



URCAM

ALSACE

PRÉFECTURE DE LA RÉGION ALSACE

PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Diagnostic sur l'état de santé de la population alsacienne

*Document réalisé par l'Observatoire régional de la santé d'Alsace
à la demande de la
Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Alsace
et de
L'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Alsace*



Juillet 2005

Avant-Propos

La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace (DRASS) a confié à l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace (Orsal) la réalisation de la première partie de l'état des lieux du PRSP. Ce rapport s'appuie en partie sur les travaux précédemment réalisés pour l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace (ARH) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Alsace (URCAM) à l'occasion de la rédaction du Diagnostic partagé sur la Santé et les soins en Alsace.

Le suivi et la validation des travaux ont été assurés par un comité de pilotage regroupant des représentants de la DRASS, de l'URCAM et de l'ARH.

Ce travail repose en grande partie sur les études réalisées au cours des dernières années en Alsace ou, à défaut, d'enquêtes nationales et sur l'exploitation des principales bases de données susceptibles de fournir des informations sur la situation démographique, sanitaire et l'offre de soins en Alsace. Il s'agit en particulier de données :

- d'Etat Civil, des recensements de la population, d'estimations localisées de population et de projections de population (source INSEE),
- de démographie des professions médicales et paramédicales (base ADELI, source DRASS - DREES),
- d'activité des services de court séjour et d'évaluation des besoins de santé (EBS) à partir de ces données (base PMSI EBS, source DHOS),
- d'offre et activité des services de soins hospitaliers (base SAE, source DRASS-DREES),
- de production et consommation de soins libéraux (bases SIAM-SNIR, source URCAM),
- de mortalité (sources Inserm - CépiDC et Eurostat),
- d'incidence des cancers (sources, registres des Cancers du Bas-Rhin et du Haut-Rhin),
- de mortalité et de morbidité coronaires (source, registre MONICA du Bas-Rhin),
- d'affection de longue durée (ALD) des trois principaux régimes d'Assurance Maladie (sources, CNAMTS, CANAM, CCMISA),
- d'état de santé recueilli par les centres d'examen de santé de la région.

Certaines de ces bases étaient détenues par l'Orsal alors que d'autres ont dû faire l'objet d'extractions spécifiques par les organismes les détenant (DRASS, URCAM).

Liste des personnes ayant participé à l'élaboration de ce document

Comité de pilotage

Docteur François Paul Debionne (DRASS Alsace)
Monsieur Stéphane Favret (URCAM Alsace)
Monsieur Claude Filser (DRASS Alsace)
Madame Catherine Fischer (DRASS Alsace)
Docteur Françoise Schaetzel (DRASS Alsace)
Monsieur Daniel Speckel (ARH Alsace)

Auteurs

Monsieur Frédéric Imbert (ORSAL)
Monsieur Philippe Enderlin (ORSAL)
Monsieur Hervé Polesi (ORSAL)
Monsieur Dominique Fernandez (ORSAL)
Docteur Nicole Schauder (ORSAL)

Ont également participé à la rédaction du document

Monsieur Frédéric Bauer (CREAI) auteur de la partie *Les personnes handicapées*
Madame Catherine Fischer (DRASS Alsace) auteur de la partie *Géographie et économie* et co-auteur de la partie *Offre de soins*

et les membres du groupe de travail de la "coordination santé"

Monsieur Yann Baudais (DRASS Alsace)
Monsieur Xavier Boos (Préfecture de région – SGARE)
Docteur Magdeleine Brom (DRTEFP Alsace)
Madame Christelle Chazaux (Préfecture Bas-Rhin)
Madame Geneviève Christoph (CRAMAM)
Madame Johanna Clément (DDASS Bas-Rhin)
Docteur François Paul Debionne (DRASS Alsace)
Madame Barbara Eder (DRASS Alsace)
Docteur Tarik El-Mrini (DRASS Alsace)
Monsieur Stéphane Favret (URCAM Alsace)
Docteur Patrice Ferre (DDASS Haut-Rhin)
Monsieur Claude Filser (DRASS Alsace)
Docteur Pascale Fritsch (DRASS Alsace)
Madame Laurence Fritz (DDASS Bas-Rhin)
Docteur Sylvie Gossel (DDASS Bas-Rhin)

Monsieur Nicolas Imbert (DRIRE)
Docteur Jeanne Kochanowski (Rectorat)
Docteur Jean-François Laurent (Conseil Général Bas-Rhin)
Madame Marie-Christine Laurent (DDASS Haut-Rhin)
Madame Gwenaëlle Maudet (Mutualité Française Alsace)
Madame Christine Meo (Rectorat)
Madame Christine Miralles (DDASS Haut-Rhin)
Docteur Marie-Odile Montalvo (DRASS Alsace)
Madame Joëlle Peixoto (DR Services Pénitentiaires)
Docteur Christine Pillay (DDASS Haut-Rhin)
Docteur Martine Roegel (DRDJS)
Docteur Françoise Schaetzel (DRASS Alsace)
Madame Patricia Schuler (DDASS Haut-Rhin)
Docteur Eric Schwartzenruber (DRASS Alsace)
Monsieur François Thomas (CRAMAM et Régime local d'Alsace Moselle)
Docteur Geneviève Vierling (Conseil Général Bas-Rhin)
Madame Solange Walter (DRASS Alsace)

Sommaire

Première partie :

Contexte démographique économique et géographique11

Contexte régional.....	13
<i>Géographie et économie</i>	<i>13</i>
<i>Vieillesse de la population.....</i>	<i>15</i>

Deuxième partie : Etat de santé.....17

Espérance de vie	19
-------------------------------	-----------

Mortalité générale	21
---------------------------------	-----------

Mortalité prématurée et évitable.....	25
--	-----------

Disparités infrarégionales de santé.....	27
---	-----------

Principales causes de décès	31
--	-----------

<i>Mortalité selon la cause de décès.....</i>	<i>32</i>
---	-----------

<i>Affections cardio-vasculaires.....</i>	<i>33</i>
---	-----------

<i>Tumeurs.....</i>	<i>34</i>
---------------------	-----------

<i>Maladies de l'appareil respiratoire</i>	<i>37</i>
--	-----------

<i>Causes externes de traumatismes et empoisonnements.....</i>	<i>38</i>
--	-----------

<i>Maladies de l'appareil digestif</i>	<i>45</i>
--	-----------

Les maladies chroniques	47
--------------------------------------	-----------

<i>L'asthme</i>	<i>47</i>
-----------------------	-----------

<i>Le diabète.....</i>	<i>49</i>
------------------------	-----------

<i>Insuffisance rénale chronique</i>	<i>50</i>
--	-----------

Les maladies infectieuses.....	51
---------------------------------------	-----------

<i>Hépatite B.....</i>	<i>52</i>
------------------------	-----------

<i>Hépatite C.....</i>	<i>52</i>
------------------------	-----------

<i>VIH-Sida</i>	<i>53</i>
-----------------------	-----------

<i>La tuberculose.....</i>	<i>55</i>
----------------------------	-----------

Santé mentale et pathologies mentales.....	57
---	-----------

Les maladies rares.....	63
--------------------------------	-----------

Disparités sociales d'état de santé, d'accès aux soins et de comportements de santé	65
--	-----------

<i>La CMU.....</i>	<i>65</i>
--------------------	-----------

<i>Inégalités sociales de santé</i>	<i>67</i>
---	-----------

Santé de certaines populations particulières	69
<i>La santé de la mère et des petits enfants</i>	<i>69</i>
<i>Les enfants et les adolescents</i>	<i>73</i>
<i>Les personnes âgées</i>	<i>77</i>
<i>Les personnes handicapées</i>	<i>81</i>
<i>Les populations migrantes et étrangères</i>	<i>85</i>
<i>Les détenus</i>	<i>89</i>

Troisième partie : Déterminants de santé95

Consommation de drogues licites et illicites	97
<i>Le tabac</i>	<i>97</i>
<i>L'alcool.....</i>	<i>99</i>
<i>Les drogues illicites et les traitements de substitution aux opiacés (TSO)</i>	<i>100</i>
Nutrition et activité physique.....	105
Santé travail	109
Santé environnement	115

Quatrième partie : Offre de soins et prévention119

Offre de soins	121
<i>Les professions de santé.....</i>	<i>121</i>
<i>Les équipements hospitaliers et médico-sociaux</i>	<i>127</i>
La prévention	135
<i>Les principales structures de prévention et de dépistage</i>	<i>136</i>
<i>Les activités de prévention</i>	<i>141</i>
<i>Les campagnes de dépistage organisé.....</i>	<i>145</i>
<i>Les vaccinations.....</i>	<i>150</i>

Première partie

Contexte démographique économique et géographique

Contexte régional

FAITS MARQUANTS

- *Démographiquement dynamique, l'Alsace est une région densément peuplée, sans difficulté notable d'accès aux soins.*
- *Près d'un actif sur trois est ouvrier contre moins d'un sur quatre en métropole.*
- *Si les indicateurs économiques et sociaux restent plus favorables que dans d'autres régions, l'Alsace est touchée, depuis quelques années, par une croissance rapide du chômage et l'augmentation de la précarité.*
- *Après l'Ile-de-France, l'Alsace est la région où la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus est la plus faible. Mais leur nombre va rapidement croître comme sur l'ensemble du territoire métropolitain.*

Géographie et économie

Une des régions les plus denses de France

L'Alsace est la plus petite des régions de métropole après la Corse et se place au troisième rang des régions les plus densément peuplées derrière l'Ile de France et le Nord Pas-de-Calais. Elle compte, au 1^{er} janvier 2003, 1 775 390 habitants, soit 3 % de la population française et une densité de 214 habitants/km², deux fois supérieure à la moyenne nationale (109 habitants/km²).

La région est également une des plus urbaines de France. L'espace à dominante urbaine abrite 93 % de la population. Ce territoire, restreint et bien desservi, présente un avantage en matière d'accès géographique aux dispositifs de soins.

Démographiquement dynamique et attractive, elle enregistre un taux d'accroissement naturel positif (plus de naissances que de décès) et un taux d'immigration important. Ainsi, la croissance est deux fois plus importante que la moyenne nationale, soit une progression de 0,73 % en moyenne régionale entre 1990 et 1999, contre 0,37 % sur l'ensemble du pays.

Une région économiquement dynamique et riche

L'Alsace figure parmi les régions les plus dynamiques économiquement. En 2000, avec un produit intérieur brut par habitant de 24 000 euros, elle se situe au deuxième rang des régions de province. C'est également la région de province où le revenu net imposable moyen par foyer fiscal est le plus élevé, avec 15 200 euros, soit 850 euros de plus que la moyenne nationale.

Comme ailleurs, le secteur tertiaire prédomine avec 35 % de la valeur ajoutée régionale. La grande distribution, le commerce de gros et le secteur bancaire sont bien développés. Enfin, elle est bien placée pour la recherche publique, essentiellement tournée vers la recherche fondamentale, dans les domaines de la chimie et des sciences de la vie.

L'Alsace se caractérise également par l'importance de son industrie qui contribue pour un quart à la valeur ajoutée régionale, ce qui place la région au troisième rang des régions françaises. La diversité de ses activités industrielles est un atout pour mieux supporter les aléas économiques conjoncturels.

Ce secteur emploie plus d'un salarié alsacien sur quatre et 4,3 % des emplois industriels métropolitains sont situés dans la région. L'Alsace est, de ce fait, une des régions les plus ouvrières de France. Elle compte 33 % d'ouvriers dans sa population active ayant un emploi contre seulement 27 % en moyenne métropolitaine, ce qui n'est pas neutre en matière d'état de santé de la population, tant les disparités sociales sont importantes entre catégories socioprofessionnelles (cf. ci-après "*Disparités sociales d'état de santé, d'accès aux soins et de comportement de santé*"). La structure sociale de la population alsacienne explique, en partie au moins, des indicateurs régionaux de santé plutôt défavorables.

Mais un marché du travail qui se dégrade rapidement

L'Alsace a été pendant plusieurs années peu touchée par le chômage de masse, avec le taux de chômage régional le plus faible. Depuis 2003, la région a perdu cette position ; elle est passée courant 2003 au second rang après le Limousin, puis au 4^{ème} fin 2004.

En 2001, le chômage est parti à la hausse pour atteindre 5,8 % des actifs fin 2001, 7,0 % fin 2002, 8,1 % fin 2003 et 8,4 % à l'automne 2004, ce qui rapproche la région de la moyenne nationale (9,9 %), restée stable depuis plusieurs trimestres. Cette forte dégradation du marché de l'emploi concerne l'ensemble des classes d'âge. Les chômeurs de longue durée ont augmenté de 25 % en 2004, soit cinq fois plus vite qu'en moyenne nationale. Ils représentent désormais 27 % de la demande d'emploi régionale, taux qui reste inférieur au taux national de 30 %.

Une progression récente de la précarité

Le niveau moyen de revenus des habitants est élevé et les taux de recours aux dispositifs de lutte contre l'exclusion - RMI, CMU complémentaire ou allocation supplémentaire du minimum vieillesse - sont parmi les plus faibles, mais l'Alsace n'est pas épargnée par la pauvreté.

La forte dégradation du marché de l'emploi se traduit par une augmentation rapide du nombre d'allocataires de minima sociaux. Pour l'année 2003, l'augmentation de l'effectif de bénéficiaires du RMI est de 10 % en Alsace, contre 5 % pour la France métropolitaine. Ceci entraîne l'émergence de nouvelles franges de populations touchées par la précarité professionnelle et sociale. Aux quartiers qui concentrent des populations en difficulté dans les principales agglomérations régionales - Strasbourg, Mulhouse, Haguenau et Colmar - s'opposent des poches de pauvreté dans des zones périphériques et excentrées, comme le fond de certaines vallées vosgiennes, l'Alsace bossue ou le Piémont des Vosges du nord. Ces évolutions, si elles se poursuivent, sont susceptibles d'avoir des effets négatifs sur la santé de la population régionale, tant le lien entre état de santé et précarité est marqué.

Nombre et taux d'allocataires de prestations d'intervention sociale au 1^{er} janvier 2003

	Nombre d'allocataires en Alsace	Taux d'allocataires Alsace pour 1 000*	Taux d'allocataires France métropolitaine
Allocation parents isolés (API)	4 182	9,4	11,4
Allocation adultes handicapés (AAH)	16 845	12,8	16,4
Revenu minimum d'insertion (RMI)	18 335	18,5	29,6

Sources : DRASS, CNAF, CCMSA

* pour l'API, le taux d'allocataires est calculé pour 1 000 femmes de 15-49 ans ;
pour l'AAH pour 1 000 personnes de 20 ans ou plus ;
pour le RMI pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans

Vieillesse de la population

Une des plus jeunes régions de France métropolitaine

La population alsacienne est moins âgée que la population française : en 2003, la part des 75 ans et plus s'élève à 6,2 % contre 7,7 % sur le territoire métropolitain. Dans ce domaine, les disparités régionales sont importantes. L'Alsace est la deuxième région la moins âgée de France, juste après l'Ile-de-France (5,9 % de personnes de 75 ans et plus). A l'autre extrême, le Limousin, qui compte 11,7 % de 75 ans et plus dans sa population, est la région la plus vieillissante de France. La moindre représentation de la population âgée en Alsace résulte d'un déficit de naissances entre les deux guerres beaucoup plus marqué et d'une surmortalité observée dès 65 ans.

Le vieillissement de la population alsacienne va s'accélérer

Malgré sa relative jeunesse, l'Alsace est concernée par le phénomène de vieillissement. Entre 1968 et 1999, la population régionale a augmenté de 23 %, l'effectif des 60 ans ou plus de 30 %, celui des 75 ans et plus de 85 %. Mais l'évolution la plus marquante concerne la population de 85 ans ou plus dont l'effectif a été multiplié par 3,6 au cours de cette même période. Ces progressions sont sensiblement identiques à celles observées sur l'ensemble du territoire métropolitain.

Projection de la population domiciliée en Alsace selon l'âge Évolution en effectifs

Deux sexes confondus - Projections modèle OMPHALE scénario central U*

	0-24 ans	25-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus	Ensemble
2000	563 984	778 509	160 405	142 275	72 217	28 500	1 745 890
2005	575 695	788 218	184 049	143 318	97 172	23 615	1 812 067
2010	573 389	789 980	225 464	142 210	106 072	35 308	1 872 423
2015	568 270	790 665	248 856	165 305	109 202	45 501	1 927 799
2020	566 611	784 430	259 458	204 124	111 208	53 831	1 979 662

Source : INSEE - OMPHALE

* Scénario basé sur les hypothèses suivantes : fécondité constante, baisse tendancielle de la mortalité, maintien des comportements migratoires observés durant la période 1990/1999

Projection de la population domiciliée en Alsace selon l'âge Évolution de la population par rapport à l'an 2000 (en %)

Deux sexes confondus - Projections modèle OMPHALE scénario central U*

	0-24 ans	25-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus	Ensemble
2005	2%	1%	15%	1%	35%	-17%	4%
2010	2%	1%	41%	0%	47%	24%	7%
2015	1%	2%	55%	16%	51%	60%	10%
2020	0%	1%	62%	43%	54%	89%	13%

Source : INSEE - OMPHALE

Lecture : entre 2000 et 2010, la population régionale devrait augmenter de 7 %, la population de 85 ans ou plus de 24 %

* Scénario basé sur les hypothèses suivantes : fécondité constante, baisse tendancielle de la mortalité, maintien des comportements migratoires observés durant la période 1990/1999

Depuis 2000, la population âgée de 85 ans et plus est en diminution (-17 % entre 2000 et 2005 selon les projections de l'Insee) en raison de l'entrée dans cette tranche d'âge des "classes creuses" liées à la première guerre mondiale. Mais, passé ce répit, les effectifs repartiront fortement à la hausse.

L'augmentation du nombre de personnes dépendantes pourrait s'accélérer à partir de 2007

Selon des projections nationales réalisées par la DREES¹ le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter, mais moins rapidement que la population âgée totale. Entre 2000 et 2020, cet effectif de dépendants augmenterait en France de 18 à 33 % selon le scénario retenu¹. Des tentatives de projections régionales concluent à des résultats assez similaires. Le nombre de personnes très âgées, à risque élevé de dépendance, n'augmenterait pas de façon régulière. Actuellement, nous nous trouvons en France dans une période d'accalmie, avec une progression lente, voire une quasi stagnation du nombre de dépendants. Cette accalmie ne serait que de courte durée car, dès 2007 et jusqu'en 2013, la croissance du nombre de dépendants devrait s'accélérer. Au-delà de 2013, le nombre de dépendants augmenterait toujours mais à un rythme à nouveau légèrement moins soutenu. Si la même tendance s'observait en Alsace, à partir de 2007 les difficultés de prise en charge de la dépendance, déjà observées actuellement, risqueraient de s'aggraver.

Le nombre de personnes âgées démentes pourrait fortement progresser

En ce qui concerne la démence, il n'existe pas de donnée régionale récente et fiable. En appliquant les résultats de l'étude PAQUID², on peut estimer que 17 900 personnes de 75 ans et plus sont démentes en 2004 en Alsace, dont plus de 14 400 sont atteintes de la maladie d'Alzheimer³. Dans une hypothèse où la prévalence par âge ne diminue pas, ces chiffres devraient très rapidement augmenter. Entre 2004 et 2009, chaque année, la région compterait 710 personnes démentes de plus à prendre en charge (dont 520 patients Alzheimer) ; en l'espace de 5 ans le nombre de déments augmenterait de 20 %, en 10 ans de 45 %, entraînant une augmentation des besoins de prise en charge adaptée.

¹ BONTOUT O., COLIN C. et KERJOSSE R. – Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 – Etudes et résultats n° 160 – Février 2002 - DREES

¹ Trois scénarii sont pris en compte dans cette étude, un scénario optimiste, un central et un pessimiste

² RAMAROSON H. et al. – Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte PAQUID – Rev Neurol, 2003, 159(4), 405-411.

³ Cette estimation ne concerne que des personnes de 75 ans et plus, conformément à l'étude mobilisée pour réaliser l'estimation régionale (cf. ci-dessus). La précédente estimation réalisée à partir de la cohorte PAQUID fournissait des données de prévalence pour les 65-74 ans. En se basant sur ces prévalences publiées en 1993 et non remises à jour, on peut estimer qu'en plus des 17 900 personnes de 75 ans et plus démentes, la région compterait 1 500 personnes démentes âgées de 65-74 ans.

Deuxième partie

Etat de santé

Espérance de vie

FAITS MARQUANTS

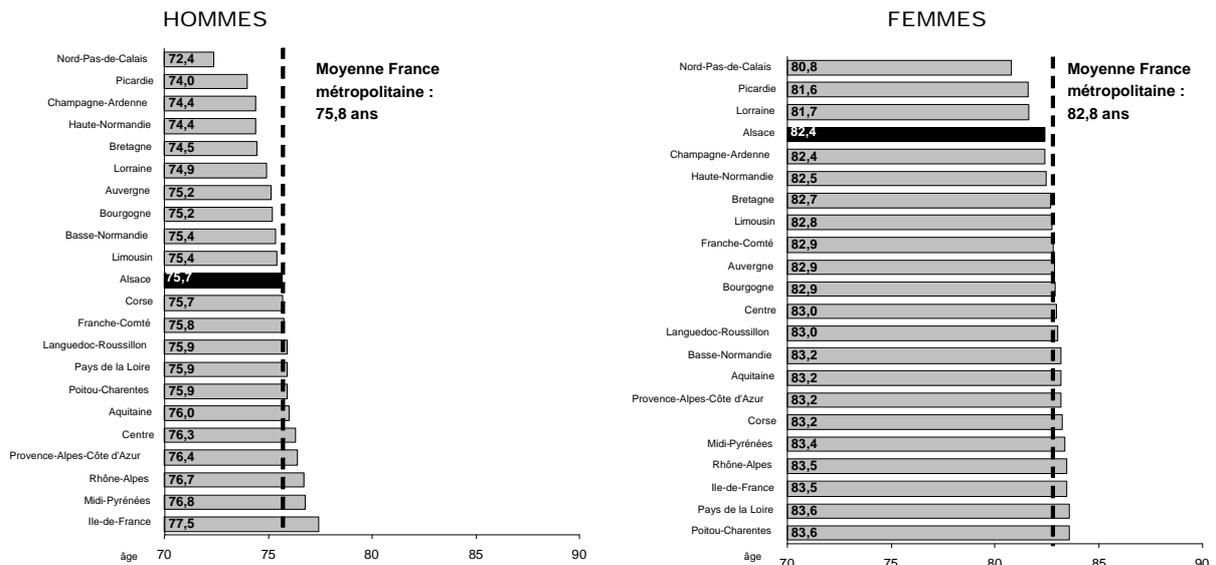
- En Alsace, l'espérance de vie masculine se trouve à présent pratiquement au niveau de la moyenne nationale.
- L'espérance de vie féminine est encore légèrement inférieure à la moyenne française mais tend à s'en rapprocher.
- Comme dans la majorité des autres régions, l'écart d'espérance de vie entre les deux sexes reste en Alsace très élevé, soit 6,7 années, mais se réduit progressivement.

L'espérance de vie, durant les années 70 et 80, a progressé rapidement en Alsace, permettant à la région de se rapprocher de la moyenne nationale. Au cours des années 90 et jusqu'en 2002, cette tendance favorable s'est poursuivie, l'Alsace étant encore la région de métropole dont l'espérance de vie augmente le plus vite. En 2002, l'espérance de vie des hommes atteint 75,7 ans dans la région, soit seulement 0,1 an de moins que la moyenne nationale, celle des femmes 82,4 ans, soit 0,4 an de moins que la moyenne nationale. En 1990, l'écart à la moyenne nationale était de plus d'un an, tant pour les hommes que pour les femmes.

Les disparités d'espérance de vie entre régions sont très marquées. En 2002, pour les hommes l'espérance de vie la plus courte s'observe en Nord-Pas-de-Calais (72,4 ans), la plus longue en Ile-de-France (77,5 ans), puis en Midi-Pyrénées (76,8 ans). Pour les femmes la dispersion de 2,8 ans est moins marquée que pour les hommes (5,1 ans). Le minimum s'observe en Nord-Pas-de-Calais (80,8 ans) et la valeur la plus élevée en Poitou-Charentes (83,6 ans).

La situation du Nord-Pas-de-Calais est particulièrement défavorable : l'espérance de vie des hommes se trouve en 2002 au niveau déjà atteint vingt ans plus tôt en Midi-Pyrénées, celle des femmes au niveau atteint quinze ans plus tôt en Poitou-Charentes.

Espérance de vie à la naissance selon la région en 2002



Sources : INSEE -Fichier Etat-Civil et Estimations localisées de population

Mortalité générale

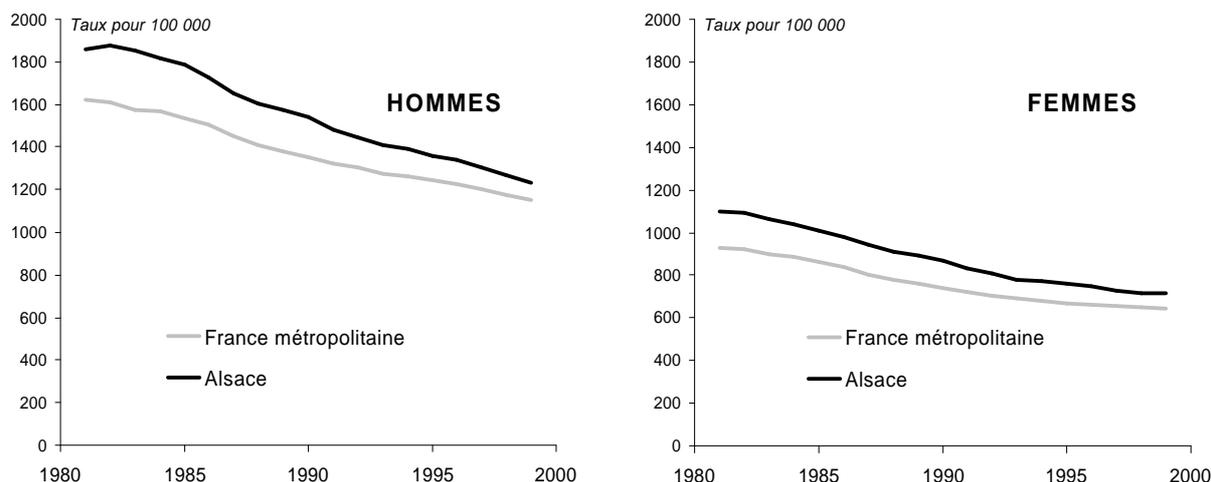
FAITS MARQUANTS

- En dépit d'une diminution particulièrement rapide, la mortalité régionale reste supérieure à la moyenne nationale, alors que depuis 1993-94, la mortalité prématurée (avant 65 ans) est inférieure à la moyenne nationale.
- Une nette dichotomie s'observe entre les générations nées avant la seconde guerre mondiale, qui présentent des indicateurs de mortalité plus défavorables que la moyenne des Français et celles nées après guerre dont les indicateurs sont plus favorables.
- Les indicateurs de mortalité féminine restent très favorables comparativement à ceux des hommes.

Une baisse de la mortalité plus rapide que dans toutes les autres régions de métropole

En Alsace, 14 200 personnes sont décédées en 2000. Depuis le début des années 80, après avoir éliminé les effets de structure par âge⁴, on constate que l'Alsace enregistre une diminution très importante de sa mortalité (-20% entre 1988-90 et 1998-2000 contre -15 % au niveau national). Cette diminution est plus soutenue que dans toutes les autres régions de métropole.

Evolution des taux comparatifs de mortalité générale en France et en Alsace entre 1981 et 1999*
(Taux moyens annuels pour 100 000 habitants)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation ORSAL

* Il s'agit de taux comparatifs annuels lissés sur trois ans. Ainsi le taux 1981 correspond en réalité au taux moyen annuel de la période 1980-82

Malgré cette évolution favorable, la région connaît toujours une nette surmortalité par rapport à la moyenne nationale, surtout pour les femmes (+11 % contre +4 % pour les hommes). De plus, en raison du vieillissement et de l'augmentation de la population, le nombre de décès ne diminue que très lentement depuis 10 ans.

⁴ Evolution des taux comparatifs de mortalité, taux standardisés sur l'âge

Mortalité générale en Alsace

	Nb de décès annuels		Mortalité standardisée sur l'âge	
	1998-2000	Evo. Depuis 1988-90	Evolution 1998-2000 / 1988-90*	Comparaison avec la moyenne nationale**
Hommes	6 973	- 5,7%	- 21,7%	+ 4,0%
Femmes	7 240	- 1,7%	- 19,5%	+ 11,5%
Deux sexes	14 213	- 3,7%	- 20,0%	+ 6,7%

Sources : INSEE, INSERM, exploitation ORSAL

* Evolution du taux comparatif

** Ecart entre l'indice comparatif de mortalité (ICM) Alsace et l'ICM France métropolitaine en 1998-00.

*** Ecart entre le taux comparatif Alsace et le taux comparatif de l'Europe des 15 en 1997-99.

Définition des principaux indicateurs utilisés dans le document

Indice Comparatif de Mortalité (ICM)

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Les ICM éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les régions françaises. En revanche ils n'autorisent pas les comparaisons entre deux périodes ou entre les deux sexes.

Un indice supérieur à 100 correspond à une mortalité supérieure à la moyenne nationale, un indice inférieur à 100 à une mortalité inférieure à la moyenne nationale. Un test du chi2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

Taux comparatif de mortalité

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence. Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

Incidence

L'incidence annuelle d'une maladie est le nombre de cas nouveaux de cette maladie enregistrés chaque année. Le taux d'incidence annuel est le nombre de ces nouveaux cas annuels rapportés à la population de l'année correspondante.

Prévalence

La prévalence est le nombre de cas d'une maladie au sein d'une population donnée, à un moment donné.

Des indicateurs plus défavorables pour les hommes

En Alsace (comme dans toutes les régions françaises), les hommes présentent des taux de mortalité nettement supérieurs à ceux des femmes, tant pour la mortalité générale (+ 72 %) que pour la mortalité prématurée (+ 125 %) et pour pratiquement toutes les causes de décès ; cancers (+ 116 %), maladies de l'appareil circulatoire (+ 53 %), respiratoire (+ 139 %) et digestif (+ 71 %) ou encore traumatismes et empoisonnements (+ 100 %).

Les indicateurs défavorables de mortalité concernent avant tout les générations nées avant guerre

Comme l'indiquent les chiffres favorables de mortalité prématurée, la surmortalité régionale ne concerne pas toutes les tranches d'âge. Les générations qui ont 60 ans ou plus, donc nées avant la seconde guerre mondiale, ont des indicateurs de

mortalité plus défavorables que la moyenne des Français du même âge. En revanche, les personnes nées après guerre et donc âgées de moins de 55 ans ont des indicateurs de mortalité plus favorables que la moyenne des Français.

Cette opposition entre générations d'avant guerre et d'après guerre était déjà observée il y a dix et même vingt ans⁵. On peut supposer que la rapide baisse de la mortalité observée depuis 20 ans en Alsace trouve là son ou du moins une de ses explications : les générations nées après guerre remplaçant progressivement celles nées avant guerre.

Ce mécanisme est amené à se poursuivre et on peut s'attendre à ce que la mortalité régionale (tous âges confondus) continue à diminuer plus rapidement en Alsace, jusqu'à passer sous la moyenne nationale à la fin de la décennie. Néanmoins d'autres éléments, tels que l'augmentation de l'obésité, de la prévalence du diabète ou de l'incidence des cancers chez les femmes jouent en défaveur de la région et pourraient peser négativement sur l'évolution de la mortalité.

L'impact de ces phénomènes émergents a, dans d'autres pays, déjà été estimé. Ainsi, l'analyse de l'effet de l'obésité sur la longévité amène à envisager qu'aux Etats-Unis d'Amérique l'espérance de vie puisse cesser sa croissance, voire décroître, dans les prochaines décennies⁶.

⁵ A la fin des années 80, la surmortalité régionale s'exprimait à 55-59 ans et au début des années 80 à 45-49 ans.

⁶ A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century, S. Jay Oshansky et al., New England Journal of Medicine, 352, 11, mars 2005.

Mortalité prématurée et évitable

FAITS MARQUANTS

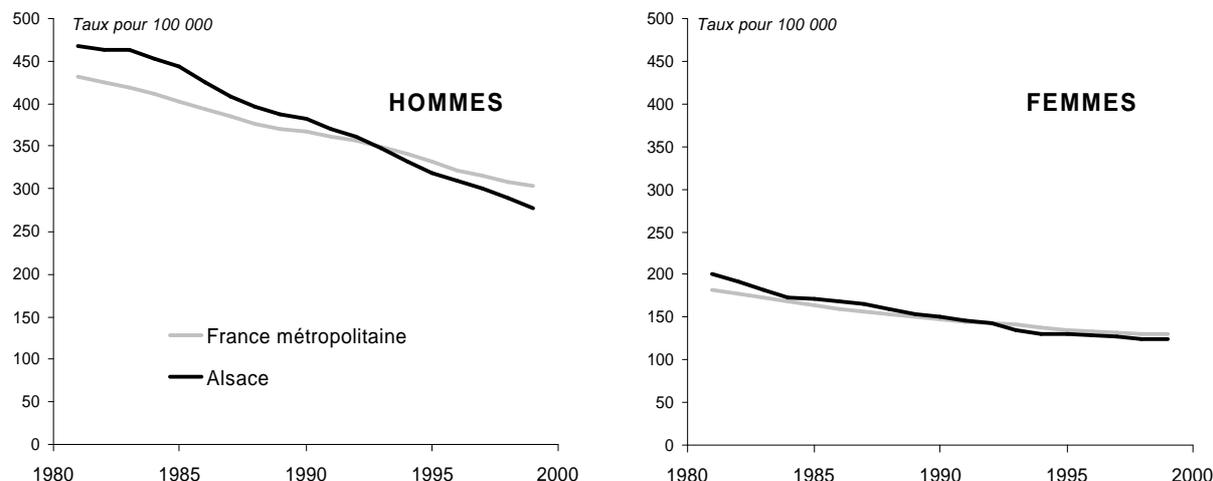
- *La mortalité prématurée concerne : 30 % des décès masculins, 13 % des décès féminins.*
- *50 % des décès prématurés masculins et 45 % des décès prématurés féminins sont potentiellement "évitables".*
- *La prévention de ces décès « évitables » passe :*
 - *pour les deux tiers (65 %) par des actions sur les facteurs de risques individuels (consommation excessive d'alcool, tabac, nutrition, ...) ;*
 - *pour un tiers (35 %) par une meilleure prise en charge par le système de soins (dépistage, campagnes de vaccination, organisation des soins et accès aux soins...), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels.*

La mortalité prématurée est à présent inférieure à la moyenne nationale

La mortalité prématurée est définie comme la mortalité survenant avant 65 ans. En Alsace, quelque 3 000 décès prématurés sont enregistrés annuellement, décès qui concernent essentiellement les hommes (30 % des décès masculins sont prématurés contre 13 % chez les femmes).

Comme pour la mortalité générale, l'Alsace est la région de métropole dont l'évolution est la plus favorable. Alors qu'au début des années 80 l'Alsace enregistrerait une sensible surmortalité prématurée, elle se situe à présent en retrait par rapport à la moyenne nationale (-10% pour les hommes et -5% pour les femmes).

Evolution des taux comparatifs de mortalité prématurée
en France et en Alsace entre 1981 et 1999*
(Taux moyens annuels pour 100 000 habitants)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation ORSAL

* Il s'agit de taux comparatifs annuels lissés sur trois ans. Ainsi le taux 1981 correspond en réalité au taux moyen annuel de la période 1980-82

Un décès prématuré sur deux serait potentiellement évitable

Dans les conditions sanitaires et sociales actuelles, 50 % des décès prématurés masculins et 45 % des décès prématurés féminins peuvent être considérés comme "évitables" selon les critères utilisés dans le cadre de recherches menées au niveau européen ou par l'INSERM (voir encadré).

Parmi ces décès "évitables", près des deux tiers (65 %) sont liés à des facteurs de risques individuels. Inversement la prévention d'un tiers (35 %) de ces décès "évitables" reposerait principalement sur une meilleure prise en charge par le système de soins (dépistage précoce, campagnes de vaccination, organisation des soins...), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels.

Répartition des décès prématurés selon leur caractère « évitable »
en Alsace en 1998-2000 - Décès moyens annuels

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Décès évitables	1 030	50%	413	45%
<i>Actions sur les facteurs de risque</i>	749	36%	183	20%
<i>Autres modalités d'action</i>	281	14%	230	25%
Autres décès	1 036	50%	507	55%
Total décès prématurés	2 066	100%	920	100%

Sources : INSERM CépiDC, INSEE, exploitation ORSAL

Le poids des comportements individuels varie fortement selon le sexe. En effet, chez les hommes, 73 % des décès "évitables" sont essentiellement liés à des conduites à risques (consommation d'alcool, de tabac, pratiques sexuelles, conduite automobile, ...) contre 44 % chez les femmes.

Cette différence est encore plus marquée dans le cas des cancers. Chez les hommes, 91 % des décès par cancers seraient "évitables" par des actions sur des facteurs de risque individuels (tabac et consommation excessive d'alcool) contre seulement 28 % chez les femmes. Chez ces dernières, 71 % des décès par cancers seraient "évitables" et, en particulier, ceux du sein et de l'utérus par une meilleure prise en charge par le système de soins ou le dépistage.

Définition de la mortalité évitable

Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme "évitables". Ce sont des décès dus à des causes dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire ni équipement nouveau. On peut associer à chaque cause de décès évitable une modalité d'action qui serait la plus efficace pour la prévenir. Deux catégories d'actions ont ainsi été déterminées : la première porte sur la modification de certains comportements individuels, en particulier l'alcoolisme, le tabagisme, la conduite routière, les modes d'alimentation, etc..., la seconde concerne l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, en particulier la prévention de certaines pathologies par le biais du dépistage, éventuellement renforcée par des actions sur certains comportements individuels.

La liste des causes de décès évitables utilisée dans ce document a été établie par la FNORS en s'inspirant à la fois des travaux européens menés sous l'égide du Comité d'actions concertées "Health Services Research" et des travaux menés au sein du Service d'information sur les causes médicales de décès de l'INSERM. Basée sur la classification simplifiée "S9" de l'INSERM, elle inclut les décès avant 65 ans par typhoïde, tuberculose, tétanos, sida, cancer de la cavité buccale et du pharynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires hypertensives, grippe, asthme, ulcères, mortalité maternelle, accidents de la circulation, chutes accidentelles et suicides.

Les travaux européens classent les décès "évitables" en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risque individuels, par exemple décès par cancer du poumon, alcoolisme ou encore accidents de la circulation. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, par exemple décès par tuberculose, cancer du sein ou par maladies hypertensives.

Disparités infrarégionales de santé

FAITS MARQUANTS

- *La surmortalité régionale s'observe sur pratiquement tout le territoire alsacien.*
- *La périphérie de Strasbourg et dans une moindre mesure de Colmar et Mulhouse, présentent les situations les plus favorables de la région.*
- *Les trois grandes villes de la région enregistrent des taux de mortalité prématurée élevés.*
- *Les cantons de Bischwiller et de Saales cumulent des indicateurs particulièrement défavorables.*

Comparativement à d'autres pays de l'espace européen, la France se caractérise par des disparités géographiques de santé particulièrement marquées. Si ces disparités interrégionales sont connues depuis de nombreuses années, de récents travaux ont permis d'aller plus loin en comparant les situations des zones d'emploi et même des cantons de la métropole. Dans son dernier rapport sur la Santé en France, le Haut Comité de Santé Publique⁷, souligne combien les écarts d'état de santé sont marqués au sein du territoire national. Ainsi, pour les hommes, en 1988-92, l'espérance de vie de la zone d'emploi la plus favorisée dépassait de 10,1 années celle de la zone d'emploi la moins favorisée. Pour les femmes, les écarts sont moins importants (6,9 ans).

Analyse des indicateurs de mortalité cantonaux et limites

Les cartes de ce rapport représentent les valeurs des Indices comparatifs de mortalité (ICM) des cantons alsaciens sur la période 1990-99. Seuls les ICM significativement différents de la moyenne nationale (deux premières cartes) ou régionale (cartes suivantes) ont été représentés (test du Chi², au seuil de 5 %).

Il faut garder à l'esprit que le nombre de décès enregistrés dans des cantons de petite taille peut être relativement faible et, de ce fait, seules des différences très importantes avec la moyenne régionale (ou nationale) seront statistiquement significatives. L'absence de différence significative peut donc dans certains cas s'expliquer par la faible population du canton.

Comparaison à la moyenne nationale : la surmortalité régionale s'observe sur pratiquement tout le territoire alsacien

Comme les autres régions du Nord et de l'Est de la France, le territoire alsacien semble globalement homogène, du moins, lorsque l'on compare les niveaux de mortalité de ses cantons à la moyenne nationale. Les deux cartes suivantes, montrent que les grandes caractéristiques épidémiologiques de la région, soit une surmortalité générale (tous âges et toutes causes confondues) et une sous-mortalité prématurée (avant 65 ans) se retrouvent sur une grande partie du territoire régional.

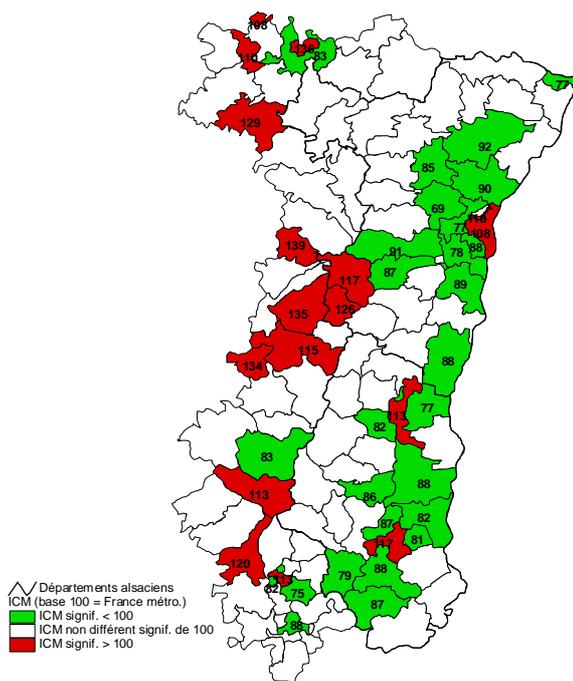
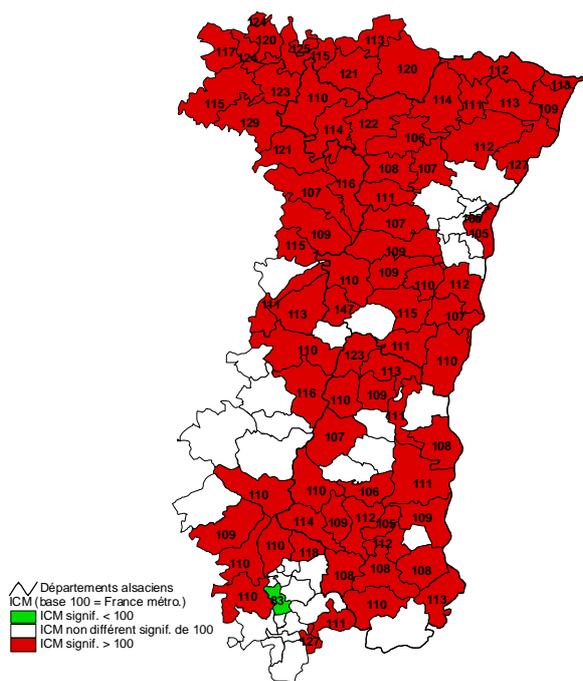
Ainsi, la quasi-totalité des cantons alsaciens présentent une mortalité générale supérieure à la moyenne nationale (différences significatives) alors qu'aucun d'entre eux ne se situe sous cette moyenne. A l'inverse, la mortalité prématurée est, dans une grande partie de la plaine d'Alsace inférieure à la moyenne nationale. En revanche, on enregistre pour les trois grandes agglomérations régionales et le canton de Saales de sensibles surmortalités prématurées.

⁷ La santé en France en 2002 - Haut Comité de Santé Publique

Mortalité des cantons alsaciens et limitrophes comparée à la moyenne France métropolitaine, deux sexes confondus (ICM France Métropolitaine =100)

Indice comparatif de mortalité générale
en 1990-99

Indice comparatif de mortalité prématurée
en 1990-99



Sources : Inserm CepiDC, INSEE Exploitation ORS Alsace

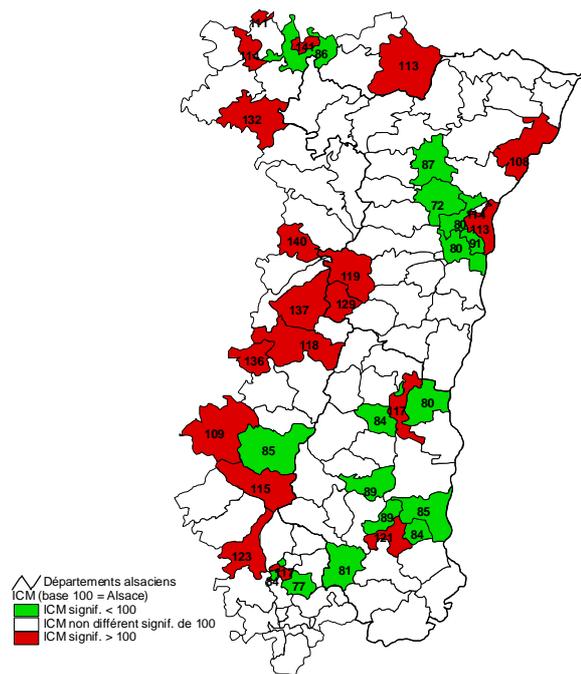
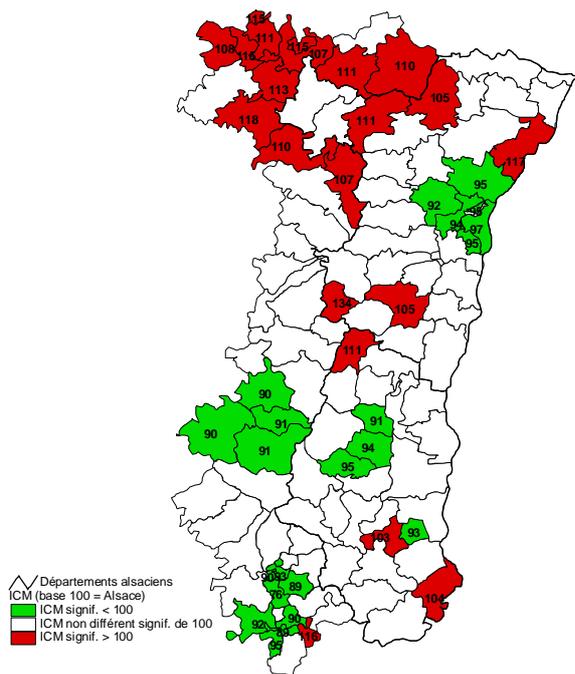
Comparaison à la moyenne régionale : une situation plus favorable dans la périphérie des grandes villes

Comparer les cantons alsaciens à la moyenne nationale masque les disparités au sein du territoire régional. La situation des cantons alsaciens et limitrophes a donc été comparée non plus à la moyenne nationale mais à la moyenne régionale. Dans ces cartes, seules les valeurs significativement différentes de la moyenne régionale sont représentées. En raison de la forte corrélation existante entre situation sanitaire et situation sociale de la population, les indicateurs de mortalité ont été analysés en regard d'indicateurs sociaux (proportion de cadres et d'ouvriers dans la population active, proportion de ménages non imposés, proportion de jeunes non diplômés, proportion de bénéficiaires du RMI et de l'API).

