».

Des études ont 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 importants²⁵³.

De même, on constate des différences régionales dans les moyens employés pour se suicider (plutôt par arme à feu au sud et par 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 :

- des personnes âgées en maison de retraite²⁵⁴,
- des détenus²⁵⁵,
- des personnes souffrant de dépression (facteur de risque environ 20 fois plus élevé que les autres)²⁵⁶.

- 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 déclarent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois²⁵⁷. 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 âge²⁵⁸.

252. ANGUIS Marie, CASES Chantal, SURAULT Pierre : « L'évolution des suicides sur une longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération », *Études et Résultats*, n° 185, août 2002, Drees.

253. FACY Françoise, JOUGLA Eric : « Les suicides » in « Atlas de la santé en France » Volume 1, John Libbey, février 2000.

254. 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.

255. Annuaire statistique de la justice, édition 2003.

256. CHASTANG Françoise : « Suicide, tentative de suicide et dépression (revue de la littérature internationale) », *Synapse*, n° 145, avril 1998.

257. CFES - Baromètre santé 2000.

258. *Ibidem*.

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)²⁵⁹. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide reste chez les femmes à un haut niveau jusque vers 50 ans ; les séjours masculins, moins nombreux 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 âge²⁶⁰ 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 auditives²⁶¹.

D'une manière générale, les personnes suivies en psychiatrie apparaissent confrontées à de plus grandes difficultés que la population générale, tant sur le plan de la vie affective ou sociale que sur le plan de l'activité professionnelle. Ainsi, le célibat ou le divorce sont deux fois plus fréquents dans cette population. L'insertion professionnelle est faible, quoique plus fréquente chez les femmes. L'emploi protégé occupe une place très marginale.

Les aides monétaires sous forme d'allocations sont fréquentes, elle concerne un malade sur trois, et davantage des hommes. Deux personnes sur trois ont une reconnaissance administrative de leur handicap et le coût social du handicap mental est considérable puisqu'une personne sur quatre qui consulte perçoit une allocation ou pension du fait de son état de santé²⁶².

II.4.4 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

259. BADEYAN Gérard, PARAYRE Claudine *et alii.* : « Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique », *Études et Résultats* n° 109, avril 2001, Drees.

260. CHAPIREAU François : « L'hospitalisation psychiatrique dans la trajectoire des personnes en 1998 et en 2000 », *Études et Résultats*, à paraître en 2003, Drees.

261. ANGUIS Marie, DE PERETTI Christine : « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux », *Études et Résultats*, n° 231, avril 2003, Drees.

262. CHAPIREAU François : « Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 206, décembre 2002, Drees.

nombre de nouveaux cas de sida et la mortalité des patients au stade sida a été rapide et sensible dès 1996. 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 hospitaliers des patients et, particulièrement, des hospitalisations complètes²⁶³. Toutefois, la prise en charge de ces 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 population²⁶⁴.

- Arrêt 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 fort infléchissement de cette tendance depuis 1998 avec une faible diminution de l'incidence entre 1999 et 2001 et un arrêt de la décroissance au premier semestre 2002 (5 762 en 1994, 1 804 en 1999, 1 625 cas²⁶⁵ en 2001 et 834 au premier semestre 2002²⁶⁶). En 2001, l'incidence des cas de sida était ainsi égale à 2,7 pour 100 000 habitants en France, contre 2,3 pour l'ensemble de l'Union européenne²⁶⁷.

Une tendance similaire est observée pour le nombre de décès qui, après quelques années de forte décroissance, semble ne plus diminuer, compte tenu des délais de notification : 4 168 décès en 1994²⁶⁸, 672 en 1999, 546²⁶⁹ en 2001 et 349²⁷⁰ au premier semestre 2002. Le nombre de personnes vivantes ayant développé une pathologie classante pour le

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

264. OBADIA Y., MARIMOUTOU C., BOUHNIC 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 », *Études et Résultats*, n° 203, novembre 2002, Drees.

265. Pour 2000, 2001 et 2002, il s'agit des nombres redressés par rapport aux délais de notification.

266. PINGET R., CAZEIN F., LOT F., PILLONEL J., DAVID D., SEMAILLE C. : « Surveillance du VIH/Sida en France, données sida au 30 septembre 2002 », Rapport semestriel, n°1, mai 2003, InVS.

267. SEMAILLE C., ALIX J., DOWNS A.M., HAMERS F.F. : « L'infection à VIH en Europe : une importante disparité d'Ouest en Est », *Eurosurveillance - Bulletin européen sur les maladies transmissibles*, n° 3, mars 2003, Direction Générale « Santé et protection du consommateur » de la Commission des communautés européennes.

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

269. Nombres redressés des délais de déclaration

270. *Ibidem*.

sida s'accroît chaque année. Au 30 juin 2002, le nombre de personnes vivantes atteintes de sida est estimé entre 24 300 et 26 700, et le nombre total de décès depuis le début de l'épidémie, entre 37 500 et 40 850.

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 et près de la moitié des cas de sida diagnostiqués au premier semestre 2002 est liée à ce mode de contamination (49 %). 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 25 % des cas de sida diagnostiqués au premier semestre 2002.

La chute importante des cas de 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. Au premier semestre 2002, comme en 2001, plus des trois quarts des nouveaux cas de sida n'avaient pas bénéficié de traitement anti-rétroviral pré-sida : il s'agit soit de personnes qui ont découvert leur séropositivité au moment du diagnostic de sida (52,5 %), soit de personnes qui se savaient séropositives mais n'ont pas reçu d'anti-rétroviraux (26 %). La méconnaissance du statut sérologique au moment du diagnostic de sida diffère selon le mode de contamination ; elle est plus fréquente parmi les personnes contaminées par des rapports hétérosexuels dont six sur dix ignoraient alors qu'elles étaient séropositives. À l'inverse, la méconnaissance du statut sérologique est plus rare chez les usagers de drogues injectables (16 %²⁷¹).

En taux cumulés depuis le début de l'épidémie, les régions les plus touchées par l'épidémie sont les régions Antilles-Guyane et Île-de-France, avec respectivement 2,6 et 2,3 cas 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 65 % des cas de sida diagnostiqués au premier semestre 2002.

- 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. L'analyse des bilans d'activité des centres parisiens de dépistages anonymes et gratuits montre ainsi une augmentation de la proportion des diagnostics positifs en 1999 et en 2000. Cette augmentation concerne les deux sexes et porte essentiellement sur les femmes de 20 à 49 ans et les hommes de 30 à 49 ans. Par ailleurs, plusieurs indicateurs font état d'un relâchement des comportements de prévention des groupes exposés²⁷² avec augmentation des prises de risque des homosexuels masculins et résurgence de la syphilis dans ce groupe en 2000 et en 2001, à Paris, surtout, mais aussi dans plusieurs villes françaises.

271. « Situation du sida en France - Données au 31 décembre 2002 », juin 2003, InVS.