Mortalité des cantons alsaciens et limitrophes comparée à la moyenne Alsace, deux sexes confondus (ICM Alsace =100)

Indice comparatif de mortalité générale
en 1990-99

Indice comparatif de mortalité prématurée
en 1990-99



Sources : Inserm CepiDC, INSEE Exploitation ORS Alsace

Les situations les plus favorables, comparativement à la moyenne régionale, s'observent en périphérie des grandes agglomérations régionales. La plupart des cantons entourant Strasbourg présentent à la fois une mortalité générale et une mortalité prématurée nettement inférieures aux moyennes régionales. Dans le Haut-Rhin le même constat peut être fait pour les cantons d'Habsheim (périphérie est de Mulhouse) et de Wintzenheim (périphérie ouest de Colmar). Ce sont des cantons qui présentent des indicateurs sociaux favorables, faibles taux de ménages non imposés, de bénéficiaires de l'allocation parent isolé ou du revenu minimum d'insertion. La structure sociale se caractérise par une part élevée de cadres et une faible proportion d'ouvriers et de jeunes non diplômés.

Strasbourg, Colmar et Mulhouse ainsi que le canton de Schiltigheim présentent de fortes similitudes. La mortalité générale est comparable à la moyenne régionale, alors que leur mortalité prématurée dépasse nettement la moyenne régionale. Sur ce dernier point la situation est particulièrement préoccupante à Mulhouse dont la mortalité prématurée dépasse de 21 % la moyenne régionale et de 17 % la moyenne nationale. Comparées à d'autres villes françaises, ces trois agglomérations sont relativement atypiques. En effet, dans la grande majorité des autres régions, à l'exclusion de l'arc nord-est de la France, les grandes agglomérations enregistrent des niveaux de mortalité inférieurs à leur moyenne régionale⁸, ce qui n'est pas le cas en Alsace.

⁸ Source : la santé en France en 2002, Haut Comité de Santé Publique

Par ailleurs, les trois grandes villes de la région présentent des profils socio-démographiques qui se caractérisent à la fois par un fort taux de cadres dans la population active et une proportion élevée de bénéficiaires du RMI et de l'API, ainsi qu'un taux élevé de jeunes sans diplômes (exception faite de Strasbourg).

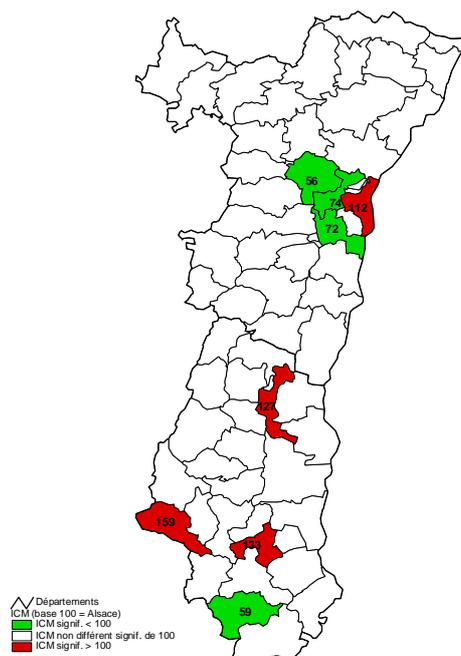
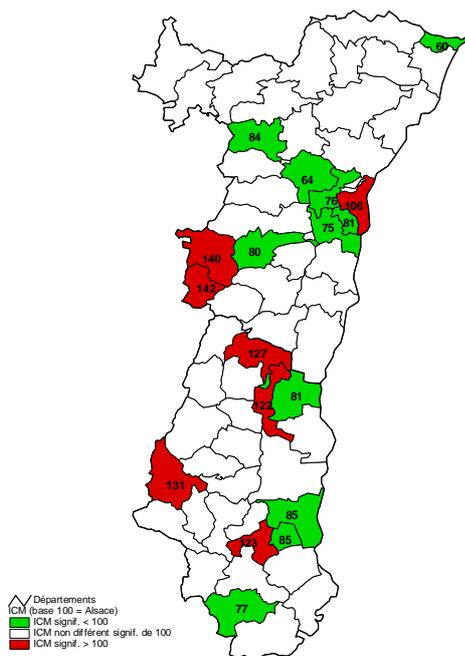
Le nord-ouest alsacien et les cantons mosellans limitrophes forment une vaste zone de surmortalité générale. Ceci concerne, en Alsace, les cantons de Niederbronn-les-Bains et de la Petite Pierre.

Les cantons de Bischwiller et de Saales cumulent les indicateurs défavorables avec une mortalité générale et une mortalité prématurée élevées. Saales présente une situation particulièrement défavorable. Sa mortalité générale (+34 % par rapport à la moyenne régionale) ainsi que sa mortalité prématurée (+29 %) sont les plus élevées d'Alsace. La part des foyers non imposés (51 %) et de jeunes non diplômés (22 %) y sont importants et le taux de bénéficiaires de l'API (20 %) est le plus élevé. Des indicateurs sociaux étudiés, seuls les taux de bénéficiaires du RMI et d'ouvriers ne diffèrent guère des moyennes régionales.

Mortalité évitable dans les cantons alsaciens comparée à la moyenne Alsace (ICM Alsace = 100)

Indice comparatif de mortalité prématurée évitable
en 1990-99, deux sexes confondus

Indice comparatif de mortalité prématurée évitable par
des actions sur les comportements individuels en
1990-99, deux sexes confondus



Sources : Inserm CapiDC, INSEE Exploitation ORS Alsace

Des taux de mortalité évitable particulièrement élevés dans quelques cantons du massif vosgien et pour les trois grandes villes de la région

L'analyse des taux de mortalité évitable dans les cantons alsaciens mène à des conclusions sensiblement identiques de celles induites par l'analyse de la mortalité prématurée.

La périphérie de Strasbourg se caractérise par des indicateurs plus favorables que le reste de la région. La ville de Strasbourg, mais plus encore de Colmar et Mulhouse, ont des taux de mortalité prématurée évitable élevés.

Pour les hommes, les situations les plus mauvaises s'observent dans certains cantons du massif vosgien dont en particulier celui de Saales.

Principales causes de décès

FAITS MARQUANTS

Maladies de l'appareil circulatoire

- *C'est la première cause de décès.*
- *Si la mortalité régionale est nettement supérieure à la moyenne nationale de nombreux autres éléments viennent nuancer ce constat défavorable :*
 - *la mortalité régionale est inférieure à la mortalité de l'Europe des 15,*
 - *la mortalité pour ces maladies diminue rapidement, plus rapidement qu'à l'échelle nationale.*
- *Les décès surviennent rarement avant 65 ans.*

Cancers

La région cumule les indicateurs défavorables :

- *les décès et les nouveaux cas de cancers sont plus fréquents en Alsace qu'en moyenne nationale et européenne,*
- *la mortalité ne diminue que lentement comparativement à d'autres causes,*
- *le nombre de nouveaux cas de cancers augmente, avec des évolutions particulièrement importantes pour les mélanomes cutanés (deux sexes) et les cancers du poumon chez la femme.*

Accidents et suicides

- *Actuellement, en Alsace il y a plus de décès par accidents de la vie courante et plus de décès par suicide que de décès par accidents de la circulation.*
- *La mortalité régionale, en rapide diminution, est inférieure à la moyenne nationale (exception faite des chutes accidentelles)...*
- *... elle reste cependant nettement supérieure à la moyenne de l'Europe des 15, ce qui montre que des marges de progrès existent encore en ce domaine.*

Mortalité selon la cause de décès

Les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers concernent six décès sur dix

Les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers sont à l'origine de 61 % des décès en Alsace. Si on y ajoute les maladies de l'appareil respiratoire, les traumatismes et empoisonnements et les maladies de l'appareil digestif, ces cinq groupes représentent à eux seuls 80 % des décès régionaux.

Mortalité par causes groupées en Alsace en 1998-2000

Cause de décès	Nombre de décès par année	% de l'ensemble des décès	Taux comparatif de mortalité pour 100.000 habitants	Evolution taux comparatif en 10 ans *	ICM **
Maladie appareil circulatoire	4 611	32,4%	306,2	-28,1%	106,9
Tumeur	4 086	28,7%	253,1	-12,0%	105,3
Maladie appareil respiratoire	1 063	7,5%	70,9	-20,8%	109,1
Traumatisme	992	7,0%	61,8	-28,9%	86,3
Maladie appareil digestif	654	4,6%	41,6	-27,9%	(ns)
Symptôme mal défini	623	4,4%	39,1	-32,4%	76,9
Trouble mental	540	3,8%	36,2	-6,8%	140,6
Maladie endocrinienne	520	3,7%	33,9	+12,3%	122,6
Maladie système nerveux	416	2,9%	27,5	+34,3%	(ns)
Maladie infectieuse	208	1,5%	13,5	-12,1%	(ns)
Maladie organes génitaux	190	1,3%	12,8	-21,4%	(ns)
Maladie système ostéo-articulaire	94	0,7%	6,3	(ns)	121,3
Maladie du sang	62	0,4%	4,2	(ns)	(ns)
Maladie de la peau	57	0,4%	3,8	(ns)	(ns)
Anomalie congénitale	55	0,4%	3,3	(ns)	122,3
Affection période périnatale	42	0,3%	2,5	(ns)	(ns)
Complication de grossesse	1	0,0%	0,1	(ns)	(ns)
Ensemble	14 214	100,0%	916,8	-20,0%	106,7

Sources : INSEE, INSERM, exploitation ORSAL

* Evolution entre 1988-90 et 1998-2000

** (ns) = indice ou évolution non significatifs par rapport à la moyenne métropolitaine

Si la mortalité générale diminue, pour certains groupes de causes, les taux de mortalité standardisés (qui prennent en compte le vieillissement de la population) augmentent. Cette tendance négative concerne notamment :

- les maladies endocriniennes (+ 12 %), groupe au sein duquel on peut souligner l'évolution très défavorable de la mortalité par diabète sucré (+ 27 %), alors que la mortalité pour les « autres maladies endocriniennes » est à la baisse (- 10 %),
- les maladies du système nerveux (+ 34 %).

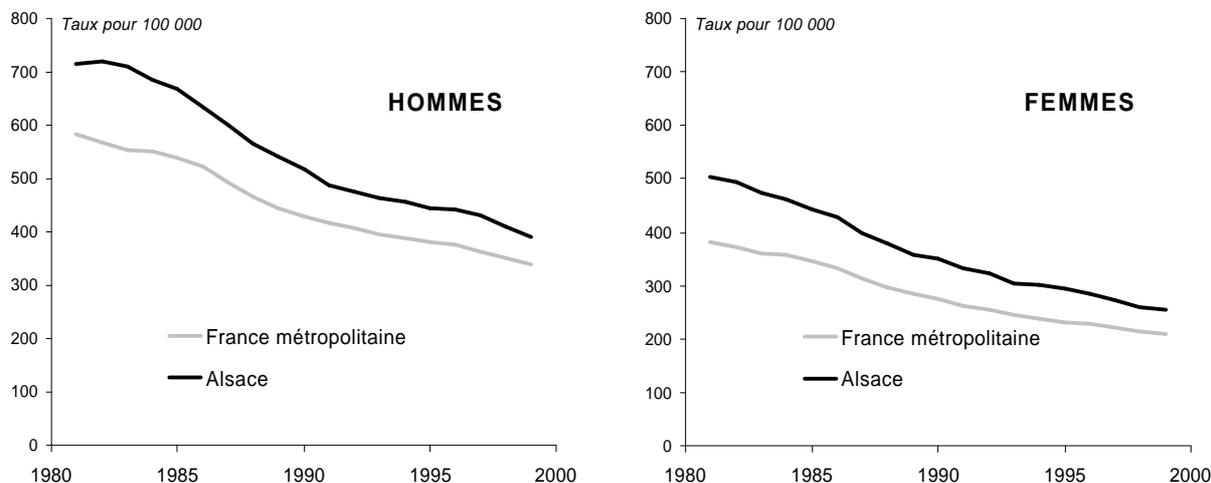
Affections cardio-vasculaires

Une situation qui évolue favorablement mais pour laquelle les marges de progrès restent importantes

Alors que les affections cardio-vasculaires constituent la première cause de décès, différents éléments positifs méritent d'être soulignés. Comparativement à d'autres pays développés, la France se caractérise par une faible mortalité par maladies de l'appareil circulatoire. Il est en conséquence intéressant de situer l'Alsace dans un ensemble européen plutôt que strictement national. Une fois supprimés les effets de la structure par âge, il s'avère que l'Alsace présente une sous mortalité par affections cardio-vasculaires en comparaison à la moyenne de l'Europe des 15 (- 15 % ; source Eurostat). De plus, l'évolution de la mortalité pour cette cause est particulièrement favorable ; le taux comparatif de mortalité par affections cardio-vasculaires a diminué de 28 % en 10 ans dans la région, diminution plus rapide que pour l'ensemble des causes de décès (- 20 %). Enfin, les décès par maladies de l'appareil circulatoire interviennent rarement avant 65 ans (10 % contre 21 % toutes causes confondues).

Pour autant, on ne peut considérer que la situation régionale soit satisfaisante. D'une part, les maladies de l'appareil circulatoire (4 611 décès annuels) restent en Alsace la première cause de mortalité pour les femmes (36 %) et la seconde pour les hommes (29 %), après les cancers. D'autre part, mis à part le Nord-Pas-de-Calais, l'Alsace est la région de métropole qui enregistre la mortalité la plus élevée pour ces maladies ; elle dépasse de 17 % la moyenne nationale et de 41 % le taux d'Ile-de-France, région la mieux placée. Tous les indicateurs montrent qu'en dépit de l'évolution favorable de ces causes de décès les marges de progrès sont importantes en ce domaine pour la région.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en France et en Alsace entre 1981 et 1999*
(Taux moyens annuels pour 100 000 habitants)



Sources : INSEE, INSERM, exploitation ORSAL

* Il s'agit de taux comparatifs annuels lissés sur trois ans. Ainsi le taux 1981 correspond en réalité au taux moyen annuel de la période 1980-82

Depuis 1985, le registre bas-rhinois des maladies cardio-vasculaires (MONICA) recueille et analyse les données de mortalité et de morbidité coronaire des personnes âgées de 35 à 64 ans. Le mode de recueil des données ayant évolué à partir de 1997, seules les données de la période 1997-2000 seront présentées ici.

Entre 1997 et 2000, on dénombre en moyenne annuelle 655 évènements coronaires dans le Bas-Rhin ainsi que 120 décès coronaires et 272 décès présumés coronaires. Dans cinq cas sur six, ces décès et ces évènements concernent des hommes.

L'analyse des données du registre MONICA concluait à une nette amélioration de la situation en Alsace pour les deux sexes entre 1985 et 1993 : diminution du taux de survenue d'infarctus et de survenue d'infarctus inauguraux, diminution de la létalité.

Tumeurs

Un cumul d'indicateurs négatifs pour les tumeurs

Les tumeurs sont à l'origine de 4 100 décès annuels (moyenne 1998-2000) et constituent la première cause de mortalité chez l'homme (34 % des décès) et la deuxième chez la femme (23 %). En terme de morbidité, les deux registres de la région ont recensé au total 7 715 nouveaux cas (hors carcinomes basocellulaires) en moyenne annuelle sur la période 1997-1999 et plus de 7 100 Alsaciens ont été admis chaque année en affections de longue durée (ALD) pour tumeur maligne entre 2000 et 2002.

Chez l'homme, les deux premières localisations cancéreuses les plus fréquentes sont d'une part, la trachée, les bronches et le poumon et, d'autre part, les voies aéro-digestives supérieures (VADS). Ces types de cancers sont liés à un certain nombre de facteurs de risques, dont les plus importants sont une consommation excessive d'alcool et/ou le tabac. Viennent ensuite les tumeurs du côlon-rectum et de la prostate. Ces quatre localisations représentent à elles seules plus de la moitié des décès masculins par cancer.

Chez la femme, les quatre premières localisations (sein, côlon-rectum, trachée-bronches-poumon et ovaires) sont également à l'origine de la moitié des décès par cancer.

Mortalité par cancer pour les principaux sites
en Alsace en 1998-2000

Libellé	Nb de décès moyen annuel		Evolution du taux de mortalité depuis 1988-90*	% de décès prématurés	ICM 1998-2000***
	1998-2000	Evo. depuis 1988-90			
Hommes					
Trachée, bronches et poumon	569	+ 7,9%	- 10,8%	38,6%	103,6
VADS**	260	- 18,1%	- 27,9%	49,3%	99,3
Côlon-rectum	252	- 1,0%	- 20,9%	19,9%	121,4
Prostate	221	+ 0,2%	- 15,1%	10,0%	106,2
Pancréas	106	+ 11,2%	- 12,7%	34,1%	113,8
Estomac	93	- 3,1%	- 26,0%	30,5%	114,7
Vessie	80	- 4,8%	- 19,9%	20,0%	96,9
Leucémie	72	+ 17,4%	- 5,6%	28,2%	111,2
Ensemble des cancers	2 344	+ 2,7%	- 15,9%	32,7%	105,9
TOUTES CAUSES	6 793	- 5,7%	- 21,7%	29,6%	104,0
Femmes					
Sein	285	- 2,2%	- 15,3%	33,7%	96,1
Côlon-rectum	228	- 2,4%	- 15,8%	16,3%	114,8
Trachée, bronches et poumon	145	+ 55,4%	+ 35,5%	31,3%	126,1
Ovaires	109	+ 7,9%	- 5,3%	32,5%	123,7
Utérus	98	- 14,6%	- 25,2%	26,6%	123,8
Pancréas	93	+ 1,1%	- 12,8%	18,0%	110,8
Leucémie	68	+ 6,8%	- 4,6%	27,5%	114,3
Estomac	57	- 27,0%	- 37,6%	20,0%	107,1
Ensemble des cancers	1 628	+ 2,9%	- 10,6%	25,2%	109,3
TOUTES CAUSES	7 240	+ 1,7%	- 19,5%	12,7%	111,5

Sources : Inserm CépiDC, INSEE estimations de population, Exploitation ORSAL

* Entre 1989 et 1999

** Voies aéro-digestives supérieures : lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx et oesophage

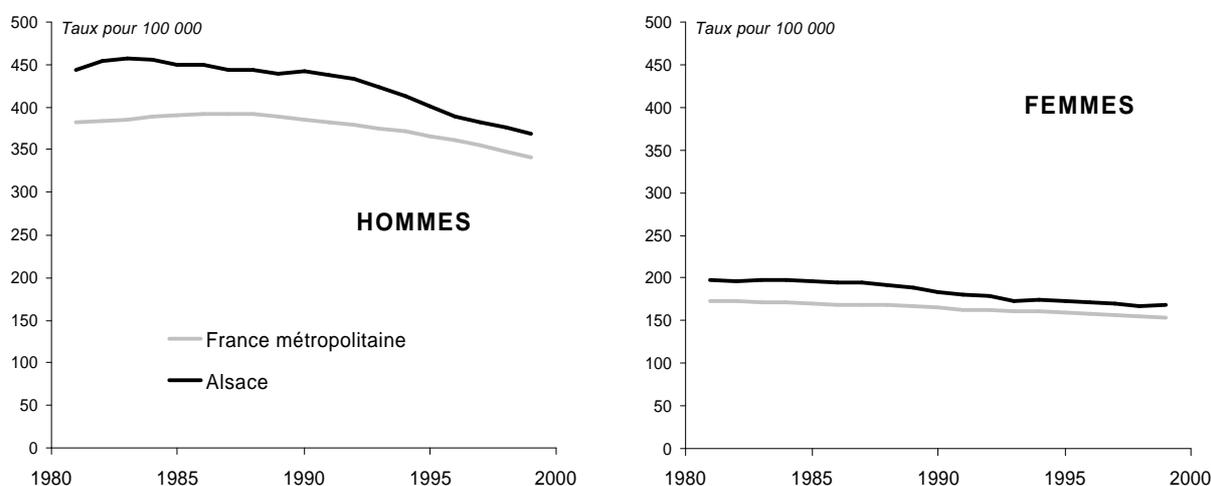
*** Indice comparatif de mortalité. France métropolitaine = 100

Le taux de mortalité est le rapport entre le nombre de décès et la population. Ainsi, si l'augmentation de la population est plus rapide que l'augmentation du nombre de décès, le taux de mortalité diminue alors que le taux de décès augmente.

L'Alsace cumule les indicateurs négatifs pour ces pathologies. La mortalité est supérieure dans la région à la moyenne nationale (+ 5 %), mais également de l'Europe des 15 européenne (+ 10 % ; source Eurostat). Pour les deux sexes, cette surmortalité s'explique, en particulier, par la fréquence de décès par cancers du côlon-rectum (+16 %, second taux le plus élevé des régions françaises) et du rein (+ 31 %, taux le plus élevé de France). Pour les femmes en particulier, les taux de décès par cancers du poumon (+ 26 %), de l'utérus (+ 24 %) et des ovaires (+ 24 %) sont parmi les plus élevés de métropole.

La très mauvaise situation de la région s'observe également en terme d'incidence (nombre ou taux de nouveaux cas de cancers). Les incidences qu'enregistrent les deux registres départementaux sont parmi les plus élevées dans un ensemble de 18 registres européens situés dans un rayon de 1 000 Km environ.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par tumeurs
en France et en Alsace entre 1981 et 1999*
(Taux moyens annuels pour 100 000 habitants)



Sources : INSEE, INSERM, exploitation ORSAL

* Il s'agit de taux comparatifs annuels lissés sur trois ans. Ainsi le taux 1981 correspond en réalité au taux moyen annuel de la période 1980-82

Par ailleurs, ces pathologies occupent une place prépondérante dans la mortalité prématurée ; avant 65 ans, quatre décès sur dix sont dus à des tumeurs.

Enfin, l'évolution des cancers est préoccupante. Certes, si l'on supprime les effets liés au vieillissement et à l'augmentation de la population, la mortalité standardisée diminue (- 12 % en 10 ans), mais nettement moins rapidement que pour d'autres causes. Selon les registres du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, le **nombre de nouveaux cas de cancers a augmenté** de 8,4 % pour les hommes et de 18,1 % pour les femmes en six ans (1991-1993 à 1997-1999). Ceci signifie que chaque année, le nombre de cas à prendre en charge par le système de soins augmente (+ 150 par année). Pour les femmes, ce n'est pas uniquement le vieillissement de la population qui explique cette augmentation, dans la mesure où l'incidence standardisée (qui supprime les effets de la structure par âge de la population) a augmenté de 11 % durant cette période, alors qu'elle est restée stable pour les hommes.

L'évolution est très variable selon les organes. Certains cancers enregistrent une évolution favorable, aussi bien en termes de mortalité que de morbidité. Il s'agit notamment chez les hommes des cancers digestifs (côlon-rectum et estomac en particulier) et des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et, chez les femmes, des cancers de l'estomac et de l'utérus.

En revanche, l'augmentation est très rapide pour les deux sexes de l'incidence des mélanomes cutanés (+ 72 % chez les hommes, + 57% chez les femmes en 6 ans) ; et, plus particulièrement, pour les femmes de la mortalité (+ 35 % en 10 ans) et de l'incidence (+ 50 % en 6 ans) des cancers du poumon.

Alors que depuis le début des années 80, la mortalité masculine par cancer du poumon tend lentement à décroître, la mortalité féminine continue à augmenter et cette augmentation s'accélère, conséquence directe du développement depuis plusieurs décennies du tabagisme féminin. Néanmoins, les femmes n'ont pas encore, en ce domaine, rattrapé les hommes, dont le nombre de décès par cancer du poumon reste quatre fois supérieur.

Incidence et taux d'incidence des cancers en Alsace en 1997-1999
et évolution par rapport à la période 1991-93

		1997-99		Evolution depuis 1993-95	
		Nbre annuel de nouveaux cas	Taux d'incidence pour 100 000	en nombre de cas	après standardisation (en %)
Hommes					
Toutes localisations**		4 270	506,0	+ 331	- 1,6%
dont	Prostate	818	96,9	+ 187	+ 6,6%
	Bronche, poumon	652	77,3	+ 31	- 4,7 %
	Côlon-rectum	585	69,4	+ 61	- 1,5 %
	VADS*	560	66,4	- 147	- 24,5 %
	Vessie	237	28,1	+ 20	+ 1,0 %
Femmes					
Toutes localisations**		3 444	390,4	+ 527	+ 10,5 %
dont	Sein	1 159	131,4	+ 230	+ 17,1 %
	Côlon-rectum	478	54,2	+ 37	-
	Utérus	309	35,1	+ 5	- 3,2 %
	Mélanome cutané	146	16,5	+ 59	- 57,6 %
	Bronche, poumon	145	16,4	+ 55	- 50,5 %

Sources : Registre des cancers du Bas-Rhin, Registre des cancers du Haut-Rhin, INSEE estimations de population – Exploitations ORSAL

* Voies aéro-digestives supérieures : lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx et oesophage

** à l'exception des carcinomes basocellulaires (C44)

Maladies de l'appareil respiratoire

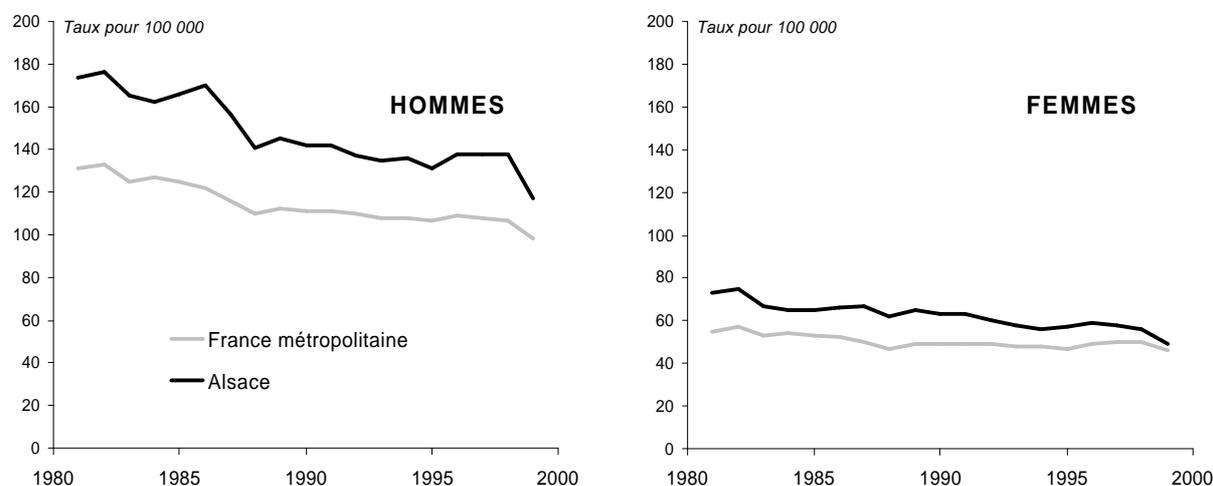
Le nombre de décès par maladies de l'appareil respiratoire est stable

Les maladies de l'appareil respiratoire peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, pathologie des voies respiratoires supérieures) ou d'évolution chronique comme la bronchite chronique, pathologie du sujet âgé fortement liée au tabagisme ou encore l'asthme, pathologie prévalente à tout âge faisant appel à des mécanismes pathogènes complexes (facteurs allergiques, environnementaux, génétiques...). A noter, les cancers broncho-pulmonaires ne sont pas classés dans ce groupe de pathologies mais dans le groupe des "tumeurs".

En terme de mortalité, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables annuellement de 1 063 décès en Alsace, ce qui représente 8 % de la mortalité (troisième cause de décès). Les pneumonies et bronchopneumonies (442 décès), ainsi que les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (362 décès) prédominent largement suivis des "autres maladies de l'appareil respiratoire" (188 décès), de l'asthme (38 décès) et la grippe (32).

Les taux comparatifs de mortalité sont en diminution pour les deux sexes en Alsace (- 21% en 10 ans) mais, en raison du vieillissement de la population, le nombre de décès est stable sur la période étudiée. En comparaison avec la moyenne nationale, on observe en Alsace une surmortalité masculine et, de façon moins marquée, féminine. Ces décès surviennent assez rarement avant 65 ans.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire en France et en Alsace entre 1981 et 1999*
(Taux moyens annuels pour 100 000 habitants)



Sources : INSEE, INSERM, exploitation ORSAL

* Il s'agit de taux comparatifs annuels lissés sur trois ans. Ainsi le taux 1981 correspond en réalité au taux moyen annuel de la période 1980-82

Causes externes de traumatismes et empoisonnements

Morts violentes : une forte baisse de la mortalité

Les traumatismes et empoisonnements (essentiellement des accidents de la vie courante, accidents de la circulation et suicides) ont provoqué près de 1 000 décès annuels en 1988-2000 en Alsace. C'est la quatrième cause de décès, aussi bien au niveau national que régional. Elle concerne, en Alsace, 8 % des décès chez les hommes et 6 % chez les femmes. Comme pour les maladies cardio-vasculaires, la mortalité standardisée diminue particulièrement vite (-29 % en 10 ans).

La comparaison à la moyenne européenne amène à relativiser la bonne situation de l'Alsace par rapport à la métropole. En Alsace, la mortalité par traumatismes et empoisonnements dépasse la moyenne européenne de 18 % pour les hommes et de 40 % pour les femmes (Europe des 15). Il s'agit, en conséquence, de causes de décès pour lesquelles les marges de progrès sont encore très importantes.

Des conséquences mal connues

Les indicateurs de mortalité sont réducteurs, dans la mesure où ils n'envisagent que le dénombrement des décès et sous-estiment, de façon conséquente, le problème de santé publique relatif aux traumatismes. Les accidents sont souvent générateurs de handicaps sévères aux conséquences lourdes sur la santé publique et la société, au coût humain et économique élevé. Ces conséquences des traumatismes et empoisonnements sont difficiles à chiffrer. Néanmoins, certaines études nationales ou d'autres régions permettent d'illustrer ces situations. Selon une enquête⁹ réalisée en Franche-Comté auprès de jeunes de 12 à 25 ans hospitalisés suite à un accident de la circulation, cinq ans après cet accident, pour sept jeunes sur dix, la douleur est toujours présente et pour plus d'un jeune sur trois l'insertion sociale s'est trouvée dégradée. Un jeune sur deux a vu son orientation changer, en général négativement (redoublement, arrêt des études, changement d'orientation professionnelle ou scolaire, perte d'emploi).

D'après le Registre du Rhône des victimes d'accidents de la circulation, près d'un tiers des accidentés de la route (hospitalisés ou non) présenteraient des séquelles un an après l'accident.

⁹ Le devenir des 15-24 ans accidentés de la route en Franche-Comté – observatoire régional de la santé de Franche-Comté, Observatoire Régional de la Sécurité Routière de Franche-Comté - 1997

Accidents de la vie courante

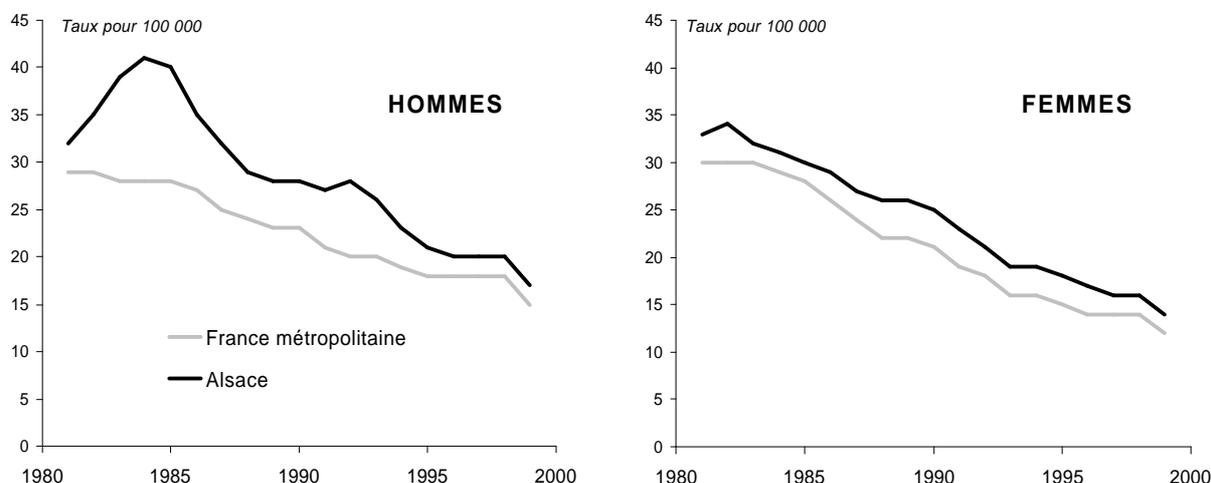
En France, selon les enquêtes, le nombre annuel d'accidents de la vie courante nécessitant un recours aux soins a été estimé à 4,5 millions (enquête CNAMTS, réalisée de 1987 à 1995) ou à 6 millions (enquête EHLASS, réalisée de façon permanente depuis 1986 auprès d'un échantillon d'hôpitaux français). En matière de séquelles, l'enquête de la CNAMTS avance le chiffre de 11% d'accidentés présentant au moins une séquelle. Les conséquences des accidents pèsent très lourd en termes économiques (soins, rééducation, arrêts de travail, indemnités...), en termes sociaux (réinsertion sociale et professionnelle) et en termes humains (vie familiale et professionnelle bouleversée, projets personnels abandonnés...) mais peu d'études font le point sur les conséquences des accidents graves¹⁰.

Moins médiatisés, les accidents de la vie courante provoquent en Alsace environ 380 décès annuels, soit 2,1 fois plus de décès que les accidents de la circulation. Ils constituent la première cause de mortalité accidentelle. Il s'agit principalement de chutes (225 décès). A l'opposé, les décès par noyades sont rares, on dénombre une dizaine de décès par an.

Les accidents de la vie courante, contrairement aux suicides ou accidents de la circulation, concernent avant tout les femmes et les personnes âgées : 66 % des décès surviennent après 64 ans (88 % pour les chutes accidentelles). Avec le vieillissement de la population, il est probable que le nombre de décès par accidents de la vie courante augmente dans les prochaines années.

Pour les chutes accidentelles, l'Alsace présente une surmortalité de 10 % par rapport à la métropole. L'écart avec l'Europe des 15 est encore plus marqué : les femmes alsaciennes sont en surmortalité de 62 % et les hommes de 56 %. Ainsi nombre de décès apparaissent encore comme évitables.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par chutes accidentelles
en France et en Alsace entre 1981 et 1999*
(Taux moyens annuels pour 100 000 habitants)



Sources : INSEE, INSERM, exploitation ORSAL

* Il s'agit de taux comparatifs annuels lissés sur trois ans. Ainsi le taux 1981 correspond en réalité au taux moyen annuel de la période 1980-82

Définition

Les accidents de la vie courante sont définis comme les accidents survenant au domicile ou dans ses abords immédiats, lors de pratiques sportives ou de loisirs, à l'école, et de façon plus générale dans le cadre de la vie privée, à l'exception des accidents de la circulation, du travail, des suicides et des agressions. Il s'agit d'une estimation réalisée par les ORS à partir des causes de décès publiées par l'INSERM CépiDc. Les accidents de la vie courante correspondent aux codes CIM9 = E850 à E869 et E880 à E929.

¹⁰ Source : Contextes nationaux Score santé - FNORS

Suicides

Moins de tentatives de suicide chez les garçons...

Chez les jeunes entre 12 et 25 ans, les pensées suicidaires sont plus souvent évoquées par des filles que des garçons. Mais cet écart est moindre en Alsace¹¹, car les garçons déclarent plus (et les filles moins) de pensées suicidaires qu'en moyenne dans les autres régions.

Dans la grande majorité des cas ces pensées suicidaires sont ignorées de l'entourage : seul un peu plus de trois jeunes sur dix déclarent en avoir parlé à quelqu'un. Il s'agit souvent d'un ami (deux tiers des cas) ou encore des parents (trois cas sur dix), le professionnel de l'aide psychologique n'étant que très rarement cité (trois cas sur cent).

Les filles de 12-25 ans déclarent beaucoup plus de tentatives de suicide que les garçons du même âge (2,5 fois plus au niveau national et 6,2 fois plus au niveau régional), mais la fréquence des tentatives de suicide est moindre en Alsace que dans le reste du pays. Ce sont les garçons qui ont la plus grande mortalité par suicide avec un taux presque 3,5 fois plus important que celui des filles¹².

Dans la moitié des cas, la dernière tentative de suicide déclarée a été prise en charge par un professionnel de la santé (hospitalisation et/ou suivi par un médecin ou un professionnel de la santé mentale), dans près de trois cas sur dix elle l'a été par une autre personne et dans un quart des cas elle n'a fait l'objet d'aucune prise en charge.

Pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 12-25 ans* en 2000

en %	Proportion de jeunes** ayant pensé au suicide au cours des 12 derniers mois		Proportion de jeunes** ayant tenté de se suicider au cours de leur vie	
	Alsace	France	Alsace	France
Garçons	5,9	4,4	1,0	2,8
Filles	8,3	9,3	6,2	7,1

Source : Baromètre santé 2000, les comportements des 12-25 ans, INPES

* Enquête effectuée auprès de 1237 jeunes en Alsace et 2765 jeunes en France métropolitaine

** standardisé sur l'âge et le sexe (population de référence : France métropolitaine, deux sexes, Insee RP 99)

... mais les trois quarts des décès sont masculins

Avec un total tous âges de plus de 10 500 décès annuels sur la période 1998-2000, la France se situe parmi les pays de l'espace européen présentant les taux de mortalité par suicide les plus élevés (selon Eurostat). De plus, les études sur ce sujet s'accordent pour dire que le nombre de décès par suicide est sous-estimé de 20 % à 25 % environ¹³, en particulier à cause d'un défaut d'information sur les décès examinés par les Instituts médico-légaux.

Depuis le début des années 80, le nombre de décès par suicide est, en Alsace comme sur l'ensemble du territoire national, supérieur aux décès par accidents de la circulation. Actuellement, on compte en Alsace 220 décès par suicide pour 178 décès par accidents de la circulation chaque année. Contrairement aux chutes (12 % de décès avant 65 ans), les décès par suicide sont précoces (71 % de décès avant 65 ans). La mortalité croît avec l'âge. Toutefois, la mortalité par suicide a diminué en Alsace plus rapidement que sur l'ensemble du territoire national et en 1998-2000, le taux comparatif régional est inférieur de 28 % au taux national.

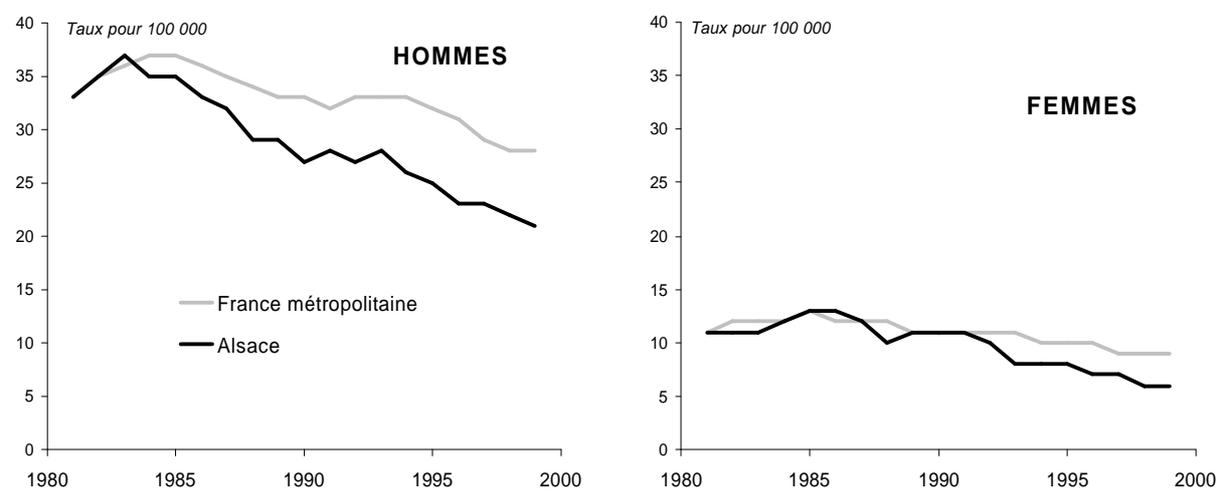
¹¹ Source : Baromètre santé jeunes – ORSAL - il s'agit de données déclaratives recueillies dans le cadre d'une enquête téléphonique. Sur un sujet tel que le suicide, les résultats enregistrés sont très sensibles à la méthode de recueil retenue. L'enquête Adolescents enquête nationale, (M. Choquet, S. Ledoux, Editions Inserm, 1994) réalisée en milieu scolaire (questionnaire papier) apportait des résultats sensiblement différents, avec des taux de tentatives de suicide et pensées suicidaires plus élevés.

¹² Taux de décès des moins de 25 ans en Alsace en 1998-2000 : 12,9 pour 100 000 garçons et 3,6 pour 100 000 filles (source : Inserm CépIDC, INSEE estimations, Exploitation ORSAL)

¹³ E. Jouglé et al. « La qualité des données de mortalité sur le suicide », Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2002.

Trois décès par suicide sur quatre, survenus en Alsace entre 1998 et 2000, sont masculins alors que les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par suicides en France et en Alsace entre 1981 et 1999*
(Taux moyens annuels pour 100 000 habitants)



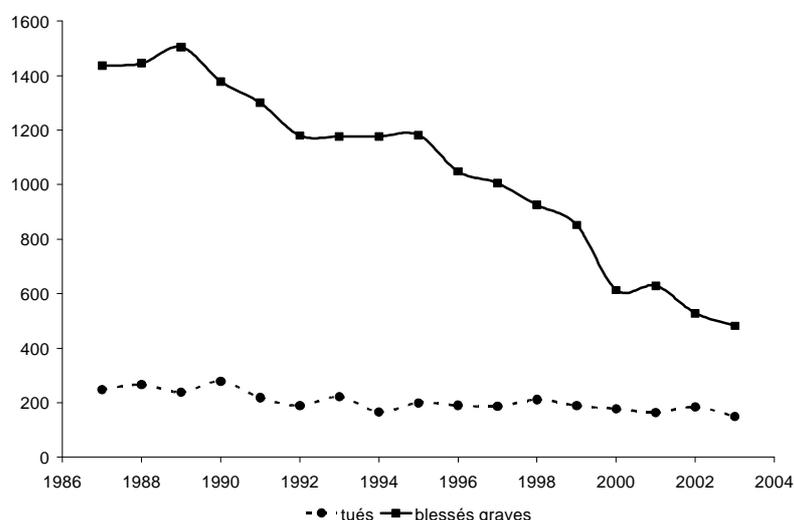
Sources : INSEE, INSERM, exploitation ORSAL
* Il s'agit de taux comparatifs annuels lissés sur trois ans. Ainsi le taux 1981 correspond en réalité au taux moyen annuel de la période 1980-82

Accidents de la circulation

Une évolution globale favorable

Les données de la Direction régionale de l'Équipement font apparaître en Alsace une évolution globale positive en matière de sécurité routière. Le nombre d'accidents de la circulation survenus sur le territoire régional est en baisse constante. Il s'agit d'accidents survenus sur une voie publique avec un véhicule en mouvement ayant causé au moins une victime blessée ou décédée. Il est passé de 4 299 accidents en 1987 à 2 247 en 2003. Concernant la gravité des accidents, le constat est plus nuancé. Si le nombre de blessés graves (victimes dont l'état nécessite plus de 6 jours d'hospitalisation) pour 100 accidents a nettement et constamment décru (de 33,4 à 19,7 % entre 1987 et 2003), le nombre de tués (victimes décédées sur le coup ou dans les 6 jours suivant l'accident) pour 100 accidents reste constant, avec 6 tués pour 100 accidents de la circulation en Alsace. Le nombre des tués baisse également (de 248 à 149 entre 1987 et 2003).

Effectifs des tués et blessés graves sur le réseau routier alsacien – 1987 - 2003



Source : DRE Alsace

Des indicateurs d'accidentologie locale positifs en Alsace

Les indicateurs d'accidentologie locale (IAL) prennent en compte l'importance du trafic et sa répartition entre les différentes catégories du réseau routier. Ils sont définis par le rapport entre le nombre de tués réellement observés et le nombre de tués attendus si le taux de risque national était appliqué à la région¹⁴.

Ces indicateurs permettent d'estimer de façon standard des différences entre régions métropolitaines et la position d'une région donnée par rapport à l'ensemble du pays (pour lequel les IAL sont tous à 1).

Il ressort de la lecture des IAL que l'Alsace présente, quelle que soit la catégorie du réseau routier, un nombre de tués inférieur au nombre de tués attendus. C'est particulièrement le cas pour les autoroutes et routes nationales (IAL de 0,61 et 0,64). Plus de la moitié des décès en Alsace surviennent sur les routes départementales et c'est pour cette partie du réseau que l'IAL est le moins bon.

Pour l'ensemble du réseau routier, l'Alsace compte 20 % de tués de moins que ce qui était attendu par l'application des taux de risque nationaux.

¹⁴ Pour plus de détail, voir La sécurité routière en Alsace – Bilan annuel 2003, Direction Régionale de l'Équipement.

Indicateurs d'accidentologie locale 1998 - 2002

	Alsace		France
	IAL	% tués	% tués
Autoroutes	0,61	6,9	6,6
Routes nationales	0,64	15,1	22,3
Routes départementales	0,92	57,1	47,3
Milieu urbain	0,68	14,7	18,2
Ensemble du réseau	0,80	100,0	100,0

Source : DRE Alsace

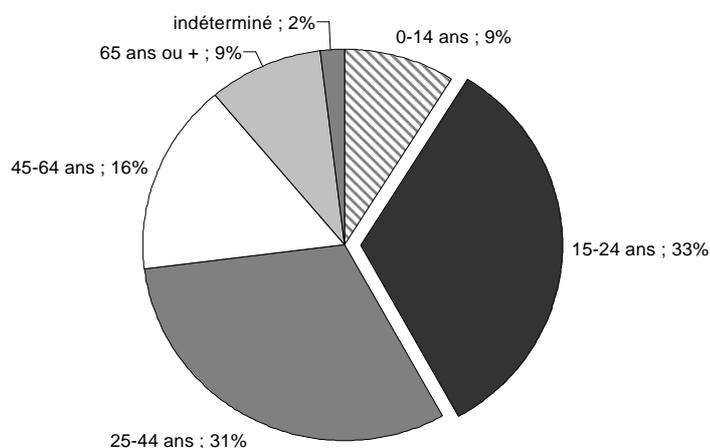
Les accidents corporels concernent d'abord les 15-24 ans

Les accidents corporels concernent en premier lieu en Alsace, en 2003, les jeunes de 15-24 ans suivis des 25-44 ans.

Les véhicules de tourisme sont les plus impliqués : 58 % des accidents corporels. Il n'en reste pas moins que les deux roues représentent un quart des accidents corporels (cyclistes : 4 % ; cyclos : 13 % ; motos : 8 %). Les piétons sont également vulnérables, car ils représentaient tout de même 12 % des victimes en Alsace en 2003.

Répartition des victimes par classe d'âge

Alsace 2003



Source : fichier national des accidents corporels de la circulation.

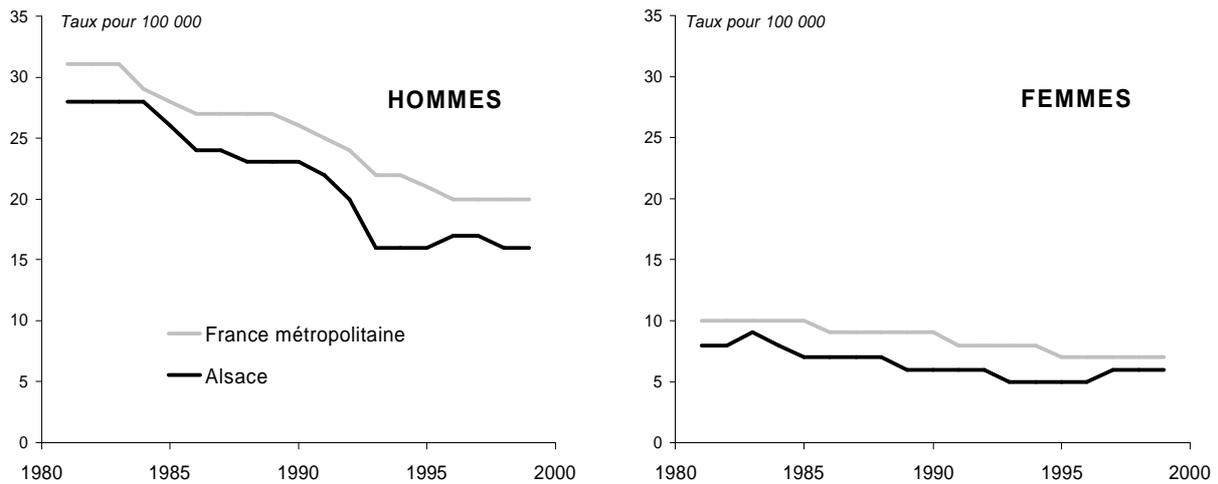
Une évolution de la mortalité par accident de la circulation concordante avec les données d'accidentologie

Les données de mortalité, soit 178 décès annuels en Alsace (moyenne en 1998-2000), rendent compte des décès de personnes domiciliées dans la région. Il peut donc s'agir de décès ayant eu lieu ailleurs que sur le territoire régional. A l'inverse, tous les décès enregistrés en Alsace ne figurent pas dans ces données, dans la mesure où ils peuvent avoir affecté des personnes non domiciliées dans la région.

L'évolution des taux comparatifs de mortalité concorde avec l'évolution globale constatée plus haut. Outre la nette diminution, il apparaît que l'Alsace est constamment sous la moyenne nationale (-21 % en 1998-2000), sachant tout de même que la France est l'un des pays présentant la plus mauvaise situation d'Europe en la matière.

Comme pour les suicides, les décès par accidents de la circulation sont essentiellement masculins et particulièrement précoces (88 % de décès avant 65 ans).

Evolution des taux comparatifs de mortalité par accident de la circulation en France et en Alsace entre 1981 et 1999*
(Taux moyens annuels pour 100 000 habitants)



Sources : INSEE, INSERM, exploitation ORSAL

* Il s'agit de taux comparatifs annuels lissés sur trois ans. Ainsi le taux 1981 correspond en réalité au taux moyen annuel de la période 1980-82

Maladies de l'appareil digestif

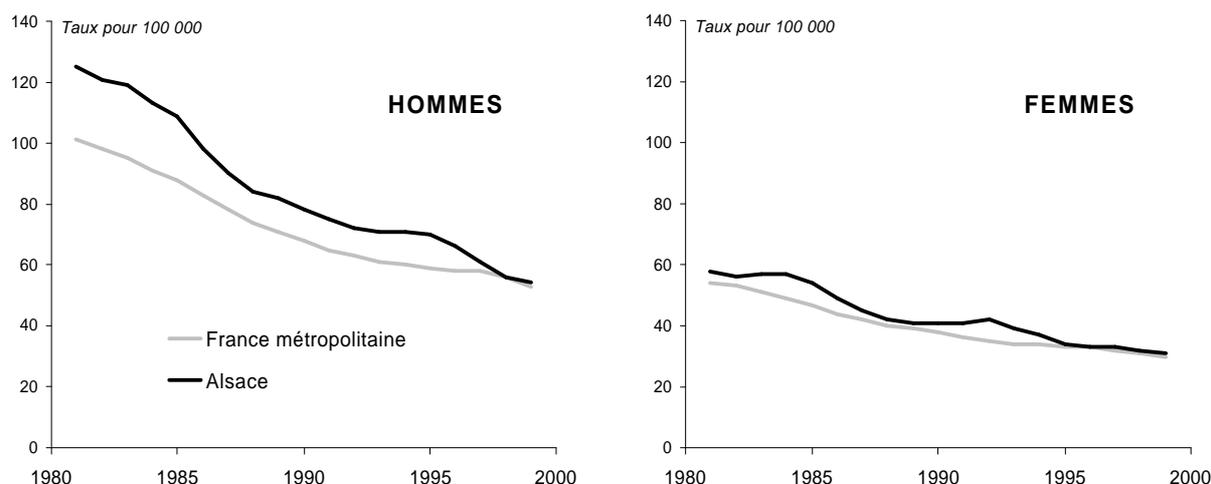
La mortalité par maladies de l'appareil digestif diminue

Les maladies de l'appareil digestif sont à l'origine de 654 décès annuels en Alsace. Il s'agit en premier lieu de cirrhoses du foie (232 décès annuels), mais aussi d'ulcères digestifs (37 décès) et d'autres maladies de l'appareil digestif (385 décès dont en particulier des insuffisances vasculaires intestinales, pancréatites aiguës et hémorragies gastro-intestinales).

La mortalité par **maladies de l'appareil digestif** est en diminution en Alsace, aussi bien en termes de nombre de décès (-15 % en 10 ans) que de taux standardisés (-28 %). A ce titre, les baisses très rapides de la mortalité par ulcère digestif (-58 % en dix ans) et cirrhoses du foie (-35 %) méritent d'être soulignées.

Les Indices Comparatifs de Mortalité ne sont pas significativement différents de la moyenne nationale. Il est à noter que, pour les hommes, 40 % de ces décès sont prématurés, c'est-à-dire qu'ils surviennent avant 65 ans. Les décès prématurés correspondent essentiellement à des "cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie". La proportion de décès prématurés est de 15% pour les femmes.

Evolution des taux comparatifs de mortalité maladies de l'appareil digestif en France et en Alsace entre 1981 et 1999*
(Taux moyens annuels pour 100 000 habitants)



Sources : INSEE, INSERM, exploitation ORSAL

* Il s'agit de taux comparatifs annuels lissés sur trois ans. Ainsi le taux 1981 correspond en réalité au taux moyen annuel de la période 1980-82

Les maladies chroniques

FAITS MARQUANTS

- *Les données sur les maladies chroniques sont disparates et ne permettent pas toujours d'avoir une vision claire de la situation régionale ou même nationale.*
- *L'asthme, qui concerne un français sur vingt, semble moins toucher les populations régionales.*
- *Le diabète touche particulièrement la population régionale et sa prévalence est en augmentation.*
- *Rapporté à la population, le nombre d'insuffisants rénaux est supérieur à la moyenne française.*

Les données de mortalité ne permettent d'appréhender la santé de la population que de façon très parcellaire. On observe une augmentation des pathologies chroniques en France, liée en partie au vieillissement de la population, que les données de mortalité ne permettent pas d'approcher. Les données sur ces pathologies chroniques sont souvent manquantes en région. Ce chapitre s'appuiera donc en partie sur des résultats d'investigations nationales.

L'asthme

L'asthme : un français sur vingt est concerné

Selon une étude¹⁵ de l'Irdes¹⁶, 5,8 % de la population française souffrait d'asthme en 1998, prévalence qui aurait doublé en l'espace de 15 ans. Contrairement à de nombreuses autres pathologies, la prévalence de l'asthme n'augmente pas en raison du vieillissement de la population. Bien au contraire, la prévalence de l'asthme est plus élevée dans les générations les plus jeunes et la première crise d'asthme est de plus en plus précoce. Toujours selon cette étude, cette pathologie touche plus fréquemment les catégories sociales les plus défavorisées.¹⁷ Sur ce dernier point, les informations disponibles ne concordent cependant pas toutes.

Une enquête récente de la Drees¹⁸ réalisée auprès des adolescents scolarisés en classe de troisième¹⁹ montre que la prévalence de l'asthme ne diffère pas selon la profession du père, exception faite des enfants d'agriculteurs, moins concernés que les autres enfants.

Les données régionales sur le sujet sont peu nombreuses, mais semblent toutes indiquer que la pathologie est moins fréquente dans la région qu'à l'échelon national.

Ainsi, selon l'étude de l'Irdes l'asthme est plus fréquent sous les climats humides, avec une prévalence d'environ 7 % dans le Nord, l'Ouest et le Sud-Ouest, contre moins de 5 % dans l'Est.

L'étude de la Drees précédemment citée confirme ce résultat avec 1 347 séjours annuels en court séjour MCO²⁰ occasionnés par l'asthme en 2000-2002, l'indice comparatif d'hospitalisation²¹ (ICH) régional est inférieur de 21 % à la moyenne nationale.

¹⁵ L'asthme en France selon les stades de sévérité - Com-Ruelle L., Crestin B., Dumesnil S. - Rapport n° 1290 - Février 2000

¹⁶ Institut de la recherche et de documentation en économie de la santé, anciennement Credes (Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé)

¹⁷ 8,5 % des personnes dont le revenu mensuel du ménage est inférieur à 2000 francs (305 Euros) par unité de consommation souffrent d'asthme, contre 5 % parmi ceux dont les revenus sont plus élevés (8 000 francs ou plus - 1 220 Euros).

¹⁸ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé et des solidarités

¹⁹ L'asthme chez les adolescents de classe de troisième - Etudes et résultats N°369 - Janvier 2005 - DREES

²⁰ Source : DHOS, Evaluation des besoins de santé (Base de données PMSI EBS). Les données sont des moyennes annuelles 2000-2002.

²¹ Cet indice permet de comparer les taux de séjours entre régions en fonction du motif médical de prise en charge et en supprimant les effets liés aux différences de structure par âges des populations régionales.

Par ailleurs, on dénombre 38 décès annuels dus à l'asthme dans la région, ce qui correspond à un taux comparatif inférieur de 18 % à la moyenne nationale.

Malgré ces indicateurs favorables, l'asthme est en Alsace, comme ailleurs, une pathologie très répandue ; en se basant sur la prévalence relevée par l'Irdes, on estime qu'elle touche entre 58 000 et 96 000²² personnes domiciliées dans la région. Selon les services de santé scolaire, il s'agit, et de loin, de la pathologie chronique la plus fréquente chez les enfants de 5-6 ans (2,7 % des enfants).

²² L'estimation a été effectuée en appliquant à la population Alsacienne estimée au 1^{er} janvier 2003, les taux mesurés par l'enquête de l'Irdes pour la région Est (seuil inférieur et supérieur de l'intervalle de confiance).

Le diabète

Une pathologie particulièrement fréquente en Alsace et en rapide progression

Le diabète sucré est une affection chronique, caractérisée par une insuffisance absolue ou relative de la sécrétion en insuline. On dit qu'une personne est diabétique quand son taux de glucose dans le sang (ou glycémie), à jeun, est supérieur à 1,26g/l ou 7mmol/l. Ce chiffre a été retenu par les experts parce que c'est à partir de cette valeur seuil qu'apparaît le risque de survenue de complications micro vasculaires.

Le diabète insulino-dépendant ou **diabète sucré de type1** survient lorsque le pancréas ne produit pas l'insuline indispensable à la survie. Dans ce cas, il est nécessaire d'administrer l'insuline par injection. Le diabète de type1 est plus fréquent chez l'enfant et l'adolescent et concerne 10 à 15% des diabétiques. En Europe et en France, différentes études épidémiologiques ont mis en évidence une augmentation de l'incidence et de la prévalence du diabète de type1. En France, le recensement précis du nombre de diabétiques de type1 reste difficile dans la mesure où il n'existe pas de registre national. Leur effectif est pourtant estimé à environ 150 000 en 2003.

Le diabète non insulino-dépendant ou **diabète de type2** survient lorsque l'organisme est incapable de fournir assez d'insuline pour répondre aux besoins ou d'utiliser comme il convient l'insuline produite. Cette affection peut être maîtrisée par un régime alimentaire spécial, des médicaments par voie orale et des exercices physiques systématiques. Le diabète de type2 touche avant tout l'adulte, et il s'agit là de la forme la plus fréquente de diabète, présente chez 85 à 90% des diabétiques. Cette pathologie débute par une prédisposition du sujet (obéissant à des facteurs génétiques et environnementaux).

La maladie peut ensuite se déclarer sans autres complications, le contrôle de la glycémie est alors possible et efficace. Enfin, l'apparition des complications dégénératives communes à toutes les formes de diabètes et des déficiences graves peut avoir lieu (cécité, amputation, insuffisance coronarienne, ...). Ainsi, 30% des diabétiques de type2 souffrent d'une cardiopathie ischémique coronarienne, 30% présentent une atteinte néphropathique, 20% une neuropathie et 20% une atteinte oculaire. Le diabète est également la première cause de dialyse rénale.

La prévalence du diabète de type2²³ a connu une progression constante qui devrait se poursuivre dans les prochaines années sous l'effet de divers facteurs, dont en particulier le vieillissement de la population, les comportements hygiéno-diététiques défavorables (hausse des apports alimentaires et diminution de l'activité physique) et une amélioration du dépistage. Ainsi, en France, pour les allocataires du régime général, en l'espace de deux ans seulement (1998-2000), la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline a augmenté de 6 % et le montant des remboursements de 19 %²⁴.

L'étude ENTRED 2001, basée sur un échantillon d'individus parmi les bénéficiaires du régime général, met en évidence que plus de la moitié des diabétiques vivant en métropole ont plus de 65 ans et près d'un quart plus de 75 ans. La majorité des moins âgés présente un surpoids et l'influence du niveau socioéconomique et culturel sur le risque des complications du diabète se confirme.

Le diabète semble particulièrement fréquent en Alsace et en augmentation. Selon les résultats régionaux de l'étude ENTRED 2001, 3,2 % des assurés du régime général seraient traités pour un diabète, taux sensiblement supérieur à la moyenne nationale (2,8 %). Rapporté à la population tous régimes, ceci représenterait 55 000 personnes traitées dans la région. De plus, on peut estimer à partir de données nationales²⁵, que 5 000 à 8 000 diabétiques de type2 sont traités uniquement par régime et activités physiques, sans compter les sujets pour lesquels le diabète n'a pas encore été diagnostiqué.

Le diabète sucré est à l'origine de 353 décès par année, soit un décès sur quarante (2,5 %). De plus, la région enregistre un indice comparatif de mortalité de 145 (soit une mortalité supérieure de 45 % la moyenne nationale). L'Alsace est la région de France à la mortalité la plus élevée devant le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie, mortalité qui a, après avoir supprimé les effets de structure par âge augmenté de 27 % en 10 ans.

23 Le diabète de type 2 (non insulino dépendant), représente environ 90 % de l'ensemble des diabètes sucrés (source BEH n° 20/21 - 21 mai 2002)

24 Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine, quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? Revue médicale de l'Assurance maladie volume 33 n°4 octobre décembre 2002

25 Le nombre de diabétiques de type2 connus et traités par des médicaments hypoglycémisants comprimés et/ou insuline en France est d'environ 2 100 000 en 2003. A cet effectif s'ajoute les diabétiques de type2 traités uniquement par régime et activités physiques dont le nombre est estimé à 200 000 - 300 000.

Par ailleurs, les séjours hospitaliers en soins de courte durée pour diabète sucré (4 750 séjours annuels) sont plus fréquents qu'en moyenne nationale (Indice comparatif d'hospitalisation supérieur de 8 % à la moyenne nationale²⁶) et les admissions en ALD pour diabète de type1 ou de type2 (près de 5 100 admissions annuelles) sont plus fréquentes en Alsace qu'en moyenne métropolitaine (30 % d'écart).

Insuffisance rénale chronique

Une prévalence de patients traités supérieure à la moyenne nationale

Si la prévalence de l'insuffisance rénale chronique n'est pas connue en France, les données de l'établissement français des greffes (EFG) et les résultats de l'enquête "insuffisance rénale chronique terminale" de l'Assurance maladie permettent d'avoir le nombre de patients greffés ou dialysés²⁷. Selon cette dernière enquête, 837 patients sont traités par dialyse en Alsace en 2003, soit un taux brut de 483 patients par million d'habitants, légèrement inférieur à la moyenne métropolitaine (498). Cette situation régionale plus favorable, s'explique par la relative jeunesse de sa population. En effet, le taux standardisé de prévalence, qui tient compte des différences de structure par âges entre les régions, est en Alsace, supérieur de 4,3 % à la moyenne nationale.

Le nombre de patients pris en charge est en forte augmentation. Ainsi, la prévalence en dialyse a augmenté de 5,2 % par an entre 2000 et 2003, chiffre proche de l'augmentation nationale du nombre de séances d'hémodialyse, soit plus 3.9 % par an entre 1999 et 2001.

De même, le nombre de patients vivant avec un greffon fonctionnel, rapporté à la population, est supérieur à la moyenne nationale d'après l'estimation de l'EFG en 2002 (respectivement 377 et 339 patients par million d'habitants). Ceci s'explique aussi par une activité de transplantation rénale plus développée en Alsace où, entre 2000 et 2003, 75 greffes ont été réalisées chaque année, soit un taux de 43 greffes par million d'habitants, nettement supérieur à la moyenne nationale (34).

Au total, l'Alsace, avec une prévalence de 860 insuffisants rénaux traités (par dialyse ou greffe) par million d'habitants, figurerait en septième place des 22 régions métropolitaines.

²⁶ Source : DHOS, Evaluation des besoins de santé (Base de données PMSI EBS). Les données sont des moyennes annuelles 2000-2002.
²⁷ Cf. travaux du groupe SROS III Activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique, chef de projet : Docteur Brigitte HOELT (ERSM)

Les maladies infectieuses

FAITS MARQUANTS

Hépatites B

- *En France, on estime à 300.000, le nombre de personnes adultes porteuses chroniques de l'Ag Hbs.*
- *La situation en Alsace reste mal connue.*

Hépatites C

- *Au milieu des années 90, entre 500 000 et 650 000 personnes étaient séropositives au VHC en France.*
- *L'hépatite C est très fréquente chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et les personnes entrant en détention.*

VIH Sida

- *L'Alsace se situe dans le groupe de régions moyennement touchées par l'épidémie.*
- *La mortalité est en baisse mais il semble que la nouvelle déclaration obligatoire (DO) des cas de séropositivité fait craindre une diffusion du virus dans la population.*
- *Près d'un tiers des cas de sida diagnostiqués en Alsace concernent des personnes migrantes (essentiellement d'origine sub-saharienne).*
- *Le nombre de découvertes de séropositivité chez des personnes contaminées par voie hétérosexuelle a augmenté régulièrement, les femmes sont de plus en plus concernées.*

Tuberculose

- *La mortalité (7 décès en 1999) comme l'incidence (179 cas déclarés en 2003) continuent à diminuer.*
- *Une augmentation des cas résistants est constatée.*
- *Les personnes sans domicile fixe, les personnes âgées et celles qui sont issues de pays où la maladie est endémique constituent les populations à risque.*
- *Environ 19 000 radiographies de dépistage ont été réalisées dans la région en 2003.*

La Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 fixe parmi ses objectifs :

- la réduction de l'incidence des cas de SIDA à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3 pour 100 000) ;
- la réduction de l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, ainsi que de la prévalence des chlamydioses et des infections herpétiques (HSV 2) ;
- une réduction de 30 % de la mortalité attribuable aux hépatites chroniques ;
- l'offre d'un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici 2008.

Lorsque l'on souhaite réduire l'incidence de ces pathologies, de nombreuses difficultés apparaissent. Elles résultent tant de la diversité des publics touchés (mode de contamination, niveau socioculturel) que du caractère spécifique des messages de prévention qui s'adressent directement aux modes de vie, aux pratiques sexuelles, aux coutumes et aux pratiques culturelles et religieuses. Pour la contamination par voie sexuelle, le seul mode de prévention sûr reste le port du préservatif, ce qui implique une compréhension des risques et une adhésion de la population.

En ce qui concerne la réduction de la prévalence, les difficultés tiennent principalement aux possibilités de soins des patients. En dépit de l'existence de multiples traitements pour le VIH efficaces pour ralentir l'évolution de la maladie, il n'en reste pas moins vrai qu'il n'existe pas, à ce jour, de traitement curatif. Pour les hépatites, en revanche, il existe différents traitements curatifs surtout pour le VHC, mais le taux de réussite de ces traitements, qui sont longs, contraignants et avec de nombreux effets secondaires, est loin d'être optimisé.²⁸

²⁸ Contexte rédigé par le Dr. Eric Schwartzentrüber, Médecin Inspecteur à la DRASS d'Alsace.

Hépatite B

Différents travaux ont permis de déterminer les profils épidémiologiques des porteurs chroniques de l'hépatite B en France. Il apparaît que les populations à risque sont les mêmes que pour l'infection par le VIH²⁹ : l'hépatite B est particulièrement fréquente chez les toxicomanes, les homosexuels et les prostituées.

Ce portage chronique survient dans environ 3 % des hépatites aiguës de l'adulte.

Au début des années 90, on estimait que 0,2 % à 0,5 % de la population nationale soit environ 100 000 personnes étaient porteuses du virus³⁰ de l'hépatite B et donc susceptibles de développer des complications et d'être vecteur de contamination. Une étude récente³¹, réalisée auprès de plus de 14 000 personnes âgées de 18 à 80 ans, estime à 0,68 % le taux national de prévalence du portage de l'Ag Hbs, et à 1,20 % dans l'inter-région Nord-Est³². A titre indicatif, si l'on rapporte ce dernier taux à la population régionale, ceci représenterait en théorie 15 800 personnes de 18-80 ans porteuses de l'AgHBs en Alsace en 2003 (9 000 si l'on se réfère au taux national). On observe une prévalence 3 fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU.

Ce portage signe une infection chronique susceptible d'être transmise et d'évoluer vers la cirrhose et l'hépatocarcinome.

Hépatite C

On estime que 3 % de la population mondiale présente une infection chronique par le VHC (Virus de l'hépatite C), cause majeure de cirrhose et de cancer primitif du foie. La cirrhose décompensée du foie est la première cause de transplantation hépatique en Europe. L'évolution silencieuse de la maladie et la fréquence élevée de passages à la chronicité expliquent l'existence d'un grand réservoir de sujets infectés. Beaucoup de sujets infectés ne sont actuellement pas dépistés pour le VHC.

Comme pour l'hépatite B, en l'absence de données régionales fiables sur l'incidence et la prévalence de l'Hépatite C, il n'est possible que de s'appuyer sur des données nationales. En 2003, le taux de prévalence des anticorps anti-VHC étaient estimé à 0,86 %³³ chez les assurés du régime général de 18-80 ans, chiffre sensiblement identique à celui observé dans une précédente étude réalisée en 1994³⁴. Dans l'inter-région Nord-Est le taux est plus faible (0,78 %) selon la même enquête. A titre indicatif, ce taux, appliqué à la population régionale, correspondraient à 10 300 personnes séropositives en Alsace (11 300 si l'on se réfère au taux national).

Ces études montrent également que 44 % des séropositifs ne connaissaient pas en 2003 leur statut vis-à-vis du VHC, alors qu'ils étaient 76 % en 1994.

La prévalence est particulièrement élevée chez les personnes qui déclarent avoir utilisé des drogues par voie intraveineuse (55,48 % versus 0,64 %), ou nasale (8,93 % versus 0,63 %) au cours de leur vie, qui ont eu au moins un épisode d'incarcération (7,12 % versus 0,77 %) et, dans une moindre mesure, les personnes transfusées avant 1992 (3,60 % versus 0,63 %) et les bénéficiaires de la CMU (2,65 % versus 0,76 %).

La forte prévalence chez les usagers de drogues par voie intraveineuse et les personnes incarcérées était déjà observée en Alsace précédemment. En 1999, 57 %³⁵ des toxicomanes accueillis en Alsace en centres spécialisés étaient séropositifs au

²⁹ S. Pol, Hépatites, dans *Traité de Santé Publique, Médecine-Sciences*, Flammarion, Paris, 2004, p. 275-276.

³⁰ A. Goudeau, F. Dubois, Incidence and prevalence of hepatitis B in France, *Vaccine*, 13 : S22-S25, 1995.

³¹ Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004 InVS, Janvier 2005.

³² Alsace, Lorraine, Franche-Comté, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Picardie, Nord-Pas-de-Calais.

³³ Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004 InVS, Janvier 2005.

³⁴ Estimation du nombre de sujets infectés par le VHC en France, 1994-1995 - Desenclos JC, Dubois F, Couturier E, J. Pillonel et al. - BEH n° 5 janvier 1996.

³⁵ Le statut sérologique des personnes concernées n'était connu que pour 70 % des personnes. Source : DREES

VHC. Des travaux récents³⁶ confirment l'importance de la contamination au VHC chez les usagers de drogues injectables (UDI) et le constat en la matière est net : "Alors qu'elle a eu un impact positif pour le VIH, la politique de réduction des risques chez les UDI est en échec pour l'infection par le VHC³⁷". De la même façon, un tiers des personnes entrant en détention en Alsace étaient séropositives au VHC en 1997 (parmi les 21 % qui avaient fait un test avant leur arrivée en prison³⁸).

L'implication récente du pôle de référence hépatites du CHU, en partenariat avec le réseau des microstructures médicales (RMS), engagés dans une enquête épidémiologique locale, confirme la prévalence très importante de l'hépatite C chez les usagers de drogues intraveineuses.

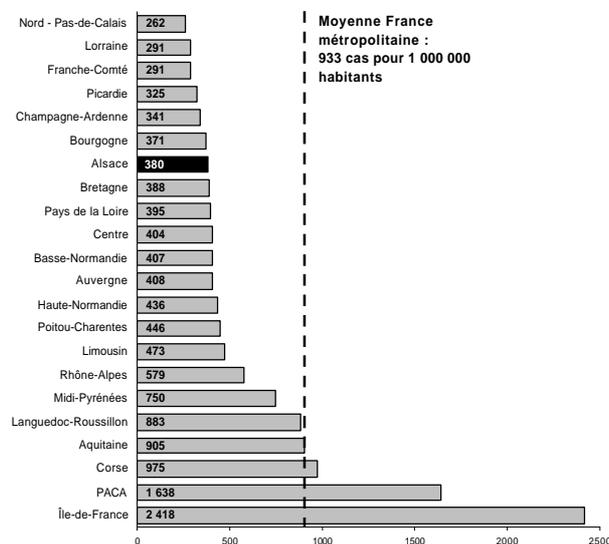
VIH-Sida

Sida, des nouveaux cas et des décès en baisse...

En France, l'évolution de l'infection par le VIH a été fortement modifiée par l'introduction des associations de médicaments anti-rétroviraux en 1996. L'état de santé des personnes infectées s'est amélioré, le nombre de personnes qui entrent en stade sida a diminué et l'espérance de vie des personnes infectées a été allongée.

En France, les écarts entre régions sont particulièrement importants pour cette pathologie. Ainsi, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile de France, sont bien plus fortement concernées par l'épidémie que l'ensemble des autres régions de métropole. Dans ce contexte, l'Alsace est classée dans un groupe de régions moyennement touchées.

Effectifs cumulés de cas de SIDA 1984 - 2003 rapportés à la population de 1995



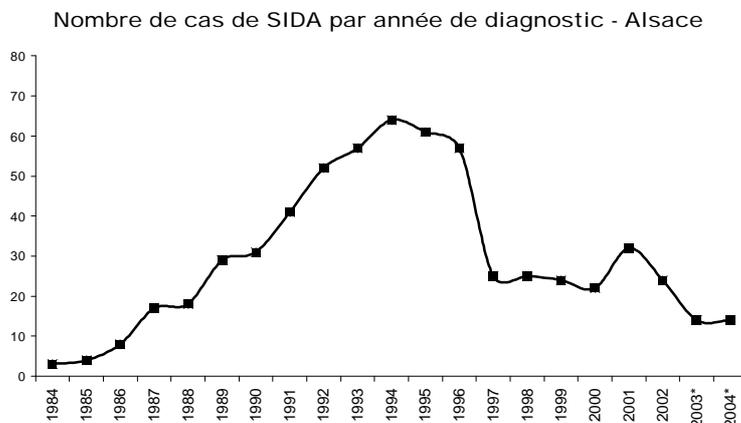
Source : INVS

³⁶ Lucidarme D, Bruandet A, Illef D et al. Etude prospective multicentrique de l'incidence de l'hépatite C dans un groupe de toxicomanes du Nord-Est de la France. Journées francophones de pathologies digestives, Avril 2003

³⁷ Editorial de Jean-Claude Desenclos, dans Epidémiologie de l'hépatite C ; état des lieux, BEH n°16/17, INVS, avril 2003

³⁸ La santé des entrants en prison en 1997, Etudes et Statistiques, DREES, n°4, mai 1999.

665 cas de personnes atteintes par le sida ont été notifiés depuis le début de la déclaration obligatoire (1984), dont 58 % sont décédées. Le nombre de nouveaux cas annuels a chuté entre 1996 et 1998 (57 à 25 cas), pour se stabiliser ensuite (24 cas en 2002, les données 2003 et 2004 sont provisoires).



Source : INVS

* Données 2003 et 2004 provisoires non redressées au 31/12/2004

30 % des cas de sida diagnostiqués en Alsace entre janvier 2001 et décembre 2002 concernent des personnes de nationalité étrangère (20 % sont originaire d'Afrique sub-saharienne, 10 % d'autres nationalités). L'Alsace fait ainsi partie des douze régions de France où le pourcentage de migrants parmi les personnes nouvellement contaminées dépasse 20 %.

VIH, une épidémie toujours présente

Malgré les campagnes de prévention et les progrès scientifiques récents concernant la prise en charge thérapeutique des patients séropositifs pour le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ou ayant le SIDA (Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise), la diffusion du virus se poursuit dans la population. Un relâchement des comportements préventifs est également identifié à travers une reprise, depuis 1998, des infections sexuellement transmissibles (IST).

Durant la période 1994-2002, on estime qu'entre 665 et 768 personnes domiciliées en Alsace ont découvert une séropositivité au VIH. Ceci correspond à 43 découvertes/million d'habitants et par année en Alsace. Sur l'ensemble de la période, la grande majorité des cas concerne des hommes (482 hommes et 183 femmes). A partir de ces données issues du Resors³⁹ VIH et des premières données du dispositif de déclaration obligatoire des cas de séropositivité au VIH mis en place par l'InVS (2003) on constate que la répartition des découvertes de séropositivité par groupes de transmission s'est modifiée.

Depuis 1994 on observe :

- une augmentation régulière du nombre de personnes ayant été contaminées par voie hétérosexuelle jusqu'en 2001 (20 en 1994, 46 en 2001).
- d'année en année des variations importantes du nombre de découvertes chez des personnes ayant été contaminées par voie homo-bisexuelle (47). Actuellement le nombre d'hommes contaminés par voie homo-bisexuelle serait à nouveau supérieur à celui des hommes contaminés par voie hétérosexuelle ; une reprise de l'épidémie chez les homosexuels masculins est à craindre ;
- une nette diminution des découvertes chez des personnes ayant été contaminées par injection de drogues, rares depuis 1996 (inférieures à 5 cas annuels).

Enfin, selon les données 2004 d'activité hospitalière, 105 personnes prises en charge à Strasbourg, Mulhouse et Colmar avaient découvert leur séropositivité dans l'année. Il convient de préciser que ces données rendent compte des personnes dépistées en Alsace et non des personnes dépistées et domiciliées en Alsace. Ce total est à rapprocher des 102 sérologies positives recueillies par le RESORS en 2002 (dont 54 domiciliées en Alsace) et laisse penser à une stabilité des découvertes.

³⁹ Resors-VIH : réseau de surveillance du dépistage de la contamination par le VIH. Mis en place par l'Observatoire de la santé en Alsace en 1993, il permettait d'avoir des données épidémiologiques de façon plus précoce qu'avec les informations sur les cas de sida. En 2003, le Resors-VIH a été arrêté, en raison de la mise en œuvre par l'InVS d'un dispositif national de déclaration obligatoire des cas de séropositivité au VIH (2003).

La tuberculose

Les données de la déclaration obligatoire

En Alsace, comme sur l'ensemble de la métropole, le nombre de cas de tuberculose déclarés a nettement diminué depuis le milieu des années 80 (350 cas en moyenne annuelle entre 1986 et 1988, contre 159 entre 2001 et 2003). L'incidence de la déclaration a ainsi diminué de 59 % sur la période étudiée, passant de 21,9 à 9,0 cas pour 100 000 habitants. En dehors d'un léger ralentissement au début des années 90, cette diminution est continue sur l'ensemble de la période. Entre 2001 et 2003 l'incidence de la déclaration est légèrement inférieure à la valeur nationale (10,5 cas pour 100 000). Il convient de nuancer les résultats, les données de déclaration étant probablement sous-déclarées⁴⁰.

Etre issu d'un pays à forte incidence de tuberculose (Afrique, Asie), vivre en collectivité ou dans un logement sur-occupé sont des facteurs de risque bien repérés de la tuberculose. C'est pourquoi on observe des taux d'incidence élevés parmi les personnes nées à l'étranger (en 2003 sur 179 cas déclarés, 82 touchent des personnes de nationalité étrangère), ou parmi les personnes sans domicile fixe.

Les personnes âgées représentent, elles aussi, un groupe à risque vis-à-vis de la tuberculose (en Alsace, en 2003, plus d'un cas sur 3 concerne des personnes ayant au moins 60 ans).

La majorité des cas déclarés (123 cas) sont des formes pulmonaires (éventuellement associées à des atteintes d'autres organes), potentiellement contagieuses. Dans 73 cas l'examen microscopique est positif, c'est-à-dire que la concentration de germes est telle que la contagiosité est certaine, alors que même si les examens sont négatifs ils ne sont pas synonymes d'absence de contagion.

L'apparition de bacilles résistants aux traitements antituberculeux représente une évolution préoccupante de cette pathologie. En 2003, selon les données de l'InVS, on a déclaré en Alsace 9 cas de tuberculoses résistants à l'isoniazide et 9 cas résistants à la rifampicine, deux antituberculeux « de première ligne ».

L'activité de dépistage

En France, la lutte contre la tuberculose se fait à la fois par son dépistage, son traitement précoce, l'isolement des cas suspects d'être contagieux, l'enquête autour des cas avérés ainsi que par sa vaccination par le BCG.

La vaccination par le BCG dont l'efficacité est controversée chez les adultes est reconnue comme évitant l'apparition des formes graves de tuberculose chez les enfants de moins de 5 ans. Les résultats des examens de santé à l'entrée au CP (année scolaire 2001-2002) montrent que 97 % des enfants ont été vaccinés par le BCG en Alsace.

A l'heure actuelle, la lutte contre la tuberculose incombe aux Conseils Généraux. Ils disposent ainsi, fin 2003, de 12 centres de dépistage de la tuberculose⁴¹ (ou dispensaires antituberculeux), ainsi que d'une unité mobile dans le Bas-Rhin (car radiologique permettant d'intervenir auprès de certaines populations à risques). En 2003, ces centres ont permis de réaliser plus de 19 000 dépistages radiologiques⁴².

⁴⁰ Les seules données permettant d'avoir une vision de l'épidémiologie de la tuberculose sur le territoire national, comme à l'échelle de la région, sont celles du système de déclaration obligatoire. Une étude réalisée au début des années 90 a permis d'estimer que seuls 50 % des cas de tuberculose étaient effectivement déclarés auprès des services déconcentrés du Ministère de la Santé (Evaluation de la qualité de la déclaration obligatoire de la tuberculose dans 16 départements français, DECLUDT B. et coll., BEH N°12, 1995, pp. 51-53).

⁴¹ Situés à Haguenau, Molsheim, Saverne, Sélestat, Wissembourg et depuis octobre 2003 à Strasbourg (centre anciennement géré par la ville de Strasbourg) et pour le Haut-Rhin à Altkirch, Colmar, Guebwiller, Mulhouse, Saint-Louis et Thann.

⁴² Donnée estimée : les données de l'activité du centre de Strasbourg ne sont disponibles qu'à partir d'octobre 2003.

Santé mentale et pathologies mentales

FAITS MARQUANTS

- *Des résultats d'enquête extrêmement variables.*
- *Peu de données régionales sur l'importance du phénomène, ce qui rend difficile l'appréciation de l'état de santé mentale de la population régionale, malgré quelques indicateurs favorables :*
 - *une moindre mortalité par suicide (- 28 % par rapport à la moyenne nationale),*
 - *moins de tentatives de suicides déclarées par les jeunes Alsaciens de 12-25 ans,*
 - *moins d'ALD pour psychose, trouble grave de la personnalité ou arriération mentale,*
 - *une probable moindre consommation de psychotropes.*

La santé mentale ne peut se traiter sans aborder la question du suicide et de la dégénérescence liée au vieillissement. Ces deux thématiques étant traitées dans d'autres parties de ce document, nous ne ferons ici que les effleurer.

Prévalence des troubles mentaux

Diverses études ayant pour objet de mesurer la fréquence des troubles mentaux ont été réalisées au cours des dernières années. Force est de constater que les résultats de ces études diffèrent de façon parfois très importante. Les comportements qui relèvent de la santé mentale sont difficiles à appréhender, intégrant des notions où s'entremêlent l'individuel, le social et le culturel. La psychiatrie, en perpétuelle évolution, souffre d'un manque d'homogénéité dans ses critères diagnostiqués et plusieurs types de classifications sont utilisés. Dans ce document, a été pris le parti de rendre compte des données disponibles, même si elles ne font pas toujours consensus parmi les experts de la discipline. Elles sont donc à manier avec précaution.

Ainsi, selon les premiers résultats de l'enquête SMPG 1999-2003⁴³, la prévalence des troubles mentaux serait beaucoup plus élevée que celle mesurée par d'autres travaux dont, en particulier, l'étude épidémiologique européenne des troubles mentaux et du handicap mental (ESEMED⁴⁴) réalisée en 2000-2002. Selon l'enquête SMPG, 11 % des adultes de plus de 18 ans ont eu un **épisode dépressif** dans les deux semaines précédant l'enquête, contre seulement 5,8 % d'épisodes dépressifs au cours des 12 derniers mois selon l'enquête ESEMED.

Ces différences importantes se retrouvent pour tous les troubles anxieux et s'expliquent notamment par l'utilisation de questionnaires différents sur ces deux enquêtes.

Selon SMPG, 13 % des enquêtés ont déclaré avoir souffert au cours des 6 derniers mois **d'anxiété généralisée**, trouble anxieux le plus fréquemment repéré. Les **syndromes d'allure psychotique** sont plus rares. 2,8 % des adultes auraient présenté à un moment de leur vie de tels syndromes, 1,2 % en présenteraient actuellement. Attention, il s'agit bien de syndrome d'allure psychotique, le questionnaire utilisé ne permettant pas de repérer réellement les syndromes psychotiques. Contrairement aux troubles dépressifs ou anxieux, les hommes seraient plus concernés par ce type de syndromes que les femmes. L'enquête montre également que ce sont les personnes séparées/divorcées ou au chômage qui sont les plus exposées à l'ensemble des troubles cités. Elle ne permet pas en revanche d'établir un lien de cause à effet entre situation sociale et santé mentale.

⁴³ Drees - Troubles mentaux et représentations de la santé mentale - Etudes et résultats 347 - 2004.

⁴⁴ Etude européenne ESEMED/MHEDEM 2000

SMPG : Méthode d'enquête (Source DREES)

Dans l'enquête nationale Santé mentale en population générale (SMPG) le questionnaire Mini (Mini International Neuropsychiatric Interview) a été utilisé. Le Mini a été développé afin de disposer d'un entretien diagnostique structuré qui soit court, fiable et validé. Cet instrument (120 questions) permet notamment d'interroger les individus sur 17 des pathologies de l'axe I du DSM IV et de la CIM 10 (24 en tenant compte de la présence des troubles actuels ou au cours de la vie). Le Mini est organisé en sections diagnostiques ; les questions filtres (2 à 4 par pathologies) correspondent aux principaux symptômes.

Les réponses positives (réponse « oui/non » pour chaque question) fournissent un score, qui, grâce à la fixation d'un seuil, permet de diagnostiquer ou non la pathologie.

SMPG : définitions

Épisode dépressif (CIM 10 F32) : trouble de l'humeur caractérisé par la persistance chez un individu de plusieurs symptômes (au moins quatre) durant au moins deux semaines. Les symptômes principaux sont la présence d'une humeur dépressive anormale pour le sujet, d'une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ainsi que d'une réduction de l'énergie ou d'une augmentation de la fatigabilité.

Trouble dépressif récurrent (CIM 10 F33) : trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (épisodes qualifiés de manie).

Anxiété généralisée (CIM 10 F41.1) : anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est "flottante"). Le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de "tête vide", de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique. Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident.

Syndromes psychotiques : un syndrome psychotique est caractérisé par la présence des symptômes suivants : une perte du contact avec la réalité, une désorganisation de la personnalité et la transformation délirante du vécu. Les psychoses chroniques regroupent les délires chroniques, la schizophrénie et les pathologies chroniques apparentées dont le délire paranoïaque et la psychose hallucinatoire chronique. Les psychoses aiguës sont constituées principalement par les bouffées délirantes aiguës et certains états schizophréniques.

La fragilité des données nationales nous empêche de tirer des conclusions sur l'état de santé mentale de l'Alsace. A partir des quelques données dont on dispose en région, malgré quelques indicateurs favorables :

- les taux de mortalité par suicide sont inférieurs de 28 % à la moyenne nationale,
- les jeunes Alsaciens de 12-25 ans déclarent moins fréquemment une tentative de suicide qu'en moyenne nationale⁴⁵,
- le taux comparatif d'admissions en affection de longue durée (ALD) pour psychose, trouble grave de la personnalité ou arriération mentale (ALD 23 : 3 359 admissions annuelles) est inférieur à la moyenne métropolitaine.

Ces éléments ne permettent pas d'en déduire une moindre fréquence des problèmes de santé mentale dans la région. La saturation de l'offre en psychiatrie peut en effet occasionner un dépistage moindre. De même, le faible taux d'admission en ALD 23 peut être la conséquence d'une moindre tendance à demander la reconnaissance d'une telle affection.

Chez les jeunes, une meilleure santé mentale pour les garçons

L'échelle de Duke permet, par une série de questions, d'appréhender, tel qu'il est perçu, l'état psychologique général de la population.

⁴⁵ Baromètre santé jeunes Alsace (Orsal)

En Alsace, comme au niveau national, les garçons se perçoivent en meilleure santé mentale et déclarent moins de déprime et d'anxiété que les filles⁴⁶. Ainsi, les résultats du score de Duke sont très contrastés selon le sexe, le score santé général étant plus faible chez les filles (69,5) que chez les garçons (76,2). C'est également le cas en ce qui concerne la santé mentale (soit respectivement 67,4 et 74,7). Par contre, les scores pour la dépression et l'anxiété sont plus élevés pour les filles (respectivement 35,4 et 37,0) que pour les garçons (26,4 et 29,1).

Echelle de Duke

Le profil de santé de Duke est un instrument générique de mesure de la qualité de la vie qui comporte 17 questions pouvant être regroupées en plusieurs dimensions (physique, mentale, sociale, santé perçue, incapacité, anxiété, douleur, estime de soi et dépression). Le score de santé générale est un score global représentant la somme des dimensions physique, mentale et sociale. Les scores sont normalisés de 0, indiquant la plus mauvaise qualité de vie, à 100, indiquant une qualité de vie optimale, dans la plupart des dimensions (santé physique, mentale, sociale, générale, santé perçue et estime de soi). Les scores d'anxiété, de dépression, d'incapacité, de douleur sont évalués en sens inverse (100 exprimant la qualité minimale).

Admissions en affection de longue durée

Des admissions particulièrement précoces

Entre 2000 et 2002, 3 359 Alsaciens ont été admis chaque année en affection de longue durée (ALD) pour psychose, trouble grave de la personnalité ou arriération mentale (ALD23), ce qui correspond à un taux d'admission de 190 pour 100 000 habitants. Cela concerne près de 10 % des admissions annuelles en Alsace sur cette période.

Admissions en Affection de Longue Durée pour Psychose,
trouble grave de la personnalité et arriération mentale (ALD23) en Alsace en 2000-2002

Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale (ALD23)	Nombre moyen annuel d'admissions	Taux d'admission pour 100 000 habitants	Indice comparatif*
Hommes	1 394	161,5	88,8
Femmes	1 965	218,5	86,9
Total	3 359	190,6	88,0

Sources : Cnamts, Canam, Ccmsa, INSEE estimations, Exploitation ORS Alsace

* Indice comparatif d'attribution des ALD. France métropolitaine = 100

Remarque : les données d'admission en affection de longue durée n'informent pas directement sur l'épidémiologie d'une pathologie. Elles dépendent pour partie de la morbidité régionale, mais également d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants, ou encore de l'avis des médecins conseils. En Alsace, la couverture d'une grande partie des assurés par le régime local pourrait être un facteur limitant le recours aux ALD en comparaison avec les autres régions.

Près de 60 % de ces admissions en Alsace concernent des femmes. Les admissions féminines dans cette ALD sont plus tardives, puisque 52 % d'entre elles ont lieu après 65 ans, contre 27 % pour les hommes. Cela peut s'expliquer par le fait de la plus grande espérance de vie des femmes, et du fait que cette ALD23 intègre aussi la maladie d'Alzheimer. La création d'une ALD séparée pour les malades d'Alzheimer a été arrêtée le 4 octobre 2004, mais ne s'applique qu'aux nouvelles admissions à partir de cette date et ne concerne donc pas les chiffres présentés ici.

Plus d'un quart des admissions en ALD des moins de 15 ans le sont pour psychose, trouble grave de la personnalité ou arriération mentale (26,8 % en Alsace en 2000-2002). C'est de loin la première cause d'admission en ALD chez les jeunes.

⁴⁶ Source : ORS, Baromètre de santé jeunes, 2000, les comportements des 12-25 ans. INPES – Enquête réalisée auprès de 1 237 jeunes en Alsace et 2 765 jeunes en France métropolitaine.

Les admissions en ALD pour psychose, trouble grave de la personnalité ou arriération mentale en Alsace sont significativement inférieures à celles de la France. Mais cela n'indique pas clairement une moindre existence de ces pathologies, puisque cela peut être la conséquence d'un moindre recours aux ALD pour ces pathologies en Alsace.

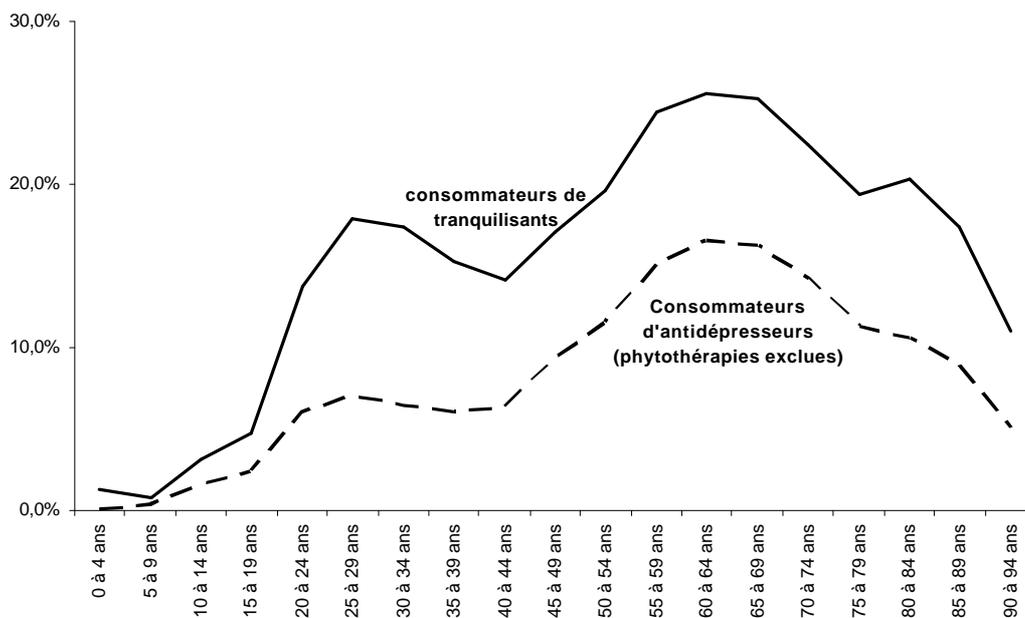
Depuis dix ans environ, on observe un quasi-doublement des admissions en ALD en Alsace pour ces pathologies, mais cela s'explique par un plus grand recours aux ALD en général.