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

Mais actuellement, le nombre de patients contaminés par le VIH sans avoir le sida n'est pas connu avec précision. La déclaration obligatoire des cas de sida ne donne en effet pas d'information sur la diffusion actuelle de l'infection par le VIH dans la population. L'extension de la déclaration obligatoire à l'ensemble des découvertes de séropositivité au VIH devrait prochainement apporter des informations sur cet aspect. Une première approche des découvertes de séropositivité (et non des séroconversions) est 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 2001²⁷³. Ce nombre aurait donc peu évolué depuis 1997 (environ 5 000).

II.4.5 L'hépatite C : besoins de dépistage et améliorations thérapeutiques

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-VHC²⁷⁴. 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 %)²⁷⁵. 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 hépatocellulaire, après la consommation excessive d'alcool, ces deux causes étant souvent associées ; ces complications sont également une indication majeure de transplantation.

Selon le CépiDc²⁷⁶, la mortalité attribuable aux hépatites n'est à ce jour pas précisément connue²⁷⁷ ; elle semble très sous-estimée par les certificats de décès. De plus, les données existantes ne permettent pas de différencier l'hépatite C des autres hépatites. à cet égard, une enquête nationale sera réalisée par le CépiDc et ses partenaires dans le courant de l'année 2004. 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 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, les risques liés à la transfusion et aux dons d'organes sont désormais résiduels. 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

273. 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 », *Rapport semestriel*, n° 1, mai 2003, InVS.

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

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

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

277. Du fait de la fréquence et de la nature de ces complications, comme les cirrhoses alcooliques, qui peuvent alors être codées comme telles sans notification systématique de l'hépatite. Par ailleurs, la codification en CIM 10 permettra dorénavant de distinguer les hépatites C, ce qui n'était pas possible jusqu'à maintenant.

lésions de la muqueuse nasale. Alors qu'elle a eu un impact positif pour le VIH, la politique de réduction des risques est en échec 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'Inserm²⁷⁸, les deux facteurs de risque les plus fréquents retrouvés chez les malades pris en charge sont l'utilisation de drogues par voies intraveineuses et la transfusion antérieure à 1991, mais on observe entre 1991 et 2000 une diminution des infections consécutives à une transfusion et une augmentation des contaminations secondaires 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.

Le dépistage des personnes atteintes est le préalable à une prise en charge thérapeutique éventuelle. Or, en dépit des mesures d'incitation prises dans le cadre du plan national de lutte contre l'hépatite C, des recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et de la mobilisation des professionnels de santé, le dépistage demeure insuffisamment ciblé. En effet, la découverte de la séropositivité au VHC chez les patients nouvellement pris en charge en 2001 s'est faite de façon fortuite dans 41 % des cas (bilan de santé, don de sang, bilan pré-transfusionnel), dans 25 % des cas sur facteurs de risque, dans 18 % des cas sur démarche diagnostique 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'infection²⁷⁹.

Toutefois, le stade clinique à la prise en charge est moins avancé chez les patients nouvellement pris en charge, 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 2001²⁸⁰. La précocité de la prise en charge est un facteur déterminant pour améliorer le pronostic, d'autant plus que des traitements efficaces sont disponibles et que la guérison est aujourd'hui possible.

Selon les résultats de l'enquête menée une semaine donnée en octobre 2000²⁸¹, 577 services hospitaliers ont accueilli près de 5 000 patients pour 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.

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

279. 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 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 16-17, 2003, pp 86-89, Invs.

280. DELAROCQUE-ASTAGNEAU Elisabeth, CAMPESE Christine : « Surveillance de l'hépatite C à l'échelon national à partir des pôles de référence volontaires », 200-2001, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 16-17/2003.

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

Par ailleurs, pour les patients co-infectés par le VIH et le VHC, le VHC occasionne des complications spécifiques graves. L'enquête hospitalière transversale effectuée en juin 2001 auprès des patients séropositifs au VIH estime la proportion de patients également séropositifs pour le VHC à 28 %. Cette proportion est élevée chez les usagers de drogues (84 %) et les transfusés (53 %), et nettement plus faible pour les hétérosexuels (9 %) et les homosexuels (6 %)²⁸².

La clarification des indications thérapeutiques²⁸³, 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.

II.4.6 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 et de ses conséquences handicapantes sur la vie quotidienne. Il se caractérise en outre 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 près de 10 000 décès par an (9 796 décès en 1999²⁸⁴) 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 décès²⁸⁵. Le diabète représente la deuxième cause d'admission en Affections de longue durée (ALD 30) avec près de 120 000 nouvelles admissions par la CNAMTS en 2001²⁸⁶.

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 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 2 qui est également souvent associé à une hypertension artérielle et/ou à une dyslipidémie.

282. 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-Etudes, juin 2002.

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

284. INSERM – CépiDc, 1999.

285. PÉQUIGNOT E., JOUGLA E., Le TOULLEC A. : « Mortalité attribuée au diabète en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 20-21, mai 2002, InVS.

286. CNAMTS, Admissions en ALD 30 – France entière, 2001 : données provisoires.

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 2000²⁸⁷, 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 au 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 personnes²⁸⁸.

Les données relevées par la CNAMTS depuis 1994, font apparaître une croissance de la prévalence du diabète de 34,5 % en quelques années : de 2,2 % en 1994, à 2,8 % en 1998²⁸⁹ 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), l'augmentation du surpoids et de l'obésité, ou encore une sous-évaluation dans les enquêtes antérieures, 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) traduisent simultanément l'âge de la population, le facteur géographique et la prévalence de l'obésité. Les régions où la prévalence du diabète, c'est-à-dire 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 faible²⁹⁰. Par ailleurs, le Nord – Pas-de-Calais et la Haute-Normandie, qui figurent parmi les régions les plus touchées par l'obésité, sont plus affectées que les régions avoisinantes.

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, périodes et populations considérés, et semble en pleine expansion²⁹¹.

La problématique de la prise en charge du diabète recouvre différents aspects : la prévention primaire, le dépistage et la prévention des complications, la structuration et rationalisation des dispositifs spécialisés et leur articulation avec les médecins généralistes, l'éducation thérapeutique et l'autonomisation des patients. Ces objectifs ont fait l'objet

287. RICORDEAU P., WEILL A., VALLIER N., BOURREL R., FENDER P., ALLEMAND H. : « Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? » *Revue médicale de l'Assurance maladie*, n° 4, octobre-décembre 2002, CNAMTS.

288. SIMON D. : « Données épidémiologiques sur le diabète de type 2 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 20-21, mai 2002, InVS.

- Rapport du groupe technique national de définitions des objectifs de santé publique 2003-2008, DGS, février 2003.

289. 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.

290. RICORDEAU P. *et al.*, opus cité.

291. PAPOZ L. : « Le diabète de type II dans les DOM-TOM : un effet pervers de la modernité », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH), n° 20-21, mai 2002, InVS, pp. 89-90.

depuis 2002 d'un programme quadriennal d'actions. Les analyses effectuées en 2000 ainsi que le bilan effectué en 2001 dans le cadre de l'étude *ENTRED*²⁹² montrent une amélioration progressive, mais encore insuffisante de la surveillance des personnes diabétiques et ce, particulièrement pour la surveillance cardiaque (électrocardiogramme), les consultations d'ophtalmologie et d'endocrinologie (tableau 2.15).