Psychotropes

Une forte consommation de psychotropes en France...

Les médicaments psychotropes, ensemble hétérogène de molécules, ont comme point commun de proposer une réponse chimique à un trouble psychiatrique identifié. La consommation française de psychotropes est particulièrement importante, 2 à 3 fois supérieure à celle des autres pays européens⁴⁷.

Part de la population couverte par le régime général⁴⁸ consommant des tranquillisants et des antidépresseurs, selon l'âge, en Alsace en 2003



Sources : URCAM (SIAM-SNIR), INSEE Estimations, Exploitation ORS Alsace

Ainsi, en France, 24,5 % des personnes bénéficiaires du régime général d'assurance maladie ont obtenu le remboursement d'un médicament psychotrope au cours de l'année 2000⁴⁹. Ce taux était de 17,4 % pour les anxiolytiques, 9,7 % pour les antidépresseurs, 8,8 % pour les hypnotiques, 2,7 % pour les neuroleptiques... Parmi ces consommateurs, 43,3 % ont reçu une prescription de plusieurs classes de psychotropes.

Les chiffres de consommation de soins montrent que près de 7,5 % de la population alsacienne couverte par le régime général consomment des antidépresseurs (hors phytothérapies), et plus de 14,5 % des tranquillisants. Ces chiffres sont

⁴⁷ Zarifian E., Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France, Ministère du Travail et des Affaires sociales, 1996, p.366.

⁴⁸ Nombre de consommateurs du régime général (hors sections locales mutualistes) rapporté à la population couverte par le régime général au 1^{er} janvier 2003 (estimation ORSAL, sur la base de 78,4 % de la population alsacienne couverte par le régime général).

⁴⁹ Lecadet J. et al., Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine, Revue Médicale de l'Assurance Maladie, vol. 34 n°2, avril-juin 2003.

variables selon l'âge, et on remarque des pics de consommation à 25-29 ans (17,9 % consomment des tranquillisants, et 7,1 % des antidépresseurs) et 60-64 ans (24,6 % consomment des tranquillisants et 16,5 % des antidépresseurs). La consommation alsacienne de psychotropes seraient donc plus faible que la moyenne française, mais resterait importante en comparaison avec le reste de l'Europe.

... y compris chez les jeunes

La consommation de psychotropes est moins fréquente parmi les jeunes Alsaciens qui en moyenne consomment moins de psychotropes que les autres jeunes Français (à peu près 50 % de jeunes en moins déclarant une prise au cours des 12 derniers mois). Les filles, en Alsace comme en France, sont beaucoup plus concernées que les garçons par la prise de tranquillisants et d'antidépresseurs.

Prise d'antidépresseurs, de tranquillisants et de somnifères
au cours des 12 derniers mois chez les 12-25 ans* en 2000

en %	Proportion de jeunes** ayant pris des antidépresseurs au cours des 12 derniers mois		Proportion de jeunes** ayant pris des tranquillisants ou des somnifères au cours des 12 derniers mois	
	Alsace	France	Alsace	France
Garçons	0,9	2,3	2,8	5,2
Filles	4,6	6,5	7,2	10,4
Total	2,8	4,5	5,1	7,9

Source : Baromètre santé 2000, les comportements des 12-25 ans, INPES

* Enquête effectuée auprès de 1237 jeunes en Alsace et 2765 jeunes en France métropolitaine

** standardisé sur l'âge et le sexe (population de référence : France métropolitaine, deux sexes, Insee RP 99)

Les maladies rares

Une maladie rare est une affection touchant un nombre restreint de personnes (faible prévalence), à savoir moins de une personne sur 2 000 selon le seuil admis en Europe ; en France, on dit qu'une maladie est rare si moins de 30 000 personnes en sont atteintes⁵⁰.

Les maladies rares⁵¹ sont d'une grande hétérogénéité. Elles peuvent être parfois bénignes mais sont fréquemment graves, chroniques et évolutives. L'atteinte des fonctions implique souvent une perte d'autonomie et des invalidités qui peuvent altérer la qualité de vie et donc être à l'origine de handicap. Des difficultés en termes d'orientation au départ du parcours médical, de diagnostic, de mise en place d'une prise en charge adaptée et enfin de réponse sociale sont à relever. S'il n'existe pas toujours de traitement curatif efficace pour toutes les maladies rares (des recherches actives sont engagées pour les traitements, favorisées par une politique de promotion des médicaments orphelins), des soins précoces et appropriés peuvent permettre d'améliorer la survie et la qualité de vie des patients.⁵²

On dénombre environ 7 000 maladies rares dont 80% sont d'origine génétique, mais chaque semaine, de nouvelles maladies rares sont définies. Elles concernent 3 à 4 millions de personnes en France. Un grand nombre de ces pathologies sont aussi dites «orphelines» parce que les populations concernées ne bénéficient pas de réponse thérapeutique. Parmi elles on peut citer l'hémophilie, la sclérose latérale amyotrophique, la mucoviscidose, les myopathies, les aberrations chromosomiques...

En France, la prévalence cumulée se situe entre 4 et 6%. Les trois-quarts des maladies rares peuvent être présentes dès la naissance ou avant l'âge de 2 ans ; cependant, certaines maladies - environ un quart - apparaissent après 40 ans. 80% des maladies ont un impact sur l'espérance de vie et 35% sont directement en cause dans un décès avant l'âge de un an. Les incapacités générées par les maladies rares sont présentes et entraînent une gêne notable à la vie quotidienne dans plus de 65% des cas avec une perte complète d'autonomie dans 9% des cas. En Alsace, entre 70 000 et 106 000 personnes pourraient être concernées à partir de ces estimations.

⁵⁰ Source : Direction générale de la santé, Bureau des maladies chroniques, enfant et vieillissement. Cellule communication

⁵¹ Ce texte est en grande partie repris du document « La santé en Bourgogne - Éléments pour un diagnostic partagé - 2004 » rédigé par l'ORS Bourgogne à la demande de la DRASS, de l'ARH et de l'URCAM de cette région.

⁵² Source : Maladies rares et maladies chroniques B. Barataud dans Traité de santé publique, F. Bourdillon, G. Brucker, D. Tabuteau – Flammarion Médecine Sciences

Disparités sociales d'état de santé, d'accès aux soins et de comportements de santé

FAITS MARQUANTS

- *Les inégalités de santé, liées à la situation sociale des individus, sont marquées chez les adultes...*
- *... et s'observent dès l'âge de 6 ans.*
- *Les situations sociales ont un impact sur :*
 - *la mortalité*
 - *l'état de santé*
 - *l'accès ou le recours aux soins*
 - *les comportements de santé.*

L'existence d'inégalités de santé liées à la situation sociale est aujourd'hui une chose communément admise. L'observation de ces inégalités sociales de santé fait apparaître qu'elles ne concernent pas seulement les populations précarisées, mais se retrouvent tout le long du continuum social. Ainsi, entre 25 et 55 ans, les taux de mortalité des cadres sont trois à quatre fois inférieurs aux taux des ouvriers.

A ce titre, l'Alsace est directement concernée : grande région industrielle, elle conserve une proportion d'ouvriers dans la population active nettement supérieure à la moyenne nationale (respectivement 34 % et 27 % au recensement de la population de 1999).

La garantie de l'accès aux soins pour les populations précaires est un levier parmi d'autres qui permet de réduire les inégalités sociales de santé.

La CMU

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, la couverture maladie universelle instaure le principe d'une protection qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie. Ce dispositif se compose de deux volets :

- la CMU de base permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie de bénéficier de la sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses de santé ;
- la CMU-C permet de bénéficier gratuitement d'une couverture maladie complémentaire. Elle est accordée sous condition de ressources.

En fin d'année 2003, l'Alsace comptait plus de 27 000 bénéficiaires de la CMU (ayants droit compris) et près de 67 000 bénéficiaires de la CMU-C. Rapportés à la population, les taux de bénéficiaires restent inférieurs aux moyennes nationales (15,4 vs. 19,4 bénéficiaires de la CMU et 37,7 vs. 65,2 bénéficiaires de la CMU-C pour 1 000 habitants au 1^{er} janvier 2003).

Les données portant sur la Couverture Maladie Universelle (CMU) et la Complémentaire associée (CMU-C) présentent des variations annuelles importantes : elles correspondent en partie à une montée en charge du dispositif (CMU) ainsi qu'à des ajustements (CMU-C). Ces ajustements proviennent principalement du fait que la CMU-C prenait le relai de l'aide médicale départementale : les personnes ont donc été dans un premier temps automatiquement transférées d'un dispositif à l'autre. Par la suite, l'évaluation des dossiers a généré un certain nombre de sorties du dispositif, du fait du dépassement du plafond de revenu, et ce en deux vagues : l'une en juin 2001, la seconde en juin 2002.

Il convient de souligner qu'un certain nombre de personnes ne bénéficiant que d'un bas revenu (Minimum Vieillesse/Invalidité, Allocation Adulte Handicapé) se trouvent légèrement au-dessus du plafond d'attribution de la CMU-C et n'y ont de ce fait pas accès.

Bénéficiaires* de la CMU et de la CMU-C en Alsace

	Bénéficiaires CMU de Base	Prop. de la pop.bénéficiant de la CMU (%)	Evolution annuelle des effectifs(%)	Bénéficiaires CMU - C	Prop. de la pop.bénéficiant de la CMU-C (%)	Evolution annuelle des effectifs(%)
01/01/2001	23 100	13,1		84 030	47,8	
01/01/2002	23 602	13,4	2,2	70 566	39,9	-16,0
01/01/2003	27 383	15,4	16,0	66 877	37,7	-5,2

Sources : DREES, CNAMTS, CANAM, CCMSA

* Régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes, y compris ayants-droit

Les dernières données disponibles en matière de CMU-C pour le régime général (régime qui concerne plus de 90 % des bénéficiaires) indiquent une augmentation des effectifs de bénéficiaires (5 % d'augmentation entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2003). Cela confirme la dégradation de la situation sociale en Alsace.

Dépenses de soins des bénéficiaires de la CMU-C

Pour l'année 2002, en moyenne 230 € ont été remboursés par bénéficiaire de la CMU-C en Alsace, contre 290 € au niveau national. Les dépenses des bénéficiaires se répartissent pour majorité entre les dépenses de pharmacie (29 %) et celles d'hospitalisation (24 %).

Répartition par poste des dépenses de soins des bénéficiaires de la CMU-C (Alsace, Régime général, année 2002)

Poste	Montants (en milliers d'euros)	Proportion (%)
Pharmacie	4 030	29
Hospitalisation	3 353	24
Honoraires médicaux	2 802	20
Actes dentaires	1 939	14
Autres	1 692	12
Total	13 816	100

Source : DRASS Alsace – CPAM Strasbourg - CNAMTS

Diverses études nationales ont exploré la question de l'impact de la CMU-C sur la consommation de soins. Deux éléments importants ressortent de ces travaux :

- "si les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses plus élevées que les autres bénéficiaires de l'Assurance Maladie, cette différence s'explique par leur moins bon état de santé. A état de santé donné, ils ne consomment pas plus que les autres bénéficiaires de l'Assurance Maladie titulaires d'une couverture complémentaire"⁵³.
- "l'entrée dans le dispositif de la CMU-C n'a pas d'effet d'emballage des dépenses"⁵⁴.

⁵³ Impact de la CMU-C sur les consommations de soins, M. Grignon, M. Perronin, Questions d'économie de la santé, n°74, novembre 2003, IRDES.

⁵⁴ Ibid.

Inégalités sociales de santé

Les inégalités de santé, marquées chez les adultes...

Les données de mortalité prématurée en Alsace confirment ce que de nombreux travaux éclairent à l'échelle nationale ou internationale : chez les hommes, la mortalité des 25-55 ans est trois à quatre fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres, écart que l'on observe pour la plupart des causes de décès. En conséquence, l'espérance de vie diffère selon la CSP et décroît avec la place occupée dans "l'échelle sociale".

Qu'il s'agisse **d'état de santé** (santé perçue, santé dentaire, surcharge pondérale et autres facteurs de risque cardio-vasculaire) **d'accès ou de recours aux soins** (absence de consultation médicale, dentaire ou gynécologique au cours des deux dernières années, déficits visuels non corrigés...) ou de **comportements de santé** (consommation de tabac, hygiène bucco-dentaire), les consultants précaires accueillis présentent presque systématiquement des indicateurs moins favorables que ceux des ouvriers, qui eux-mêmes présentent des indicateurs moins favorables que ceux des cadres. La seule exception concerne la consommation d'alcool pour laquelle la hiérarchie des situations se trouve inversée : les cadres sont plus nombreux à déclarer une consommation d'alcool à risque.

... et s'observent dès l'âge de 6 ans

Au cours des années scolaires 2000/2001 et 2001/2002, l'ORSAL, en collaboration avec les services de santé scolaire de l'Éducation nationale, a réalisé deux études portant sur la santé des enfants de 6 ans. Les données étaient recueillies dans le cadre de la visite médicale d'admission en cours préparatoire.

Ces études ont montré que les inégalités sociales de santé, déjà observées chez les adultes, étaient marquées dès l'âge de 6 ans, avec un contraste particulièrement important entre les enfants de cadres et les enfants d'ouvriers. Certes, au regard des antécédents médicaux, chirurgicaux ou traumatologiques, l'histoire médicale des enfants issus des populations les moins favorisées est comparable à celle de l'ensemble de la population. Cependant, la population des enfants d'ouvriers se caractérise par un cumul d'indicateurs négatifs qui concernent :

- **l'état de santé** avec, par exemple, une surcharge pondérale deux fois plus fréquente chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres ou encore la présence de caries dentaires (soignées ou non soignées) quatre fois plus fréquente chez les enfants d'ouvriers ;
- **l'accès et/ou le recours aux soins** qui s'observe pour les soins dentaires et optiques mais aussi d'une façon plus générale pour le dépistage de pathologies - le taux de découverte de pathologies non dépistées avant l'examen préélémentaire est plus élevé chez les enfants d'ouvriers (21 %) que chez les enfants de cadres (15 %) ;
- **les modes de vie** avec, pour les enfants d'ouvriers, plus de temps passé devant la télévision, moins de temps passé en activités extrascolaires, des comportements alimentaires particulièrement éloignés des recommandations émises dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) ;
- **le développement psychomoteur** : sur 10 items recueillis⁵⁵, au moins un item non acquis pour 42 % des enfants d'ouvriers, contre 18 % pour les enfants de cadres.

⁵⁵ Orientation temporelle, rythme, élocution, orientation spatiale, aptitudes graphiques, langage, équilibre sur un pied, coordination, marche talon-pointe, motricité globale.

Santé de certaines populations particulières

La santé de la mère et des petits enfants

FAITS MARQUANTS

- *Les naissances, stables depuis vingt ans pourraient en Alsace ne pas diminuer dans les prochaines années, ou du moins, diminuer moins rapidement que dans les autres régions.*
- *Les naissances sont de plus en plus tardives.*
- *En France, on observe une tendance à la hausse des enfants de petit poids et de la prématurité. L'évolution est moins nette en Alsace.*
- *La mortalité infantile, proche de la moyenne nationale, a chuté au cours des dix dernières années, en partie grâce à la baisse très rapide des morts subites du nourrisson.*

Natalité

Un nombre de naissances pratiquement stable depuis 20 ans

En 2003, près de 22 100 enfants de mères domiciliées dans la région sont nés en Alsace. Sur une période de 20 ans⁵⁶, le nombre de naissances reste globalement stable dans la région (-4 %), ce qui constitue une situation atypique dans le nord et l'est de la France où toutes les autres régions ont vu leurs naissances diminuer fortement (Lorraine -23 %, Champagne-Ardenne -21 %, Franche-Comté -17 %...). Selon les projections de population de l'INSEE, sous réserve de maintien du niveau de fécondité, le nombre de naissances devrait légèrement diminuer jusqu'en 2010, puis se stabiliser à 20 500 naissances annuelles et ce, jusqu'en 2030. Avec le Languedoc Roussillon et PACA, l'Alsace serait la seule région métropolitaine où le nombre de naissances (et donc d'accouchements) ne diminuerait pas.

Variations dans les projections de population de l'Insee

La marge d'erreur concernant les projections de naissances est particulièrement importante, tant la fécondité est sujette à variation. L'Insee retient habituellement trois hypothèses concernant la fécondité, une hypothèse haute, une centrale (stabilité exposée ci dessus) et une basse. Selon les deux hypothèses extrêmes, dans 10 ans (2014), on pourrait aussi bien enregistrer 17 200 naissances (fécondité basse) que 23 500 naissances (fécondité haute). Néanmoins, quelle que soit la tendance générale, l'Alsace restera dans une situation atypique. Si la fécondité en France baisse, le nombre de naissances diminuera dans la région, mais nettement moins rapidement que dans la plupart des autres régions. Si la fécondité augmente, le nombre de naissance augmentera particulièrement vite en Alsace.

⁵⁶ Evolution du nombre moyen de naissances annuelles 2000-2002 par rapport au nombre moyen de naissances annuelles 1980-1982

Des naissances de plus en plus tardives

Une autre tendance de fond à laquelle on assiste depuis plusieurs décennies est le report des naissances vers un âge plus tardif. L'âge moyen à la maternité est passé, en Alsace, de 26,9 ans en 1980 à 29,3 ans en 1999, chiffres sensiblement équivalents aux moyennes nationales.

L'augmentation de l'âge à la maternité est susceptible d'avoir un effet sur les besoins de prise en charge et de suivi des grossesses et des nourrissons, les risques pour la mère et l'enfant augmentant avec l'âge à la maternité.

Une adhésion importante des femmes aux méthodes contraceptives

Un des éléments marquants des comportements sexuels est l'utilisation quasi générale des méthodes contraceptives. **Au niveau national :**

- moins de 5 % des femmes déclarent ne pas utiliser de méthodes contraceptives alors qu'elles risquent une grossesse non prévue ;
- pour les utilisatrices de moyens de contraception, la pilule est la méthode la plus fréquemment utilisée (60 %), devant le stérilet (23 %).

Les IVG

En hausse, le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste inférieur à la moyenne métropolitaine

Malgré la diffusion des moyens de contraception et les modifications des modalités de prescription de la contraception d'urgence (pilule du lendemain) avec notamment la possibilité de l'obtenir sans ordonnance et gratuitement pour les jeunes mineures, le nombre de grossesses donnant lieu à une interruption volontaire de grossesse (IVG) ne diminue pas.

Douze unités d'obstétrique de la région pratiquent des interruptions volontaires de grossesse, ainsi qu'un service de chirurgie qui réalise des IVG instrumentales (en très petit nombre).

En 2002, 5 100 interruptions volontaires de grossesse ont été pratiquées dans les établissements de soins de la région, soit 5,0 % de plus qu'en 2001. On estime à 18,5% la part des grossesses qui aboutissent à une IVG, chiffre en sensible augmentation depuis le début des années 90 (15,6 %), soit une grossesse sur 5 qui se termine par une IVG. Pour autant, les Alsaciennes continuent à recourir sensiblement moins à l'IVG que l'ensemble des métropolitaines (respectivement 11,5 et 14,3 IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans).

En Alsace, une IVG sur dix concerne une femme de moins de 18 ans ; le taux d'IVG pour 1000 femmes mineures est de 8,2 pour 9,6 en France. En cas de grossesse, le recours à une IVG est plus fréquent chez les plus jeunes et chez les plus âgées. En 1996, on estimait qu'en Alsace, près d'une conception sur deux aboutissait à une IVG chez les femmes de moins de 20 ans (une sur quatre chez les plus de 40 ans), contre moins d'une sur dix chez les 25-34 ans.

Un recours croissant à l'IVG chez les adolescentes

Le nombre de grossesses d'adolescentes est en net recul. Au niveau national, la diminution est de 36% ces vingt dernières années⁵⁷, entraînant la baisse du nombre des naissances de mères jeunes. Par contre, dans le même temps, le nombre des interruptions volontaires de grossesses pour les adolescentes est resté relativement stable, signifiant un recours plus fréquent à l'IVG en cas de grossesse. Aujourd'hui, deux tiers des conceptions aboutiraient à un avortement quand la mère est jeune (un tiers il y a vingt ans). Ce recours ne remet pas en cause l'efficacité de la contraception. Il traduit l'évolution des choix des adolescentes de différer une maternité trop précoce, non souhaitée, dans une société où les études et l'obtention d'une qualification professionnelle prévalent dans le passage à la vie adulte.

En Alsace, la part des IVG déclarées par des mineures est de 6% en 2002.

⁵⁷ « Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? », dans Population et société n°361 – 2000 – INED

Les données concernant les IVG tardives (13 et 14 semaines d'aménorrhée) sont peu fiables ; elles sont très variables selon les unités d'obstétrique. La prise en charge des IVG tardives n'est pas comparable entre les différentes unités, certains médecins refusant de les faire.

A noter la récente hausse du nombre d'IVG pratiquées par voie médicamenteuse (RU 486) : en 2002 elles représentent près de 6 IVG sur 10 (58,3 %) contre un peu moins de la moitié en 2001 (47,9 %) et ce chiffre continue à augmenter en 2003. Après la Corse, l'Alsace est la région où l'IVG médicamenteuse est la technique la plus utilisée.

IVG pratiquées dans les établissements de soins
entre 2001 et 2002

	2002
Nombre d'IVG	5 115
dont : IVG médicamenteuses (RU 486)	2 980
<i>Taux d'IVG pour 100 conceptions</i>	<i>18,5%</i>

Source : DRASS Alsace

Grossesses et suivi des grossesses

Une hausse du nombre de grossesses dont le suivi pose problème

Le nombre de grossesses peu suivies augmente : en l'an 2000, 1,2 % des femmes enceintes bénéficiaient de moins de quatre visites prénatales durant leur grossesse, taux qui a doublé en trois ans (2,8 % en 2003). La proportion de grossesses déclarées tardivement (après le début du cinquième mois) semble également augmenter : 1,7 % des grossesses en 2000, 2,8 % en 2002. Ces évolutions portent sur des effectifs relativement faibles et mériteraient de faire l'objet d'investigations plus poussées.

Une analyse des données détenues par les CAF fait apparaître que les déclarations tardives de grossesse sont particulièrement fréquentes chez les mères les plus jeunes (moins de 25 ans), les mères célibataires, divorcées ou vivant seules, les allocataires du RMI ou de l'API.

La naissance

Prématurité et enfants de petit poids en hausse

Au niveau national, on note une augmentation du taux de prématurité et de la proportion d'enfants de faible poids de naissance. Cette augmentation s'explique par :

- l'augmentation à la fois des grossesses multiples liées à la procréation médicalement assistée et à l'âge des mères ;
- les techniques de réanimation des nouveau-nés qui sont plus performantes et donc les césariennes réalisées plus précocement afin d'éviter une souffrance au fœtus.

Dans le Haut-Rhin, les données de la PMI (certificats de santé du huitième jour) confirment partiellement cette tendance. Les taux de naissances prématurées et d'enfants de faible poids de naissance ont augmenté de façon sensible entre 1993 et 1998 puis à nouveau de 2002 à 2003. En 2003, 5,9 % des enfants sont nés avant 37 semaines d'aménorrhée (4,5 % en 1993), et 6,9 % des nouveau-nés pesaient moins de 2 500 grammes, contre 5,6 % en 1993. Pour le Bas-Rhin, la tendance est moins nette.

Mortalité maternelle et infantile

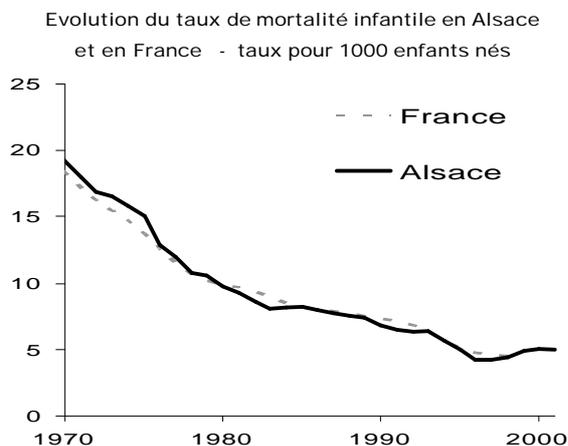
Une mortalité maternelle élevée en France

Selon le dernier plan périnatal, la mortalité maternelle (8,8 décès pour 100 000 naissances en 2001) se situe à un niveau élevé en France comparativement à d'autres pays européens, d'autant plus que, comme le souligne le comité national d'experts sur la mortalité maternelle, 50 % de ces décès sont évitables (30 % par une amélioration des pratiques, 20 % par l'amélioration de l'environnement de l'accouchement).

Le phénomène est trop peu fréquent pour que l'on puisse tirer des conclusions sur la situation de l'Alsace en ce domaine. Ainsi, en 1998-2000, on ne recense dans la région qu'un seul décès annuel ayant pour causes des complications de grossesse, d'accouchement ou de suites de couches (contre 4 en 1988-90).

Avec 155 mort-nés recensés chaque année, le taux de mortinatalité alsacien est significativement inférieur à la moyenne nationale en 2001-2002⁵⁸ (7,0 pour 1000, contre 8,2 en France métropolitaine).

La mortalité infantile (enfants de moins de 1 an) continue à diminuer



Source : INSEE

En 2000-2002, 112 enfants de moins de 1 an sont, en moyenne, décédés chaque année dans la région, dont 51 durant la période néonatale précoce (décès de moins de 7 jours) et 20 durant la période néonatale tardive (décès compris entre 7 jours et moins de 28 jours).

Depuis le début des années 1970, la mortalité infantile a évolué dans la région selon une tendance très proche de la moyenne nationale.

En une dizaine d'années seulement, la mortalité a été divisée par deux. Depuis, la diminution est certes moins spectaculaire mais elle se poursuit ; au cours des années 90, la mortalité infantile a encore diminué de 35%.

Malgré cette évolution favorable, la première année de vie reste une période où le risque de décéder est élevé. Ce n'est qu'à 50 ans pour les hommes et à 60 ans pour les femmes que l'on retrouve des taux de mortalité aussi élevés. Durant ces dix dernières années, les deux principales composantes de la mortalité infantile ont connu des évolutions sensiblement différentes. Alors que le taux de mortalité néonatale (décès de moins de 28 jours) est resté pratiquement stable en Alsace, le taux de mortalité post-néonatale (décès de 28 jours à moins de 1 an) a lui, fortement diminué.

Moins de morts subites du nourrisson

La baisse de la mortalité infantile au cours des années 90, est due à la diminution significative du nombre de décès par symptômes, signes et états morbides mal définis, et plus particulièrement des décès par mort subite du nourrisson qui constituait la première cause de décès chez les enfants de moins de un an en 1988-90. En 1998-2000, elle n'est plus que la troisième cause, derrière les autres affections de la période périnatale (grande prématurité, souffrance fœtale aiguë,...) et les anomalies congénitales. Cette diminution est liée en grande partie aux nombreuses campagnes de sensibilisation, menées depuis 1992, sur les modalités de couchage des nourrissons.

⁵⁸ En 2002, la définition des enfants sans vie a été modifiée. Désormais sont pris en compte les enfants sans vie au terme de vingt-deux semaines d'aménorrhée ou d'un poids de 500 grammes. Ces critères se substituent au délai de 180 jours de gestation prévu dans l'état civil. De ce fait le nombre d'enfants sans vie cité ne peut être comparé aux données antérieures à 2002.

Les enfants et les adolescents

FAITS MARQUANTS

- *Des décès peu nombreux entre 1 et 14 ans et une incidence des cancers faible avant 15 ans.*
- *Des admissions en ALD motivées principalement par les troubles mentaux, les maladies du système nerveux et celles de l'appareil respiratoire.*
- *Des enfants globalement en bonne santé avant leur entrée en CP, mais un enfant de 6 ans sur six présente déjà une surcharge pondérale.*
- *Des habitudes préjudiciables à la santé qui se prennent dès l'âge de 12 ans, avec le début du tabagisme et les premières habitudes de consommation d'alcool.*

Entre 1 et 14 ans, les enfants sont, dans leur grande majorité, en bonne santé et la plupart des affections qu'ils développent sont bénignes. Cependant, c'est également à cette période de la vie que s'acquièrent les comportements et habitudes qui détermineront leur état de santé à l'âge adulte. Dès le plus jeune âge, on peut observer des comportements alimentaires inadaptés, qui entraînent une surcharge pondérale chez plus d'un enfant de 6 ans sur dix.

L'adolescence correspond plus généralement à une phase d'expérimentation, avec le début du tabagisme et l'installation des habitudes de consommation d'alcool. Les difficultés rencontrées par certains jeunes au cours de cette période sont vécues différemment selon le sexe et s'expriment préférentiellement au travers des troubles de la conduite (prise de risque, violence) chez les garçons et au travers des troubles corporalisés (tentatives de suicide, troubles des comportements alimentaires...) chez les filles.

La mortalité

Des décès peu nombreux entre 1 et 14 ans

En 1998-2000, 47 enfants de 1 à 14 ans sont décédés en moyenne chaque année en Alsace. Cela correspond à un taux de mortalité de 0,35 pour 1 000 habitants, un taux sensiblement équivalent à celui de la moyenne nationale (0,38 pour 1 000 en France métropolitaine).

Au cours des dix dernières années, le nombre de décès pour cette tranche d'âge a diminué de plus de la moitié (passant de 98 à 47 décès annuels entre 1988-90 et 1998-2000) et le taux de mortalité de 38 % (passant de 0,56 pour 1 000 à 0,35 pour 1 000).

Les traumatismes et empoisonnements (accidents de la route ou accidents domestiques,..) représentent près de la moitié des décès survenant entre 1 et 14 ans (42 %), devant les décès par tumeurs et les signes, symptômes et états morbides mal définis. Chez l'enfant très jeune, l'accident se produit le plus souvent à la maison, ce sont les chutes qui prédominent. Entre 5 et 10 ans, la plupart des accidents surviennent aux alentours de la maison et à l'école. Après 10 ans c'est en pratiquant un sport qu'ils ont lieu dans un quart des cas.

Morbidité

Une incidence des cancers faible avant 15 ans

Sur la période 1997-99, on recense en moyenne chaque année en Alsace 41 nouveaux cas de cancers chez les enfants de moins de 15 ans (18 chez les 0-4 ans, 22 chez les 5-14 ans) ce qui correspond à un taux d'incidence de 12,2 cas pour 100 000 habitants. Ils représentent moins de 1 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers recensés dans la région.

Les leucémies lymphoïdes correspondent à la localisation la plus fréquente (8 nouveaux cas annuels), elles sont suivies des tumeurs malignes du cerveau et du système nerveux ainsi que celles du rein et des voies urinaires.

Compte tenu des faibles effectifs concernés, les comparaisons dans le temps restent délicates. On peut néanmoins signaler qu'entre 1997 et 1999 on recense, en moyenne annuelle, 5 nouveaux cas de cancers de moins qu'entre 1991 et 1993.

Des admissions en ALD motivées principalement par les troubles mentaux, les maladies du système nerveux et celles de l'appareil respiratoire

Les admissions en affection de longue durée (ALD) par les trois principaux régimes d'assurance maladie sont très peu fréquentes chez les enfants de moins de 15 ans et ne représentent en Alsace que 2,4 % de l'ensemble des ALD (tous âges confondus).

Entre 2000 et 2002, 804 enfants de 0 à 14 ans ont ainsi été admis en moyenne chaque année, 371 parmi les 0-4 ans, 433 parmi les 5-14 ans. Le nombre d'admissions pour 1 000 enfants de 0-14 ans est pratiquement équivalent dans la région que sur l'ensemble du pays (2,39 pour 1 000 contre 2,41 pour 1 000 en France métropolitaine).

Les admissions en ALD pour trouble mental, maladie du système nerveux et maladie de l'appareil respiratoire ont motivé plus de 60 % de l'ensemble des admissions de cette tranche d'âge. Le taux d'admission en ALD pour les maladies du système nerveux et les maladies de l'appareil respiratoire apparaît sensiblement plus élevé en Alsace qu'en moyenne nationale; à l'inverse il est plus faible s'agissant des maladies cardiovasculaires et des maladies du système ostéo-articulaire.

Nombre moyen annuel et taux d'admission en ALD chez les moins de 15 ans en Alsace et en France métropolitaine en 2000-2002

	Nombre moyen annuel	%	Part sur l'ensemble des ALD	Taux pour 1000	Taux France métro.	Comparaison taux Alsace / France métro.
Troubles mentaux	216	26,8%	6,4%	0,64	0,70	- 8,2%
Maladies du système nerveux	145	18,1%	11,9%	0,43	0,31	+40,4%
Maladies de l'appareil respiratoire	133	16,5%	10,8%	0,40	0,31	+26,6%
Diabète et autres maladies métaboliques	74	9,2%	1,4%	0,22	0,20	+11,9%
Tumeurs	54	6,7%	0,8%	0,16	0,16	+ 1,8%
Maladies cardio-vasculaires	53	6,6%	0,4%	0,16	0,25	-36,2%
Maladies du système ostéo-articulaire	37	4,6%	6,6%	0,11	0,18	-38,1%
Autres	93	11,6%	4,9%	0,28	0,32	-13,7%
Ensemble	804	100,0%	2,4%	2,39	2,41	-13,7%

Sources : Cnamts, Canam et Cmsa, Insee estimations de population – Exploitation ORS Alsace

Avertissement : les données d'admission en affection de longue durée n'informent pas directement sur l'épidémiologie d'une pathologie. Elles dépendent pour partie de la morbidité régionale, mais également d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants, ou encore de l'avis des médecins conseils. En Alsace, la couverture d'une grande partie des assurés par le régime local pourrait être un facteur limitant le recours aux ALD en comparaison avec les autres régions.

Enfin, concernant la morbidité, l'asthme est la maladie chronique la plus répandue chez les enfants et adolescents.

La santé des enfants de 6 ans

Des enfants de 6 ans globalement en bonne santé

Au cours des années scolaires 2000/2001 et 2001/2002, l'ORSAL, en collaboration avec les services de santé scolaire de l'Éducation nationale⁵⁹, a réalisé une étude portant sur la santé des enfants de 6 ans. Les données, recueillies dans le cadre de la visite médicale d'admission (VMA) à l'école élémentaire, permettent d'avoir une vision globale de la santé des enfants de cet âge : données biométriques, comportements alimentaires, dépistage sensoriel, état dentaire et recours aux dentistes, développement psychomoteur, antécédents médicaux...

Certaines habitudes de vie et comportements défavorables à la santé sont déjà observés chez certains jeunes enfants, notamment les comportements alimentaires qui ne correspondent pas toujours aux recommandations émises par le programme national nutrition santé.

Ainsi, 11 à 12 % des enfants scolarisés en grande section de maternelle dans la région sont en surpoids et 4 à 6 % sont obèses, plaçant l'Alsace parmi les régions de France où la proportion des enfants en surpoids ou obèses est la plus élevée.

A cet âge, certains problèmes de santé, qui ne sont pas anodins, peuvent entraîner des difficultés d'apprentissage. Ainsi, l'examen d'entrée en cours préparatoire permet de dépister chez 7 % des enfants des troubles visuels non corrigés ou mal corrigés et chez 4 % des troubles ORL.

En matière de vaccination obligatoire, les taux de couverture vaccinale en BCG, DTP et coqueluche sont très élevés (supérieurs à 97 %). La vaccination ROR est également très pratiquée (93 %) alors que moins d'un enfant sur deux est vacciné contre le virus de l'hépatite B.

Il faut cependant noter que les problèmes relevés, même s'ils sont fréquents (une pathologie est dépistée à l'occasion de la VMA pour un enfant sur cinq), sont relativement bénins.

Comportements des jeunes

Des habitudes préjudiciables à la santé qui se prennent dès l'âge de 12 ans

4,3 % des jeunes de 12-14 ans déclarent⁶⁰ consommer de l'alcool au moins une fois par semaine en Alsace (26 % entre 15 et 17 ans). Ils sont un peu plus nombreux à déclarer fumer quotidiennement (6,6 % à 12-14 ans contre 23 % à 15-17 ans) avec une consommation moyenne équivalente à 5 cigarettes par jour. A cet âge, les poly-consommations (alcool, tabac, cannabis) restent très limitées et concernent moins de 1 % des garçons et filles.

La pratique d'une activité sportive est très répandue jusqu'à 17 ans, y compris en dehors des cours d'éducation physique et sportive (62 % des garçons et 33 % des filles de 12-14 ans ont pratiqué un sport en club au cours des 7 derniers jours). Certaines études ont montré qu'une activité physique faible était associée à des taux de mortalité plus élevés, et la sédentarité est reconnue comme étant un facteur de risque de pathologies comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires mais également de l'obésité. Ainsi, selon l'Indice de Masse Corporelle (IMC), 10 % des jeunes de 12-14 ans seraient en surpoids et 6,5 % seraient obèses en Alsace.

Les accidents⁶¹, première cause de décès et premier motif d'hospitalisation avant 15 ans, ont concerné près d'un jeune de 12-14 ans sur quatre au cours des douze derniers mois et correspondent essentiellement à des accidents de sport ou de loisir.

⁵⁹ Services de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves des Inspections Académiques du Bas-Rhin et du Haut-Rhin (médecins et infirmiers) et service de santé scolaire de la Ville de Strasbourg

⁶⁰ Le Baromètre santé jeunes Alsace (ORSAL) est une enquête téléphonique réalisée, d'octobre à décembre 1999, auprès d'un échantillon de 1 200 jeunes Alsaciens âgés de 12 à 25 ans. Les interviews téléphoniques ont porté sur les opinions, connaissances, attitudes et comportements des jeunes à propos de nombreux sujets de santé parmi lesquels figurent l'activité physique, le poids et l'image du corps, la consommation de substances psychoactives, les pensées et tentatives de suicide, les violences physiques, et les accidents et prises de risque.

⁶¹ ayant entraîné une prise en charge médicale

Avant 15 ans, les différences entre les sexes sont peu marquées pour ce qui concerne la consommation de substances psychoactives ou les accidents. Elles le sont davantage pour les troubles de la conduite tels que la violence agie (auteurs de violence) ou les prises de risques, exprimées préférentiellement par les garçons et pour les troubles corporalisés tels que les tentatives de suicide ou les troubles du comportement alimentaire, exprimés plus volontiers par les filles.

Prises de risques

Les prises de risques peuvent s'exprimer sous de très nombreuses formes (conduite automobile, sexualité, suicide, activités sportives, comportements alimentaires) et peuvent conduire jusqu'au décès. Les données épidémiologiques et en particulier les données de mortalité indiquent que la région bénéficie d'une situation plutôt favorable (accidents, suicides, sida...) en comparaison avec la moyenne nationale.

Un jeune sur huit déclare avoir pris un risque par plaisir ou par défi au cours des 30 derniers jours, proportion comparable à la moyenne nationale. La prise de risque est deux fois plus fréquente chez les garçons et concerne avant tout les sports et les loisirs (une prise de risque sur deux), domaine où les sports extrêmes (escalade...) sont en particulier cités. Viennent ensuite les risques encourus volontairement à deux roues et à bord d'une voiture, pour lesquels la nature du risque est essentiellement la vitesse.

Les accidents de la circulation, une crainte partagée

Les accidents de la circulation constituent le premier motif de crainte le plus fréquemment exprimé par les jeunes (57%), viennent ensuite le cancer, le sida et les autres IST. A l'inverse, le suicide, la tuberculose et les maladies dues à l'alcool sont les moins redoutés.

En dehors des risques sanitaires, les craintes exprimées par les jeunes concernent prioritairement le chômage (pour 65% des déclarants) et les risques liés à la pollution de l'environnement (en deuxième position) : 62% des 12 à 25 ans déclarent craindre la pollution de l'air, 53% les risques liés aux aliments transformés ou pollués et 47% la pollution de l'eau.

Sept jeunes de 15 à 25 ans sur 10 déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels

71 % des jeunes de 15 à 25 ans déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels. Parmi eux, 88 % des garçons et 95 % des filles ont eu des rapports au cours des 12 derniers mois.

A la question posée dans le cadre de l'extension régionale du baromètre santé jeunes : « *actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire faites quelque chose pour éviter une grossesse quand vous avez des rapports sexuels* », 88 % des jeunes de 15 à 25 ans sexuellement actifs, répondent positivement, sans différence notable entre les sexes (87,6 % des garçons et 88,7 % des filles) et la méthode contraceptive la plus fréquente est la contraception orale, 3 jeunes sur 4 déclarent y avoir recours.

Seul moyen de prévention de la transmission par voie sexuelle de l'infection à VIH, l'usage du préservatif s'est largement diffusé depuis la survenue de cette épidémie. Parmi les jeunes de 15 à 25 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, 81 % déclarent qu'un préservatif a été utilisé au cours du premier rapport.

3,7% des jeunes sexuellement actifs ont déjà eu une maladie sexuellement transmissible

Parmi les jeunes sexuellement actifs, près de 4 % ont déjà été atteints d'une maladie sexuellement transmissible. Cela est un peu plus fréquent chez les filles (4,3 %) que chez les garçons (3,2 %).

Près de 15 % des jeunes de 15 à 25 ans ont déjà réalisé un test de dépistage du sida et 14 % un test de dépistage de l'hépatite.

Les personnes âgées

FAITS MARQUANTS

- Une diminution de la mortalité aux grands âges.
- Une importance de la polypathologie parmi les personnes âgées hospitalisées en court-séjour.
- Début 2004, 20 000 Alsaciens de plus de 60 ans classés en GIR 1 à 4 touchent l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Avec le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes pourrait s'accélérer dès 2007.
- Le vieillissement de la population aura un effet particulièrement important sur le besoin en infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, cardiologues et internistes. Il implique le développement de l'offre de soins en cardiologie, ophtalmologie et cancérologie

Une nette diminution de la mortalité aux grands âges est observée dans la région avec une baisse de la mortalité des personnes de plus de 75 ans de 20 %, tant pour les hommes que pour les femmes.

Les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs sont à l'origine de la moitié des décès après 75 ans, suivent les maladies de l'appareil respiratoire et les traumatismes.

En ce qui concerne les cancers, le taux d'incidence reste particulièrement élevé pour cette population, un nouveau cas étant dépisté chaque année chez 3,2 % des hommes et 1,4 % des femmes.

Il faut signaler un taux d'admission en affection de longue durée apparemment supérieur à la moyenne nationale avec un indice 135 pour les hommes par rapport à un indice moyen de 100, mais cette donnée est à manier avec précaution compte tenu d'un possible "rattrapage" des effets historiques du régime local.

Les principaux motifs d'admission sont les tumeurs malignes, l'hypertension artérielle sévère, les cardiopathies et artériopathies chroniques pour les deux sexes.

Les données de mortalité

Une nette diminution de la mortalité aux grands âges

Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs sont à l'origine de plus de la moitié des décès après 75 ans. Avec ces deux causes, les maladies de l'appareil respiratoire (cause de décès touchant particulièrement les personnes âgées), les traumatismes et les troubles mentaux constituent les 5 premières causes de mortalité.

Parmi ces cinq causes de décès principales, seules les traumatismes n'entraînent pas de surmortalité significative dans la région.

Les données de mortalité des personnes de 75 ans et plus
en Alsace en 1998-2000

	Effectifs moyens annuels	% sur les décès tous âges	ICM parmi les 75 ans ou plus	Evolution des effectifs depuis 1988-90	Evolution des taux standardisés depuis 1988-90
Hommes					
Mal. app. circulatoire	1 128	57%	117,7	- 17,6%	- 26,3%
Tumeur	786	33%	111,9	- 7,2%	- 14,4%
Mal. app. respiratoire	358	65%	121,6	- 4,8%	- 19,4%
Traumatisme	146	26%	105,5	- 9,9%	- 20,8%
Trouble mental	107	58%	154,1	+ 3,9%	- 7,0%
Toutes causes	3 045	44%	111,7	- 10,3%	- 20,4%
Femmes					
Mal. app. circulatoire	2 177	83%	120,7	- 12,1%	- 28,1%
Tumeur	839	50%	111,7	- 1,2%	- 9,7%
Mal. app. respiratoire	435	85%	107,1	- 1,4%	- 24,5%
Trouble mental	320	90%	161,7	+ 28,1%	- 1,1%
Traumatismes	258	61%	105,1	- 14,2%	- 29,4%
Toutes causes	5 235	72%	113,9	- 2,2%	- 19,6%

Sources : INSERM Cépi-DC - INSEE estimations de population - Exploitation ORSAL

Globalement, la baisse de la mortalité aux grands âges s'est poursuivie au cours des années 90. On peut toutefois signaler une augmentation du nombre de décès dont la cause déclarée est un « trouble mental », tout particulièrement parmi les femmes. Cette évolution peut avoir deux explications. Il pourrait tout d'abord s'agir d'une augmentation de la prévalence des troubles cognitifs (plus sensible parmi les femmes qui ont une espérance de vie plus longue), mais cela pourrait aussi refléter une augmentation de la prise en compte des troubles cognitifs dans le codage des causes de mortalité.

Les données de morbidité

Incidence des cancers pour les personnes de 75 ans et plus en Alsace

Libellé	1997-99				Evolution depuis 1991-93	
	Nbre moyen annuel de nouveaux cas	Taux d'incidence pour 100 000	Pourcentage du site sur l'ensemble des cancers tous sites	Poids des personnes âgées pour les cancers de ce site	en nombre de cas (moyennes annuelles)	En taux d'incidence
Hommes						
Prostate	280	933,0	29,5%	34,2%	+ 4	- 14,7%
Côlon-rectum	163	544,3	17,2%	27,9%	+ 9	- 11,1%
Bronche-poumon	107	355,4	11,2%	16,4%	+ 5	- 11,7%
Vessie	76	254,4	8,0%	32,2%	+ 16	+ 6,5%
Voies aéro-digestives supérieures	61	202,2	6,4%	10,6%	+ 8	- 3,6%
Toutes localisations*	948	3 160,1	100,0%	22,2%	+ 91	- 6,9%
Femmes						
Côlon-rectum	208	314,6	22,8%	43,4%	+ 22	- 1,7%
Sein	200	302,5	21,9%	17,2%	+ 33	+ 5,3%
Utérus	60	90,4	6,6%	19,3%	+ 2	- 9,6%
Lymphome non hodgkinien	37	55,5	4,0%	32,5%	+ 3	- 4,3%
Estomac	36	55,0	4,0%	48,2%	- 6	- 24,6%
Toutes localisations*	910	1 378,5	100,0%	26,4%	+127	+ 2,2%

Sources : Registre des cancers du Haut-Rhin - Registre des cancers du Bas-Rhin - INSEE estimations de population - Exploitation ORSAL

* à l'exception des carcinomes basocellulaires (C44)

Entre 1997 et 1999, les taux d'incidence des cancers sont particulièrement élevés pour les personnes de plus de 75 ans, en comparaison avec les autres classes d'âge (les nouveaux cas de cancer concernent environ 3,2 % des hommes et 1,4 % des femmes).

Les hommes âgés sont essentiellement touchés par des cancers de la prostate, du côlon rectum et du poumon. Parmi les femmes, on retrouve une incidence forte des cancers colorectaux, suivis des cancers du sein et des cancers de l'utérus (60 cas, dont 44 sont des cancers du corps de l'utérus).

Le nombre annuel de nouveaux cas de cancer a globalement progressé parmi les hommes comme parmi les femmes. Rapporté à la population correspondante (qui augmente du fait du vieillissement de la population), le taux d'incidence masculine est en baisse entre les périodes 1991-93 et 1997-1999 alors que ce taux est relativement stable pour les femmes.