Tableau 2.15 – Évolution de la prise en charge des diabétiques non insulino traités

	Année 1998*	Année 1999*	Année 2000*	Année 2001**
N	651 574	830 440	911 871	7 987
ALD	69,7 %	70,5 %	72,8 %	72,6 %
Remboursements biologiques				
HbA1C/ 6 mois	41,3 %	55,0 %	60,6 %	64,5 %
Glycémie / 6 mois	79,1 %	74,9 %	72,0 %	75,3 %
Cholestérolémie / an	57,4 %	59,8 %	62,4 %	64,8 %
Triglycéridémie / an	56,6 %	59,1 %	62,0 %	64,5 %
Microalbuminurie par an	10,8 %	14,3 %	15,4 %	16,3 %
Créatininémie / an	67,0 %	69,2 %	71,1 %	71,9 %
Remboursements d'actes				
C ¹ endocrinologie / an	5,5 %	5,9 %	6,0 %	6,2 %
C ophtalmologie / an	39,1 %	41,5 %	40,9 %	41,8 %
C dentiste / an	31,3 %	31,7 %	32,3 %	32,5 %
ECG / an	27,9 %	29,7 %	30,2 %	29,3 %

1. C = consultation.

Champ : France métropolitaine.

Sources : *CNAMTS, ** INVS, étude ENTRED.

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 retrace également les résultats des principaux dispositifs 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.

292. 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.

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, qui 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 2.16). 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.

Tableau 2.16 – 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.

Une approche conceptuelle complémentaire a été fournie par les travaux de P. Wood qui a construit une classification des « déficiences, incapacités, désavantages », la CIH²⁹³. 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 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 ;

293. La CIH (classification internationale des handicaps) a été adoptée officiellement par le ministère en charge des affaires sociales en 1998.

- 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 de 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, désavantages – 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). 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 atteint 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'habillement 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 handicapées²⁹⁴. Près de 5 millions de personnes vivant à domicile bénéficient d'une aide régulière pour 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 socioprofessionnelles²⁹⁵

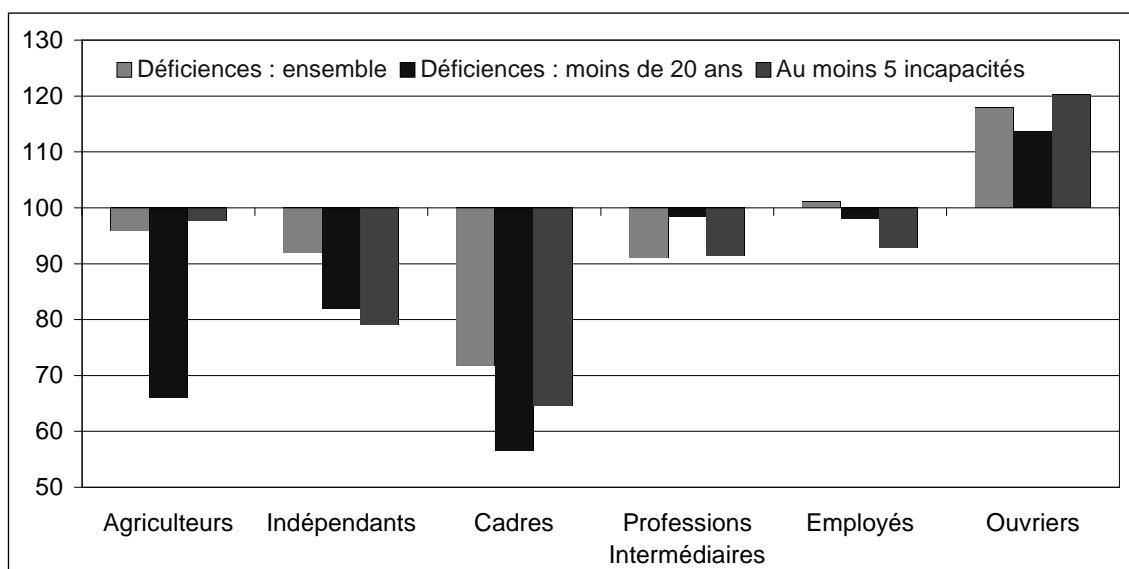
Le handicap ne touche pas également toutes les catégories sociales : les ouvriers courent un risque plus fort que les cadres d'être en situation de handicap. Même sa toute première dimension, au niveau de l'organisme – la déficience – dépend de la position sociale, et les inégalités s'amplifient encore lorsqu'on passe des déficiences aux incapacités puis aux désavantages.

294. 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 ».

295. Ce texte a été rédigé à partir de MORMICHE Pierre et BOISSONNAT Vincent : « Handicap et inégalités sociales : premiers apports de l'enquête HID », *RFAS* 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.

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.

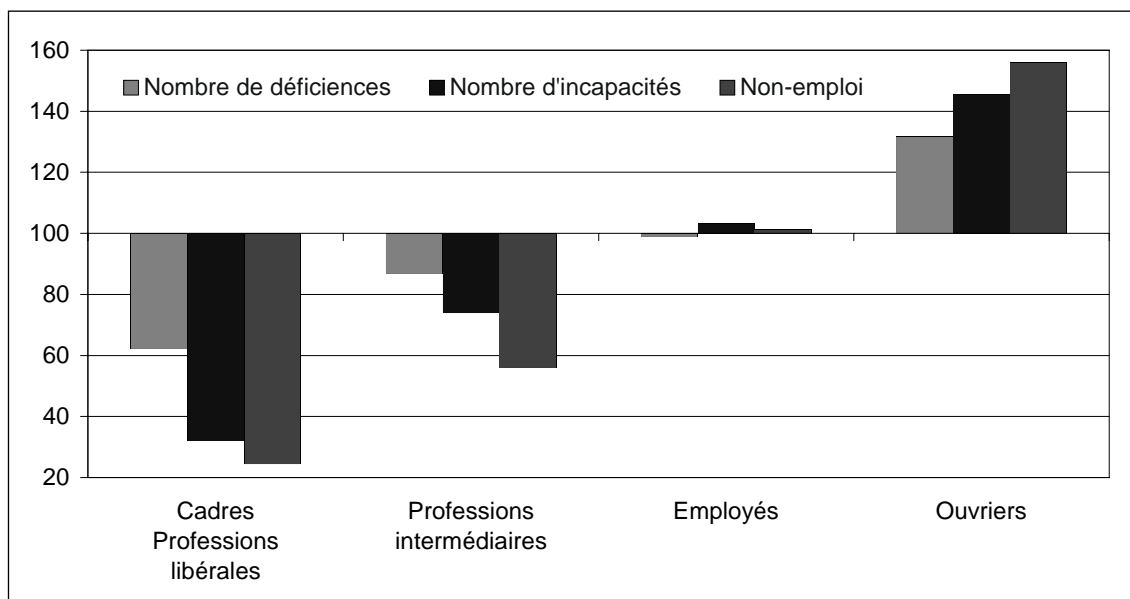
Source : Pierre Mormiche, « Le handicap se conjugue au pluriel », *INSEE Première*, n° 742, Enquête HID 1999.

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 demi 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 s'impose 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 au désavantage social. 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 près de 26 années tandis qu'il ne reste que 20,6 années, en moyenne, aux hommes du même âge, dans les conditions de mortalité de 2002. De même, à 80 ans, les femmes peuvent espérer vivre encore 9,5 années tandis qu'il ne reste que 7,5 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.