L'importance de la poly-pathologie

Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent en Alsace 15,3 % des séjours en soins de courte durée en moyenne en 2000-2002 (69 673 séjours sur 456 810) et 26,2 % des journées. Les séjours des personnes âgées en MCO sont plus longs que la moyenne (la DMS est de 8,4 jours alors qu'elle n'est que de 4,9 jours pour l'ensemble de la population). Cette différence s'explique par une plus grande fragilité de cette population qui présente souvent des poly-pathologies, mais également par des difficultés de retour à domicile (apparition ou aggravation d'une dépendance, nécessité de mise en place d'aides professionnelles ou de l'entourage, entrée en établissement d'hébergement...), secondaires à une hospitalisation.

L'importance de la poly-pathologie limite l'intérêt d'une répartition des personnes âgées selon les motifs de recours aux soins, néanmoins on note que ce sont les maladies de l'appareil circulatoire, les lésions traumatiques (chutes...) et les maladies de l'œil qui sont le plus fréquemment à l'origine des admissions des patients âgés dans les services de soins de courte durée.

Dépendance et mode de vie des personnes âgées en Alsace

La question de la dépendance est une problématique de santé centrale pour la population âgée. L'apparition d'une incapacité à réaliser seul certains actes essentiels de la vie, entraîne un besoin d'adaptation des conditions de vie à domicile (mise en place d'aides humaines ou techniques, adaptation du logement...) ou de prise en charge en établissement d'hébergement (EHPAD).

En croisant les données de l'enquête « Vivre la dépendance à domicile »⁶² avec les résultats de l'enquête sur les Etablissements hébergements de personnes âgées (enquête EHPA), l'ORSAL et la DRASS estimaient à 4000 le nombre de personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil en Alsace en 1996. Sur ce nombre, 40 % vivaient à domicile et 60 % en institution.

« Vivre la dépendance à domicile », donnait des informations sur les conditions de maintien à domicile des personnes les plus dépendantes. Elle montrait en particulier l'importance de l'entourage familial, présent de façon quasi-systématique auprès de leurs aînés, et dont l'intervention concernait parfois les activités les plus intimes (toilette, élimination urinaire et fécale). Les aides professionnelles interviennent, quant à elles, auprès de 2/3 des personnes les plus dépendantes. Il apparaît donc que la présence d'une aide familiale est une condition essentielle au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes (dans 90 % des cas l'aide aux personnes âgées est principalement apportée par des personnes de l'entourage).

Ces constats déjà anciens peuvent être partiellement mis à jour grâce aux statistiques de versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette allocation est versée sans condition de ressource aux personnes âgées de 60 ans ou plus, classées dans les groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4 définis par la grille AGGIR. Au 31 décembre 2003 on dénombre environ 20 000 bénéficiaires de l'APA en Alsace (12 500 dans le Bas-Rhin, et 7 500 dans le Haut-Rhin)⁶³.

Rappelons également que l'augmentation du nombre de personnes dépendantes et démentes pourrait s'accélérer à partir de 2007 (Cf. partie Contexte démographique économique et géographique en début de document)

⁶² BERTHEL M., IMBERT F. et al. Vivre la dépendance à domicile, AGIRA, 1998, 108 p.

⁶³ BAUDIER-LORIN C., CHASTENET B. Bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2003, Série Statistique Document de Travail, DREES, 2004, n°72, p. 1-86.

La grille AGGIR.....

A partir de la capacité à réaliser 10 actes essentiels de la vie (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'intérieur, déplacements à l'extérieur, communication à distance – alerter) la grille AGGIR permet de classer les personnes dans 6 groupes homogènes de charges en soins gériatriques.

Les 6 groupes peuvent être définis de la manière suivante :

GIR 1 : personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie ;

GIR 2 : regroupe deux catégories majeures de personnes âgées : celles qui sont 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, celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer ;

GIR 3 : correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

GIR 4 : comprend deux catégories de personnes âgées celles n'assurant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules, celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;

GIR 5 : comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;

GIR 6 : se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Les personnes handicapées

FAITS MARQUANTS

- *Dénombrer les personnes handicapées est difficile, car le handicap présente de nombreuses facettes.*
- *En Alsace, on estime à plus de 8 000 les enfants et adolescents handicapés et à 40 000 les adultes handicapés, mais la prévalence du handicap semble augmenter.*
- *Le vieillissement des personnes handicapées pose des problèmes nouveaux.*

Elaborer des indicateurs statistiques fiables sur le handicap reste une tâche ardue, que ce soit au niveau régional ou au niveau national.

Une publication récente⁶⁴ du CTNERHI, de la DREES et de la DGS propose les principaux chiffres clefs sur le handicap, à partir d'études publiées.

Cette synthèse met en exergue les difficultés que présente la constitution d'un corps de données homogènes. La variété des sources, correspondant à une diversité de producteurs de données aux intérêts spécifiques, la pluralité des définitions de la notion de handicap, les divers modes de recueil de données, sont autant de facteurs d'hétérogénéité faisant obstacle à un dénombrement fiable des personnes handicapées.

Toutefois, à partir d'indicateurs, il est possible de dégager quelques éléments caractéristiques de la population handicapée alsacienne.

La prévalence du handicap

Une tentative d'estimation de la population handicapée en Alsace

L'application des taux de prévalence des handicaps à la population alsacienne permet une estimation du nombre des personnes handicapées vivant dans la région.

Selon les résultats de diverses enquêtes, chez les adultes de 20-59 ans, le taux de prévalence du handicap varierait entre 36 et 44 handicapés pour 1 000 habitants. Ces taux de prévalence permettent d'estimer un nombre global de personnes adultes handicapées (de moins de 60 ans) dans les deux départements alsaciens, même si les écarts qu'ils induisent sont importants. Ce nombre se situe entre 35.000 à 45.000, soit environ 4% de la population régionale. Ces chiffres doivent être considérés avec précaution et ne peuvent indiquer qu'un ordre de grandeur de la population handicapée adulte.

Le dénombrement des adultes handicapés est rendu difficile par le caractère nettement plus aléatoire de leur repérage. La population des enfants handicapés est plutôt mieux cernée, du fait, entre autres, de l'obligation de scolarité.

⁶⁴ "Le handicap en chiffres", CTNERHI, DREES, DGAS, février 2004 (disponible sur internet : www.ctnerhi.com.fr ou www.sante.gouv.fr, rubrique "Recherches, études et statistiques" ou www.handicap.gouv.fr)

Estimation du nombre d'adultes handicapés (20 à 59 ans) à partir de taux de prévalence

	<i>Taux de prévalence (pour 1000)</i>	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Alsace
Enquête "Conditions de vie" INSEE*	36,0	20 928	14 041	34 969
Enquête Saône & Loire CTNERHI**	44,0	25 578	17 162	42 740
Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendances INSEE***	37,0	21 509	14 431	35 941

Sources : INSEE, CTNERHI, INSEE

Exploitation : CREA I Alsace

* Personnes de 20 à 59 ans, vivant à leur domicile, échantillon représentatif de la population française, questions portant sur les déficiences, les gênes ou difficultés éprouvées dans la vie quotidienne.

** Ensemble des personnes de 20 à 59 ans, vivant à leur domicile, bénéficiant d'une reconnaissance de leur handicap

*** Personnes de 17 à 59 ans, vivant à domicile, s'étant vues reconnaître un taux d'invalidité ou d'incapacité, ayant bénéficié d'une reconnaissance de leur handicap

Estimation du nombre d'enfants handicapés (0 à 19 ans) à partir de taux de prévalence

	<i>Taux de prévalence (pour 1000)</i>	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Alsace
Déficiences sévères :				
Trisomie 21	1,0	253	179	432
Autres retards mentaux sévères	2,6	657	466	1 122
Paralysies cérébrales	1,8	455	322	777
Cécité, amblyopie	0,7	177	125	302
Surdité profonde et sévère	0,7	177	125	302
Autismes	0,5	126	90	216
Autres psychoses	1,4	354	251	604
Autres anomalies :				
Malformations	0,7	177	125	302
Maladies somatiques handicapante	1,6	404	286	691
Autres troubles mentaux	6,7	1 692	1 200	2 892
Autres déficiences (à l'exclusion des précédentes)	1,4	354	251	604
Toutes déficiences	19,0	4 798	3 402	8 200

Sources : INSERM : enquête réalisée à partir des données des CDES, des hôpitaux de jour et des centres de long séjour de trois départements, en 1998 ;

INSEE : recensement 1999. exploitation : CREA I Alsace

Remarque : le nombre total « Toutes déficiences » n'est pas égal à la somme des enfants par déficience dans la mesure où certains enfants sont touchés par plusieurs déficiences.

Concernant les moins de vingt ans, si l'on compare les résultats de l'enquête INSERM de 1998 à ceux de l'enquête menée par le même organisme en 1994, on constate une progression notable des taux de prévalence qui en résultent. Ainsi, en 1994, le taux de prévalence pour l'ensemble des déficiences était de 13 pour 1000, contre 19 pour 1000 en 1998 ; pour les déficiences sévères, il était de 6 pour 1000 en 1994, contre 8 pour 1000 en 1998.

Le vieillissement des personnes handicapées

L'entrée dans la vieillesse des personnes handicapées est un phénomène relativement récent. Les progrès de la médecine et l'évolution des prises en charge médico-sociales ont largement contribué à élever très nettement l'espérance de vie des personnes handicapées et leur ont permis d'accéder au grand âge.

Bien que positive, cette évolution pose néanmoins un certain nombre de problèmes aux acteurs en charge du handicap.

Au niveau de la région, la seule étude récente concernant cette problématique émergente a été réalisée en 2001 dans le département du Haut-Rhin à la demande du Conseil général, qui souhaitait disposer d'un état des lieux du vieillissement des personnes handicapées mentales, que celles-ci vivent en établissement spécialisé ou à leur domicile, afin de mieux prendre en compte la spécificité de leurs situations dans le cadre d'une politique adaptée.

L'étude avait pour objectif de décrire les situations de vie des personnes handicapées âgées de plus de 40 ans et de mettre en évidence leurs besoins, plus particulièrement ceux que l'on pouvait relier à leur avancée en âge.

Un des enseignements majeurs de cette étude a été le fait que les conditions dans lesquelles les personnes handicapées vieillissaient étaient fortement liées à la capacité d'évolution et d'adaptation de leur entourage.

Pour celles qui vivent à domicile, une des principales difficultés est le vieillissement de leurs aidants familiaux, le plus souvent leurs parents. Au fur et à mesure de l'avancée en âge des personnes handicapées, la charge qu'ils représentent pour leurs parents eux-mêmes vieillissants s'alourdit. Les parents ont alors à affronter dans un même temps leur propre dépendance et celle de leur enfant. Pour celles qui vivent avec un membre de leur famille de la même génération qu'elles, le processus est semblable, sauf qu'il est retardé dans le temps.

L'étude a également montré que ces personnes utilisaient relativement peu souvent les aides professionnelles disponibles (42%), et que ce recours est nettement plus fréquent pour les personnes vivant seules.

Personnes ayant recours aux services à domicile

Type de services demandés	en %
Soutien ou suivi psychiatrique	45,5 %
Services d'accompagnement à la vie sociale	31,1 %
Aide ménagère ou travailleuse familiale	29,5 %
Soins infirmiers	23,5 %
Service de soutien CAT	12,9 %
Tutelle	9,1 %
Portage de repas	4,5 %
<i>Nombre de personnes concernées par l'étude</i>	<i>132</i>

Source : Conseil général du Haut-Rhin, CREAI Alsace

Les soins médicaux (psychiatriques ou autres) représentent la majorité des interventions (ils concernent 56% des personnes ayant recours à une aide professionnelle).

La plus grande part de la prise en charge quotidienne repose donc sur les épaules des aidants non-professionnels. Lorsque ceux-ci connaissent à leur tour les premières difficultés liées à leur avancée en âge, leur capacité à prendre leur enfant handicapé en charge diminue d'autant, jusqu'à remettre en cause la présence de celui-ci à leur domicile.

Pour les personnes handicapées qui vivent en établissement spécialisé, c'est également la capacité d'adaptation de leur structure d'accueil à leur vieillissement qui va déterminer leur qualité de vie.

Pour ces structures, le vieillissement de leurs résidents est devenu une problématique significative : en 2001, 16% des résidents âgés de 40 ans et plus, manifestent des signes de vieillissement, (soit 146 personnes dans les établissements ayant répondu à l'enquête).

Sont évoquées des difficultés de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, telles que :

- la prise en charge médicale : poids prépondérant des problèmes de santé, nécessité de soins demandant un personnel et un matériel adaptés ;
- l'absence de formation gérontologique du personnel ;
- la perte d'autonomie de ces résidents, nécessitant un accompagnement continu ;
- les difficultés d'adaptation à la vie de groupe, au rythme des activités communes, les problèmes de cohabitation avec les résidents plus jeunes.

Là encore, c'est lorsque l'écart entre l'évolution des difficultés liées au vieillissement de la personne accueillie et les capacités d'adaptation de la structure devient trop important, que l'accueil de la personne est remis en question dans la mesure où l'établissement ne peut plus garantir une qualité suffisante de sa prise en charge.

Qu'elles vivent en institution ou en-dehors, le bien-être et la santé des personnes handicapées vieillissantes reposent à l'avenir sur la capacité à élaborer des accompagnements adaptés à l'évolution de leur situation. Ce phénomène étant amené à prendre de l'ampleur, le vieillissement des personnes handicapées devient aujourd'hui un enjeu médico-social et politique de premier plan. Il s'agit à la fois de développer des structures qui intègrent ces besoins nouveaux, mais également de mener des actions pour prévenir notamment des effets négatifs sur la santé physique et psychique des personnes handicapées d'une modification non préparée du lieu de vie (entrée brutale en foyer après le décès de l'aidant familial) ou des effets négatifs sur la santé des aidants vieillissants isolés face à la prise en charge d'une personne handicapée elle-même vieillissante.

Les populations migrantes et étrangères

FAITS MARQUANTS

- *Les problématiques de santé des populations étrangères ou migrantes sont très liées au pays d'origine, aux conditions de leur migration et à leur statut en France.*
- *L'état de santé des migrants et, plus particulièrement des demandeurs d'asile, ainsi que les conditions de leur accès aux soins, s'apparentent à la situation des personnes touchées par la précarité.*

Est appelée migrante une personne qui vit dans un pays autre que son pays de naissance. Une personne étrangère est, quant à elle, définie par le fait qu'elle ne détient pas la nationalité du pays dans lequel elle vit. Peu de données sanitaires sont disponibles en France concernant ces populations. Cela résulte en partie des difficultés qu'il y a à réaliser sur elles des études d'épidémiologie.

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ne s'oppose pas systématiquement au traitement de la nationalité ou du pays d'origine par les organismes publics⁶⁵. Elle est cependant sensible à la nécessité, au cas par cas, du traitement de cette donnée. La CNIL s'est ainsi opposée au recueil de la nationalité d'origine dans son avis sur le dispositif de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA, jugeant ce recueil non pertinent⁶⁶ par rapport à l'objet du dispositif.

Par ailleurs, la majorité des travaux réalisés sur la thématique de la santé des migrants sont le fait d'associations, dont le mode de publication réduit les possibilités d'accès à l'information⁶⁷.

Tous les migrants ne sont pas confrontés aux mêmes problématiques de santé. Selon leur pays d'origine et son niveau de développement sanitaire, les motifs et conditions de leur migration et leur statut légal en France, leur état de santé et leur accès aux soins diffèrent de façon importante. Dans un certain nombre de cas, la problématique de l'immigration recoupe celle de la précarité. Ce recoupement n'est néanmoins pas systématique.

Très peu de données permettent d'éclairer la problématique santé des migrants au niveau régional, bien que la région soit particulièrement concernée sur le plan démographique par cette question.

Point démographique

Sur le plan démographique, la thématique des populations étrangères est en Alsace particulièrement prégnante. En effet, au recensement de la population de 1999, les étrangers⁶⁸ représentaient 7,4 % de la population alsacienne (soit 128 400 personnes), alors que pour l'ensemble de la France ce taux est de 5,6 %⁶⁹. Au-delà de ces chiffres sur les étrangers, il convient de préciser également qu'une part des personnes ayant déclaré la nationalité française lors du recensement est constituée de Français par acquisition, c'est-à-dire de personnes nées étrangères et ayant acquis la nationalité française par la suite, du fait de différents mécanismes. Ces Français par acquisition représentent 4,4 % des personnes vivant en Alsace.

⁶⁵ Le traitement de la donnée « nationalité » par les organismes publics, note d'information En Bref, 14/12/2004, CNIL.

⁶⁶ Mise au point de la CNIL sur le dispositif de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA, Communiqué, 30/01/2003, CNIL.

⁶⁷ Gayral-Taminh M. et al., Situations sociales et besoins de santé des populations étrangères immigrées en France au cours des 5 dernières décennies, Santé Publique, 1997, n°1, pp. 5-18.

⁶⁸ Un étranger est une personne qui, lors du recensement de la population, déclare une autre nationalité que la nationalité française.

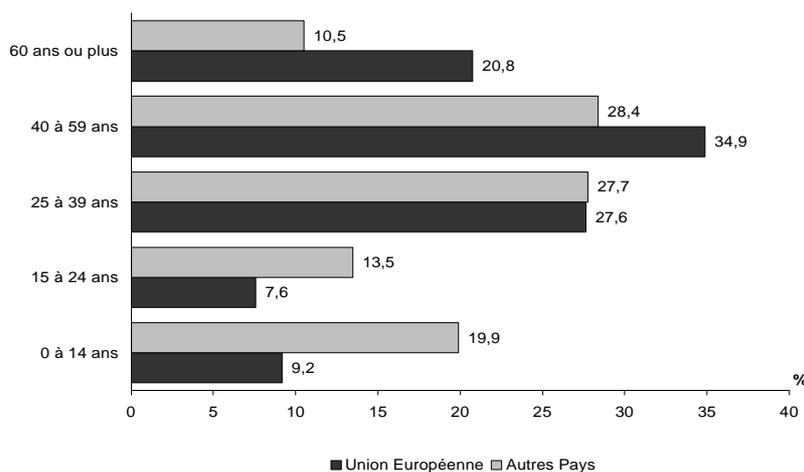
⁶⁹ Source des données de structure de population : Recensement de la population, INSEE, 1999.

Le nombre d'étrangers est resté stable entre 1990 et 1999, mais la composition de cette population a évolué : les populations des nationalités du Maghreb et de l'Europe du sud ont nettement diminué. A l'opposé, le nombre d'Allemands vivant sur le territoire régional a plus que doublé, passant de 6 900 à 15 800. Les autres nationalités européennes ont également progressé.

Ce sont les Turcs qui sont de la nationalité la plus représentée en Alsace (22,5 % des étrangers). Viennent ensuite les Allemands (12,3 %) et les Marocains (11,7 %).

Les étrangers vivant en Alsace ont un âge moyen inférieur à celui de la population française. Mais au sein de la population étrangère, des disparités importantes existent : ainsi 21 % des étrangers originaires de l'Union Européenne sont âgés de 60 ans ou plus, contre seulement 11 % des étrangers originaires du reste du monde (par exemples : les Turcs sont en moyenne âgés de 27 ans, les Italiens de 50 ans)⁷⁰.

Répartition par classe d'âge des étrangers selon le pays d'origine
comparaison Union Européenne - autres pays vivant en Alsace (1999)



Source : INSEE RP99

La population étrangère dans son ensemble est une population essentiellement urbaine : 45 % de cette population vivent dans les communes de Strasbourg, Colmar et Mulhouse, qui ne regroupent que 25 % de la population générale.

En ce qui concerne les migrants, le recensement de la population de 1999 comptait 186 300 personnes vivant en Alsace en étant nées à l'étranger, soit 11 % de la population alsacienne, proportion légèrement supérieure à la proportion nationale (10 %).

La moitié de ces migrants est de nationalité française, soit de naissance (20 % des migrants), soit par acquisition (24 % des migrants).

Il reste donc 104 100 personnes de nationalité autre que française et nées à l'étranger. Elles se répartissent en deux groupes, selon leur naissance dans un pays de l'Union Européenne ou ailleurs : une sur deux sont nées dans un pays de l'Union européenne.

⁷⁰ Les étrangers en Alsace, Vincent Le Calonnec, Chiffres pour l'Alsace - revue, n° 4 - septembre 2001.

Problématique santé des migrants et des étrangers

Il n'existe pas de pathologies somatiques propres aux populations étrangères ou migrantes. Les conditions sanitaires dans les pays d'origine des migrants jouent un rôle évidemment déterminant dans leur état de santé. Ceux-ci provenant le plus souvent des couches les moins favorisées de leur société d'origine, ils peuvent présenter le « profil santé » des populations pauvres : affections respiratoires, hépatites, malnutrition, pathologies découlant d'un habitat insalubre ou de l'absence d'accès systématique à l'eau potable, etc.

A ce titre, les migrants peuvent parfois être considérés comme « vecteurs » de pathologies endémiques dans leurs pays d'origine. C'est par exemple le cas pour le VIH. Or, à l'échelle européenne, la réalité apparaît nettement plus complexe. En effet, selon le pays, la prévalence du sida parmi les migrants est inférieure à la prévalence chez les ressortissants des pays d'accueil : c'est par exemple le cas en Belgique et en Italie⁷¹. Rappelons néanmoins qu'en Alsace, 30 % des cas de sida diagnostiqués entre janvier 2001 et décembre 2002 concernent des personnes de nationalité étrangère (20 % sont originaires d'Afrique sub-saharienne, 10 % d'autres pays). Une problématique similaire existe autour de la tuberculose, particulièrement autour de la question des souches pharmacorésistantes⁷².

D'autres dimensions interviennent, qui mettent notamment en jeu « l'expression coutumière de la maladie et la rupture culturelle »⁷³ et appellent des réponses spécifiques.

L'expression coutumière de la maladie tient au rapport au corps et aux manifestations morbides qu'ont en général les personnes issues des milieux pauvres des pays d'origine des migrants. L'amélioration du niveau d'éducation et de connaissance du système de santé, globalement très faible, est un des déterminants principaux d'une amélioration de l'état de santé.

La rupture culturelle désigne en fait l'impact sur la santé du déplacement et du déracinement : « Le « conflit » de culture dans la première phase du contact avec les sociétés d'accueil est un important facteur de santé psychosociale et mentale »⁷⁴. Les problèmes de santé mentale et de consommation de toxiques qui peuvent découler de cette rupture culturelle peuvent prendre des formes particulièrement tragiques, comme la surmortalité par suicide chez les enfants immigrés⁷⁵.

L'association Migration Santé Alsace a pour objectif de proposer l'intervention d'interprètes professionnels dans le cadre de consultations de santé, quel que soit le contexte de ces consultations.

La lecture des données d'activité de Migration Santé Alsace pour les années 2000 à 2004 (l'année 2004 est estimée sur la base des résultats des 9 premiers mois d'activité) vient en complément des données du recensement et fait apparaître de nettes évolutions.

Ainsi, le nombre total d'heures d'interprétariat en milieu hospitalier a pratiquement triplé entre 2000 et 2004, passant de 2 300 heures à 6 600. Les deux langues les plus présentes dans ce volume d'heures sont le turc et le russe : elles représentent à elles deux plus de 50 % de l'activité.

Dans ce contexte global de l'augmentation de l'activité de Migration Santé Alsace, l'interprétariat pour la langue russe a fortement progressé entre 2000 et 2004, tant en volume d'heures qu'en proportion des heures effectuées au total par cette association. Cela peut illustrer l'absence de la population russophone dans le recensement de 1999 combinée à une augmentation massive et récente de cette population en Alsace ou un recours plus important de la population russophone au dispositif de soins hospitaliers.

Pour le turc, si le nombre d'heures a également progressé, la proportion du volume total que cela représente a constamment diminué au fil des années, du fait du développement du russe et des autres langues (principalement le kurde, l'arménien, l'arabe, le serbo-croate).

⁷¹ Conditions sanitaires des migrants et des réfugiés en Europe, Rapport de la commission des migrations, des réfugiés et de la démographie, Conseil de l'Europe, Doc. 8650, fév. 2000.

⁷² Voir notamment Le traitement de la question dans La tuberculose en France en l'an 2000, Actes du colloque du 17 novembre 2000, INVS, Paris, 2002.

⁷³ Gayral-Taminh M et al., op. cit.

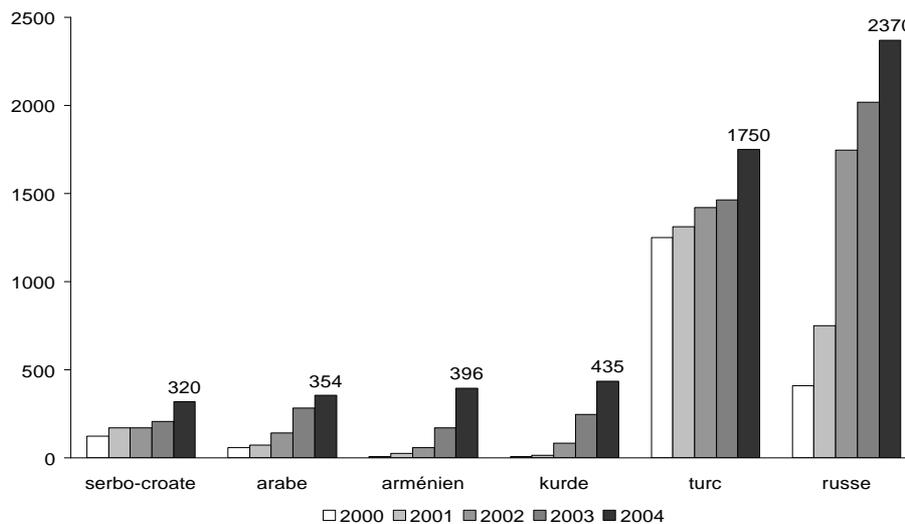
⁷⁴ Conditions sanitaires des migrants et des réfugiés en Europe, Rapport de la commission des migrations, des réfugiés et de la démographie, Conseil de l'Europe, Doc. 8650, fév. 2000.

⁷⁵ Ibid.

D'après l'Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville d'Alsace (ORIV), il convient de préciser que les personnes parlant arménien, kurde, serbo-croate ou russe sont pour la majorité d'entre elles en situation de demande d'asile, ce qui pourrait expliquer un état de santé particulièrement précaire et un recours aux soins plus important.

Globalement, la majorité des interventions d'interprétariat est réalisée dans le cadre de consultations en psychiatrie. Cela peut indiquer un besoin marqué de soins psychiatriques de la part de la population migrante (particulièrement chez les demandeurs d'asile). Cela peut également témoigner de l'attractivité de certains services de psychiatrie (consultations d'ethnopsychiatrie à Strasbourg, dites polyglottes ou transculturelles, association Parole sans frontière⁷⁶, etc.).

Heures d'interprétariat effectuées en milieu hospitalier par Migration Santé Alsace par langue (principales langues) et année



Source : Migration Santé Alsace. Exploitation : ORSAL

⁷⁶ <http://www.psy-desir.com/p-s-f/rubrique.php>

FAITS MARQUANTS

- *L'état de santé de cette population n'est pas très bien connu. Au niveau régional, les données font défaut.*
- *La population carcérale est plus jeune que la population générale et est essentiellement masculine.*
- *Les détenus présentent à leur entrée en détention un état de santé dégradé et des comportements défavorables à la santé (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie) très marqués.*
- *Bien que restant globalement plus jeune que la population générale, la population carcérale vieillit. Cela implique l'émergence de problématiques nouvelles : dépendance et pathologies se développant avec l'âge (maladies artérielles, tumeurs bronchiques ou digestives, diabète, insuffisance rénale, etc.).*
- *Les taux de séropositivité au VIH ou/et au VHC sont importants en prison.*
- *La majorité des entrants en prison présente un trouble psychiatrique. Parmi les détenus suivis, 8 % souffrent de psychose.*
- *Le taux de suicide en prison est 7 fois supérieur au taux en population générale.*

La santé des personnes détenues est une question de santé publique très particulière. La population concernée, outre le fait qu'elle cumule généralement des indicateurs défavorables (faible niveau de scolarisation, conduites addictives, précarité importante), pâtit de la difficulté qu'il y a à répondre à des besoins de santé dans un contexte d'enfermement. La nécessité de conjuguer une démarche de soins avec des contraintes de sécurité présente, en effet, de réelles difficultés⁷⁷. Paradoxalement, la prison est également, pour les détenus provenant des couches les plus précaires de la population, un lieu d'accès aux soins.

L'état de santé de la population carcérale, pourtant captive, est peu étudié et reste méconnu.

Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) doivent remettre un rapport annuel d'activité. En Alsace, à l'exception de celle de la Maison d'Arrêt de Strasbourg (qui dépend des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg), les UCSA ne rendent pas de rapport d'activité. Aucune visibilité globale n'est donc possible sur la santé des détenus dans la région. La réalisation de travaux propres à améliorer la connaissance de l'état de santé de détenus en Alsace reste néanmoins envisageable sur la base des données que peuvent recueillir les services de santé compétents.

L'absence d'indicateurs régionaux ne dispense cependant pas d'une présentation globale de certaines problématiques particulièrement marquantes en milieu carcéral. Ces problématiques, abordées plus loin, ne font pas le tour de la question, loin s'en faut. Il n'est par exemple pas fait mention de nutrition, d'hygiène corporelle, de santé bucco-dentaire, etc. Simplement, le choix des thématiques abordées s'est porté sur celles pour lesquelles il était possible de disposer de données et d'informations de façon satisfaisante en terme de diversité de travaux ou de niveau de détail⁷⁸.

⁷⁷ Par exemple pour les extractions (sorties d'un détenu en vue d'une consultation médicale spécialisée, d'une intervention chirurgicale, etc.), « qui ne sont pas sans poser de grands problèmes organisationnels » (Rapport d'activité 2002 de l'UCSA de la Maison d'Arrêt de l'Elsau).

⁷⁸ A la date de rédaction, il convient de prendre note de la publication de Addictions en milieu carcéral - Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, OFDT, Paris, décembre 2004 qui éclaire une problématique qui n'a pas été développée dans cet état des lieux, celle de la toxicomanie et sa prise en charge.

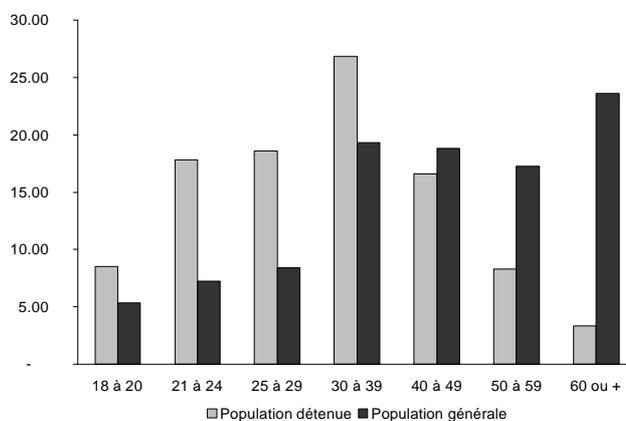
Point démographique

Une population jeune et masculine

La population carcérale française est une population très majoritairement masculine (3,8 % de femmes au 1^{er} avril 2004⁷⁹) et plus jeune que la population générale. Mais cette jeunesse relative ne doit pas masquer un vieillissement marqué de la population carcérale : au 1^{er} janvier 2004, la proportion de détenus de 60 ans ou plus est de 3,3 %, contre 1,0 % en 1988⁸⁰, pour des effectifs de détenus de 60 ans ou plus qui ont plus que triplé.

L'Alsace comptait, au 1^{er} janvier 2004, 1 581 personnes détenues, soit 2,7 % de la population carcérale de la France entière.

Structure par âge de la population détenue et de la population générale (%)
1er janvier 2004 – France entière



Source : Direction de l'Administration Pénitentiaire, INSEE

Etat de santé des détenus

Les entrants présentent un état de santé dégradé

La problématique santé des entrants est fortement liée à la situation sociale des personnes : de façon très marquée, les entrants proviennent de populations socialement défavorisées, avec le cortège de morbidités, tant somatiques que psychiques, liées à la précarité. Globalement, « tous les professionnels s'accordent sur le constat d'un état de santé dégradé des entrants en prison »⁸¹.

Une enquête réalisée en 1997 à l'échelle nationale avait permis de connaître l'état de santé dans lequel se présentent les personnes entrant en prison⁸². Cette enquête a été reconduite en 2003⁸³. Il apparaît que suite à l'examen clinique d'entrée, le médecin juge l'état de santé de 80 % des détenus comme étant bon, 18 % moyen et 2 % mauvais. Les détenus se caractérisent également à l'entrée en détention par des comportements défavorables à la santé plus marqués qu'en population générale :

⁷⁹ Source : Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, Direction de l'Administration Pénitentiaire, mai 2004

⁸⁰ Dépendance pour les actes de la vie quotidienne en milieu carcéral dans la région pénitentiaire Ouest, Laurence Laplace, ENSP, mémoire, avril 2001

⁸¹ Les personnes détenues, K. Cornier, in *Traité de Santé Publique*, Flammarion, Paris, 2004.

⁸² La santé des entrants en prison en 1997, Etudes et Statistiques, DREES, n°4, mai 1999. Le recueil est réalisé par des médecins dans le cadre de la visite médicale d'entrée.

⁸³ La santé des entrants en prison en 1997, Etudes et Statistiques, DREES, n°4, mai 1999.

- tabagisme : 78 % de fumeurs (dont 15 % qui consomment plus de 20 cigarettes par jour), soit un taux de fumeurs deux fois plus élevé qu'en population générale ;
- alcoolisme : 31 % d'entrants déclarant une consommation excessive d'alcool (au moins 5 verres consécutifs au moins une fois par mois), contre 19 % en population générale ;
- consommation de drogues illicites : 33 % de consommateurs (consommation prolongée et régulière au cours des 12 mois précédant l'incarcération).

Le milieu carcéral comme facteur de risque

Sur un terrain déjà défavorable en terme de comportements et d'état de santé intervient par la suite le caractère proprement pathogène de l'incarcération : « Si la prison permet à certains détenus d'accéder plus facilement à la prévention et aux soins, on ne peut ignorer que l'univers carcéral constitue en lui-même un facteur de risque. L'incarcération constitue une rupture familiale et sociale. L'enfermement, la promiscuité ou au contraire l'isolement, l'inactivité, l'incertitude de l'avenir, la violence parfois sont sources de stress. [...] L'amélioration de la santé des détenus suppose donc aussi celle des conditions de vie en détention »⁸⁴.

L'état de santé des personnes sortant de détention a été approché par une étude réalisée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies : « Tous âges et toutes causes confondues, une surmortalité a été observée chez les ex-prisonniers par rapport à la population générale »⁸⁵.

Vieillesse, santé et dépendance

Le vieillissement observé de la population carcérale résulte de la conjugaison de deux faits principaux :

- l'allongement de la durée des peines. En France métropolitaine, la durée moyenne de détention est de 8,4 mois pour l'année 2003 (4,3 mois en 1975) ;
- une modification de la population carcérale du fait de l'augmentation des personnes condamnées pour viol et autres agressions sexuelles (22 % des détenus au 1^{er} janvier 2004), première cause de condamnation depuis 1999 (20 % cette année-là) : « [...] les délinquants sexuels, eux-mêmes condamnés à de longues peines, peuvent être incarcérés longtemps après les faits et donc à un âge élevé »⁸⁶.

L'enquête Handicaps-Incapacité-Dépendance en prison réalisée par l'INSEE⁸⁷ souligne que trois détenus sur cinq rencontrent dans leur vie quotidienne des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales liées à des problèmes de santé. Les difficultés de comportement et/ou d'orientation sont les plus fréquentes : elles concernent 40 % des détenus.

⁸⁴ K. Cornier, op. cit.

⁸⁵ Fresnes – Mortalité des sortants. Étude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes, J. Prudhomme, P. Verger, M. Rotily, OFDT, Paris, 2003.

⁸⁶ La France face à ses prisons, Louis MERMAZ, Jacques FLOCH / rapp., Assemblée Nationale, 2000.

⁸⁷ Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur, Alain Désesquelles, INSEE Première n°854, juin 2002.

Le handicap en milieu carcéral :
prévalence et comparaison avec l'ensemble de la population (en %)

	Ensemble des personnes détenues	Ensemble de la population "libre" *
Part de personnes détenues ayant déclaré :		
avoir des difficultés dans la vie quotidienne, physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales	59,8	23,8
être limité dans leurs activités en raison d'un problème de santé	29,0	4,8
Part de personnes détenues ayant :		
des difficultés de toilette et/ou d'habillage et/ou d'alimentation	1,7	1,4
des difficultés d'élimination	0,9	0,7
des difficultés de transferts et/ou de déplacements	3,6	1,4
des difficultés de vision et/ou d'audition et/ou de parole	17,3	5,7
des difficultés de souplesse et/ou de manipulation	5,9	2,9
des difficultés de comportement et/ou d'orientation	39,4	13,2
au moins une difficulté	48,9	18,1
au moins 4 difficultés	6,1	1,8
au moins une incapacité	22,7	8,1
obtenu une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité	7,6	6,7

Sources : Enquête VQS-prisons et HID-prisons 2001, enquêtes HID 98 et 99, enquête VQS-ménages 1999

* Chiffres relatifs à la population vivant en ménages ordinaires et en institutions socio-sanitaires. Ces chiffres qui proviennent des vagues 1998 et 1999 de l'enquête HID, ont été corrigés de l'effet de structure par âge et par sexe : on a calculé quelle serait la part des personnes en ménages ordinaires et en institutions socio-sanitaires qui, par exemple, aurait déclaré souffrir d'au moins une incapacité, si la structure par âge et par sexe de cette population était identique à celle de la population carcérale.

Les incapacités apparaissent en majorité antérieures à l'incarcération. Globalement, une personne détenue sur dix déclare un besoin d'aide matérielle ou humaine, besoin qui n'est pas satisfait dans deux cas sur trois.

Une étude réalisée dans la région pénitentiaire Ouest⁸⁸ au cours de l'année 2000 a pointé la problématique de la dépendance dans le cadre du vieillissement de la population carcérale. Les résultats diffèrent sensiblement de l'enquête HID en prison, la population dépendante représentant moins de 1 % de la population carcérale. Cette différence s'explique tant par des différences de méthodologie que des différences de champ et de définition de la dépendance. Il apparaît que les détenus dépendants pour les actes de la vie quotidienne (dépendance évaluée à l'aide de la grille AGGIR) sont relativement jeunes, la moyenne d'âge est à 54 ans. Sur les 32 détenus dépendants recensés parmi les 4 168 détenus de la région, 19 souffrent d'une dépendance forte à moyenne (GIR 2 à 4). Le soutien humain est presque exclusivement apporté par les codétenus, y compris dans certains cas pour des tâches comme l'aide au déplacement, l'habillage et l'hygiène corporelle.

Par ailleurs, une étude réalisée à l'échelle nationale a confirmé ces grandes lignes, constatant les mêmes difficultés de prise en charge pour les 121 détenus dépendants identifiés⁸⁹.

Il apparaît en prison des pathologies qui se développent plutôt dans la seconde moitié de la vie (maladies artérielles, tumeurs bronchiques ou digestives, diabète, insuffisance rénale, etc.), du fait même de l'augmentation de la population de plus de 50 ans⁹⁰, avec tous les problèmes de prise en charge que cela implique.

⁸⁸ Dépendance pour les actes de la vie quotidienne en milieu carcéral dans la région pénitentiaire Ouest, LAPLACE L., DANIEL J., BELLONCLE M., ROBERT P.Y., BOUCHARD I., PEROT A., FAC C., BERNARD B., dans Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2002,50 : 453-461.

⁸⁹ Dépendance pour les actes de la vie quotidienne en milieu carcéral, LAPLACE L., BOUCHARD I., DURAND E., Poster présenté au congrès de l'Association des Epidémiologistes de la Langue Française – dans Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2002, vol.50, supplément au n° 4, p.158-158.

⁹⁰ La gestion de la santé dans les établissements du programme 13 000, Evaluation et perspectives, Pierre PRADIER, La Documentation Française, 1999.

Sexualité, VIH, VHC

Aucun texte ne mentionne expressément que les relations sexuelles sont interdites en prison. L'administration pénitentiaire peut cependant s'appuyer sur le relevé d'une faute disciplinaire, celle « d'imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur »⁹¹, lorsqu'elle souhaite sanctionner une pratique sexuelle au sein d'un établissement pénitentiaire. Pour ce qui est du parloir, le surveillant peut mettre un terme à la visite en cas de relations sexuelles. Il effectue alors un signalement à l'autorité qui a délivré le permis de visite, ce qui peut conduire à la suspension ou le retrait du permis⁹².

Au-delà de ces dispositions réglementaires, il est possible de considérer que « la sexualité reste un domaine très opaque, un tabou pour la quasi-totalité des autorités [...] »⁹³.

Au titre de l'existence d'une sexualité en prison, les mesures en matière de prévention et d'information ont été mises en place. L'une de ces mesures, la mise à disposition de préservatifs, est parfois critiquée pour l'inadaptation de sa mise en œuvre :

« L'accès de ces préservatifs est toujours limité, il se fait en général uniquement dans les unités médicales »⁹⁴. Or, « [...] prendre un préservatif au vu et au su de tout le monde, au centre médical, est un aveu public de rapports homosexuels. Or l'homosexualité est vécue comme une tare, une honteuse pratique [...] »⁹⁵

Le problème est cependant bien réel comme en attestent les niveaux de contamination en prison : « [...] la prévalence du VIH en milieu pénitentiaire est 3 à 4 fois supérieure à celle constatée en milieu libre et celle du VHC 4 à 5 fois supérieure. »⁹⁶ ?

Selon l'étude réalisée par la Drees, en 2003, 1,1 % des entrants en prison déclarent être séropositifs au VIH, 3,1 % au VHB et 1,1 % au VHC, sachant que de nombreux détenus ne connaissent pas leurs statuts sérologiques. Ainsi sur dix détenus, quatre ont fait un test de dépistage au VIH, deux au VHB et trois au VHC. La Drees note cependant que la prévalence de ces maladies est en baisse par rapport à l'année 1997, ce qui est à rapprocher de la diminution de la prévalence de ces infections parmi les toxicomanes.

Santé mentale : 8 % de psychotiques parmi les détenus

Dans l'étude réalisée en 2003 sur la santé des entrants en prison, il apparaissait qu'une consultation spécialisée en psychiatrie était prescrite par le médecin au cours de la visite médicale d'entrée pour près d'un entrant sur dix, hors motif en relation avec les addictions. Ce résultat déjà observé en 1997 avait mené à la conduite d'une autre étude, dont le recueil a été réalisé en juin 2001 par les médecins psychiatres des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)⁹⁷.

Il ressort de cette étude que, sur les 2 300 entrants en détention enquêtés, plus de la moitié présentaient au moins un trouble psychiatrique.

Par ailleurs, parmi les détenus suivis pour troubles psychiatriques :

- un tiers présente des troubles de la personnalité ;
- un quart est atteint de troubles liés à une dépendance ;
- 12 % présentent des troubles névrotiques ou anxieux ;
- 8 % souffrent de psychose ;
- 7 % présentent des troubles de l'humeur.

⁹¹ Article D.249-2 du Code de procédure pénale.

⁹² Article D.408 du Code de procédure pénale.

⁹³ Pierre PRADIER, Op. cit.

⁹⁴ Prise en charge des personnes infectées par le VIH (Recommandations du groupe d'experts), Dir. Professeur Jean-François Delfraissy, Editions Médecine-Sciences Flammarion, 2002.

⁹⁵ Pierre PRADIER, Op. cit.

⁹⁶ Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Sylvie STANKOFF, Jean DHEROT, La Documentation Française, 2000.

⁹⁷ La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus, M. COLDEFY, P. FAURE, N. PRIETO, Etudes et Résultats, DREES, n°181, juillet 2002.

De façon générale, concernant la problématique de la santé mentale en prison, « on ne peut manquer d'être frappé par le questionnement insistant des médecins sur l'inexplicable présence en prison d'un nombre considérable de psychotiques identifiés »⁹⁸.

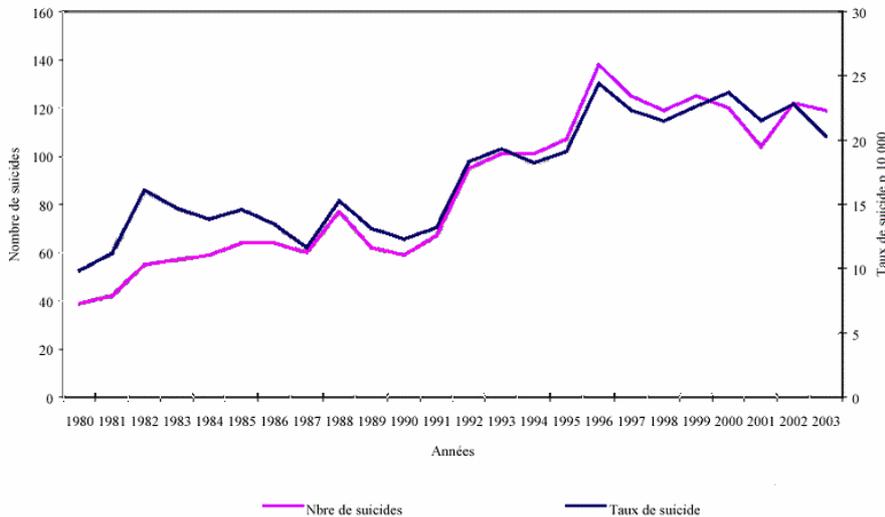
Un taux de mortalité par suicide 7 fois plus important en prison qu'en dehors

L'administration pénitentiaire publie⁹⁹ régulièrement un effectif de détenus qui mettent fin à leurs jours : pour l'année 2003, ce nombre était de 120. Le taux de suicide en prison est de 7 à 8 fois supérieur au taux hors prison et présente une progression constante : « On se suicide plus en France que chez nos voisins européens et on se suicide aussi plus dans les prisons françaises. »¹⁰⁰.

L'épidémiologie du suicide en prison est bien appréhendée : « En prison, on se suicide majoritairement par pendaison, de nuit et dans sa cellule. Une part non négligeable des suicides (oscillant, depuis 20 ans, entre 10 et 17 % du total des suicides, selon l'année) se déroule également en quartier disciplinaire. Contrairement à ce que l'on observe dans la population générale, le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants est un facteur de risque en détention : ce sont « ceux qui ont le plus à perdre » qui se suicident en prison. [...] Certaines phases de la détention paraissent plus propices au passage à l'acte : l'arrivée en détention, la survenance de la condamnation et dans une moindre mesure l'approche de la libération. Toutefois, la variable la plus discriminante est l'infraction : plus des deux tiers des personnes détenues qui se sont suicidées étaient écrouées pour atteinte volontaire contre les personnes ou pour crime ou délit à caractère sexuel alors que ces catégories représentent en tout 39 % de la population détenue »¹⁰¹.

Le phénomène connaît en France une aggravation. En effet, tant le nombre de suicides que les taux de mortalité par suicide ont connu une nette augmentation. Cependant en fin de période, les indicateurs se stabilisent.

Effectif et taux de suicides en prison
France 1980-2003



Source : Prévention du suicide des personnes détenues : évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention, Jean-Louis TERRA, Ministère de la justice, 2003.

⁹⁸ Pierre PRADIER. Op. cit.

⁹⁹ partie « Incidents en détention » de ses Chiffes-clés

¹⁰⁰ La France face à ses prisons, Louis MERMAZ, Jacques FLOCH / rapp., Assemblée Nationale, 2000.

¹⁰¹ Circulaire DGS/SD6C n° 2002-258 du 6 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires

Troisième partie

Déterminants de santé

Consommation de drogues licites et illicites

FAITS MARQUANTS

Le tabac

- *La consommation déclarée de tabac en Alsace est légèrement inférieure à la moyenne nationale.*
- *Les tumeurs des bronches et du poumon sont en augmentation chez les femmes.*
- *Bien qu'éllevée, la mortalité masculine par tumeur du poumon est en recul. En revanche, la mortalité pour cette cause augmente chez les femmes.*

L'alcool

- *600 décès annuels liés à la consommation chronique excessive d'alcool (psychose alcoolique, cirrhose du foie et cancer des voies aéro-digestives supérieures).*
- *La mortalité liée à l'alcool est en baisse, mais les décès surviennent souvent avant 65 ans.*
- *Les habitudes de consommation d'alcool sont en Alsace sensiblement comparables à la moyenne nationale*
- *Les cancers des voies aéro-digestives supérieures baissent : ces cancers sont liés tant à la consommation d'alcool que de tabac, les risques étant accrus en cas de combinaison des deux consommations.*

Les drogues illicites

- *En matière de consommation déclarée, le cannabis est largement en tête des drogues illicites.*
- *Si la politique de réduction des risques a permis de réduire l'incidence de la séropositivité au VIH chez les toxicomanes, la séropositivité au VHC reste fréquente dans cette population.*
- *Les décès par surdose sont devenus rares.*
- *En matière de traitement de substitution aux opiacés, l'Alsace est en tête des régions de France pour les ventes de Subutex® et de Méthadone.*
- *La politique de réduction des risques est observable entre autres à partir du nombre de Stéribox® vendues. L'Alsace se place au second rang national des ventes.*

Le tabac

Grâce à différentes enquêtes, comme *le baromètre santé jeunes*, l'enquête alcool auprès des patients de médecins généralistes libéraux en Alsace et les données régionales de l'enquête ESCAPADE¹⁰², quelques données relatives à la situation régionale sont disponibles.

Consommation : légèrement inférieure à la moyenne nationale

Dans la région, près de 4 jeunes de 12-25 ans sur 10 déclarent fumer ne serait-ce que de temps en temps, dont 3 sur 10 de façon quotidienne. Globalement le nombre de fumeurs est plus élevé chez les garçons que chez les filles, cependant la prééminence du tabagisme masculin ne s'observe pas à tous les âges. En effet, à 12-14 ans, les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à fumer, cela correspond à un âge d'initiation au tabagisme plus précoce. Les comparaisons à la moyenne nationale permettent de constater que la consommation, en Alsace, est légèrement inférieure à celle observée

¹⁰² Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense. Mise en place par l'OFDT.

en moyenne sur la métropole. Ces résultats sont confirmés par l'enquête alcool réalisée en 2000 : parmi les patients de 16 ans et plus de médecins généralistes, la proportion de fumeurs (réguliers ou occasionnels) était de 31 % en Alsace contre 33 % en moyenne en France entière.

Les données de consommation accessibles au travers des ventes de cigarettes ne présentent en Alsace que peu d'intérêt, certains consommateurs alsaciens se fournissant en Allemagne, où les cigarettes sont à la fois moins chères et plus accessibles (distributeurs, caisses de supermarché). Il est à ce titre notable que la région se situe au 7^{ème} rang des régions françaises en 2002, avec 1 354 cigarettes vendues par habitant, contre 1 364 en moyenne nationale¹⁰³.

Mortalité et morbidité : forte augmentation des tumeurs des bronches et du poumon pour les femmes

Alors que l'incidence des cancers liés à la consommation de tabac diminue chez les hommes (- 5 % entre 1993-1995 et 1997-1999), la situation pour les femmes est inquiétante : plus de 50 % d'augmentation pour les cancers des bronches ou du poumon en six ans. Le même constat peut être fait concernant la mortalité par cancer du poumon dont l'évolution (+ 36 % en dix ans) va à contresens de la plupart des indicateurs de mortalité.

Une mobilisation de l'Éducation nationale contre le tabagisme

Ces données montrent que les différents plans de mobilisation contre le tabagisme commencent à porter leurs fruits, du moins pour les hommes, mais pour autant, la mobilisation contre ce comportement reste une priorité alsacienne. Dans ce cadre, le Rectorat a décidé de mettre en place un programme dont l'objectif est d'atteindre en 5 ans l'application stricte de la loi Evin, imposant l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics à l'exception des zones réservées à cet usage, dans tous les établissements scolaires de la région.

Une enquête préalable à la mise en place de ce programme a montré que seuls 73 collèges (sur 141) et 17 lycées (sur 72) appliquaient la loi Evin à la fin de l'année scolaire 2003-2004.

¹⁰³ Source, OFDT, ILIAD.

L'alcool

Consommation : une problématique toujours importante

L'enquête réalisée en 2002 auprès des personnes venant consulter un médecin généraliste en Alsace a mis en évidence l'importance de la problématique alcool : 1 patient sur 10 présente un profil de consommation d'alcool à risque. La dépendance à l'alcool concerne 6 % des patients, avec une différence très marquée suivant le sexe : 2 % des femmes présentent une dépendance, contre 12 % des hommes. Pour les critères « Signe de dépendance physiques » et « Dépendance », les chiffres régionaux sont sensiblement identiques à la moyenne nationale.

En ce qui concerne l'usage régulier ou ponctuel à risque, l'Alsace se situe dans une position plutôt favorable et ce quel que soit le sexe.

Les habitudes de consommation d'alcool des 12 à 25 ans, déclarées dans le baromètre santé jeunes, montrent que si la grande majorité des préadolescents n'est pas concernée par la consommation d'alcool, un peu plus de 4 % d'entre eux déclarent en avoir consommé une ou plusieurs fois par semaine. La consommation se concentre surtout le week-end, et les jeunes Alsaciens de 15 à 19 ans consomment plus volontiers de la bière. Les ivresses répétées sont très majoritairement masculines et fortement liées à la consommation pluri-hebdomadaire. Les habitudes de consommation d'alcool sont en Alsace sensiblement comparables à la moyenne nationale.

Morbidité : une évolution positive, surtout pour les hommes

Les cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS) sont liés tant à la consommation d'alcool qu'à celle de tabac, la conjugaison des deux augmentant significativement le risque. Les données des registres des cancers permettent de suivre la diminution de l'incidence des cancers des VADS, diminution principalement marquée pour les hommes (-24 % entre 93-95 et 97-99). L'incidence des cancers des VADS chez les hommes reste néanmoins largement supérieure à celle des mêmes cancers chez la femme.

Mortalité : une part importante de décès prématurés

En Alsace, en 2000, on recensait 600 décès directement liés à la consommation chronique excessive d'alcool (dont 11% par psychose alcoolique et alcoolisme, 43% par cirrhose du foie et 46% par cancer des voies aéro-digestives supérieures). Les décès liés à la consommation d'alcool marquent une baisse sensible entre 88-90 et 98-00. On observe dans la région une mortalité comparable à la moyenne nationale. La proportion de ces décès qui sont prématurés reste importante : plus de la moitié des décès masculins liés à l'alcool ont touché des hommes de moins de 65 ans.

Pour les femmes, les effectifs concernés restent faibles (toutes causes confondues : 110 décès annuels en moyenne pour 98-00). La proportion de décès prématurés est moins élevée que chez les hommes, mais reste tout de même importante (un tiers des décès). Les changements de comportements de consommation d'alcool et de tabac intervenus récemment chez les femmes laissent tout de même craindre une inversion de tendance et une augmentation dans les années à venir, notamment des cas de tumeur du larynx.

Les drogues illicites et les traitements de substitution aux opiacés (TSO)

La consommation de drogues illicites reste un domaine où, au-delà de quelques indicateurs indirects, on est particulièrement dépourvu en matière de données statistiques. Contrairement à l'alcool et au tabac, les données de mortalité liée à la consommation de drogues illicites ne permettent pas d'éclairer la situation régionale, cette mortalité étant très faible. Il faut donc donner une image de la situation à partir d'éléments disparates (consommation déclarée, données de substitution, etc.).

Le cannabis est au premier rang des drogues illicites consommées par les jeunes Alsaciens. Certains éléments amènent à penser que la situation régionale a, dans le passé au moins, toujours été marquée par une consommation et/ou un trafic particulièrement important d'héroïne. Dans les années 90, les décès par surdose d'héroïne et les interpellations pour usage/revente étaient nettement plus fréquents qu'en moyenne nationale.

Actuellement, les taux de vente de produits de traitement de substitution aux opiacés (Subutex, Méthadone) et de Stéribox sont les plus élevés de France.

Consommation

Consommation : le cannabis largement en tête des drogues illicites

Un jeune Alsacien de 15 à 25 ans sur deux s'est déjà vu proposer du cannabis. Un peu plus d'un jeune sur dix consomme du cannabis de manière répétée ou régulière. L'Alsace ne présente pas de particularité régionale en terme de consommation déclarée de cannabis, par rapport à la moyenne nationale. Les jeunes Alsaciens sont cependant les plus favorables à la dépenalisation du cannabis (28 % d'entre eux sont plutôt ou tout à fait d'accord avec l'autorisation de consommation du cannabis : moyenne nationale 25 %).

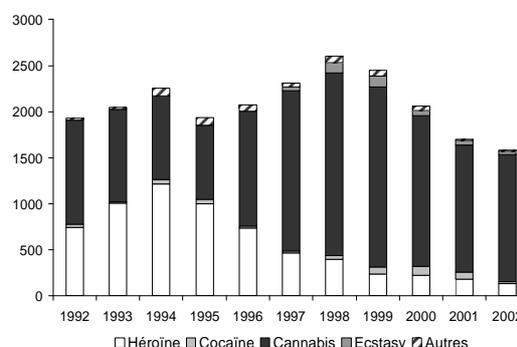
L'expérimentation des autres substances illicites est beaucoup moins fréquente : 3,2 % des jeunes de 15 à 25 ans ont déjà consommé de l'ecstasy ou des produits à inhaler (solvants), 2,9 % des produits hallucinogènes (LSD), 1,7 % des amphétamines, 1,3 % de la cocaïne et 0,4 % de l'héroïne.

Infractions

Infractions sur la Législation des Stupéfiants : reprise de l'héroïne ?

Les données d'infractions sur la Législation des Stupéfiants (ILS)¹⁰⁴ font apparaître une nette diminution des infractions pour consommation d'héroïne, sur la période 94-2002. Pour 2003-2004, l'ensemble des acteurs de terrain (acteurs de prévention, forces de police) s'accorde néanmoins pour constater une forte reprise de la consommation d'héroïne, tant par voie intraveineuse que par voie nasale.

Infractions sur la Législation des Stupéfiants (effectifs)



Source : OCRTIS

¹⁰⁴ Les ILS constituent des procédures émanant de la police, de la gendarmerie ou des douanes. Attention, jusqu'en 1997, l'ecstasy n'était pas singularisée dans le recueil : les ILS pour ecstasy étaient comptabilisées sous l'item 'autres'. Par ailleurs, depuis 2000, les interpellations d'usagers ne concernent que les infractions d'usage simple. Auparavant, la catégorie recouvrait aussi les cas d'usage-revente.

Morbidité : VIH toujours en baisse, VHC toujours à un niveau important

En terme de morbidité liée à la consommation de drogues illicites, les taux de contamination par le VIH et par le VHC sont les principaux indicateurs disponibles. Il s'agit bien sûr d'une morbidité indirecte, liée aux modes de consommation, plus qu'à la substance consommée. L'évolution de ces indicateurs traduit principalement l'impact des politiques de réduction des risques.

Séropositivité au VIH chez les toxicomanes en centres spécialisés¹⁰⁵

Sur la période pour laquelle la donnée est disponible (1991-1999), il est possible de constater une nette diminution des sérologies positives, tant au niveau national que régional (de 25,7 % à 13,2 % pour la France métropolitaine et de 19,7 % à 4,8 % pour l'Alsace). La proportion des sérologies connues atteint plus de 70 % pour la dernière année de recueil. Les taux régionaux restent continuellement inférieurs aux taux nationaux. Cela témoigne notamment de l'intérêt des programmes d'échange de seringues. Cela vient confirmer les données recueillies dans le cadre du RESORS-VIH : celles-ci indiquent que la proportion de consommateurs de drogue par voie intraveineuse chez les nouveaux cas de sérologies VIH positives dépistés baisse nettement sur une période comparable. La Déclaration Obligatoire des cas de VIH-SIDA confirme également la tendance.

Séropositivité au VHC chez les toxicomanes en centres spécialisés¹⁰⁶

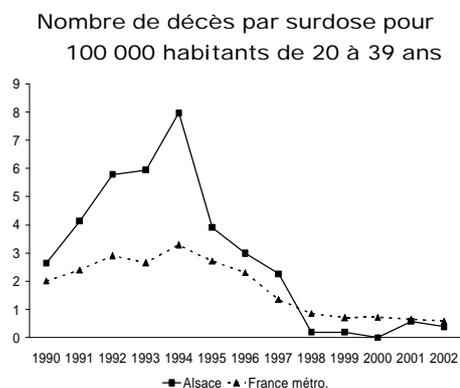
Les dernières années disponibles laissent apparaître une proportion de sérologies VHC positives à un niveau élevé. Ainsi, à proportion de sérologies connues équivalentes, pour les dernières années de recueil, l'Alsace présente des taux supérieurs à 50 % et au-dessus des taux nationaux.

Mortalité : rareté des décès par surdose

Les décès par surdose sont des décès portés à la connaissance des services de police ou de gendarmerie. Ces décès correspondent à des surdosages "stricto sensu" ainsi qu'à des accidents divers directement et immédiatement liés aux conditions d'administration de la substance. Le décès est enregistré dans le département où il a été constaté. De 1990 à 2002, les effectifs sont passés en Alsace de 14 à 2 décès annuels, en passant par un maximum de 43 en 1994.

Cette baisse peut témoigner d'un travail important de prévention des risques dans le cadre de la consommation de substances illicites et non forcément d'une prévention de la consommation elle-même (notamment par traitements de substitution).

Sources : OCRTIS, INSEE, exploitation ORSAL



¹⁰⁵ L'estimation du pourcentage de séropositifs au VIH est basée sur l'hypothèse que les toxicomanes dont le statut sérologique est inconnu se répartissent de la même façon que ceux dont le statut sérologique est connu. Source : DREES

¹⁰⁶ L'estimation du pourcentage de séropositifs au VHC est basée sur l'hypothèse que les toxicomanes dont le statut sérologique est inconnu se répartissent de la même façon que ceux dont le statut sérologique est connu. Source : DREES

Traitement de substitution des dépendances aux opiacés (TSO)

Les données concernant les bénéficiaires du Régime Général d'Assurance Maladie étant sous TSO permettent d'éclairer le rapport des médecins et des pharmaciens avec les TSO. Sur une période d'étude courant de mai à juin 2004, 728 médecins ont prescrit un TSO dans la région, dont 711 généralistes et 17 spécialistes. Ces 711 médecins généralistes représentent 39 % des généralistes présents en Alsace. La prescription de TSO semble donc être une pratique relativement commune qui concerne une part importante de médecins.

En terme d'officines ayant délivré au moins une fois un TSO au cours de la période d'étude, le même constat peut être posé. En effet, 377 officines de pharmacie sur les 448 que compte la région (soit 84 %) ont délivré un TSO.

Subutex® : l'Alsace 1^{ère} région de France

En Alsace, le nombre de boîtes de Subutex® vendues a nettement et constamment progressé entre 1996 et 2003.

Rapportée à la population des 20-39 ans, cette vente apparaît beaucoup plus importante en Alsace qu'en moyenne nationale, avec un taux près de deux fois supérieur. En 2003, l'Alsace est à ce titre, la 1^{ère} région de France pour la vente de Subutex® par habitant de 20-39 ans¹⁰⁷.

Les données de l'assurance maladie viennent confirmer l'augmentation observée sur les volumes de ventes. En effet, parmi les assurés du Régime Général, l'augmentation du nombre de bénéficiaires sous traitement de substitution des dépendances aux opiacés (TSO) par Subutex® est manifeste.

Bénéficiaires sous traitement de substitution des dépendances aux opiacés (TSO) - Subutex®				
	2001	2002	2003	2004
Effectifs	3 738	3 773	3 838	4 010
Pour 10 000 pers.de 20 à 39 ans	72	73	75	78

Source : URCAM Alsace

En terme d'usagers, rien ici ne permet de différencier les usagers en poursuite de programme des nouveaux usagers. Il est dès lors impossible de porter un regard sur les effectifs d'usagers sortant du dispositif. La consommation de Subutex® pose par ailleurs des questions d'usage détourné (injection) et de trafic : ces pratiques sont avérées, mais aucune estimation de leur importance n'est disponible.

Méthadone : l'Alsace 1^{ère} région de France

En Alsace, le nombre de flacons de Méthadone vendus a constamment augmenté de 1996 à 2003. Cette consommation, rapportée à la population de 20-39 ans, place la région au 1^{er} rang des régions françaises pour la vente de méthadone, avec un taux plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale (49 vs. 21).

L'historique des données disponibles sur les bénéficiaires du régime général sous TSO par Méthadone ne couvre que trois années, mais laisse tout de même apparaître une nette augmentation, concordante avec l'augmentation des ventes.

Bénéficiaires traités par chlorhydrate de méthadone (Méthadone Chlorhydrate)			
	2002	2003	2004
Effectifs	468	607	753
Taux / 10 000 personnes de 20 à 39	9	12	15

Source : URCAM Alsace

¹⁰⁷ ODFT, ILIAD.

Ventes de Stéribox® : l'Alsace au second rang national

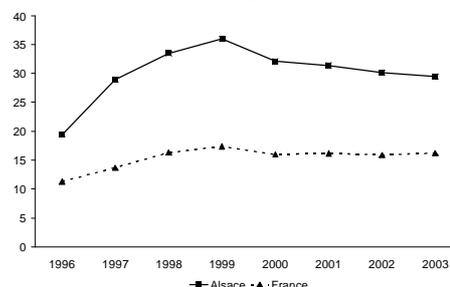
Les seringues dont les usagers de drogue par voie intraveineuse ont besoin sont disponibles depuis plusieurs années via différents canaux et sous différentes formes. Les Programmes d'échange de seringues (PES) et les distributeurs automatiques de seringues permettent d'obtenir des seringues dans un cadre dédié à la toxicomanie. La boîte Stéribox® est un produit vendu en pharmacie contenant 2 seringues à insuline 1 ml et les fournitures adéquates.

Le nombre de Stéribox® vendues est donc un indicateur partiel du recours aux seringues. Les données détaillées disponibles pour le Haut-Rhin indiquent que les ventes de Stéribox représentent un tiers du volume de seringues utilisées annuellement.

Le suivi des statistiques de vente de Stéribox® fait apparaître une diminution constante de 1999 à 2003 des volumes : de 187 852 unités à 151 504. Les données d'autres modes de distribution de seringues indiquent également une baisse sur la période 2001-2003 (par exemple, pour le Haut-Rhin, le nombre de seringues distribuées dans les PES et distributeurs est passé de 74 297 à 57 307).

Cette consommation, rapportée à la population de 20-39 ans, place la région au 2ème rang des régions françaises pour la consommation de Stéribox®, après la Lorraine.

Nombre de boîtes Stéribox® vendues pour 100 personnes âgées de 20-39 ans



Sources : InVS/SIAMOIS, INSEE. Exploitations FNORS, ORSAL.

Nutrition et activité physique

FAITS MARQUANTS

- *La prévalence du surpoids et de l'obésité augmente chez les jeunes, en Alsace comme globalement en France.*
- *Chez les enfants de 6 ans, la situation régionale en matière de surpoids est l'une des plus mauvaises de France, après celle de Corse.*
- *Dans les familles des enfants de 6 ans, les habitudes alimentaires ne correspondent pas aux recommandations du Programme National Nutrition Santé : les trois quarts des enfants ne mangent pas quotidiennement un aliment au moins de chacun des quatre groupes recommandés (féculents, légumes/fruits, viandes/poissons/œufs, produits lactés).*
- *Un Alsacien sur 5 est titulaire d'une licence sportive. Cette proportion est en progression sur la période 1999-2003 (+ 12 %).*
- *La majorité des jeunes pratiquent un sport, essentiellement pour le plaisir.*
- *En Alsace, un consultant des centres d'examen de santé sur six présente une hypercholestérolémie associée ou non à une hypertriglycéridémie.*

Un lien établi entre alimentation et santé

Les habitudes alimentaires se sont profondément modifiées depuis 50 ans, accompagnant les transformations économiques, sociologiques et culturelles de la société. L'offre alimentaire est devenue très abondante, très variée et disponible partout. A tel point que le consommateur soumis à la profusion de messages d'information, souvent peu cohérents entre eux, venant de différentes sources (médias, publicités, allégations sur les produits, etc.), ne sait plus vraiment comment choisir les produits dans les rayons des grandes surfaces. Les modes de vie ont évolué. Le développement du travail sédentaire et la motorisation des déplacements ont réduit les dépenses physiques. Le manque de temps a favorisé le développement de la restauration rapide, des plats cuisinés, etc.

Ces évolutions se sont traduites à la fois par une diminution des apports énergétiques liée à une diminution des besoins et par des choix différents en terme d'aliments : moins de pain, de féculents et de légumes secs, plus de viande, de poisson et de produits laitiers, de matières grasses et de produits sucrés. Aujourd'hui, par rapport aux apports nutritionnels conseillés, l'alimentation des français est en générale trop riche en sucres simples, en graisses notamment saturées et souvent en protéines, alors que les apports en glucides complexes sont inférieurs aux recommandations, notamment pour l'amidon et les fibres alimentaires.

Si au cours des dernières décennies les grandes maladies liées aux carences alimentaires ont disparu, le lien entre alimentation et santé est plus que jamais d'actualité. En effet, les recherches récentes confirment que l'alimentation joue un rôle déterminant dans la survenue des maladies les plus répandues que sont les cancers, les maladies cardiovasculaires, l'obésité et l'ostéoporose, qui ont un poids prédominant en terme de santé publique.

Même si l'alimentation n'est pas le seul déterminant de ces pathologies (facteurs physiologiques, génétiques, environnementaux), c'est un élément essentiel sur lequel il est possible d'intervenir collectivement et individuellement et ce d'autant mieux que des facteurs de risque (ou de protection) alimentaire et nutritionnel sont maintenant bien identifiés.

En effet, au cours des trente dernières années, se sont accumulés des travaux scientifiques qui ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risque et de protection liés à la nutrition intervenant dans le déterminisme des maladies.

L'ensemble de ces recherches a permis d'aboutir à de véritables consensus internationaux sur l'implication de ces facteurs et sur la nécessité, selon les cas, de chercher à les réduire ou de favoriser leur promotion. Il est donc désormais possible de donner des repères de consommation objectifs et reconnus pour aider le consommateur dans le choix des produits.

L'alimentation a aussi comme avantage de concerner l'ensemble de la population. Si certains groupes de population connaissent des risques spécifiques (déficit en fer chez les femmes enceintes, carences diverses des populations en situation de précarité, etc.), tous les individus, tout au long de leur vie sont confrontés au travers des aliments qu'ils consomment quotidiennement à un déterminant majeur de l'état de santé. Par ses choix alimentaires et son mode de vie, chaque consommateur s'expose, souvent sans en avoir conscience, à d'éventuels facteurs de risque ou de protection vis à vis de certaines maladies.

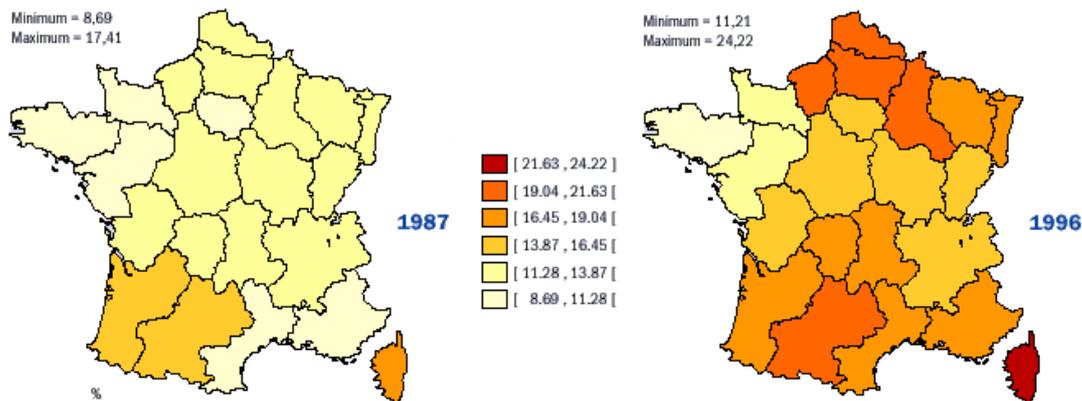
Ainsi en agissant sur l'alimentation (et l'activité physique), il apparaît possible de réduire, à court terme, l'exposition à certains facteurs de risque, de promouvoir certains facteurs de protection et donc d'avoir un impact sur l'incidence des grandes maladies chroniques et à plus long terme sur la mortalité.

Devant ce constat et ces enjeux de santé publique, le Ministère de la santé a élaboré et lancé en 2001 un programme ambitieux pour 5 ans, le Programme National Nutrition Santé (PNNS), basé sur des objectifs précis (9 objectifs principaux de consommation alimentaire et d'état nutritionnel) et qui associe un grand nombre d'acteurs dans les différents secteurs d'activité concernés.

Surpoids et obésité chez les jeunes : une augmentation manifeste de la prévalence

La prévalence de l'obésité augmente dans la plupart des pays, y compris en France, où l'évolution est très négative. Une épidémie¹⁰⁸ d'obésité est même évoquée. L'évolution observable entre 1987 et 1996 de la prévalence de l'obésité chez les hommes de 17 à 25 ans donne un aperçu de la dégradation de la situation.

Prévalence de l'obésité chez les hommes âgés de 17 à 25 ans en 1987 et 1996



Sources : Cetima, INSEE, HCSP 2002 (visites médicales de conscription)

Les récents résultats des enquêtes réalisées par l'Orsal en collaboration avec les services de santé scolaires de la région montrent que les problèmes de surpoids s'expriment déjà à l'âge de 6 ans. De plus, le taux d'enfants en surpoids est le plus élevé de France, juste après la Corse. L'activité physique et la sédentarité n'ont été qu'indirectement mesurées grâce à l'indicateur "temps passé devant la télévision". Malgré ces limites, l'étude est riche d'enseignements. En particulier, elle montre clairement que les problèmes de surpoids sont sensiblement plus fréquents :

- lorsqu'une personne au moins dans la famille est en surpoids ;
- dans les familles monoparentales ;
- chez les enfants qui regardent la TV plus d'une heure par jour ;

¹⁰⁸ Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic, Report of a WHO Consultation, Technical Report Series, 2000

- chez les enfants qui grignotent ;
- dans les familles d'ouvriers.

Par ailleurs, les comportements alimentaires ne correspondent pas, pour une grande majorité des enfants, aux recommandations émises en particulier dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Ainsi :

- un enfant sur quatre ne prend pas de petit déjeuner, ou prend un petit déjeuner incomplet ;
- les trois quarts des enfants ne mangent pas quotidiennement un aliment au moins de chacun des quatre groupes recommandés (féculents, légumes/fruits, viandes/poissons/œufs, produits lactés) ;
- la consommation importante de produits gras ou sucrés concerne près des trois quarts des enfants ;
- un enfant sur cinq grignote tous les jours en dehors des repas (le goûter étant ici considéré comme un repas).

Enfin, les mauvaises habitudes alimentaires sont plus fréquentes :

- lorsque la consommation de télévision est importante et surtout lorsque les repas sont pris en regardant la télévision ;
- chez les enfants issus de familles d'ouvriers et dans une moindre mesure d'employés.

La Baromètre santé jeunes (2000) apporte également un certain nombre d'informations concernant les jeunes de 12 à 25 ans en situation de surcharge pondérale. Il convient de garder à l'esprit que l'analyse se base sur des valeurs de poids et de taille déclarées, qui peuvent être mal connues ou mal estimées.

Il apparaît que 14 % des jeunes auraient un poids supérieur à la normale, dont 6 % d'obèses. Dans l'ensemble, ces jeunes ont une bonne perception de leur corpulence. En effet, parmi ceux qui ont un poids supérieur à la normale, la majorité (70 %) s'estiment "un peu ou beaucoup trop gros", 30 % "à peu près du bon poids". Les filles sont plus nombreuses à se trouver "un peu ou beaucoup trop grosses".

Globalement, la pratique d'un régime alimentaire dans un objectif de perte de poids est relativement fréquente. Ainsi, une jeune fille sur quatre a fait un régime pour maigrir (médicalisé ou non) au cours des 12 derniers mois (6 % des garçons). Les jeunes ayant un poids supérieur à la normale sont plus nombreux à déclarer avoir fait un régime. Seuls 15 % des 12-25 ans présentant un poids normal déclarent avoir fait un régime, alors qu'ils sont 26 % parmi les jeunes présentant un poids supérieur à la normale.

Activité physique en Alsace : une pratique qui progresse

En Alsace, le nombre de sportifs licenciés en 2003 est de 360 000 personnes, soit un Alsacien sur cinq. Les deux tiers de ces licenciés sont des hommes. Entre 1999 et 2003, la progression globale est de 12 %.

Les ligues sportives (hors sport scolaire UNSS : 28 100 licenciés) ayant le plus de licenciés sont : le football (80 300), le tennis (28 500), le judo (19 000) et le basket-ball (17 400)¹⁰⁹.

La pratique sportive est mesurée par le recensement des adhérents des associations ou des clients des établissements à but lucratif, et dans le cas du club vosgien, par une estimation du nombre des randonneurs réguliers qui fréquentent les sentiers balisés. Il apparaît ainsi que près de la moitié des jeunes de 6 à 18 ans ont une activité sportive régulière. Et, bien que le taux de pratique décroisse avec l'âge, il avoisine encore 30% dans la tranche d'âge des 19 à 35 ans. Enfin, une personne sur 10 parmi les plus de 35 ans fait encore du sport.

La pratique sportive réelle des adultes est sous-estimée en raison de l'absence de sources d'informations fiables sur les pratiques autonomes hors de tout cadre organisé. Ainsi, ne sont pas pris en compte dans ces données, la pratique libre du vélo, du jogging, l'entretien physique chez soi, ou la fréquentation régulière d'une piscine.

La différence entre les taux de pratiques sportives masculine et féminine est importante puisqu'ils sont respectivement de 30 % et de 15 %, hors pratique de la danse, discipline très prisée par les femmes et les adolescentes.

Selon le Baromètre santé jeunes (2000), deux jeunes de 12-25 ans sur trois déclarent avoir pratiqué un sport au cours de la semaine précédant l'enquête¹¹⁰. La principale motivation est le plaisir : c'est en effet la motivation exprimée par trois jeunes ayant pratiqué une activité sportive au cours de la semaine précédant l'enquête sur quatre. Les autres motivations

¹⁰⁹ Un Alsacien sur cinq est licencié dans un club sportif, Pierre CHEVALERIAS, dans Chiffres pour l'Alsace, dossier n°6, juillet 2004.

¹¹⁰ Baromètre santé 2000 Les comportements des 12-25 ans, INPES, Paris, 2004.

avancées sont l'occasion de rencontrer des amis et la santé. Cette dernière raison prend de l'importance avec l'âge : plus ils vieillissent, plus les jeunes déclarent faire du sport pour être en bonne santé.

Les associations sportives sont inégalement représentées sur le territoire alsacien. En effet, les associations sont plus nombreuses en zone urbaine qu'en zone rurale et dans les vallées vosgiennes, suivant, en cela, la densité de la population.

Dyslipidémies : un consultant des CES sur six est concerné en Alsace

Les anomalies lipidiques ou dyslipidémies jouent un rôle majeur dans l'apparition des maladies cardiovasculaires. Il est généralement admis que de faibles valeurs de HDL Cholestérol sont impliquées dans la genèse de l'athérosclérose et que l'hypertriglycéridémie est un facteur de risque de maladies cardiovasculaires dont l'importance varie en fonction des autres facteurs de risque qui lui sont associés (hypertension artérielle, diabète, obésité...).

Les concentrations en HDL-C et triglycérides varient en fonction du sexe et de l'âge. La surcharge pondérale, le régime végétarien et le tabagisme font diminuer le taux de HDL-C tandis qu'une alimentation riche en glucides (à absorption rapide) et en graisse saturée, les boissons alcoolisées, la surcharge pondérale, la prise de contraceptifs et d'antihypertenseurs favorisent l'augmentation des triglycérides.

En Alsace, 40 % des consultants des centres d'examens de santé (CES) de 16-74 ans (hors personnes en situation de précarité) ont un bilan lipidique considéré comme normal au regard de leur taux de cholestérol total et de triglycérides. Cette proportion est sensiblement plus importante chez les femmes (44 % contre 36 % chez les hommes). A l'inverse, 16 % des consultants présentent une hypercholestérolémie associée ou non à une hypertriglycéridémie, sans différence notable selon le sexe.

A structure par âge égale, la proportion de consultants de 25-59 ans ayant une hypercholestérolémie mixte ou non ne varie pas significativement selon la catégorie socioprofessionnelle de l'assuré. Dans cette tranche d'âge, le risque de développer une pathologie cardiovasculaire est sensiblement plus important chez les hommes à l'exception des personnes sans activité professionnelle, catégorie constituée essentiellement de femmes (mères au foyer,...).

Dyslipidémies et risque cardio-vasculaire

En l'absence d'autres facteurs de risque, un patient est considéré comme ayant une cholestérolémie normale si son taux sanguin en cholestérol est inférieur à 5,2 mmol/l (ou 2 g/l). Il est considéré comme ayant une triglycéridémie normale si son taux de triglycérides est inférieur à 1,7 mmol/l (ou 1,5 g/).

L'hypercholestérolémie est définie par un taux sanguin en cholestérol supérieur à 6,45 mmol/l (2,5 g/l). Ce taux correspond dans les Centres d'examens de santé (CES) au seuil de déclenchement d'une procédure SES (Suite Examen de Santé) dont l'objectif est l'amélioration de la prise en charge du patient par son médecin traitant.

L'hypertriglycéridémie est définie par un taux sanguin en triglycérides supérieur à 2,3 mmol/l (2 g/l). Une concentration en triglycérides supérieure ou égale à 6,5 mmol/l correspond à une hypertriglycéridémie majeure, des valeurs supérieures ou égales à 10 mmol/l constituent un risque de pancréatite aiguë.

FAITS MARQUANTS

- *En Alsace :*
 - *plus de 23 000 accidents du travail avec arrêts indemnisés annuellement par le régime général d'Assurance maladie, nombre en baisse par rapport au début des années 90,*
 - *37 accidents mortels chaque année, dont 22 au travail (8 en déplacement) et 15 sur le trajet domicile-travail,*
 - *ces accidents du travail poursuivent leur diminution.*
- *Une hausse continue des premières indemnités pour des maladies professionnelles (plus de 900 en moyenne annuelle entre 2001 et 2003, dont 85 % sont des affections périarticulaires).*
- *Selon des travaux nationaux et internationaux, pour certaines pathologies, dont en particulier les cancers professionnels, seule une part restreinte des cas attribuables à des facteurs professionnels serait indemnisée.*
- *Ce faible taux d'indemnisation s'expliquerait essentiellement par une non déclaration par les salariés de leur pathologie à l'Assurance maladie et une faible sensibilité du corps médical*

La question des relations entre travail et santé est vaste, aussi bien par la variété des facteurs de risque liés au travail (contraintes posturales, exposition à des produits chimiques, contraintes « psycho-sociales »...) que par la variété des pathologies liées à ces risques (troubles musculo-squelettiques, cancers, troubles mentaux...).

Quel poids global du travail comme déterminant de santé ?

Au même titre que l'alimentation, les conduites addictives ou l'environnement, le travail est un déterminant majeur de la santé des populations. Il n'est pas aisé de quantifier son poids propre en terme de morbidité ou de mortalité. En effet, il faudrait pour cela avoir, d'une part, une connaissance précise des risques relatifs associés à chaque type de facteur de risque (travaux d'épidémiologie analytique, réalisés à l'échelle nationale voire internationale) et, d'autre part, une vision claire des conditions de travail auxquelles sont soumis les actifs de la région (nombre de personnes exposées par type de facteur de risque, études descriptives à réaliser localement).

IMBERNON et GOLDBERG¹¹¹ avancent, sur la base d'une étude finlandaise, le nombre de 20 000 décès attribuables aux conditions de travail en 1999 à l'échelle de la France (environ 3 000 pour les femmes et 17 000 pour les hommes), c'est-à-dire 3,7 % de l'ensemble des décès.

En terme de morbidité perçue, une enquête nationale complémentaire à l'enquête emploi de l'INSEE de mars 2002¹¹² montre que, parmi les personnes de 15 à 64 ans travaillant ou ayant travaillé et déclarant un problème de santé chronique ou un handicap (soit environ une personne sur quatre), 20 % attribuent ce problème de santé à leurs conditions de travail. Les agriculteurs et ouvriers sont les plus touchés par ces problèmes de santé (environ 30 % des ouvriers et 27 % des agriculteurs), et les relient plus souvent à leurs conditions de travail (27 % des ouvriers et 30 % des agriculteurs). La proportion est particulièrement forte pour les troubles musculo-squelettiques (50 % des agriculteurs et 48 % des ouvriers associent ces troubles à leur travail). Les cadres font plus souvent le rapprochement entre dépression et activité professionnelle.

Quelles connaissances sur les conditions de travail ?

¹¹¹ IMBERNON E, GOLDBERG M. La santé au travail. In « Traité de santé publique », Médecines-Sciences FLAMMARION, 2004, p. 112-119.

¹¹² WALTISPERGER D. Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq. Premières synthèses, DARES, 2004, N°19, p.1-4

A l'heure actuelle il n'existe pas de données donnant une vision globale des conditions de travail en Alsace. Les données décrites ici sont issues de deux enquêtes réalisées à l'échelle nationale.

L'enquête SUMER se base sur un échantillon de médecins du travail représentatifs à l'échelle du pays mais ne donne pas d'information régionale. Les derniers résultats disponibles datent de 1994, les données de l'enquête SUMER 2001-2002 étant encore en cours d'exploitation. En 1994, cette enquête montrait que 61 % des salariés sont soumis à des contraintes posturales, 42 % à des contraintes visuelles et 27 % sont exposés au bruit. L'exposition à des agents chimiques concerne près d'un tiers des salariés. Dans les secteurs directement concernés (chimie du plastique et du caoutchouc, industrie automobile, secteur de la santé...) ce type d'exposition concerne près d'un salarié sur deux. L'exposition à des agents biologiques est un peu plus rare (environ 10 % des salariés) et touche les salariés des industries biotechnologiques, les laboratoires de recherche et de développement utilisant des micro-organismes.

L'enquête montre également que 8,5 % des salariés sont exposés à des produits cancérigènes (huiles minérales, poussières de bois, produits chimiques, rayonnements ionisants...) ¹¹³.

Les enquêtes Conditions de travail réalisées par la DARES en 1984, 1991 et 1998 sur un échantillon de salariés permettent d'approcher la notion de « charge mentale » au travail (sentiment de responsabilité, urgence, bruit, attention soutenue, moyens insuffisants ou relations tendues...) ¹¹⁴. Ainsi, en 1998, 60 % des salariés disent craindre des sanctions (sur leur emploi ou leur rémunération) en cas d'erreur (pourcentage en hausse). Un salarié sur cinq considère qu'il doit toujours se dépêcher, et un sur quatre manque temps. Par ailleurs, 30 % des salariés vivent des situations de tension avec leur hiérarchie, 21 % avec leurs collègues. Ces tensions sont plus fréquentes pour les personnes exerçant des responsabilités d'encadrement. Les tensions avec le public concernent un salarié sur trois (employés de commerce, métiers de la santé, policiers, enseignants...). Elles sont de plus en plus fréquentes pour toutes ces catégories, en particulier pour les enseignants, qui se retrouvent de plus en plus en contact avec des populations en difficulté.

En terme d'organisation du travail, l'enquête de 1998 montre que la situation se dégrade entre 1984 et 1998 : développement du travail à la chaîne pour les ouvriers (ouvriers qualifiés : 7,5 % en 1984 et 15 % en 1998, ouvriers non qualifiés : 20 % en 1984 et 30 % en 1998), du travail répétitif dans le secteur tertiaire, augmentation du travail sous la pression de normes de production (23% en 1998), délais plus courts ¹¹⁵,... Attention, ces observations, valables à l'échelle du pays et pour une période révolue (1984-1998) ne correspondent pas nécessairement à l'évolution récente des conditions de travail en Alsace.

¹¹³ ARNAUD S et al. Santé, sécurité, conditions de travail. Tableau de bord régional Provence-Alpes-Côte d'Azur. ORSPACA, 2003, 27p.

¹¹⁴ CEZARD M, HAMON-CHOLET S. Travail et charge mentale. Premières Synthèses, DARES, 1999 N°27.1, p.1-10

¹¹⁵ BUE J, ROUGERIE C. L'Organisation du travail : entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête Conditions de travail de 1998. Premières Synthèses, DARES, 1999, N°32.1, p.1-8

Les accidents du travail

En ce qui concerne les accidents du travail, les seules données disponibles à l'échelle de la région sont celles de la branche accident du travail de l'Assurance maladie (accidents indemnisés).

Nombre et indice de fréquence des accidents du travail selon la gravité parmi les salariés affiliés au régime général d'Assurance maladie en Alsace (2001-2003 en moyenne annuelle)

	Avec arrêt	Avec Incapacité Permanente	Mortels
Accidents sur le lieu de travail	23 062	1 219	22
<i>Indice de fréquence (pour mille salariés)</i>	<i>42,14</i>	<i>2,23</i>	<i>0,04</i>
Accidents du trajet	2 438	196	15
<i>Indice de fréquence (pour mille salariés)</i>	<i>4,45</i>	<i>0,36</i>	<i>0,03</i>
Total accidents du travail	25 500	1 415	37
<i>Indice de fréquence (pour mille salariés)</i>	<i>46,59</i>	<i>2,58</i>	<i>0,07</i>

Source : service de gestion et de prévention des risques professionnels de la CRAMAM

Selon les statistiques du service de prévention et de gestion des risques professionnels de la CRAM Alsace-Moselle, si l'on ne tient compte que des accidents survenus au travail, on dénombre en Alsace 23 062 accidents du travail avec arrêt pour des salariés du régime général (moyenne annuelle 2001-2003). Rapporté au nombre de salariés couverts, cet effectif correspond à un indice de fréquence de 42 pour mille. La tendance à la baisse que l'on observait au début des années 90¹¹⁶ semble se poursuivre (en 1989-1991 l'indice de fréquence s'élevait à 58 pour mille en Alsace).

Entre 2001 et 2003, 1 219 accidents du travail ont entraîné une incapacité permanente (moyenne annuelle), 22 ont été mortels.

A ces accidents proprement dits, il convient d'ajouter les quelques 2 438 accidents du trajet (moyenne annuelle), parmi lesquels 196 ont entraîné une incapacité permanente et 15 ont été mortels.

Les maladies professionnelles

Une maladie est « professionnelle » si elle est la conséquence de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou si elle résulte des conditions de travail dans lesquelles il exerce son activité.

Les maladies professionnelles reconnues par l'Assurance maladie

Comme pour les accidents du travail, les données présentées ici sont celles des indemnités par le régime général d'Assurance maladie.

Une maladie fait l'objet d'une « présomption d'origine » professionnelle à partir du moment où elle correspond à un des 98 « tableaux » définissant de façon stricte les pathologies concernées, les conditions d'exposition et le délai entre la fin de l'exposition et l'apparition de la maladie. La loi du 27 janvier 1993 a modifié la procédure de reconnaissance du caractère professionnel des maladies. Cette loi permet d'une part de reconnaître une maladie figurant dans un tableau même si l'ensemble des conditions (délai, durée d'exposition, liste limitative de travaux...) ne sont pas remplies, elle permet d'autre part de reconnaître le caractère professionnel de maladies non mentionnées dans un tableau. C'est alors le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP)¹¹⁷ qui statue sur l'origine professionnelle.

¹¹⁶ La santé observée en Alsace, Fiche 8.4 « Les accidents », disponible sur <http://www.orsal.org>

¹¹⁷ Les membres du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) sont désignés pour quatre ans par un arrêté du préfet de région sur proposition du Directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Il se compose du médecin conseil régional ou son représentant, du médecin inspecteur

Nombre de nouvelles indemnisations de maladies professionnelles
pour des salariés affiliés au régime général
d'Assurance maladie en Alsace (2001-2003 en moyenne annuelle)

	Nombre de premières indemnisations	Pourcentage
Affections périarticulaires	791	85,2%
Affections chroniques du rachis	53	5,7%
Affections liées à l'amiante	8	0,9%
Autres maladies professionnelles	76	8,2%
Ensemble des tableaux de maladie professionnelle	928	100,0%
Indice de fréquence (pour mille salariés)	1,7	

Source : service de gestion et de prévention des risques professionnels de la CRAMAM

En Alsace, entre 2001 et 2003, l'Assurance maladie a versé en moyenne chaque année 928 indemnisations pour des maladies professionnelles (indemnité journalière ou autre type de versement...). Les affections périarticulaires représentent la très grande majorité de ces nouveaux versements (791, soit 85 % du total). Si le nombre de nouvelles indemnisations augmente chaque année, ceci peut s'expliquer en partie par une augmentation du nombre de tableaux, un élargissement de certains tableaux (évolution des critères d'inclusion), et la possibilité de reconnaissance hors tableau. Toutefois, en terme d'effectif, l'augmentation est essentiellement due à la hausse des affections périarticulaires indemnisées (+240 % entre 1998 et 2003 : soit 716 premières indemnisations de plus). Les premières indemnisations pour les autres tableaux augmentent globalement de 138 % entre 1998 et 2003, cette hausse correspondant en fait à 87 premières indemnisations de plus en 2003 par rapport à 1998.

Les indemnisations de maladies professionnelles donnent une image très limitée de la réalité des maladies professionnelles.

C'est particulièrement le cas pour les cancers professionnels. En effet, une étude de l'InVS portant sur certains sites de cancers montre de nettes différences entre le nombre de cas attribuables à des facteurs professionnels (à partir de données internationales) et le nombre de cas effectivement réparés au titre des maladies professionnelles¹¹⁸. Cette étude ne donne que des informations à l'échelle du pays dans son ensemble. Ainsi, pour les cancers du poumon : moins de 500 nouveaux cas sont indemnisés annuellement par l'Assurance maladie (qui couvre 80 % de la population), alors qu'on estime qu'entre 2 400 et 5 400 de cas incidents sont liés à des facteurs de risques professionnels. Pour les cancers de la vessie, on estime entre 600 et 1 100 les cas attribuables à des facteurs de risques professionnels, contre seulement 7 cas indemnisés par l'Assurance Maladie. En ce qui concerne le cancer de la plèvre, malgré les efforts consacrés à la reconnaissance de cette maladie largement liée à des expositions professionnelles à l'amiante, sur 550 cas incidents, seuls 297 sont indemnisés par l'Assurance Maladie.

Une thèse réalisée en Alsace permet d'extrapoler ces résultats au département du Haut-Rhin, en appliquant aux données du registre des cancers les taux d'imputabilité professionnelle estimée par l'InVS¹¹⁹. Ce travail aboutit à des conclusions similaires.

Ce décalage entre le nombre de cancers attribuables à des facteurs professionnels et le nombre de cas effectivement indemnisés s'explique sans doute par une méconnaissance du lien entre cancers et expositions professionnelles, surtout dans le cas de cancers très fréquents et multifactoriels (cancers du poumon). Dans le cas de cancers plus rares et pratiquement monofactoriel (cancer de la plèvre et amiante), le pourcentage des indemnisations est plus élevé.

Le décalage s'explique sans doute également par des temps de latence importants entre le moment de l'exposition et celui de l'apparition de la maladie.

Des études montreraient que c'est au niveau de la déclaration¹²⁰ que réside la limite de la reconnaissance des maladies professionnelles (des personnes pour lesquelles une déclaration auprès de l'Assurance Maladie serait justifiée, ne la font pourtant pas...).

régional du travail ou son représentant, d'un professeur d'université praticien hospitalier, ou d'un praticien hospitalier; particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle, ainsi que des suppléants. L'ingénieur-conseil, chef de service de prévention de la Caisse régionale d'assurance maladie est obligatoirement entendu par le comité. La victime et l'employeur peuvent être entendus par le comité si celui-ci l'estime nécessaire.