Les projections démographiques, publiées par l'Insee au début de l'année 2001 et fondées sur une hypothèse d'évolution tendancielle de la mortalité, confirment le vieillissement inéluctable de notre population dans les quarante années à venir. En 2040 dans le scénario central retenu par l'Insee²⁹⁶, la France compterait 21,6 millions de personnes de 60 ans et plus, soit 1,8 fois plus qu'en 2000, et près de 7 millions de personnes de 80 ans et plus, soit 3,2 fois plus qu'en 2000.

- Environ 800 000 personnes dépendantes âgées de 60 ans ou plus selon la grille AGGIR

Bien qu'au cours de la décennie 80, 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 HID²⁹⁷ 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-

296. BRUTEL Chantal : « Projections de population à l'horizon 2050 », *INSEE Première*, n° 762, mars 2001, Insee.

297. 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 », *Études et Résultats*, n° 94, décembre 2000, Drees.

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 2002²⁹⁸. 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 plus²⁹⁹. Cet indicateur ne prend toutefois que partiellement en compte la perte d'autonomie mentale.

298. La PSD et l'APA sont présentées à partir de la p.XX au titre de l'aide sociale aux personnes âgées.

299. Il faut noter que l'estimation des effectifs par GIR à partir de l'enquête HID est très sensible aux choix 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 nombre 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) à un enquêteur et non sur l'attribution par une équipe médico-sociale des notes aux variables permettant de calculer le GIR.

- 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 :

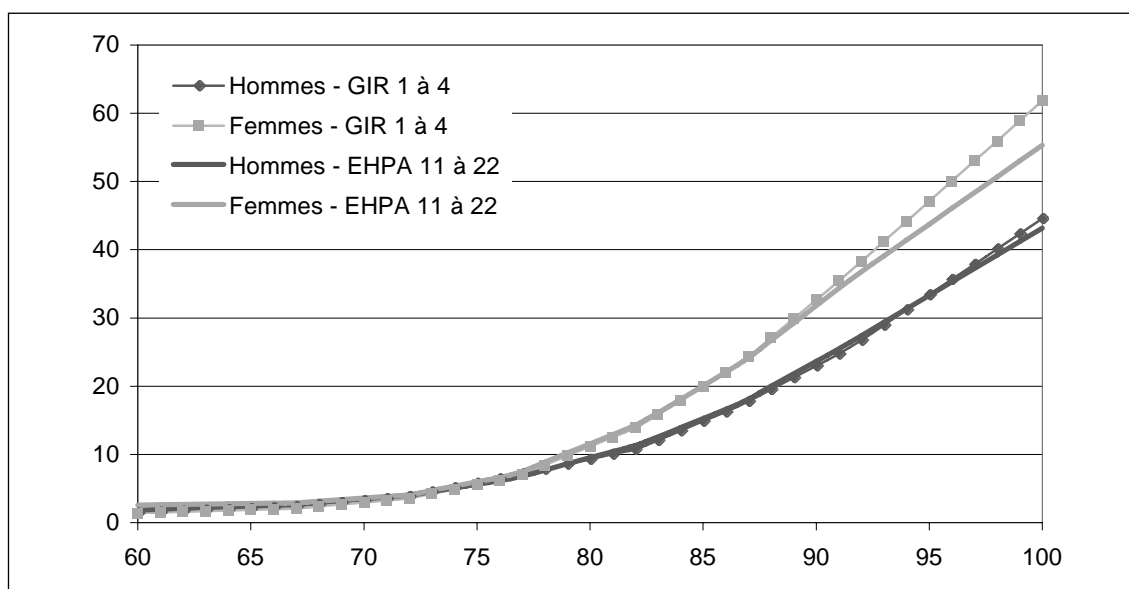
- EHPA 11 Dépendance psychique et confinement au lit ou au fauteuil.
- EHPA 12 Dépendance psychique et besoin d'aide pour la toilette et l'habillage.
- EHPA 13 Dépendance psychique et besoin d'aide pour sortir du domicile ou de l'institution.
- EHPA 14 Dépendance psychique et pas de dépendance physique.
- 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'habillage.
- 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 avec l'âge

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)³⁰⁰. 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.

- Augmentation tendancielle du nombre de personnes âgées dépendantes 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 dépendan-

300. BONTOUT Olivier, COLIN Christel, KERJOSSE Roselyne : « Personnes âgées et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », *Études et Résultats* n° 160, février 2002, Drees.

tes un enjeu majeur pour l'avenir. Des projections de leur nombre réalisées par la Drees³⁰¹ 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).

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.

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 passé¹.

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 90².

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 », *Études et Résultats* n° 160, février 2002, Drees.

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.

301. BONTOUT Olivier, COLIN Christel, KERJOSSE Roselyne : « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », *Études et Résultats*, n° 160, février 2002, Drees.

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.

Selon 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 scénarios optimiste et 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 2040, le nombre de personnes dépendantes âgées de 80 ans et plus augmenterait 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...) ³⁰² 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).

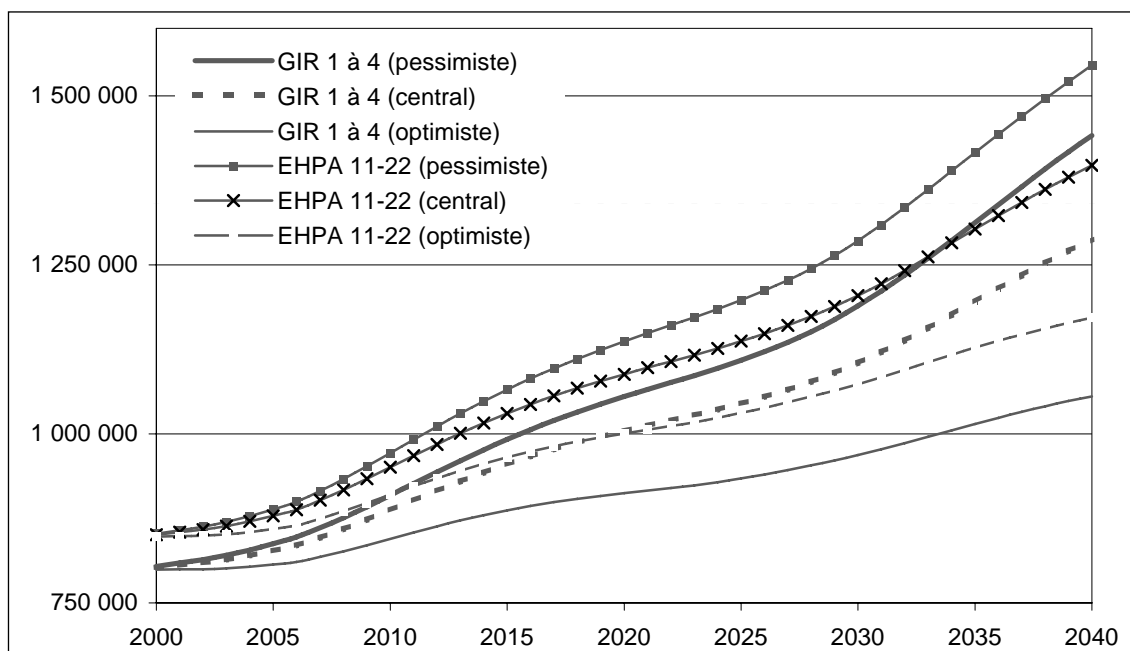
Ce constat, lié aux évolutions démographiques, pourrait être amplifié par l'accroissement de l'activité féminine, sachant que d'autres facteurs et arbitrages sociaux ou individuels pourront augmenter ou réduire le potentiel d'aidants. Le développement, déjà engagé, de la professionnalisation de l'aide à domicile paraît à cet égard crucial 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

302. Cf. les développements *infra* sur l'aide à domicile vue à travers le plan d'aide.

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.

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).

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)³⁰³. 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 liée à l'aggravation de la dépendance³⁰⁴. Ainsi, 57 % des personnes âgées institutionnalisées sont dépendantes (GIR 1 à 4), alors que c'est le

303. DUFOUR-KIPPELEN Sandrine : « Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution », *Études et Résultats*, n° 138, octobre 2001, Drees.

304. EENSCHOOTEN Martine : « Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus », *Études et Résultats*, n° 108, mars 2001, Drees.

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 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 moyenne, plus tard que chez les hommes : entre 79 et 82 ans pour les premières ; entre 73 et 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)³⁰⁵.

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 2 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 2.17).

Tableau 2.17 – Origine socio-professionnelle 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
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre de personnes	124 000	356 000	480 000	694 000	2 576 000	3 270 000

* 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

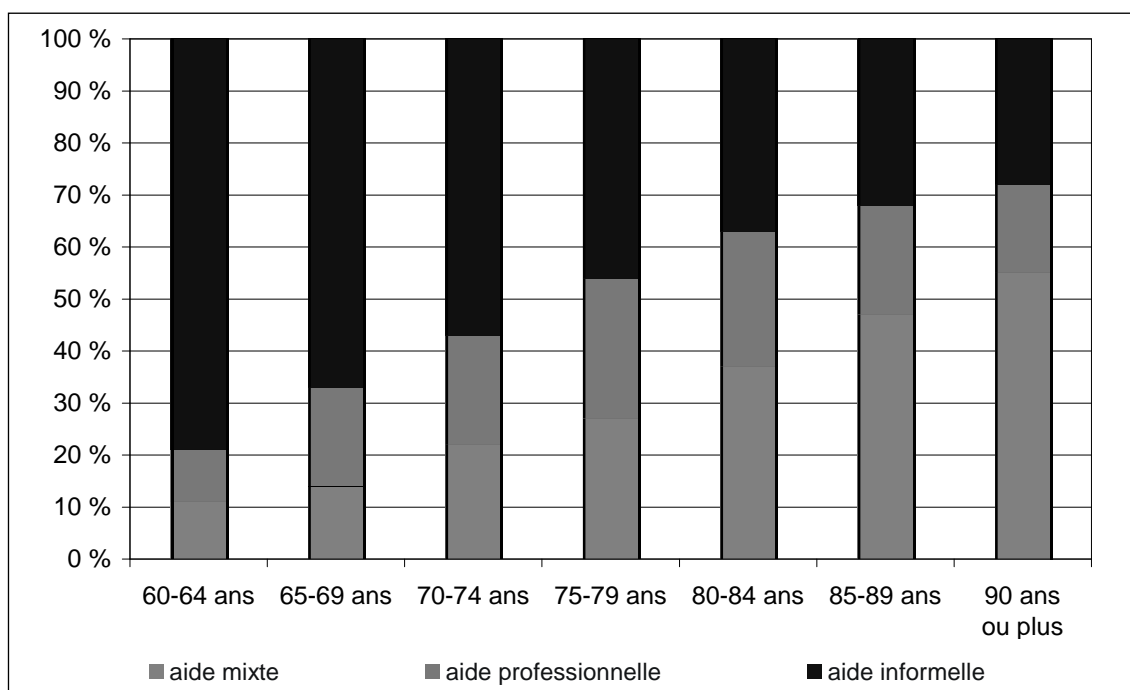
L'enquête *HID*, complétée par l'analyse des plans d'aide mis en place dans le cadre de la PSD ou des services d'aide à domicile, permet de connaître le degré d'autonomie et d'équipement des personnes âgées dépendantes, les rôles respectifs des différents types d'aidants ainsi que la nature et la quantité des aides apportées. Plus d'un quart (28 %)

305. *Ibidem*.

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)³⁰⁶. Huit personnes âgées aidées sur dix reçoivent donc une aide de leur famille. Parmi les aidants informels principaux³⁰⁷, membres de la famille de la 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 pres-

306. DUTHEIL Nathalie, « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Études et Résultats*, n° 142, novembre 2001, Drees.

307. 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.

tataires ou mandataires agréés y ont recours pour ce type d'appui, et deux tiers d'entre elles sont 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 concerne un quart des bénéficiaires, 2 % reçoivent 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...).

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), Prestation spécifique dépendance (PSD), Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). En application de la loi du 20 juillet 2001, l'APA s'est substituée à la PSD depuis le 1^{er} janvier 2002, une période de recouvrement étant toutefois prévue jusqu'au 1^{er} janvier 2004. Par ailleurs, ces prestations légales peuvent être complétées par l'action sociale facultative des départements ou des régimes d'assurance-vieillesse.

- 723 000 bénéficiaires après dix-huit mois de mise en œuvre de l'APA

Entre janvier 2002 et juin 2003, environ 1 390 000 dossiers de demandes d'APA (premières demandes et révisions) ont été déposés auprès des conseils généraux (encadré 2.8)³⁰⁸. Ils émanaient pour 67 % de personnes vivant à domicile et pour 33 % de personnes vivant en établissement hébergeant des personnes âgées (EHPA) ne faisant pas l'expérimentation de la Dotation globale³⁰⁹.

90 % des dossiers enregistrés examinés avaient été déclarés complets à la fin juin 2003 et 97 % des dossiers complets avaient fait l'objet d'une décision. Le taux de rejet est nettement plus élevé pour des demandes émanant de personnes vivant à domicile que pour des résidents en EHPA : 21 % contre 8 % ; il est possible que les personnes en établissement soient mieux renseignées sur la nouvelle prestation et leur niveau de perte d'autonomie mieux estimé avant l'évaluation par la grille AGGIR. Parmi les 1 010 000 décisions favorables rendues, 859 000 concernent des premières admissions et 151 000 des révisions ou des renouvellements.

Au total, fin juin 2003, 723 000 personnes âgées dépendantes bénéficiaient de l'APA. Parmi elles, environ 575 000 personnes âgées vivant à domicile ou en EHPA ne faisant pas l'expérimentation de la Dotation globale, et 148 000 personnes concernées par la Dotation globale expérimentée en EHPAD. Parmi l'ensemble des bénéficiaires de la prestation, 54 % vivent à domicile et 46 % en EHPA.

308. KERJOSSE Roselyne : « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2003 », *Études et Résultats*, n° 259, septembre 2003, Drees.