¹¹⁸ IMBERNON E. Estimation du nombre de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. INVS, 2004, 28 p.

¹¹⁹ ROYER-LE TACON A. Sous déclaration des cancers d'origine professionnelle en Alsace. Thèse de médecine, Université Louis Pasteur, 2004 (n°123), 178 p.

¹²⁰ Elle est faite par le salarié ou l'ancien salarié auprès de l'Assurance maladie, en général grâce aux conseils d'un professionnel de santé.

Les maladies à caractère professionnel¹²¹

Un dispositif légal prévoit la déclaration obligatoire auprès de l'inspection du travail (médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre), de toute maladie à caractère professionnel (MCP). Cette obligation concerne l'ensemble des médecins (et pas uniquement les médecins du travail). Une maladie dont l'origine professionnelle est vraisemblable mais qui n'entre pas dans le cadre strict d'un tableau de réparation, ou qui n'a pas été déclarée par le salarié en vue de réparation doit donc être déclarée par le médecin qui en a la connaissance.

Malgré de nouvelles modalités de déclarations (elle se fait désormais de façon anonyme et directement au Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'œuvre et non plus de façon nominative à l'inspecteur du travail dont dépend l'entreprise du salarié signalé), les MCP sont rarement déclarées (112 cas en 2002 en Alsace). La plupart des déclarations proviennent de médecins du travail, ou du service de pathologies professionnelles, ce qui illustre la nécessité de sensibiliser l'ensemble du corps médical à la question du lien entre travail et santé.

La santé des demandeurs d'emploi

Si les conditions de travail ont des effets sur la santé des actifs, il faut également souligner qu'un ensemble d'études nationales ont mis en lumière le lien entre santé et chômage. Réalisant une revue de littérature sur ce sujet, C. SERMET et M. KHLAT¹²² montrent que les travaux menés en France confirment tous une nette inégalité de santé entre les demandeurs d'emploi et les actifs occupés. Cette inégalité s'exprime aussi bien en terme de mortalité générale (dans les 5 ans qui suivent la perte d'emploi, le risque de décès est multiplié par 3 pour les hommes, par 2 pour les femmes), que de morbidité (dégradation de la santé psychique comme somatique, vieillissement précoce...).

Les études françaises montrent d'une part que le chômage peut être une cause de dégradation de la santé (hypothèse de causalité), et d'autre part qu'il peut être la conséquence d'un problème de santé (hypothèse de sélection). Les mécanismes de la relation entre santé et perte d'emploi sont encore mal connus. Ils sont sans doute multiples, et partiellement liés à la dégradation des conditions de vie consécutive au chômage (problèmes financiers, stress, isolement social, perte de l'estime de soi, adoption de comportements à risque...).

¹²¹ Les éléments cités dans cette partie sont tirés de : CHAUVIN-WACKER C. Les maladies à caractère professionnel en Alsace bilan 2002 des signalements reçus à l'inspection médicale du travail. Mémoire de DES de Médecine du Travail. Université Louis Pasteur, 2003, 35p.

¹²² SERMET C, KHLAT M. La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique, 2004, 52, p. 465-474

Santé environnement

FAITS MARQUANTS

- *En Alsace, les risques de santé liés aux problèmes environnementaux, sont une préoccupation importante de la population, mais les liens entre pollution et état de santé sont difficiles à établir.*
- *L'eau souterraine est impropre à la production d'eau potable sans traitement sur 40% de la surface de la nappe.*
- *La qualité de l'air s'est nettement améliorée en Alsace au cours des dernières décennies, même si la contribution des transports à la pollution reste préoccupante.*
- *Le bruit est considéré comme une des nuisances les plus importantes.*

Les risques liés à l'environnement constituent une préoccupation importante des populations. Deux enquêtes d'opinion sur l'environnement menées dans le Bas-Rhin en 1992 et 1998 auprès du grand public ont révélé que la qualité de l'environnement est perçue comme assez bonne. Parmi les thèmes environnementaux, plus de la moitié des personnes interrogées estiment « qu'il faut faire plus » dans le domaine de la lutte contre la pollution de l'air, de l'eau et contre le bruit.

Lorsque l'on demande aux 12-25 ans de citer parmi 10 risques, ceux qu'ils craignent pour eux-mêmes, viennent après le chômage, la pollution de l'air (cité par 62 % des sondés), les risques liés aux aliments transformés ou pollués (53 %) et la pollution de l'eau (47 %).

Les études sur le sujet se multiplient, mais les liens entre pollution et état de santé sont difficiles à établir en raison de l'existence de nombreux facteurs de confusion, de la difficulté d'obtenir des mesures fiables et d'étudier des populations de tailles suffisantes sur de longues périodes.

En Alsace, l'état de l'environnement est un paramètre clef, en raison de la confrontation sur un petit territoire entre des ressources naturelles majeures (nappe rhénane, sols fertiles) et un développement économique (industrie, agriculture...) et démographique considérable, le tout dans un contexte topographique et climatique qui, pour les pollutions atmosphériques, constituent des facteurs aggravants.

L'eau

Les eaux superficielles

Le suivi de la qualité des cours d'eau est assuré par le Réseau National de Bassin. Si les potentialités biologiques sont bonnes dans la partie des cours d'eau issus des Vosges, elles deviennent généralement passables en aval, les cours inférieurs des rivières pouvant être fortement pollués, y compris par la présence de métaux lourds. La qualité des cours d'eau reste sous influence des rejets urbains, agricoles et industriels.

Les eaux souterraines

La qualité des eaux souterraines, et notamment de la nappe d'Alsace, est soumise aux fortes pressions liées à la densité de la population, à l'agriculture intensive et à l'industrialisation ancienne de la région. Les réseaux de connaissance des eaux souterraines sont gérés par l'Agence de l'Eau et par l'Association pour la PROtection de la Nappe d'Alsace (APRONA).

L'inventaire de la qualité des eaux dans la vallée du Rhin Supérieur, qui est le fruit d'une coopération transfrontalière constante, met en évidence dans le secteur alsacien une pollution par les nitrates quasiment généralisée et une pollution par les phytosanitaires de plus en plus présente. L'eau est impropre à la production d'eau potable sans traitement sur 40% de la surface de la nappe d'Alsace.

Les eaux destinées à la consommation humaine

Les prélèvements pour l'alimentation en eau potable des populations sollicitent quasiment exclusivement les eaux souterraines, à hauteur de plus de 15 millions de m³ par an.

Le contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine est réalisé à la diligence du ministère chargé de la Santé (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales). Il comporte notamment un suivi analytique de la qualité de l'eau.

Le dernier bilan de la qualité de l'eau dans la région (2001 à 2003) a été réalisé à partir des analyses effectuées en distribution ou, à défaut, en production ou aux captages si la qualité y est représentative de l'eau distribuée. Il montre :

- qu'aucun Alsacien n'est desservi par une eau dont la teneur en nitrates dépasse la limite de qualité de 50mg/l ; par contre pour 11 % de la population, la teneur moyenne est comprise entre 25 et 50 mg/l,
- que 8% des Alsaciens sont desservis par une eau dont la teneur maximale en produits phytosanitaires et apparentés est supérieure à 0,1µg/l, et moins de 40% des Alsaciens boivent une eau dans laquelle aucune trace de phytosanitaires ou apparentés n'a été détectée,
- enfin, que 3% sont concernés par des contaminations bactériologiques occasionnelles (la contamination occasionnelle est caractérisée par plus de 10% d'analyses non conformes au plan bactériologique).

Les sites et sols pollués

On compte en 2003, 219 sites pollués en Alsace, ce qui place la région, malgré sa faible superficie, au 5^{ème} rang des régions françaises.

Les eaux souterraines en aval de ces sites sont particulièrement surveillées compte tenu de la sensibilité de la nappe et des impacts avérés ou potentiels de nombreux sites. L'ampleur des pollutions induites n'est pas toujours complètement connue car certains sites sont en cours d'étude ou de travaux.

L'air

L'Association pour la Surveillance et l'étude de la Pollution Atmosphérique (ASPA) gère, sur l'ensemble du territoire régional, un réseau de surveillance de la qualité de l'air composé d'une trentaine de stations urbaines, industrielles et rurales. Au total, environ 120 analyseurs mesurent en continu le dioxyde de soufre, les poussières, les oxydes d'azote, le monoxyde de carbone, le plomb, l'ozone, la radioactivité dans l'air ainsi que des paramètres météorologiques. L'ASPA dispose par ailleurs d'un véhicule laboratoire et développe des outils de modélisation.

L'état de la qualité de l'air s'est nettement amélioré en Alsace au cours des dernières décennies si on prend en compte les polluants caractéristiques de l'activité industrielle, et notamment le dioxyde de soufre et le plomb.

Par contre, la contribution des transports à la pollution (notamment oxydes d'azote et particules) reste préoccupante. Les projections à moyen et long terme laissent craindre une poursuite de la croissance du trafic, la diminution des émissions du secteur des transports étant attendue de l'amélioration technique du parc de véhicules.

La pollution par l'ozone, qui concerne l'ensemble du territoire régional, est un problème majeur de l'Alsace, sans perspective d'amélioration significative à court terme.

En ce qui concerne les dioxines émises par l'incinération des déchets, la situation n'est pas préoccupante au regard de la surveillance conduite en Alsace.

A noter que les conditions topographiques et climatiques alsaciennes sont des facteurs aggravants des phénomènes de pollution : stagnation des masses d'air froid en hiver au fond de la cuvette rhénane ne permettant pas la dispersion des polluants, faible ventilation de la plaine d'Alsace, concentration des périodes d'ensoleillement d'avril à septembre.

Le bruit

Les seules questions qui peuvent être appréhendées au niveau de la région sont celles du bruit des infrastructures de transport terrestre et des aérodromes.

En effet, même si les Français considèrent le bruit comme une des nuisances les plus importantes, la difficulté est grande de réunir à l'échelle régionale des données sur les autres sources de bruit (bruit des installations classées, bruits de voisinage,...).

Le classement en voies bruyantes concerne un grand nombre de voies dans les deux départements compte tenu de l'important réseau d'infrastructures qui accompagne la densité urbaine du territoire, et du trafic qu'il supporte.

La région compte deux des dix principaux aéroports français.

Quatrième partie

Offre de soins et prévention

Offre de soins

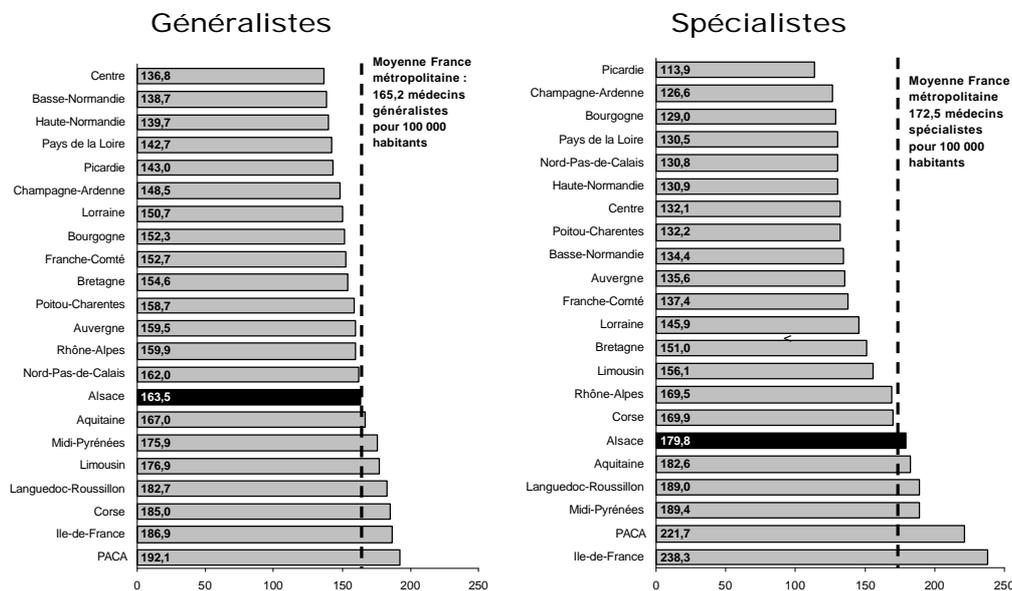
Les professions de santé

FAITS MARQUANTS

- Une offre de médecins comparable à la moyenne nationale.
- La densité régionale de médecins devrait baisser à partir de 2010.
- Une densité d'infirmiers libéraux nettement inférieure à la moyenne nationale.
- De très fortes disparités régionales d'offre de soins libéraux.

Les médecins généralistes et spécialistes

Densité de médecins au 1er janvier 2003 (pour 100 000 habitants)



Sources : DREES, INSEE, SCORE SANTE

L'Alsace compte, en 2003, 6 094 médecins, soit un nombre de médecins par habitant très proche de la moyenne nationale, tant pour les spécialistes que pour les généralistes. En revanche, la densité de libéraux exclusifs est nettement inférieure à la moyenne nationale alors que la densité de salariés dépasse cette moyenne. Ainsi la région ne compte que 40 % de libéraux exclusifs (48 % en moyenne nationale), ce qui s'explique par l'importance de l'offre hospitalière dans la région. L'Alsace est la région de métropole où la part de médecins salariés hospitaliers est la plus importante.

Autre particularité alsacienne, le secteur à honoraires libres (secteur 2) est moins développé qu'en moyenne nationale pour les généralistes libéraux (9 % des généralistes libéraux secteur 2, contre 13 % en métropole). A l'inverse, la part de spécialistes libéraux secteur 2 (41 %) est, de peu, supérieure à la moyenne nationale (38 %). L'Alsace est ainsi la troisième région après l'Ile de France (61 %) et Rhône-Alpes (45 %) où la proportion de spécialistes libéraux secteur 2 est la plus élevée.

Certaines spécialités sont plus fortement représentées en Alsace que dans le reste de la France. Ainsi, on compte pour 100 000 habitants en Alsace 14,4 radiologues et 9,7 chirurgiens généraux, soit des densités dépassant les moyennes nationales de 23 %. En revanche, la rhumatologie est assez mal représentée avec une densité inférieure de 19 % à la moyenne française.

Dans les dix prochaines années, le nombre de médecins par habitant devrait diminuer de 10 %

Selon les projections de la DREES, le nombre de médecins devrait diminuer dans toutes les régions de France au cours des prochaines années. L'Alsace serait plus épargnée que d'autres régions ; le nombre de médecins en exercice diminuerait mais à un rythme nettement moins soutenu que sur l'ensemble de la France métropolitaine. Il resterait stable jusqu'en 2010 pour commencer à décroître à compter de 2011. La région perdrait alors chaque année entre 30 et 60 praticiens. Si l'on raisonne non plus en terme d'effectifs mais de densités, la situation est plus préoccupante. La population régionale va croître plus rapidement qu'en moyenne nationale. L'Alsace devrait ainsi enregistrer une diminution importante de sa densité médicale, selon un rythme sensiblement identique à celui de l'ensemble de la métropole. Cette densité diminuerait de 10 % en dix ans et de 18 % en quinze ans.

Du fait de la durée des études de médecine, un relèvement du numerus clausus (5 600 actuellement) ne devrait pas avoir d'effet sensible avant 2012-2014. Même avec un relèvement du numerus clausus à 8 000 étudiants, la tendance ne s'inverserait qu'en 2025. Si l'on voulait stabiliser au plus tôt, c'est-à-dire en 2012-2014, la densité médicale en France, il faudrait former plus de 9 000 étudiants chaque année.

Projection du nombre et de la densité pour 100 000 habitants de médecins
(salariés et libéraux, généralistes et spécialistes)

	2004	2009	Evolution 2009/2004	2014	Evolution 2014/2004	2019	Evolution 2019/2004
Densité							
Alsace	338,1	324,8	-3,9%	303,3	-10,3%	276,8	-18,1%
France*	328,6	315,3	-4,0%	290,4	-11,6%	258,4	-21,4%
Effectifs							
Alsace	6 023	6 096	1,2%	5 914	-1,8%	5 616	-6,8%
France*	196 335	194 746	-0,8%	185 257	-5,6%	168 786	-14,0%

Source : DRESS INSEE Score santé

*métropolitaine

Projections du nombre de médecins

Les projections 2002-2020 de la DREES, effectuées en collaboration avec l'INED, s'appuient sur les estimations de la démographie médicale au 1er janvier 2001, sur des hypothèses de décisions des pouvoirs publics (numerus clausus, postes d'internes,...) et les comportements des médecins (cursus universitaire, réussite au concours de l'internat, migrations interrégionales, installation, cessation d'activité) durant les vingt prochaines années. Les données présentées correspondent à celles du scénario tendanciel, avec un numerus clausus de 4 700 étudiants (dernier niveau fixé au moment des calculs) et les tendances observées dans les dernières années pour les autres caractéristiques. A noter que ce numerus clausus passera à 7000 en 2006.

La féminisation du corps médical se poursuivra durant les prochaines années. En 1990, 25 % des médecins étaient des femmes, 34 % en 2002 et selon les projections, 50 % en 2020. D'un point de vue purement quantitatif, cette évolution est susceptible d'accroître les effets de la baisse de la densité médicale dans la mesure où les femmes ont plus fréquemment recours au temps partiel. A titre d'exemple, en Alsace en 2001, le nombre moyen annuel d'actes réalisés par un médecin généraliste de sexe masculin dépassait de 58 % celui de médecin généraliste de sexe féminin.

Un vieillissement particulièrement important des psychiatres

Il n'existe pas actuellement de projections régionales par spécialité médicale. En revanche, le fait de connaître la répartition par âge des médecins spécialistes nous permet de calculer la proportion de ceux qui, âgés de 50 ans et plus, partiront à la retraite dans les prochaines 10 à 15 années.

Ainsi, en Alsace, 36 % des généralistes et 41 % des spécialistes ont plus de 50 ans. Une des spécialités les plus touchées par ce vieillissement est incontestablement la psychiatrie (50 % de praticiens de 50 ans et plus). Viennent ensuite la chirurgie générale, l'ORL, l'ophtalmologie et l'anesthésie - réanimation qui comptent chacune plus de 45 % de personnes de 50 ans et plus dans leurs rangs.

Effectifs, part des plus de 50 ans, et densité de médecins
en Alsace au 1er janvier 2003¹²³

	Effectifs	Alsace		France	
		Part des 50 ans et plus (en %)	Densité (p. 100 000 hab.)	Densité (p. 100 000 hab.)	
Généralistes	2 902	35,8%	163,5	165,2	
Spécialistes	3 193	41,3%	179,8	172,5	
Spécialités médicales	1 735	39,7%	97,7	94,2	
Gynécologie médicale*	5	/	0,7	7,3	
Anesthésiologie-réanimation	323	45,7%	18,2	17,0	
Médecine interne	107	44,2%	6,0	4,1	
Radiologie	274	43,0%	15,4	13,5	
Pédiatrie**	169	41,3%	46,9	54,3	
Pathologies cardio-vasculaires	186	37,5%	10,5	9,7	
Dermato-Vénérologie	118	37,3%	6,7	6,6	
Pneumologie	90	36,8%	5,1	4,4	
Rhumatologie	63	35,4%	3,5	4,4	
Gastro-entérologie-hépatologie	107	30,6%	6,0	5,5	
Autres spécialités médicales	294	34,2%	16,6	15,0	
Spécialités chirurgicales	773	41,5%	43,5	40,3	
Stomatologie	19	57,0%	1,0	2,4	
Chirurgie générale	173	47,2%	9,7	7,9	
Oto-rhino-laryngologie	88	46,3%	5,0	5,0	
Ophtalmologie	142	46,2%	8,0	9,1	
Gynécologie-Obstétrique***	221	38,8%	49,7	36,2	
Autres spécialités chirurgicales	130	28,0%	7,3	7,2	
Biologie médicale	83	30,8%	4,7	5,1	
Psychiatrie	350	49,6%	19,7	22,7	
Santé publique et médecine du travail	251	44,2%	14,1	10,2	

Sources : DRASS-DREES, INSEE

* densité calculée pour 100 000 femmes de 15 ans et plus, population au 1/1/2003. En raison du faible effectif, la part de médecins de 50 ans et plus n'est pas indiquée (règles de confidentialité statistique)

** densité calculée pour 100 000 enfants de 16 ans et moins, population au 1/1/2003

*** densité calculée pour 100 000 femmes de 15-49 ans, population au 1/1/2003

¹²³ Les spécialités sont regroupées ici selon un regroupement utilisé par la Drees.

Une densité d'infirmiers libéraux nettement inférieure à la moyenne nationale

Les effectifs des professions paramédicales ont fortement augmenté en Alsace depuis 10 ans. L'évolution a été de plus de 30 % entre 1992 et 2002, et de 50 % pour les orthophonistes.

Si la densité alsacienne d'infirmiers salariés est nettement supérieure à la moyenne nationale (respectivement 718 et 632 infirmiers pour 100 000 habitants), l'inverse s'observe pour les libéraux (respectivement 70 et 102 infirmiers / 100 000). Cette faible offre libérale est compensée par endroits, par l'existence des centres de soins infirmiers.

Comme les infirmiers, la très grande majorité des sages-femmes (88 %) sont salariées, essentiellement dans les établissements hospitaliers. La densité régionale est globalement supérieure à la moyenne nationale, grâce à une forte représentation de sages-femmes salariées (la densité des libéraux étant équivalente à la moyenne nationale).

Les manipulateurs radio, tous salariés, ont également une densité supérieure à la moyenne nationale alors que les masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes sont moins présents en Alsace que dans le reste de la France.

La répartition par âge des paramédicaux est moins préoccupante que celle des médecins. Seules exceptions, les masseurs-kinésithérapeutes et les manipulateurs radio comptent dans leurs rangs respectivement 45 et 38 % de personnes de 50 ans et plus. Ces professions risquent de compter un grand nombre de départs à la retraite dans les prochaines années. De plus, il est important de rappeler que, pour la plupart des professions paramédicales, les départs à la retraite sont généralement plus précoces que pour les médecins.

Effectifs et densités de paramédicaux (salariés et libéraux) en Alsace au 1^{er} janvier 2004, évolutions des effectifs entre 1992 et 2002

	Effectif	Alsace		Densité (p.100 000 hab.)**	
		Evolution 1992-2002*	Part des 50 ans et plus (en %)	Alsace	France
Masseurs-kinésithérapeutes	1 349	38%	32%	76	98
Manipulateurs ERM	872	nd	23%	49	40
Infirmiers	13 990	44%	21%	788	734
Orthophonistes	351	50%	20%	20	26
Sages-femmes	588	35%	16%	132	113

Sources : DRASS-DREES, INSEE sauf évolution 1992-2002, source DREES INSSE SCORE SANTE

* En l'absence de série cohérente sur la période 1992 – 2004, l'évolution a été calculée pour la période 1992 - 2002

** Rapporté à la population au 1/1/2003, sauf sages-femmes, rapporté à la population de femmes de 15-49 ans au 1/1/2003

La densité de chirurgiens dentistes est supérieure à la moyenne nationale, l'inverse s'observe pour les pharmaciens. Pour ces derniers, cela peut s'expliquer par la législation locale (en Alsace-Moselle) qui prévoit un seuil de population plus important pour la création d'officines que dans les autres départements de France. Ces deux professions sont sensiblement moins âgées que les médecins spécialistes et dans une moindre mesure que les médecins généralistes.

Effectifs et densités de pharmaciens et chirurgiens dentistes en Alsace au 1^{er} janvier 2004, évolutions des effectifs entre 1992 et 2002

	Effectif	Alsace		Densité (p.100 000 hab.)**	
		Evolution 1992-2002*	Part des 50 ans et plus (en %)	Alsace	France
Chirurgiens dentistes	1 379	13%	31%	77	68
Pharmaciens	1 761	27%	33%	99	109

Sources : DRASS-DREES, INSEE sauf évolution 1992-2002, source DREES INSSE SCORE SANTE

* En l'absence de série cohérente sur la période 1992 – 2004, l'évolution a été calculée pour la période 1992 - 2002

** rapporté à la population au 1/1/2003 (estimation Drees)

Le Haut-Rhin moins bien doté en médecins et en infirmiers libéraux

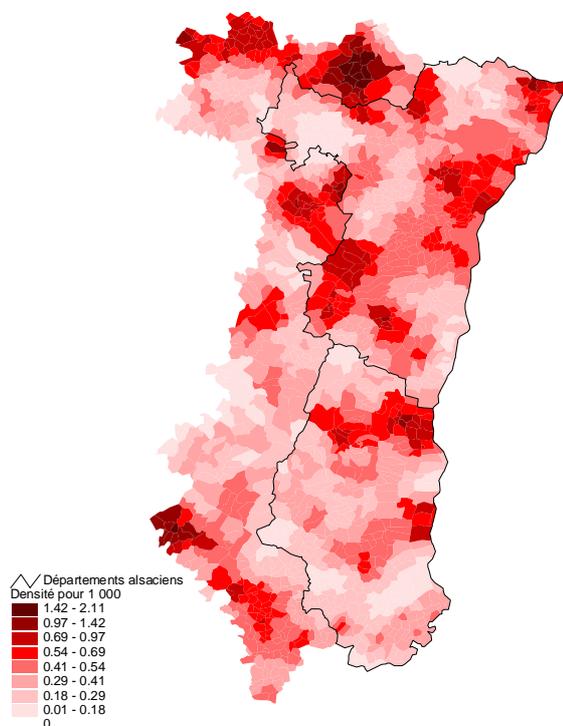
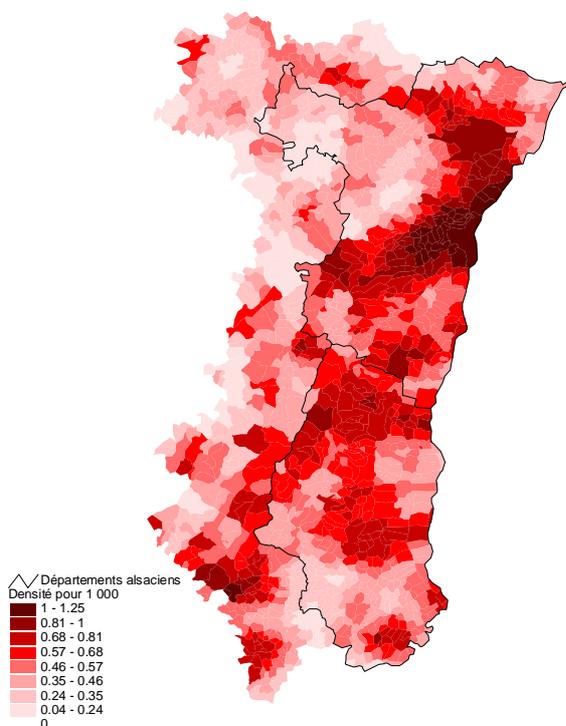
L'accès géographique aux soins peut être caractérisé par le temps d'accès au professionnel ou à l'établissement le plus proche. L'Alsace se caractérise par une densité de population relativement importante (le double de celle de la France), une densité de professionnels de santé généralement égale ou supérieure à la moyenne française et une quasi absence de zones géographiques difficilement accessibles.

Selon une étude de l'ORSAL pour l'URCAM et les travaux du CRONPS¹²⁴, les densités cantonales varient de un à quatre pour les médecins généralistes libéraux et de un à six pour les infirmiers libéraux alors que ces deux professions constituent le pivot de l'offre de proximité. Néanmoins, pour l'Alsace, qui est densément peuplée, ces problèmes de répartition de l'offre sont moins sévères que dans d'autres régions ; huit personnes sur dix disposent d'un médecin généraliste dans leur commune et l'immense majorité d'entre elles (99 %) sont domiciliées à moins de 5 km d'un cabinet médical. De même, trois personnes sur quatre ont un infirmier libéral ou salarié d'un centre de soins dans leur commune et 99 % de la population vit à moins de 5 km d'un infirmier.

Concernant les spécialistes, environ 50 % de la population alsacienne est à moins de 10 minutes d'un cabinet médical (gynécologie, pédiatrie, ophtalmologie, cardiologie, radiologie). Le temps d'accès au spécialiste le plus proche est une variable moins importante que pour les généralistes, puisque les spécialistes ne sont généralement consultés qu'en seconde intention. Par contre, le coût de l'acte de spécialiste peut être un frein à l'accès aux soins spécialisés. En Alsace un peu moins de 59% de l'ensemble des spécialistes sont du secteur conventionnel 1, ce chiffre est à comparer aux 62% du secteur 1 pour la France.

Densité lissée de généralistes libéraux pour 1 000 hab. par commune en 2004 (D = 20 Km)

Densité lissée d'infirmiers libéraux pour 100 000 hab. par commune en 2004 (D = 20 Km)



Sources : Urcam Insee Exploitation ORS Alsace

¹²⁴ Comité Régional de l'Observatoire National de la démographie des Professions de Santé.

Pour les médecins généralistes et infirmiers libéraux, le Haut-Rhin est moins bien doté que le Bas-Rhin. Les cartes réalisées sur des données lissées révèlent ces disparités infrarégionales. Dans le Haut-Rhin, les cantons au sud de Mulhouse et dans le Bas-Rhin, l'Alsace bossue présentent des offres particulièrement faibles.

Les principales agglomérations alsaciennes sont toutes bien dotées, en particulier Strasbourg et sa grande agglomération. Mais les cantons situés en périphérie de la région ou enclavés dans le fond des vallées vosgiennes subissent des manques d'installations. Des fragilités émergent également dans le Centre de l'Alsace, les zones situées le long du Rhin entre Sélestat et le Nord-Est de Mulhouse.

Pour les spécialistes, la concentration dans les zones urbaines est plus forte encore que pour les autres professions, au détriment des zones rurales de la région, en particulier du Sud du Haut-Rhin.

Méthode de lissage

D'ordinaire on représente les densités géographiques en rapportant le nombre de professionnels de santé d'une zone géographique (commune, canton...) à la population de cette zone. Cette méthode pose problème dans la mesure où les professionnels de santé peuvent rendre visite ou recevoir en cabinet des patients venant d'autres zones géographiques.

Le lissage géographique consiste à représenter non pas la valeur observée en un territoire donné (en l'occurrence une commune, un canton...), mais une moyenne pondérée des valeurs observées alentour ; les pondérations sont décroissantes en fonction de la distance (voir formule ci-dessous), jusqu'à s'annuler à la distance appelée distance d'intérêt du lissage (20 km pour les généralistes et infirmiers libéraux ; 30 km pour les autres spécialités).

$$p = \left[1 - \left(\frac{d}{D} \right)^2 \right]^2 \text{ avec } d < D$$

On s'affranchit ainsi des valeurs observées en chaque point pour s'intéresser à la valeur moyenne du phénomène considéré dans le voisinage d'un point. Cette technique permet en outre d'attribuer une valeur en n'importe quel point de l'espace, puisqu'il suffit de connaître les distances aux points d'observation (ici il s'agit de la distance à « vol d'oiseau » séparant deux communes).

Les équipements hospitaliers et médico-sociaux

FAITS MARQUANTS

- *Un important équipement hospitalier en soins de courte durée ... qui répond également, en partie, aux besoins des populations de Lorraine.*
- *Une progression des alternatives à l'hospitalisation complète et des réseaux de soins.*
- *Un équipement pour personnes âgées important mais saturé.*
- *Une prise en charge des personnes handicapées diversifiée.*

Plus de 38 600 personnes travaillent dans les établissements de la région

Plus de 38 600 personnes travaillaient en 2002 dans les établissements hospitaliers de la région, dont 37 800 salariés¹²⁵, ce qui représente 6 % de l'emploi salarié d'Alsace. Il s'agit principalement de personnels de soins (infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier, sages-femmes, psychologues, personnels de rééducation, ...) qui représentent à eux seuls 63 % des personnels des hôpitaux. Viennent ensuite les services administratifs et techniques (27 %) et les personnels médicaux (10 %).

Entre 2000 et 2002, les effectifs de personnels des hôpitaux ont augmenté de 5,9 %, rythme légèrement moins soutenu qu'au niveau national (6,9 %). La dotation en personnel des établissements de la région est proche de la moyenne française, avec un nombre d'ETP (postes occupés) par lit et place pratiquement identique au taux national, tant pour les personnels médicaux (0,15 ETP par lit et place en Alsace, 0,16 en métropole) que pour les personnels soignants¹²⁶ (1,15 et 1,13) ou administratifs¹²⁷ (0,49 et 0,47).

Un important équipement hospitalier en soins de courte durée

En 2002, l'Alsace dispose d'un niveau d'équipement en soins de courte durée supérieur à la moyenne nationale, en particulier pour ce qui concerne les lits de médecine. Concernant la psychiatrie infanto-juvénile, la région présente également des capacités d'accueil supérieures à la moyenne nationale, avec 1,1 lits et places d'hospitalisation partielle pour 1 000 enfants de moins de 16 ans.

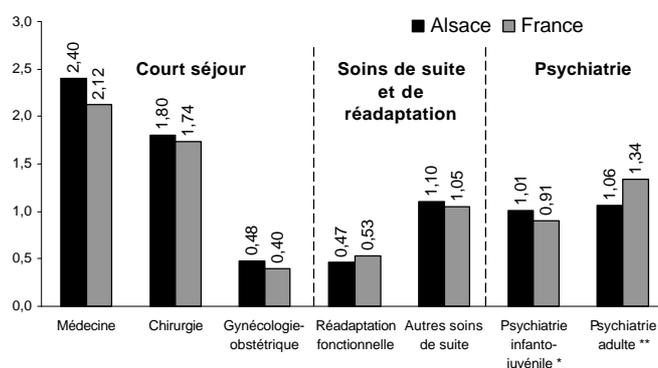
En revanche, le taux d'équipement régional est identique au taux national pour les soins de suite et de réadaptation (SRR) et inférieur au taux national pour la psychiatrie adulte.

¹²⁵ Les non salariés sont des libéraux exclusifs ou partiels intervenant dans les hôpitaux.

¹²⁶ Sages-femmes, personnels encadrement du personnel soignant, infirmiers spécialisés, infirmiers non spécialisés, aides-soignants, ASH, psychologues, personnels de rééducation

¹²⁷ Personnels de direction, directeurs de soins infirmiers, autres personnels administratifs, personnels éducatifs et sociaux, personnels pharmacie, personnels laboratoire, personnels radiologie, autres personnels médico-techniques, personnels techniques et ouvriers.

²²Taux d'équipements hospitaliers (lits et places) pour 1 000 habitants en Alsace et en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2003



Sources : DRASS - DREES (FINISS) - INSEE

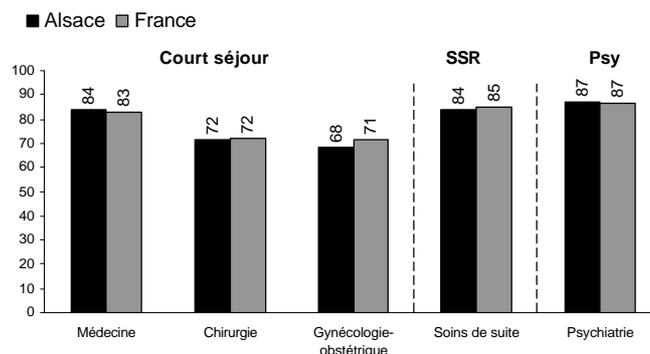
Les taux présentés ici ont été calculés avec au dénominateur la population estimée de l'INSEE au 1^{er} janvier 2003. Ils diffèrent légèrement des taux publiés par la DREES (Statiss 2004), calculés avec la population au 1^{er} janvier 2002 (au moment de la publication, la population 2003 n'était pas disponible).

* Rapporté à la population de moins de 16 ans

** Rapporté à la population générale

Les taux d'occupation varient sensiblement selon le secteur hospitalier. Ils sont nettement plus bas en chirurgie et gynécologie-obstétrique (70 % environ) qu'en SSR ou psychiatrie (plus de 85 %). Quelle que soit la discipline, les taux d'occupation régionaux sont à peu de choses près identiques aux taux nationaux.

Taux d'occupation (%) en Alsace et en France métropolitaine en 2002*



Source : DRASS DREES (SAE)

* Au moment de la rédaction de ce rapport, la donnée 2003 n'est pas encore disponible

Les établissements de court séjour sont attractifs

L'activité des services de court séjour alsaciens couvre non seulement les besoins de la population régionale mais également une petite part des besoins des départements lorrains limitrophes. Ainsi, l'activité des services alsaciens de court séjour s'élève à 477 000¹²⁸ séjours (moyenne annuelle 2000-2002) dont 6 % (30 600) concernent des personnes domiciliées hors région (essentiellement en Lorraine). Le flux sortant de patients alsaciens est lui nettement moins marqué. Sur 456 000 séjours de personnes habitant en Alsace, seuls 2 % (10 000 séjours) sont réalisés dans des établissements d'autres régions.

¹²⁸ Les données sont non redressées. La base PMSI-EBS inclut les hospitalisations de moins de 24 heures mais pas les séances (les séjours classés dans les GHM 680 à 690).

Quel que soit le motif médical de prise en charge, les flux entrants sont supérieurs aux flux sortants. L'attractivité des établissements de la région est particulièrement marquée concernant la prise en charge des maladies du système circulatoire (3 200 séjours entrants par année), des cancers (2 700 séjours entrants par année) et des maladies du système ostéo-articulaire (2 600 séjours entrants).

Une progression des alternatives à l'hospitalisation complète...

Fin 2003, les établissements publics et privés de la région¹²⁹ disposent de 15 700 lits d'hospitalisation complète et de 1 500 places en alternative à l'hospitalisation. Depuis le début des années 80, le nombre de lits d'hospitalisation complète a diminué en Alsace comme dans toutes les régions françaises. Ces évolutions se sont accompagnées de la diminution des durées de séjour mais aussi du développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

En 2003, la diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète, hors long séjour, est de 1,4 %. En même temps, les places en alternative à l'hospitalisation continuent d'augmenter progressivement (+ 2,6 %). Par rapport à l'année précédente, le nombre de séjours en hospitalisation complète est en léger repli (- 0,3 %) alors que les venues pour un accueil de moins de 24 heures ont progressé de 8,6 %.

Désormais, près de la moitié des prises en charge hospitalières, hors prestations réalisées sur des patients « externes » comme les passages aux urgences ou les dialyses, sont réalisées dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation complète.

...et plus récemment des réseaux de santé

13 réseaux de santé¹³⁰ sont aujourd'hui financés en Alsace : 4 par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) et 9 par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

Les thématiques de ces réseaux s'inscrivent dans le cadre de priorités de santé publique :

- cancer (1),
- diabète (3),
- prévention des maladies cardio-vasculaires (2),
- VIH/addictions (3),
- obésité (1),
- asthme et allergie (1),
- insuffisance rénale chronique (1),
- réhabilitation à l'effort (1).

Si leur répartition géographique est relativement homogène sur les deux départements, ces réseaux ont une zone d'intervention variable, allant d'une couverture locale (Pays du Sundgau pour un réseau diabète, cantons d'Obernai et de Rosheim pour un réseau de cardio-prévention ...) à une couverture départementale ou régionale.

Cependant, ces premières initiatives restent limitées : elles touchent en effet moins de 3000 patients et, si on dénombre une vingtaine de services hospitaliers impliqués dans ces projets, à peine plus de 800 médecins libéraux et une centaine d'autres professionnels de santé et paramédicaux ont pris des engagements concrets dans ces réseaux. L'implication des acteurs de santé dans les dispositifs de soins coordonnés est encore restreinte.

Parmi les premiers réseaux financés par la DRDR dans la région, dès fin 2002, on peut citer le réseau de cardio-prévention du secteur d'Obernai-Rosheim dont l'objectif principal est d'optimiser la prévention et la prise en charge des patients présentant des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires.

Pour ce faire, le réseau a défini une trajectoire optimale pour le patient avec une intervention coordonnée de personnels de santé libéraux (consultation de prévention) et hospitaliers (consultation diététique, de sevrage tabagique, etc,...), facilitée

¹²⁹ Les données sont non redressées. La base PMSI-EBS inclut les hospitalisations de moins de 24 heures mais pas les séances (les séjours classés dans les GHM 680 à 690).

¹³⁰ L'article L.6321-1 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit une définition unique et réglementaire des réseaux de santé. Ils visent à : "favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers".

par un outil de liaison partagé. Cette prise en charge passe par un langage commun renforcé et par des actions de formation et des protocoles coopératifs de soins.

Ce réseau a bénéficié du soutien de plusieurs partenaires financiers (Assurance Maladie, Etat) et a permis de concourir au décloisonnement de l'hôpital et de la médecine de ville.

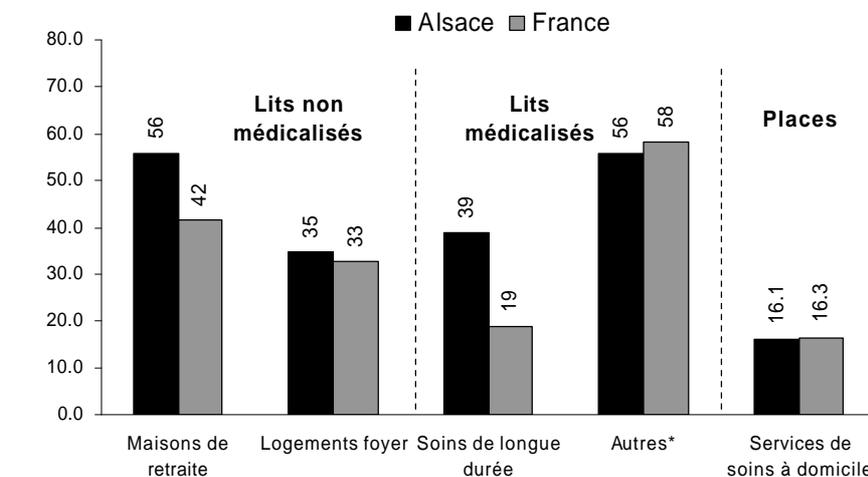
Un équipement pour personnes âgées important mais saturé

Les structures d'hébergement pour personnes âgées sont particulièrement développées en Alsace. La région compte 15 600 lits en maisons de retraite et en soins de longue durée. Les taux d'équipement sont très supérieurs à la moyenne nationale. Les capacités d'accueil ont augmenté progressivement au cours des dernières années. En dix ans, de 1993 à 2002, le nombre de lits en maisons de retraite a crû de 6 % et le nombre de lits en soins de longue durée de 53 % alors qu'il diminuait en court et moyen séjour (1993 à 2002).

Depuis, ce secteur de la prise en charge des personnes âgées est en pleine restructuration. Les services de soins de longue durée étant soumis, comme les maisons de retraite, à la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, quelques services hospitaliers de long séjour ont opté pour un basculement du champ sanitaire vers le médico-social.

Malgré le bon niveau régional d'équipement, les structures d'hébergement, notamment celles disposant de lits médicalisés, sont saturées. Les services de soins de longue durée enregistrent un taux d'occupation de 98,5 %. Une enquête menée en l'an 2000 faisait état de taux d'occupation similaires dans les maisons de retraite du Bas-Rhin. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette coexistence entre un bon niveau d'équipement et la saturation des services : le déficit d'infirmiers libéraux restreignant les possibilités de maintien ou de retour à domicile, la tendance, en Alsace, à un recours plus fréquent à l'hébergement collectif, ...

Taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en Alsace et en France en 2003



Source : DRASS DREES FINISS

* Sections de cures médicales (SCM) en maison de retraite, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en maison de retraite, SCM en logements foyer, EHPAD en logements foyer

L'engorgement des services disposant d'un accueil médicalisé a, en amont, des conséquences importantes sur le dispositif hospitalier. Une étude¹³¹ menée avec les services sociaux des établissements hospitaliers de Strasbourg analyse, sur une période de trois mois (décembre 2003 - février 2004), les demandes de transfert de services de soins de courte durée vers un service de soins de longue durée ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Au total, 270 demandes d'admission en structure d'aval ont été recensées dont près de trois sur quatre (200) concernent les services de soins de longue durée. La difficulté à trouver un lit d'aval se traduit par une prolongation des durées de séjours en méde-

¹³¹ Les malades hospitalisés en attente d'entrée en établissement médico-social – M. Ebel, A. Hasenfratz, M Berthel, F. Kuntzmann – Etude en cours de publication.

ciné. Selon l'étude, ces patients étaient hospitalisés en moyenne 57 jours alors que la durée d'hospitalisation médicalement justifiée n'était que de 36 jours. En moyenne, la durée d'hospitalisation "indue" est donc de 23 jours, ce qui représenterait pour les établissements strasbourgeois l'équivalent de 68 lits de court séjour. Une fois le patient orienté, la solution est considérée dans 68 % des cas comme temporaire ou aléatoire par les travailleurs sociaux, essentiellement parce que les conditions de soins proposées ne correspondent pas aux besoins du malade. L'étude relève enfin une aggravation de la situation, avec une précarisation des solutions de sortie par rapport à ce qui était observé deux ans auparavant.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes ne se limite pas aux structures d'hébergement collectif. Elle s'exerce également à domicile, grâce aux aides financières PSD puis APA ainsi que différents dispositifs fiscaux et par l'intermédiaire de services de soins (SSIAD) et de professionnels de la santé.

La région bénéficie d'un équipement de places en services de soins à domicile pour personnes âgées très voisin de la moyenne nationale alors qu'il reste une petite partie du territoire non encore couverte par un service de ce type. En revanche, le manque, dans certaines zones, de professionnels de santé de proximité libéraux (médecins généralistes, infirmiers ou masseurs - kinésithérapeutes) risque d'être un frein pour le développement de cette forme de prise en charge sanitaire. Les conditions optimales du maintien à domicile de populations âgées dépendantes supposent que soit facilité l'accès aux soins, notamment par une permanence de l'offre assurée sur l'ensemble du territoire et par l'organisation d'un service de transport sanitaire.

Par ailleurs, de nombreux dispositifs de prise en charge des personnes âgées se sont développés les dernières années. Il s'agit en particulier des hôpitaux de jour gériatriques, structures hospitalières accueillant des patients âgés pendant plusieurs heures consécutives, hormis la nuit. Ils peuvent avoir un rôle de diagnostic et de bilan, un rôle d'évaluation des fonctions cognitives et de prise en charge psycho-gériatrique ou encore une mission de prise en charge prolongée pour rééducation, réadaptation, réinsertion ou soutien à domicile. L'offre en hôpitaux de jour gériatriques s'est nettement développée au cours des dernières années ; de nouveaux projets apparus en 2004 permettront de compléter le maillage territorial prévu par le SROS de seconde génération.

Les équipes mobiles de gériatrie (ou unités mobiles de gériatrie) interviennent auprès de tous types de services hospitaliers (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, services d'accueil des urgences...) pour apporter une expertise en matière de prise en charge de personnes âgées. Fin novembre 2004, deux secteurs sanitaires (2 et 4) sont dotés d'une équipe mobile, des projets sont en train d'émerger dans les deux autres secteurs sanitaires.

Les consultations mémoire assurent le diagnostic et le traitement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Elles mettent en place un projet de soins personnalisés, participent au suivi en partenariat avec les autres professionnels médico-sociaux. Elles concourent aussi à la formation des professionnels.

Une grande diversité des prises en charge des personnes handicapées

Les possibilités de prise en charge, telles qu'elles sont décrites dans les deux tableaux ci-dessous, révèlent une grande diversité, tant pour les enfants que pour les adultes, que du point de vue de la nature des déficiences concernées ou des modalités de prise en charge ou d'accompagnement. L'offre devrait encore s'élargir avec le développement des services d'aide à domicile.

Cette diversité est le résultat d'une évolution relativement récente et encore à l'œuvre. Cette évolution est essentiellement marquée par le développement des services contribuant au maintien à domicile et à la promotion du milieu de vie ordinaire (école, entreprise, lieux de loisirs...) des personnes handicapées de tous les âges. L'objectif général est de permettre la meilleure participation et intégration sociale possible de cette population, en faisant de l'hébergement à temps complet dans une institution spécialisée une exception, réservée aux situations les plus problématiques ou constituant pour certains un choix de vie.