309. L'expérimentation de 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.

ENCADRÉ 2.8 – 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^{er} janvier 2003, les montants des plans d'aide pour les personnes à domicile sont plafonnés au niveau national à : 1 106,77€ par mois pour une personne de GIR 1, 948,66 € par mois pour une personne de GIR 2, 711,50 € par mois pour une personne de GIR 3 et 474,33 € par mois pour une personne de GIR 4.

- 44 % des bénéficiaires de l'APA relèvent du GIR 4

35 % des bénéficiaires de l'APA présentent les degrés de dépendance les plus élevés (GIR 1 ou 2), 21 % le GIR 3 et 44 % le 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 4 % de ceux demeurant à leur domicile. À l'opposé, 24 % 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 (84 % 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 478 € à domicile et de 346 € en établissement

À domicile, le montant mensuel moyen du plan d'aide est d'environ 478 € par personne et par mois. Cette moyenne varie avec le degré de perte d'autonomie : 827 € pour un bénéficiaire en GIR 1, 702 € pour un GIR 2, 528 € pour un GIR 3 et 342 € 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 93 % du plan d'aide valorisé. Les participations financières des personnes âgées correspondraient donc en moyenne à environ 7 % du plan d'aide valorisé. Ainsi, la participation financière des bénéficiaires de l'APA à domicile est, en moyenne de 31 € par mois. Or, en juin 2003, 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. Si on s'intéresse aux seuls bénéficiaires devant acquitter une participation financière sur la prestation qui leur est servie, le ticket modérateur atteint environ 80 €. La participation financière des bénéficiaires qui ont à en acquitter une représentait donc 16 % de leur plan d'aide valorisé.

En établissement, le montant mensuel moyen du tarif dépendance est d'environ 346 € : 411 € pour une personne en GIR 1 ou 2 ; 257 € 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 quasiment à la totalité du 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.

- La fin de la Prestation spécifique dépendance (PSD) :
encore 19 000 bénéficiaires
à la fin du deuxième trimestre 2003

Octroyée aux personnes âgées de 60 ans ou plus, la PSD était destinée à couvrir l'aide dont la personne dépendante avait besoin à son domicile ou en établissement.

Son obtention était, comme pour l'APA, fonction de l'importance des aides directes nécessitées par le niveau de dépendance de la personne défini par la grille nationale d'évaluation AGGIR. Toutefois, le bénéfice de la PSD n'était accordé qu'aux personnes évaluées en GIR 1 à 3. Par ailleurs, et contrairement à la nouvelle prestation, la PSD était versée sous conditions de ressources et faisait l'objet d'un recours sur succession.

Avec la mise en place de l'APA, on ne compte plus, à la fin du deuxième trimestre 2003, que 19 000 bénéficiaires de la PSD, la plupart ayant basculé vers l'APA.

- L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
pour les personnes de 60 ans ou plus :
22 000 bénéficiaires fin 2002

L'allocation compensatrice pour tierce personne, 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. L'ACTP était 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 %.

Une substitution de l'ACTP par la PSD s'est effectuée entre 1996 et 2001. L'ACTP allouée aux personnes de 60 ans ou plus a alors été recentrée sur les personnes handicapées vieillissantes pour lesquelles le bénéfice de l'ACTP peut être reconduit lorsqu'il a été obtenu avant leur soixantième anniversaire. On dénombre encore près de 22 000 bénéficiaires fin 2002 (tableau 2.18).

Tableau 2.18 – Bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées

	1997	1998	1999	2000	2001	2002 (e)
AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES	402 827	388 091	356 935	346 518	349 037	815 995
Aides à domicile	85 415	117 821	120 112	156 875	153 875	386 104
Aides ménagères	75 415	71 381	65 447	59 813	57 236	45 819
Allocation personnalisée d'autonomie (5)						297 066
Prestation spécifique dépendance à domicile (3)	10 000	46 440	54 665	63 289	74 146	23 493
Allocation pour tierce personne des 60 ans et plus à domicile (1)	ND	ND	ND	33 773	22 493	19 726
Aides à l'hébergement	142 364	165 585	174 121	189 643	195 162	429 891
Accueil en établissement au titre de l'ASH	128 656	125 194	120 908	117 261	116 773	113 752
Accueil chez des particuliers	708	831	920	939	1 011	978
Allocation personnalisée d'autonomie (6)						303 540
Prestation spécifique dépendance en établissement (4)	13 000	39 560	52 293	62 027	72 543	9 593
Allocation pour tierce personne des 60 ans ou plus en établissement (2)	ND	ND	ND	9 416	4 835	2 028
Total allocation personnalisée d'autonomie (5+6)						600 606
Total allocation pour tierce personne des 60 ans ou plus (1+2)	175 048	104 685	62 702	43 189	27 328	21 754
Total prestation spécifique dépendance (3+4)	23 000	86 000	106 958	125 316	146 689	33 086

Champ : France métropolitaine
Source : enquête *Aide sociale*, Drees.

- L'Aide ménagère pour les personnes de 60 ans ou plus : 46 000 bénéficiaires fin 2002

Les conseils généraux proposent, au titre de l'aide sociale, un service d'aide ménagère destiné aux personnes âgées de leur département : fin 2002, 46 000 personnes en ont bénéficié. On constate depuis le milieu des années 1980 une diminution continue (6 % par an en moyenne) du nombre de bénéficiaires de cette aide en raison principalement de l'élévation du niveau de vie des personnes âgées (le barème de ressources pour bénéficier de l'aide ménagère correspond à celui du minimum vieillesse). Néanmoins, en 2002, la mise en œuvre de l'APA accentue fortement le phénomène puisque l'on enregistre 20 % de baisse par rapport à 2001. L'APA, en effet, ouvre des droits à un public plus large que la PSD et en particulier aux personnes de GIR 4. Une partie des personnes prises en charge par l'aide ménagère départementale a ainsi pu prétendre à la nouvelle allocation.

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, service 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 les deux principales caisses de retraite (CNAV et MSA) qui s'élevait

à 399 700 bénéficiaires à la fin 2001, a diminué en métropole dans les mêmes proportions à savoir 19 %³¹⁰. Pour la seule CNAV, le nombre de bénéficiaires est passé de 315 600 à 241 500 entre fin décembre 2001 et la fin juin 2003, soit une diminution du nombre de bénéficiaires de 24 %.

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 90. À partir du 1^{er} avril 2002, le nombre des compléments a été porté à six afin de mieux prendre en compte les facteurs qui déterminent 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 2002, près de 121 000 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 14 000 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).

310. KERJOSSE Roselyne, « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2002 », *Études et Résultats*, n° 226, mars 2003, Drees.

**Tableau 2.19 – Nombre de familles bénéficiaires de l'AES (Tous régimes)
de 1990 à 2002**

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 (p)	121 000

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 baissé depuis le début des années 80 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 %).

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 scolarisation³¹¹ 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 ;
- 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.

311. 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.

- 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).

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				
Total	52 100	49 800	1 200	91 000 (2)	6 700 (3)

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

91 000 enfants scolarisés au sein des établissements et services médico-éducatifs

Les structures médico-sociales accueillent au 1^{er} janvier 2002, 119 000 enfants d'âge scolaire dont 91 000 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 se charge de l'apprentissage de notions plus ou moins complexes en fonction des capacités de l'enfant. La déficience principale est déterminante pour la 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).

- 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 jeu-

Tableau 2.21 – Modes de scolarisation des enfants et adolescents en établissements et services médico-sociaux au 1^{er} janvier 2002

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
Déficiences non renseignées	12	66	1	21	100
Ensemble	22	55	4	19	100

Champ : France entière.

Source : Drees, enquête ES, 2001, données provisoires.

nes au titre de l'article L 242.4 du code de l'Action Sociale et des Familles (dit amendement CRETON) en raison d'un manque de place en établissement médico-social pour adultes.

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).

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.

Tableau 2.22 – Orientations en établissements et services médico-éducatifs en 1999-2000

Total des orientations en structures médico-éducatives	94 800
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.

126 000 enfants et adolescents handicapés pris en charge en 2002 dans des établissements ou service d'éducation spéciale

Au 1^{er} janvier 2002, 126 000 enfants et adolescents étaient pris en charge dans des établissements ou services d'éducation spéciale pour enfants handicapés. La majorité d'entre eux (62,6 %) étaient des garçons, 42 500 d'entre eux étant pris en charge en internat³¹². Les établissements (comptant 103 800 places installées au 1^{er} janvier 2002) sont spécialisés par type de déficience et accueillent en effet les enfants soit en internat (41 % des places en établissements), soit en externat (59 % des places en établissements). Les SESSAD (23 000 places installées), également spécialisés par type de handicap, sont par ailleurs orientés vers l'intégration scolaire et ont vocation à intervenir sur le lieu de vie des enfants et adolescents (cf. chapitre III). Dans ce dernier type de structures, le nombre de places a augmenté de 28 % entre 1998 et 2002.

Au 1^{er} janvier 2002, près de 42 % des enfants qui fréquentent l'ensemble de ces structures avaient entre 11 et 15 ans, 4,3 % plus de 20 ans et 3,1 % étaient maintenus en établissements au titre de l'amendement Creton. 51 % 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 51 % des enfants ont une déficience associée à leur déficience principale.

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.

312. MONTEIL Christian : « Les enfants handicapés en internat en 1998 », *Études et Résultats*, n° 106, mars 2001, Drees.

- La reconnaissance du handicap :
près de 3,3 millions d'adultes de 20 ans et plus
sont reconnus handicapés selon l'enquête HID

Depuis la loi d'orientation du 30 juin 1975, des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (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 2.9). 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-

ENCADRÉ 2.9 – 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'in-

sertion 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 touche 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^{er} juillet 2002 au 30 juin 2003, à comparer au revenu de l'année 2001 est de 6 847,10 € pour une personne seule et de 13 694,20 € pour des personnes mariées ou vivant maritalement, avec une majoration de 3 423,55 € 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^{er} juillet 2002, le montant mensuel de l'AAH au taux normal (1/12^e du minimum vieillesse) est de 577,92 €. 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 744,05 € par mois depuis le 1^{er} 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.

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.

- Près de 1 500 000 demandes examinées par les COTOREP en 2002, dont 1 071 000 décisions favorables

En 2002, les COTOREP ont reçu 1 500 000 demandes et en ont examiné 1 474 000 dont certaines dataient de 2001. Sur ces 1 474 000 demandes examinées, les COTOREP ont prononcé 979 000 accords, et proposé 92 000 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 979 000 décisions favorables prises en 2002 (tableau 2.23). En moyenne, chaque demandeur a déposé deux types de demande auprès des COTOREP en 2002.

Tableau 2.23 – Demandes ayant reçu un accord de la Cotorep

nombre d'accords en milliers

	1999	2000	2001	2002	Évolution 2002/2001
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	204	222	234	239	2,1 %
Orientation professionnelle	133	149	151	153	1,3 %
Abattement de salaire	3	3	3	3	0,0 %
Allocation adulte handicapé	185	201	205	211	2,9 %
Allocation compensatrice pour tierce personne	...	35	34	34	=
Carte d'invalidité (CI)	...	...	297	295	-0,7 %
Placement	...	32	33	33	=
Autres (1)	...	...	14	11	-21,4 %
Ensemble	...	...	971	979	0,8 %

1. hors carte européennes de stationnement.

Champ : France entière.

Source : DGEFP, COTOREP et DREES.

En 2002, le nombre de décisions favorables prises par les COTOREP s'est accru de 0,8 % par rapport à l'année précédente³¹³ (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.

Par rapport à l'année 2001, excepté le nombre de cartes de stationnement, ce sont les accords d'AAH et de RQTH qui ont enregistré les plus fortes progressions (respec-

313. Évolution calculée hors propositions de carte de stationnement.

tivement +2,9 % et +2,1 %). Les décisions d'orientation professionnelle ont augmenté de 1,3 %, et les attributions de cartes d'invalidité sont restées stables.

- Les prestations destinées aux adultes handicapés : principalement l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)

753 000 bénéficiaires de l'AAH en 2002

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 95 % des cas) ou les caisses locales de la Mutualité sociale agricole 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 plus de 5 % par an pendant la même période.

L'AAH reste à cet égard l'allocation qui touche le plus grand nombre de bénéficiaires, plus de 750 000 en 2002 (tableau 2.24). Viennent ensuite les pensions d'invalidité (450 000 en 2001), les pensions militaires d'invalidité (273 000 en 2002), la garantie de ressources aux travailleurs handicapés (119 000 en 2002) et le minimum invalidité (105 000 en 2001). Alors que le nombre de pensions d'invalidité tend à se stabiliser, le nombre de bénéficiaires de pensions militaires d'invalidité diminue régulièrement (encadré 2.10).

Tableau 2.24 – Bénéficiaires adultes des prestations d'invalidité

effectifs en milliers en fin d'année

	1990	1995	1999*	2000*	2001*	2002*
Pensions militaires d'invalidité	427	371	315	299	286	273
Pensions d'invalidité (*)	414	423	442	454	449	
Minimum invalidité (allocation supplémentaire)	132	103	102	104	105	
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	519	594	694	713	735	753
<i>dont complément d'AAH</i>		104		139	145	149
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.

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 domicile³¹⁴. Près de 207 500 personnes ont bénéficié d'une telle aide en 2002 (tableau 2.25).

314. BAUDIER-LORIN Claire et CHASTENET Benoît : « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2002 » *Études et Résultats*, n° 255, août 2003, Drees.

ENCADRÉ 2.10 – 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.

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 2002 à 99 000 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, à l'exception de l'année 1999, toujours accru (en moyenne de 2,5 % par an entre 1997 et 2002).

Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement des personnes handicapées, tous âges confondus, s'est quant à lui accru de 2,3 % en 2002 (tableau 2.26). Dans les foyers d'accueil médicalisés le nombre des bénéficiaires conti-

Tableau 2.25 – Bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes handicapées

effectifs au 31 décembre

	1997	1998	1999	2000	2001	2002 (e)
Aide aux personnes handicapées	184 093	190 686	189 025	194 446	201 472	207 488
Aides à domicile	9 898	11 582	11 866	90 234	95 224	95 119
Aides ménagères et auxiliaires de vie	9 898	11 582	11 866	12 868	13 125	13 856
Allocation pour tierce personne des moins de 60 ans à domicile (1)	ND	ND	ND	77 366	82 099	81 263
Aides à l'hébergement	86 867	89 165	88 955	104 212	106 248	112 369
Accueil en établissement	77 081	78 660	77 980	77 945	79 013	80 857
Accueil chez des particuliers	2 960	3 005	3 094	3 307	3 442	3 622
Accueil de jour	6 826	7 500	7 881	8 522	9 563	10 123
Allocation pour tierce personne des moins de 60 ans en établissement (2)	ND	ND	ND	14 438	14 230	17 767
Total allocation pour tierce personne des moins de 60 ans (1) + (2)	87 328	89 929	88 204	91 804	96 329	99 030

(e) Estimations.

Champ : France métropolitaine.

Source : Ministère en charge des affaires sociales, DREES, Enquête Aide sociale.

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 (e)
Foyer hébergement	34 748	35 126	35 269	34 097	34 073	34 543
Foyer occupationnel	28 535	28 839	29 041	30 652	30 492	30 826
MR, hospice, USLD	10 129	10 240	8 852	8 108	7 885	8 535
Foyer d'accueil médicalisé	3 669	4 455	4 818	5 087	6 563	6 951
Total	77 081	78 660	77 980	77 944	79 013	80 855

(e) Estimations.

Champ : France métropolitaine.

Source : ministère en charge des affaires sociales, DREES, Enquête Aide sociale.

nue de croître, +5,9 % en 2002, avec un quasi-doublement entre 1995 et 2002. 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 : après trois années de baisse, le nombre de bénéficiaires hébergés dans ces trois types de structures a progressé de 8,2 % en 2002.

- 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 eu de la part de la COTOREP une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), 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 équi-

valents temps pleins. 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 (AGEFIPH). 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 années³¹⁵.

D'après l'enquête *HID*, fondée sur l'interrogation des individus, le nombre d'actifs handicapés³¹⁶ 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.

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
Total actifs	443 449	103 840	57 905	12 769	99 832	717 795

* 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 2002, les COTOREP ont prononcé près de 149 000 décisions d'orientation professionnelle (tableau 2.28). Le nombre annuel de décisions d'orientation professionnelle, qui avait doublé entre 1985 et 1999, est en décélération (+2 % en 2001 et +1 % en 2002). Plus de la moitié de ces décisions sont prises vers le milieu ordinaire, 13 % vers la formation (notamment en centre de rééducation professionnelle), et le tiers vers le milieu protégé (6 % vers un atelier protégé et 26 % 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).

315. AMIRA Selma, OKBA Mahrez, RAMARRE Anne : « Les travailleurs handicapés en 2000 : des embauches en augmentation grâce à une bonne tenue de l'emploi », *Premières synthèses*, n° 47-1, novembre 2002, ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Dares.

316. AMIRA Selma : « L'emploi et le chômage des personnes handicapées en 1999 », *Premières synthèses*, n° 44-3, novembre 2001, ministère de l'Emploi et de la solidarité, Dares.

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	61 177
1990	13 265	(4)	28 997	5 810	22 461	70 533
1995	15 630	(4)	52 870	9 000	33 900	111 400
1999	8 269	8 867	66 674	9 461	35 795	129 066
2000	8 745	8 813	78 725	10 525	37 680	144 488
2001	9 845	8 713	79 896	10 769	38 114	147 337
2002	11 304	8 740	80 443	9 579	38 818	148 884

(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.

- Les établissements du milieu protégé (centres d'aide par le travail et ateliers protégés) 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 emploient au 1^{er} janvier 2002 un peu plus de 17 000 personnes ayant une capacité de travail au moins égale au tiers de la capacité normale et les centres d'aide par le travail près de 98 000 personnes ayant une capacité de travail inférieure au tiers de la capacité normale.

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 dans ces structures 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 ateliers protégés.

- L'accueil des adultes handicapés par les établissements médico-sociaux

33 200 décisions annuelles d'orientation vers des établissements médico-sociaux par les COTOREP en 2002

En 2002, les COTOREP ont prononcé 33 200 décisions d'orientation (tableau 2.29) vers des établissements médico-sociaux, sans pour autant que la personne handicapée trouve nécessairement 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 12 à 18 % dans les autres types d'établissements.

Tableau 2.29 – Décisions d'orientation en établissement médico-social

	2000	2001	2002
Foyer d'hébergement	5 466	5 472	5 665
Foyer occupationnel	11 895	12 537	12 655
Foyer d'accueil médicalisé	3 746	4 238	4 114
Maison d'accueil spécialisée	5 688	6 036	6 059
Autres	4 737	4 326	4 685
Ensemble	31 532	32 609	33 178

Champ : France entière.
Source : COTOREP et DREES.

Le nombre de décisions d'orientation en établissements médico-sociaux a progressé de 3,5 % en 2002 par rapport à l'année précédente. Les orientations vers les foyers d'accueil médicalisé, qui avaient le plus progressé en 2001 (+13 %), accusent une baisse de près de 3 % en 2002. Les orientations vers les foyers d'hébergement augmentent de 3,5 %.

En 2002, 39 000 adultes handicapés en foyer d'hébergement, 34 500 en foyer occupationnel, 14 000 en maison d'accueil spécialisée, 9 100 en foyer d'accueil médicalisé

Quatre types d'établissements accueillent les personnes handicapées adultes. Au 1^{er} janvier 2002, les foyers d'hébergement accueillent 39 000 personnes qui travaillent pour près de 86 % d'entre eux 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). 48 % ont plus de 39 ans et 59 % des personnes accueillies sont des hommes.

Tableau 2.30 – Structure des effectifs par déficience et type d'établissement

au 1^{er} janvier 2002

Déficience principale	Ateliers protégés	Centres d'aide par le travail	Foyers d'hébergement	Foyers occupationnels	Maisons d'accueil spécialisé	Foyers d'accueil médicalisé
Déficiences intellectuelles	50	76	76	70	48	44
Autres déficiences du psychisme	8	14	14	13	8	18
Déficiences du langage et de la parole	0	0	0	0	0	1
Déficiences auditives	3	1	1	1	1	1
Déficiences visuelles	2	1	1	1	0	1
Déficiences motrices	8	3	3	8	8	19
plurihandicap	1	1	1	1	5	4
Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles	2	0	0	0	0	0
Polyhandicap	0	0	0	2	28	11
Autres déficiences	9	1	1	1	1	1
Non-réponse	16	2	3	2	1	0
Total	100	100	100	100	100	100

Champ : France entière.
Source : DREES, enquête ES 01, résultats provisoires.

34 500 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 foyers occupationnels 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 49 % ont plus de 39 ans et 55 % sont des hommes.

Au 1^{er} janvier 2002, les maisons d'accueil spécialisées accueillent de leur côté 14 500 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 43 % ont plus de 39 ans et près de 56 % sont des hommes.

Les foyers d'accueil médicalisé offrent un hébergement à 9 100 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 2002, 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, 11 % de polyhandicap et près de 18 % d'une déficience du psychisme. Plus de 43 % ont plus de 39 ans et près de 58 % sont des hommes.

Au 1^{er} janvier 2002, près de 97 000 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.