Types de prise en charge des enfants et adolescents handicapés en Alsace
selon leur déficience en 2004 (places agréées)

Type de déficience	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Alsace
Déficience mentale	1 143	1 169	2 312
Autisme et troubles apparentés	55	96	151
Troubles du comportement	363		363
Polyhandicap	100	155	255
Déficience motrice	308	152	460
Déficience auditive	184	106	290
Déficience visuelle	90	123	213
CAMPS *	88	90	178
Total	2 331	1 891	4 222
<i>dont Internat</i>	<i>826</i>	<i>672</i>	<i>1 498</i>
<i>Semi-internat ou externat</i>	<i>1 015</i>	<i>909</i>	<i>1 924</i>
<i>Prise en charge ambulatoire</i>	<i>490</i>	<i>310</i>	<i>800</i>

Sources : DDASS du Bas-Rhin, DDASS du Haut-Rhin

* Centre d'accueil médico-social précoce (mission de prévention, d'orientation et de prise en charge précoce pour jeunes enfants handicapés, prise en charge en ambulatoire)

Types de prise en charge des adultes handicapés en Alsace en 2004 (places agréées)

Services ou établissements	Mode de prise en charge	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Alsace
Services de soutien à l'autonomie	<i>Forfaits-postes</i>	58	51	109
Services d'accompagnement à la vie sociale	<i>Ambulatoire</i>	334	562	896
Etablissements de rééducation professionnelle	<i>Hébergement</i>	0	420	420
Centres d'aide par le travail	<i>Prise en charge en journée</i>	1 732	1 282	3 014
Foyers pour travailleurs handicapés	<i>Hébergement</i>	606	471	1 077
Foyers de vie	<i>Hébergement</i>	507	541	1 048
Centres d'accueil de jour	<i>Prise en charge en journée</i>	165	160	325
Foyers d'accueil médicalisés	<i>Hébergement (1)</i>	292	142	434
Maisons d'accueil médicalisées	<i>Hébergement (1)</i>	208	290	498
Maisons de retraite spécialisées	<i>Hébergement</i>	116	111	227

Sources : DDASS du Bas-Rhin, DDASS du Haut-Rhin, Conseil général du Bas-Rhin, Conseil général du Haut-Rhin

Un certain nombre de différences apparaissent entre les deux départements.

Pour les enfants et adolescents handicapés :

- dans le Haut-Rhin, absence de structures destinées spécifiquement aux enfants souffrant de troubles du comportement (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique ou ITEP) ;
- nombre de places pour enfants et adolescents lourdement handicapés (autismes et troubles apparentés, polyhandicap) plus important dans le Haut-Rhin que dans le Bas-Rhin ;
- nombre de places pour enfants et adolescents déficients moteurs plus important dans le Bas-Rhin que dans le Haut-Rhin.
- taux d'équipement alsacien (accueil en internat, semi internat et suivi en ambulatoire) très proche du taux national : 8,6 pour 1000 enfants de moins de 20 ans, contre 8,5.

Pour les adultes :

- absence d'établissement de rééducation professionnelle dans le Bas-Rhin ;
- près des deux tiers des places de services d'accompagnement à la vie sociale sont dans le Haut-Rhin ;
- nombre de places en maison d'accueil spécialisée plus important dans le Haut-Rhin que dans le Bas-Rhin, mais inversement, moins de places en foyers d'accueil médicalisés dans le Haut-Rhin que dans le Bas-Rhin,
- le taux d'équipement alsacien est inférieur au taux national, avec des écarts variables selon les types de structures :

- pour les foyers de vie et d'accueil médicalisés, le taux alsacien est de 1,3 pour 1000 adultes de 20 à 59 ans, contre 1,4 au niveau national,
- pour les maisons d'accueil spécialisées, il est de 0,4 contre 0,5,
- pour les centres d'aide par le travail, il est de 2,8 contre 3,0.

Malgré cette diversification et l'augmentation globale du nombre de places, de nombreux acteurs considèrent que certains moyens sont encore insatisfaisants pour répondre aux besoins de la population, notamment en places en maison d'accueil spécialisée ou en CAT.

Des moyens pour compenser le handicap

La nature des dossiers traités par les sites de la vie autonome du Bas-Rhin et du Haut-Rhin fournissent d'autres indications sur la situation et les difficultés rencontrées par les personnes handicapées dans leur vie quotidienne.

Les sites pour la vie autonome, mis en place dans chaque département à partir de 2000 par l'Etat, sont chargés d'instruire les demandes de moyens de compensation du handicap émises par les particuliers vivant à leur domicile (adaptation du logement, aménagement des véhicules, aides techniques, aides humaines...). Après une évaluation des besoins de la personne par une équipe de professionnels (ergothérapeutes, médecins de rééducation, techniciens du bâtiment, assistants sociaux...), la personne se voit proposer une solution adaptée, qui, après accord de sa part, est soumise à une commission des financeurs.

Types de demandes de personnes de moins de 60 ans traitées par les sites pour la vie autonome du Bas-Rhin et du Haut-Rhin en 2004

Types de demande	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Alsace
aides techniques*	124	118	242
adaptation du logement	122	84	206
aménagement du véhicule	45	16	61
demandes multiples	13	17	30
aides humaines	6	12	18
Total	310	247	557

Sources : Sites pour la vie autonome du Bas-Rhin, Site pour la vie autonome du Haut-Rhin
 * Déambulateur, fauteuil roulant, siège de bain, lit médicalisé, ordinateur adapté, ...

Une majorité des 557 demandes traitées en 2004 concerne les aides techniques (43% sur l'Alsace) et l'adaptation du logement (37%). Puis viennent les aménagements du véhicule (11%) et les aides multiples (5%).

Les sites pour la vie autonome ont également été amenés à traiter des demandes d'aides humaines, visant à permettre le maintien à domicile de personnes lourdement handicapées, nécessitant une surveillance et des soins importants, pouvant aller jusqu'à la présence constante, 24 heures sur 24, d'un auxiliaire de vie. En 2004, 18 dossiers de ce type ont été traités en Alsace, au bénéfice de personnes handicapées de moins de 60 ans.

Ce type de prise en charge à domicile est amené à se développer dans le cadre de l'actuelle politique nationale de compensation, visant à permettre aux personnes handicapées de choisir leur mode de vie, en évitant entre autres de leur imposer une vie en établissement lorsque cela n'est pas absolument nécessaire et lorsque cela ne correspond pas à leur projet de vie.

La prévention

FAITS MARQUANTS

L'éducation pour la santé

- *Au moins 158 organismes se définissent comme acteurs d'éducation pour la santé, principalement des associations.*
- *Les intervenants, salariés ou bénévoles, sont nombreux mais avec des niveaux de formation très hétérogènes.*
- *Les disparités géographiques sont très importantes en nombre d'actions réalisées.*
- *Certaines catégories de population sont moins souvent ciblées. C'est le cas de la petite enfance, des personnes âgées et des détenus.*

L'éducation pour la santé en milieu scolaire coordonnée par les services de santé scolaire

- *Des actions nombreuses mais souvent ponctuelles.*
- *Les thématiques les plus fréquemment abordés concernent la sexualité, les conduites addictives, la nutrition, l'hygiène de vie et l'éducation à la citoyenneté.*
- *Les actions concernent en premier les collèges et les lycées professionnels ; leur fréquence est variable selon le territoire.*

Les vaccinations

- *Une excellente couverture vaccinale à 6 ans pour tous les vaccins obligatoires.*
- *De moins bons résultats pour les vaccins recommandés en particulier pour celui contre l'Hépatite B.*

Les campagnes de dépistage

- *Une antériorité alsacienne pour le dépistage organisé de certains cancers : sein et col de l'utérus.*
- *Les trois associations qui collaborent déjà soulignent la nécessité de poursuivre la synergie des campagnes de dépistage.*
- *Pour les trois campagnes, la participation de la population est variable.*
- *Le dépistage du cancer du sein a permis, au cours des deux dernières années, le repérage de 286 cancers dont 44 grâce à la seconde lecture.*
- *Les campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus a permis d'éviter 800 cancers depuis 1994.*
- *En un an à peine, le dépistage du cancer colorectal a détecté 88 cancers et 211 adénomes du colon ou du rectum pour le seul département du Haut-Rhin.*

L'éducation pour la santé, si elle peut être utile sur les trois niveaux de prévention - premier, secondaire et tertiaire -, est dans la réalité surtout mise en œuvre dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention secondaire.

L'offre de prévention peut s'appréhender sous deux angles :

- les structures ou organismes dont la mission essentielle est la prévention : PMI, santé scolaire et universitaire, centres d'examen de santé.... ;
- les actions de prévention représentées par trois type d'activités :
 - o les campagnes de dépistage organisé ;
 - o les actions d'éducation pour la santé ;
 - o les vaccinations.

Types de prévention : définitions

La **prévention primaire** comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, vaccinations...) et collective (distribution d'eau potable...).

La prévention primaire peut être incluse dans un concept plus large de **promotion de la santé** qui, au delà de prévenir un risque ou une maladie, privilégie le maintien d'un bon état de santé global (au sens large).

La **prévention secondaire** comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte les activités de dépistage et de traitement précoce.

La **prévention tertiaire** comprend tous les actes destinés à diminuer les complications des maladies, les incapacités chroniques ou récidives liées à la maladie. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation, elle cherche à favoriser la réinsertion sociale et professionnelle.

Les principales structures de prévention et de dépistage

Les structures de prévention oeuvrent de façon transversale à la fois sur le champ du dépistage par la réalisation des examens systématiques et sur le champ de l'éducation pour la santé et l'orientation vers les lieux de soins appropriés.

La liste qui suit n'est pas exhaustive. Elle présente les principales structures participant à l'offre régionale de prévention.

Les centres d'examens de santé

Depuis 1992, les centres d'examens de santé (CES) doivent cibler en priorité leur activité vers des populations en marge du système de soins (et leurs ayants droit) : les inactifs de plus de 16 ans, les demandeurs d'emploi, les personnes affiliées à l'assurance personnelle (avant la mise en place de la couverture médicale universelle), les retraités ou pré-retraités et les populations exposées à des risques particuliers menaçant leur santé. Parmi ces populations "prioritaires", une catégorie regroupe des "précaires" : les chômeurs, les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ou d'un contrat emploi solidarité, les jeunes de 16 à 25 ans en insertion, et les personnes sans domicile fixe.

Entre 2000 et 2002, les quatre centres d'examens de santé de la région (Strasbourg, Mulhouse, Colmar et son antenne de Sélestat) ont accueilli 38 097 hommes et 37 392 femmes. Cela concerne donc plus de 25 000 personnes par an. Sur ces 25 000 bilans annuels, près de la moitié (43 %) ont été réalisés pour des personnes classées comme "prioritaires", dont un quart (soit 5 950 bilans par an) pour des personnes en situation de précarité. Ces chiffres sont en augmentation très importante depuis quelques années : les CES recevaient 1 600 "prioritaires-précaires" en 1996, 4 100 en 1999.

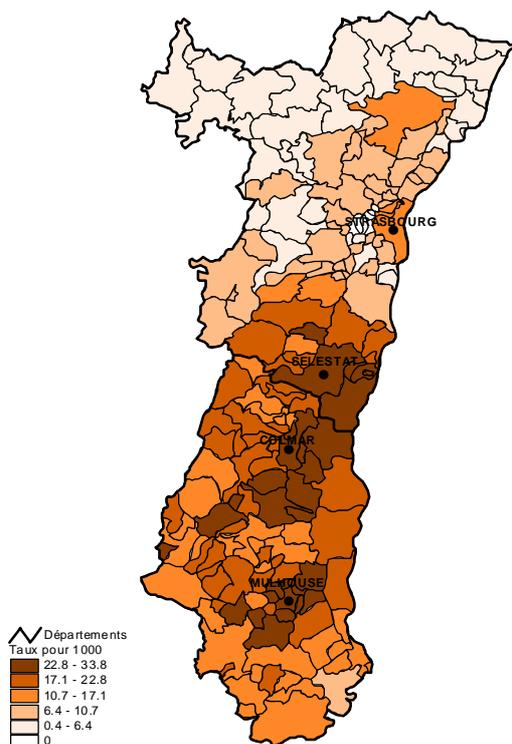
Répartition des consultants des centres d'examens de santé d'Alsace
selon la catégorie d'assurés (moyenne annuelle 2000 - 2002)

	Effectif	%
Actifs du régime général ou particulier	13 686	54,4
Prioritaires non précaires	4 918	19,5
Prioritaires précaires	5 961	23,7
Autres régimes	541	2,1
Bilans particuliers	57	0,2
Total	25 163	100,0

Source : CES

La carte du taux de recours annuel selon le code postal de domicile (ci-dessous) laisse apparaître deux vastes zones de non-recours au nord et au nord-ouest de la région. Le non-recours semble être lié à un défaut d'équipement : en effet, la seule structure de la moitié nord du Bas-Rhin se trouve à Strasbourg, qui n'occupe pas une position géographiquement centrale dans le département.

Taux de recours annuel selon le code postal de domicile
(Nombre de consultants de 16-74 ans pour 1 000 habitants*)



Alsace : 15,2 consultants pour 1 000 habitants

Sources : CES, INSEE estimations au 1er janvier 2002
* habitants de 15-74 ans

Les services de PMI

Les missions

La loi relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfant (18 décembre 1989) détermine les missions des services départementaux de PMI. Ceux-ci doivent en particulier organiser :

- des consultations prénuptiales, pré et post natales, des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes, et la diffusion des carnets de santé de l'enfant et de la maternité pour la femme enceinte ;
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans assurées à la demande et avec l'accord des intéressés ;

Les moyens

Pour mener à bien leurs missions, les services de PMI sont dotés d'équipes pluridisciplinaires. Fin 2003, on comptait pour l'ensemble de la région, 15,6 équivalents temps plein (ETP) de sages-femmes, 110,4 ETP de puéricultrices et d'infirmières faisant fonction de puéricultrices.

Pour le Haut-Rhin ceci représente, en 2003, 1 116 femmes enceintes par sage-femme et 211 nouveaux-nés par puéricultrice, soit une offre pratiquement identique à la moyenne métropolitaine.

Dans le Bas-Rhin, si l'offre de sages-femmes (1 700 naissances annuelles par sage femme) est nettement inférieure à la moyenne nationale, l'offre de puéricultrices (190 nouveaux-nés par puéricultrice) est en revanche supérieure à la moyenne nationale.

Toutefois si l'activité des services de PMI s'adresse par principe à toutes les personnes, dans la pratique, elle est plutôt orientée vers des publics plus défavorisés, moins nombreux en Alsace que dans d'autres régions (cf. situation démographique et géographique).

Personnels des services de PMI en Alsace en 2003

	Nombre d'ETP sages-femmes	Nombre de femmes enceintes par sage-femme*	Nombre d'ETP puéricultrices**	Nombre de nouveaux-nés par puéricultrices*
Ville de Strasbourg	1,5	ND	20,4	ND
Reste du Bas-Rhin	6,1	ND	47,7	ND
Total Bas-Rhin	7,6	1 703	68,1	190
Total Haut-Rhin	8,0	1 116	42,3	211
Alsace	15,6	1 402	110,4	198
France métropolitaine***	670	1 137	3 600	212

Sources : PMI 67, PMI 68, DREES, INSEE

* Les nombres de femmes enceintes et de nouveaux nés sont estimés à partir des naissances de l'année 2002

** Y compris infirmiers faisant fonction

*** Années 2002

Les services de santé scolaire

Les missions

La circulaire N° 2001-012 du 12-01-2001 présente les missions de ces services : « La mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectif essentiel et spécifique de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite, et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective.

La politique de santé en faveur des élèves mise en place par l'Éducation nationale, si elle nécessite des partenariats étroits avec l'ensemble de la communauté éducative, repose principalement sur le service infirmier et le service médical de promotion de la santé en faveur des élèves.

Ces services ressemblent :

- au niveau académique sur un médecin et un infirmier, conseillers auprès de Recteur d'académie ;
- au niveau départemental sur des médecins et infirmiers, conseillers auprès des Inspecteurs d'Académie des deux départements. Ces médecins et infirmiers départementaux sont responsables des médecins et infirmiers de terrain.

A Strasbourg, le service de Santé scolaire municipal a, par délégation, la responsabilité des élèves des écoles primaires de la ville.

Une offre en médecins et infirmiers scolaires équivalente à la moyenne nationale

En 2003, on compte en moyenne un médecin scolaire pour 5 450 élèves en Alsace, taux sensiblement équivalent à la moyenne nationale. Les infirmiers scolaires sont, en équivalents temps plein (ETP), presque trois fois plus nombreux que les médecins : on en compte un pour 1 870 élèves, soit un taux pratiquement identique à la moyenne des régions françaises.

Entre 1999 et 2003, les médecins comme les infirmiers ont connu une hausse sensible de leurs effectifs, ce qui se traduit par une augmentation significative du taux d'encadrement (+ 17 % pour les médecins et + 24 % pour les infirmiers).

Dans le même temps, les missions des médecins et infirmiers ont également évolué, leur place dans la communauté éducative devenant de plus en plus importante (suivi des élèves en souffrance psychique, contraception d'urgence, coordination des actions d'éducation pour la santé, prise en charge du handicap, coordination des grandes campagnes nationales...)

Par ailleurs, des difficultés de recrutement, notamment d'infirmiers, sont à noter. Au cours de l'année scolaire 2003/2004, certains secteurs géographiques n'étaient pas du tout couverts, en particulier dans le Haut-Rhin.

Nombre d'ETP de médecins et d'infirmiers dans les services de santé scolaire et taux d'encadrement en 1999 et 2003 en Alsace et en France métropolitaine

	1999		2003		Comparaison du taux Alsace / France métro. 2003
	Nombre d'ETP	Taux d'encadrement	Nombre d'ETP	Taux d'encadrement	
Médecins	48,4	6 600	58,5	5 450	- 4,1%
Infirmières	130,5	2 450	170,5	1 870	+ 1,4%

Source : SCORE-santé – Exploitation ORS Alsace

Un lieu de dépistage en particulier d'anomalies de la vision et des problèmes de vaccination

Au cours de l'année scolaire 2003/2004, les services scolaires infirmiers ont relevé, grâce aux examens systématiques ou aux examens ciblés, un nombre important de problèmes de santé.

Les résultats des dépistages infirmiers pour l'année scolaire 2003/2004 en témoignent. Ainsi,

- dans les écoles élémentaires, sur les 33 592 élèves examinés, 31 % présentaient un problème de santé. Les problèmes les plus fréquents concernent des vaccinations non à jour, des problèmes de vision ou de santé bucco-dentaire,
- au niveau des collèges, sur 24 583 élèves examinés, un problème de santé a été dépisté chez 40 % des jeunes. Les problèmes repérés restent globalement les mêmes, auxquels il faut cependant rajouter des problèmes d'hygiène de vie,
- dans les lycées, pour les 11 972 élèves examinés, ce sont très majoritairement des problèmes de vaccination non à jour qui ont été signalés.

Les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé

Des missions multiples et variées

Les missions du Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIMPS) de Strasbourg sont définies par le décret N° 88-520 du 3 mai 1988.

Ces missions doivent obligatoirement comprendre l'organisation d'un contrôle médical préventif des étudiants. Les prestations médicales englobent les soins d'urgence.

A l'initiative des universités, d'autres missions de prévention peuvent être confiées à ces services telles que des campagnes de prévention, des conférences d'éducation pour la santé, des actions sur l'environnement, de la médecine du sport et une contribution à la médecine de prévention du personnel (si des moyens sont spécifiquement attribués pour ces deux dernières missions).

Le SIMPS de Strasbourg organise donc un contrôle médical préventif pour les étudiants en première inscription dans l'enseignement supérieur. Cet examen préventif est proposé chaque année aux étudiants dont le cursus comprend une exposition à un risque.

Par ailleurs, le SIMPS de Strasbourg propose aux étudiants:

- des soins d'urgence,
- des vaccinations,
- un point accueil handicapé,
- des certificats médicaux en cas de handicap, permettant d'obtenir si nécessaire un tiers temps supplémentaire pour les examens,
- des informations sur la contraception–sexualité,
- des attestations de formation aux premiers secours (AFPS) et de formation pour sauveteurs secouristes du travail (SST),
- différentes consultations en médecine du sport, médecine tropicale, médecine du travail (étudiants en 3^{ème} cycle spécifique), nutrition, gynécologie,
- un centre de dépistage et d'information anonyme et gratuit du SIDA (CDIAG),
- une aide au sevrage tabagique,
- un atelier de nutrition,
- des examens médicaux : radiographie pulmonaire, sprométrie, audiométrie,
- des conseils aux voyageurs,
- un centre d'accueil médico-psychologique universitaire de Strasbourg (CAMUS), offrant une prise en charge pluridisciplinaire des étudiants en souffrance psychique.

Une équipe pluridisciplinaire pour une activité essentiellement faite d'examens à la demande

La diversité des missions impose une pluridisciplinarité des intervenants. Sous l'autorité d'un médecin directeur, l'équipe du SIMPS compte huit psychiatres, une conseillère d'orientation et trois assistants sociaux pour le CAMUS.

Les autres consultations sont réparties entre huit médecins dont un gynécologue et un pneumologue, une manipulatrice radio, huit infirmiers et deux assistants sociaux.

Les visites médicales obligatoires représentent 30% de l'activité globale du SIMPS et seuls 36 % des étudiants astreints à la visite médicale ont réellement effectué cet examen.

La médecine du travail

Les services de médecine du travail ont pour mission de prévenir une altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

En Alsace, en 2003, quelques 470 000 salariés ont été suivis par 257 médecins du travail (207 équivalents temps plein), employés par 46 services de médecine du travail. Un médecin du travail à temps plein suit donc en moyenne 2 275 salariés¹³².

La réforme récente de la médecine du travail prévoit la mise en place de la pluridisciplinarité, le redéploiement de l'activité des médecins, l'élaboration de plans nationaux (plan santé-travail, plan santé-environnement, plan cancer...) et d'objectifs chiffrés de santé publique, le renfort de la veille sanitaire (Institut national de veille sanitaire, réseau d'alerte, Observatoires régionaux santé travail, future Agence santé travail).

¹³² Source DERTFP Alsace

Les activités de prévention

Dans le cadre de la mise en place du Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé (SREPS), en 2003, un état des lieux¹³³ des acteurs et des actions a été réalisé. Dans ce cadre, des enquêtes ont été réalisées dont le champ recouvrait l'ensemble des actions d'éducation pour la santé en excluant toutefois les actions menées dans le cadre de la médecine du travail, de l'hôpital¹³⁴ et dans celui de l'école¹³⁵.

Les acteurs

Un nombre non négligeable d'organismes impliqués en éducation pour la santé en Alsace

L'enquête réalisée auprès des structures a montré que 158 organismes réalisent des actions en éducation pour la santé et/ou ont une activité d'accompagnement ou de soutien d'autres structures réalisant des actions dans ce domaine.

La grande majorité de ces organismes a un statut « associatif » (8/10). Les organismes de protection sociale sont également très impliqués dans ce secteur puisque la MSA, chaque CPAM ainsi que la CRAM-AM ont un service spécifique d'EPS.

Plus de mille intervenants en EPS

La région dispose d'au moins 1 383 personnes qui participent à des activités d'éducation pour la santé, dont 592 salariés et 791 bénévoles. Il s'agit de personnes disponibles pour intervenir dans ce cadre, sans que l'on puisse déterminer le temps de travail réellement consacré par chacune d'elles à ces actions.

Mais des niveaux de formation hétérogène

Les intervenants en éducation pour la santé, salariés ou bénévoles, présentent des profils professionnels très divers et des niveaux de formation notamment en santé publique et en éducation pour la santé très disparates. Une cinquantaine d'associations repérées comme actives en EPS (puisque déclarant avoir mené en 2001 au moins une action en EPS) déclare que leurs intervenants n'ont bénéficié d'aucune formation spécifique en santé publique ou en EPS. Sur ces 50 organismes, 36 n'ont pas d'intervenant (salarié ou bénévole) diplômé en santé publique.

La possibilité d'accès à davantage de formations et l'augmentation du nombre d'intervenants en EPS formés est une des demandes fortes émanant des acteurs en EPS.

Peut-être en lien avec cette disparité des niveaux de formation, cet état des lieux a également mis en évidence l'absence de véritable culture commune en éducation pour la santé avec des définitions, des valeurs qui sous-tendent les actions et des stratégies développées par les intervenants extrêmement variables.

Les organismes impliqués en EPS ne sont pas répartis de manière homogène sur l'ensemble de la région. Même si, fréquemment, le secteur géographique de leurs interventions peut être départemental, voire régional. Ces 158 structures sont principalement implantées à Strasbourg, Mulhouse et Colmar.

¹³³Trois enquêtes ont été menées dans le cadre de cet état des lieux : une enquête faite par l'Orsal auprès des organismes susceptibles d'intervenir en EPS, une enquête par entretien de groupe menée par le collège régional d'éducation pour la santé de Lorraine auprès des acteurs et une enquête spécifique sur les actions menées en milieu scolaire réalisée par l'ORSAL en partenariat avec les services de « santé scolaire ». Ces trois enquêtes peuvent être consultées sur le site de la DRASS Alsace.

¹³⁴ Une autre enquête était menée dans le même temps sur l'activité hospitalière.

¹³⁵ Une enquête complémentaire prospective sur toute une année scolaire a été réalisée l'année suivante.

Les actions

L'enquête réalisée auprès des organismes comme celle faite en partenariat avec les services de "santé scolaire" (services de promotions de la santé en faveur des élèves des deux départements et service de santé scolaire de la ville de Strasbourg) permettent de recenser les actions menées dans la région.

Au cours de l'année 2001 près de 400 actions d'EPS ont été menées en Alsace

Les structures actives en éducation pour la santé ont mené au total 371 actions différentes au cours de l'année 2001. Par ailleurs, ce sont plus de 800 actions qui ont été conduites, coordonnées ou auxquelles ont participé les médecins et infirmiers scolaires au cours de l'année scolaire 2002/2003.

Conduites addictives, sexualité, MST et sida hygiène et rythme de vie sont les thématiques les plus fréquemment traitées

Ces actions abordent un nombre important de thématiques en éducation pour la santé. Les groupes d'items les plus souvent cités concernent les conduites addictives, la sexualité, la contraception, les MST (thématique la plus traitée parmi les actions coordonnées par la santé scolaire) l'hygiène et le rythme de vie, la nutrition et l'éducation à la citoyenneté, sachant qu'une action peut concerner plusieurs thématiques.

Les enfants de moins de 6 ans et les personnes âgées sont les publics les moins touchés par les actions d'éducation pour la santé

Une action sur deux cible un public d'adultes et un peu plus d'une sur trois les adolescents et les jeunes adultes (16-25 ans). Les tranches d'âge les moins touchées par ces actions, sont les personnes âgées et les enfants de moins de 6 ans. Les jeunes scolarisés sont bénéficiaires d'un peu plus du tiers des actions menées par les organismes extérieurs à l'Éducation nationale. Cependant, ces actions concernent davantage les enfants à partir de 11-12 ans.

Un élève bénéficie, en moyenne, d'une action tous les deux ans

Un élève bénéficie (au plus) d'environ une action tous les deux ans. C'est au collège et au lycée que les actions sont le plus développées avec des indices respectifs de 0,76 et 0,70 action par élève et par année. Ceci signifie qu'en moyenne, un élève bénéficie de 3,1 actions durant ses 4 années de collège et de 2,1 actions durant ses années de lycée. C'est en lycée professionnel que les actions sont les plus fréquentes avec un indice de couverture de 1,21, soit 3,6 actions sur les trois années de lycée.

Indice de couverture

Au total, l'Alsace comptait en 2002/2003, 250 700 élèves scolarisés (hors école maternelle) en établissements publics dont près de 121 300 ont pu bénéficier d'une action d'éducation pour la santé. Ainsi sur 100 élèves, 48 ont été concernés par une action d'EPS durant l'année. Ce rapport définit l'indice de couverture pour 100 élèves.

Il n'existe pas de véritable programme d'EPS qui détermine des normes de fréquence d'actions sur des thématiques particulières par élève d'un niveau scolaire donné. Une lecture de l'indice de couverture pour 100 élèves pourrait être la suivante : si l'on souhaite que chaque élève bénéficie d'une action d'EPS par année, il serait nécessaire que l'indice de couverture soit de 100. Si l'on estime au contraire qu'une action tous les deux ans est suffisante, un indice de 50 devrait être atteint.

Mais moins d'une action par élève en école élémentaire...

En école élémentaire¹³⁶, l'indice de couverture est de 0,16 action par élève et par année, soit en moyenne 0,8 action par élève durant les 5 années de ce cycle¹³⁷. En d'autres termes, il n'y a pas actuellement suffisamment d'actions réalisées pour que chaque élève bénéficie d'au moins une action d'éducation pour la santé durant sa scolarisation en école élémentaire.

...et une disparité importante de l'indice de couverture selon la thématique abordée

Durant les quatre années de collège, on peut considérer que chaque élève bénéficiera probablement une fois d'une action d'éducation à la sexualité et d'une action sur les conduites addictives (indice proche de 0,25), mais que seul un élève sur deux bénéficiera d'une action sur la nutrition et moins d'un sur quatre d'une action sur chacun des autres thèmes.

De même, durant les trois années de lycée, on peut considérer que chaque élève bénéficiera probablement une fois d'une action d'éducation à la sexualité et d'une action sur les conduites addictives (indice proche de 0,33), mais que seul un élève sur deux bénéficiera d'une action sur l'éducation du citoyen et moins d'un sur quatre d'une action sur chacun des autres thèmes.

Si l'on s'intéresse dans le détail aux thèmes des actions, il apparaît qu'aucun thème n'est couvert de façon satisfaisante en école élémentaire et que seules l'éducation à la sexualité et les conduites addictives sont des thèmes pouvant être considérés comme « correctement » couverts au lycée et au collège.

Indice de couverture par élève et par année

	Ecole élémentaire		Collège		Lycée				Ensemble
		Classes spécialisées 1er degré		Classes spécialisées 2nd degré	LEG/T	dont : L .Poly L. Pro			
Education à la sexualité	0,01	0,04	0,26	0,20	0,31	0,13	0,23	1,10	0,16
Conduites addictives	0,01	-	0,22	0,09	0,31	0,11	0,28	0,98	0,14
Nutrition	0,03	0,04	0,12	0,09	0,05	0,02	0,04	0,17	0,06
Hygiène	0,05	0,09	0,05	0,07	0,02	0,01	0,01	0,08	0,04
Education du citoyen	0,00	-	0,06	0,06	0,17	0,05	0,09	0,75	0,06
Secourisme	0,03	-	0,01	0,02	0,06	0,03	0,02	0,29	0,03
Enfance en danger	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,00	-	0,02
Sécurité	0,00	-	0,01	0,04	0,09	0,03	0,12	0,20	0,03
Prévention de la violence	0,00	0,01	0,04	0,02	0,03	0,01	0,00	0,15	0,02
Prévention du mal être	0,00	-	0,00	0,00	0,04	0,02	0,04	0,10	0,01
Autre action de santé	0,03	-	0,03	0,03	0,07	0,05	0,06	0,17	0,04
Insertion sociale et professionnelle	-	-	0,00	-	0,01	-	-	0,06	0,00
Action sociale	-	-	-	-	0,00	0,01	-	-	0,00
Tous thèmes confondus	0,16	0,20	0,78	0,56	0,70	0,36	0,89	1,21	0,48

Sources : ORSAL, Services de promotion de la santé en faveur des élèves, Ville de Strasbourg

Lecture : Un indice de 1 est l'indice minimal pour que chaque élève bénéficie chaque année d'une action.

L'indice de couverture est variable selon la zone géographique

Selon le lieu de scolarisation, l'indice de couverture est très variable, voire nul. En école élémentaire, aucune action n'a été rapportée pour la très grande majorité des établissements (85 %). Seules 150 écoles élémentaires (19 %) ont un indice de couverture par élève supérieur ou égal à 0,2, ce qui assure potentiellement à chacun le bénéfice d'une action durant l'ensemble de son cycle élémentaire. Un tiers de ces écoles sont à Strasbourg.

¹³⁶ Cette enquête ne recense pas les actions menées par les instituteurs lorsque celles-ci sont réalisées sans intervention des services de santé scolaire.

¹³⁷ Excepté pour la ville de Strasbourg dont le service de santé scolaire ne couvre que les écoles élémentaires. L'indice de couverture des écoles élémentaires strasbourgeoises est de 0,73 action par élève et par année.

Pour les 141 collèges de la région la situation est plus satisfaisante. Seuls 27 établissements (soit 19 %) n'ont pas eu d'action.

Plus précisément, concernant :

- l'éducation à la sexualité, aucune action n'a été menée dans 42 collèges et l'indice de couverture varie dans les autres établissements de 0,06 à 1,52 actions par élève par an ;
- les conduites addictives, aucune action n'a été menée dans 62 collèges et l'indice de couverture varie dans les autres établissements de 0,04 à 1,42 actions par élève par an ;
- la nutrition, aucune action n'a été menée dans 90 collèges et l'indice de couverture varie dans les autres établissements de 0,01 à 2,24 actions par élève par an ;
- l'éducation à la citoyenneté aucune action n'a été menée dans 120 collèges et l'indice de couverture varie dans les autres établissements de 0,05 à 1,77 actions par élève par an.

Sur les 71 lycées de la région, on ne dénombre que 17 établissements dans lesquels aucune action n'est recensée. Ainsi,

- sur les 27 lycées d'enseignement général et technique aucune action n'a été menée pour 13 d'entre eux (48 %),
- sur les 25 lycées polyvalents aucune action n'a été menée pour seulement 3 d'entre eux (12 %),
- sur les 19 lycées professionnels il n'y a qu'un seul établissement pour lequel aucune action n'a été menée (5 %).

Des actions le plus souvent ponctuelles et non répétées...

La grande majorité des actions recensées sont ponctuelles et environ la moitié sont inscrites dans le projet d'établissement (48 %). Très peu (moins de 8 %) relèvent d'un programme global (priorités régionales, projet de service ou missions ministérielles). Un tiers seulement se fait dans le cadre du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Elles ne concernent le plus souvent qu'un établissement scolaire (88 %) et ne font que peu l'objet de répétitions dans un autre collège ou lycée.

La quasi totalité des actions sont menées pendant ou à la place d'un cours ce qui nécessite que les enseignants acceptent de libérer du temps aux élèves pour bénéficier de ces actions. Les circulaires ministérielles prévoient que des « heures banalisées » soient réaffectées aux rencontres éducatives notamment sur la santé.

...qui nécessitent l'investissement personnel des professionnels de santé impliqués

Si plusieurs circulaires émanant du ministre de l'Éducation nationale insiste sur l'importance de la mission de l'école dans la mise en œuvre des actions d'éducation pour la santé, aucune directive ne précise ni les différentes thématiques indispensables à aborder, ni le temps à y consacrer, ni l'âge des élèves concernés par chacune des thématiques. De fait, les actions d'éducation pour la santé résultent souvent d'une démarche personnelle d'un membre de la communauté éducative, souvent issu de l'équipe santé social et s'investissant fréquemment seul pour réaliser son projet.

Les campagnes de dépistage organisé

Le dépistage du cancer du sein : ADEMAs

Le dépistage du cancer du sein, première campagne fin 1989

En Alsace, chaque année, on dénombre 1 159 nouveaux cas de cancer du sein (moyenne 1997-1999) et 285 décès (moyenne 1998-2000), ce qui correspond à un taux de mortalité standardisé équivalent à la moyenne nationale (métropole). Il s'agit du cancer féminin le plus fréquent qui, de plus, est particulièrement précoce : 60 % des nouveaux cas et 34 % des décès concernent des femmes de moins de 65 ans.

Dès 1989, le Bas-Rhin a été désigné comme programme pilote français par l'Europe contre le cancer, puis il a été rejoint par cinq autres départements¹³⁸ dans lesquels les campagnes de dépistage du cancer du sein ont été mises en œuvre à titre expérimental.

La généralisation du dépistage du cancer du sein à toute l'Alsace a été effective en 2002, ADEMAs devenant la structure de gestion régionale de ce dépistage.

Les campagnes de dépistage du cancer du sein sont organisées en utilisant les structures radiologiques existantes. Elles imposent un cahier des charges aux radiologues participants avec, en particulier, en cas d'absence d'anomalie à la première lecture, une deuxième lecture par un groupe de radiologues sélectionnés.

Le dépistage s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans. Le protocole d'ADEMAs qui reprend le cahier des charges national prévoit une mammographie tous les deux ans. Ces campagnes de dépistage s'appuient d'une part sur l'information en direction des femmes et d'autre part sur la sensibilisation et la formation des médecins. La communication en direction des femmes est organisée selon deux axes, des campagnes de presse et spots publicitaires ainsi qu'un envoi ciblé à partir des fichiers des organismes d'assurance maladie.

Participation des femmes

En cumulant les examens réalisés sur toute l'Alsace ces deux dernières années, fin octobre 2004, 92 266 femmes avaient bénéficié du dépistage organisé du cancer du sein, soit, en rapportant ce nombre à la population cible, une participation d'environ 42 % des femmes.

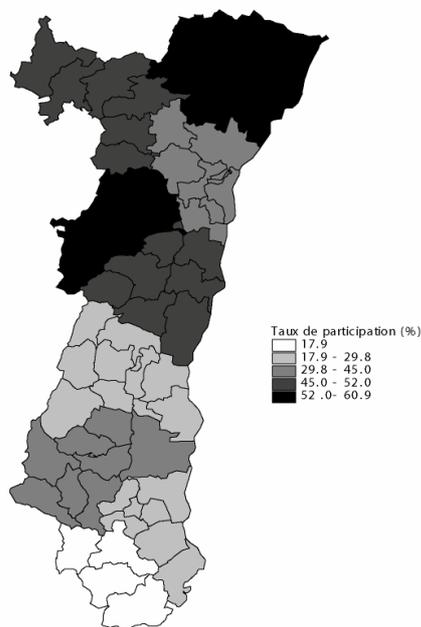
Ces résultats bruts sont à nuancer. Les femmes recensées par ADEMAs ne totalisent pas toutes les femmes dépistées, mais uniquement celles inscrites aux campagnes et qui acceptent donc le délai de la deuxième lecture pour avoir leurs résultats.

Le taux de participation varie en fonction de l'âge, entre 55 et 69 ans les femmes participent davantage, et en fonction du secteur géographique.

La carte suivante représente le taux de participation par arrondissement des femmes aux campagnes ADEMAs. La moindre participation des femmes dans le Haut-Rhin ne peut être interprétée que comme une montée en charge des campagnes qui n'ont débuté dans ce département qu'en octobre 2002.

¹³⁸ Les autres sites pilotes sont : Les Alpes Maritimes, les Ardennes, les Bouches-du-Rhône, le Rhône et la Sarthe. Le financement de cette expérimentation a été assuré par le FNPEIS.

Taux de participation des femmes au dépistage du cancer du sein (2001-2004) par arrondissement



Source : Ademas

Dépistage d'un cancer sur six grâce à la deuxième lecture

Sur l'ensemble des mammographies réalisées, le taux global de détection d'un cancer du sein est relativement stable, de l'ordre de 0,5 %. La double lecture de chaque mammographie améliore sensiblement l'efficacité du dépistage. Ainsi, sur les 286 cancers dépistés entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 octobre 2004, près d'1 sur 6 ne l'a pas été à la première lecture mais seulement à la seconde.

Le dépistage du cancer du col utérin : EVE

Première campagne de dépistage du cancer du col utérin en 1994 dans le Bas-Rhin.

En Alsace, par an, on dénombre 302 nouveaux cas de cancer de l'utérus (moyenne 1997-1999), dont 108 du col susceptibles de faire l'objet d'un dépistage par frottis et 194 du corps. Les cancers du col sont fréquemment découverts chez des femmes jeunes et 71 % des cas concernent des personnes de moins de 65 ans. En terme de mortalité, les cancers de l'utérus (corps et col confondus) sont à l'origine, chaque année, de 98 décès (moyenne 1998-2000). Le taux standardisé de mortalité est en Alsace supérieur de 24 % à la moyenne nationale.

Comme pour le cancer du sein, le Bas-Rhin a été retenu dès 1990 comme un des sites¹³⁹ pilotes d'expérimentation des campagnes de dépistage organisé du cancer de l'utérus. L'association EVE mène des campagnes de promotion du dépistage dans le Bas-Rhin depuis 1994 et sur toute l'Alsace depuis 2001. Ces campagnes doivent répondre à un cahier des charges précis. Le dépistage s'adresse aux femmes âgées de 25 à 65 ans, le premier frottis devant être réalisé à 25 ans puis contrôlé 6-12 mois plus tard. Par la suite, le programme prévoit un frottis tous les trois ans (tant que deux examens successifs sont normaux). Les campagnes doivent par ailleurs s'appuyer sur les structures médicales existantes (médecins généralistes, gynécologues et laboratoires de cytologie et d'anatomo-pathologie du secteur public et privé...).

L'activité d'EVE repose sur trois piliers principaux que sont :

- La formation des médecins généralistes, EVE tente d'associer les médecins généralistes à ces campagnes de sensibilisation au dépistage. Des ateliers de pratique du frottis sont également organisés dans le cadre de la formation permanente des médecins. Le travail en collaboration entre les trois associations chargées des dépistages organisés des cancers du sein, du col de l'utérus et colo-rectal, semble améliorer l'efficacité des actions surtout auprès des médecins. EVE utilise Interface réso, plate forme de communication de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace (URMLA) pour toucher le plus grand nombre de médecins.
- La communication générale de sensibilisation du public au dépistage par affichage dans les lieux publics, spots radiophoniques ou télévisés, par diffusion de brochures d'information et par des actions de proximité.
- L'envoi d'un courrier personnalisé aux femmes de la population cible domiciliées dans la région et n'ayant pas eu de frottis du col utérin remboursé dans les 3 dernières années. L'envoi de ce courrier est réalisé par les organismes d'assurance maladie qui coopèrent au programme (les cinq CPAM, la CMRA, la SSM, la Mutuelle Fonction Publique, la MGEN, la Mutuelle de l'Est, la Mutuelle de la police, la MSA, la Mutuelle Générale, la Caisse de prévoyance de retraite SNCF).

En 2003 par exemple, 49 651 femmes de 38-50 ans domiciliées dans la région et n'ayant pas eu de frottis du col utérin remboursé dans les 3 dernières années ont reçu un courrier les invitant à le faire.

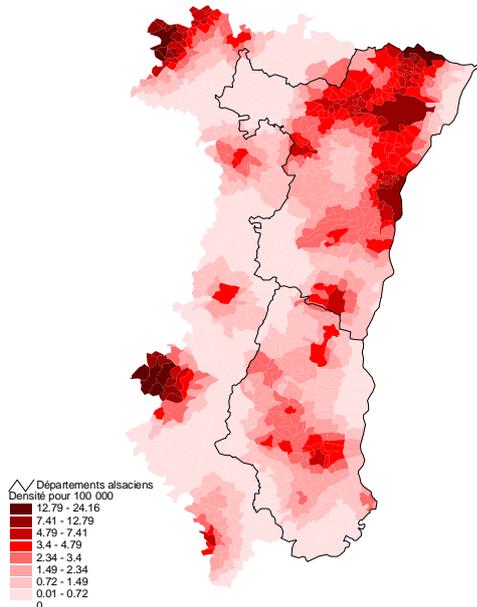
Des taux de dépistage plus faibles dans les cantons comptant peu de gynécologues et obstétriciens

La participation des femmes à la campagne de dépistage a augmenté régulièrement pour atteindre un taux global de 73 % à trois ans et de 86 % à cinq ans. Cette participation n'est cependant pas uniforme sur le territoire alsacien. Les taux de participation sont nettement plus élevés à Strasbourg et dans sa grande agglomération.

Le rapprochement de cette carte avec celle de la densité des gynécologues-obstétriciens en Alsace montre clairement la corrélation existante entre taux de dépistage et offre de gynécologie-obstétrique, ce qui confirme la place prépondérante des gynécologues dans la réalisation des frottis.

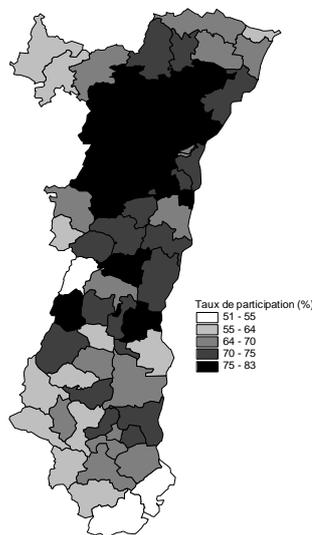
¹³⁹ Les 2 autres sites sont le Doubs et la Martinique.

Densité lissée de gynécologues-obstétriciens
et médicaux libéraux
pour 100 000 hab. par commune en 2004
(D = 30 Km)



Sources : Insee, IGN, URCAM, Exploitation ORS Alsace

Taux de participation au dépistage
du cancer de l'utérus en 1999-2002 par canton



Sources : Association EVE, exploitation ORS Alsace

800 cancers auraient été évités en 10 ans dans le Bas-Rhin

Si plus de 90 % des frottis sont négatifs, les campagnes de EVE permettent de dépister près de 5 % de frottis positifs dont environ 0,5 % à haut grade. Le bilan d'activité de l'association EVE, après 10 ans de fonctionnement, a fait l'objet d'un travail de thèse¹⁴⁰ qui montre que dans le Bas-Rhin 2 428 CIN3 (lésions précancéreuses) ont été découvertes depuis le début des années 1994, ce qui aurait permis d'éviter l'apparition de 800 cancers. Dans le Haut-Rhin, la campagne n'a débuté qu'en septembre 2001 et a déjà permis de dépister 323 CIN3.

¹⁴⁰ Source : Evaluation de l'impact de la campagne Eve de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Bas-Rhin : Tendances de l'incidence des cancers et des lésions précancéreuses, analyse des caractéristiques des cancers invasifs survenus entre 1995 et 2001. Thèse n° 107-2004 - Strasbourg, Dr Emmanuelle BAULON.

Le dépistage du cancer colo-rectal : ADECA 68

Le département du Haut-Rhin a été retenu en 2002 pour la mise en place du dépistage organisé du cancer colo-rectal. Dans ce département, 198 personnes sont décédées d'un cancer colo-rectal en l'an 2000, ce qui correspond à une mortalité supérieure de 16 % à la moyenne nationale (ICM = 116) et situe le Haut-Rhin en septième position des départements les plus touchés par cette pathologie. Chaque année, le registre des cancers du Haut-Rhin recense 429 nouveaux cas de ce cancer.

L'association ADECA 68 gère le dépistage de ce cancer dans le département du Haut-Rhin. Ce dépistage se base sur le test HémoCult II réalisé par le médecin généraliste.

La campagne de dépistage du cancer colorectal repose sur deux types d'actions : la formation des médecins généralistes et l'information du public. Ainsi, au cours des années 2003 et 2004, 75 % des médecins généralistes haut-rhinois ont été formés à l'utilisation du test de dépistage du cancer colorectal en réunions et 21 % ont bénéficié d'une formation individuelle. ADECA 68 a également formé 59 médecins du travail. Enfin, l'association informe les médecins de la tenue de la campagne d'information du grand public.

Sur les 627 médecins généralistes installés dans le département du Haut-Rhin, 618 distribuent les tests et sur les 59 médecins du travail formés, 26 distribuent les tests.

L'information du « grand public » est également un pilier de la campagne. Elle est réalisée sous forme de nombreuses interventions de communication par voie de presse, radio ou télévision. Une campagne par envoi d'un courrier personnalisé, en partenariat avec les organismes de sécurité sociale a également été entreprise. Ainsi depuis le début, 165 000 Haut-Rhinois ont reçu par courrier une invitation à consulter leur médecin généraliste pour bénéficier, si besoin, d'un test de dépistage.

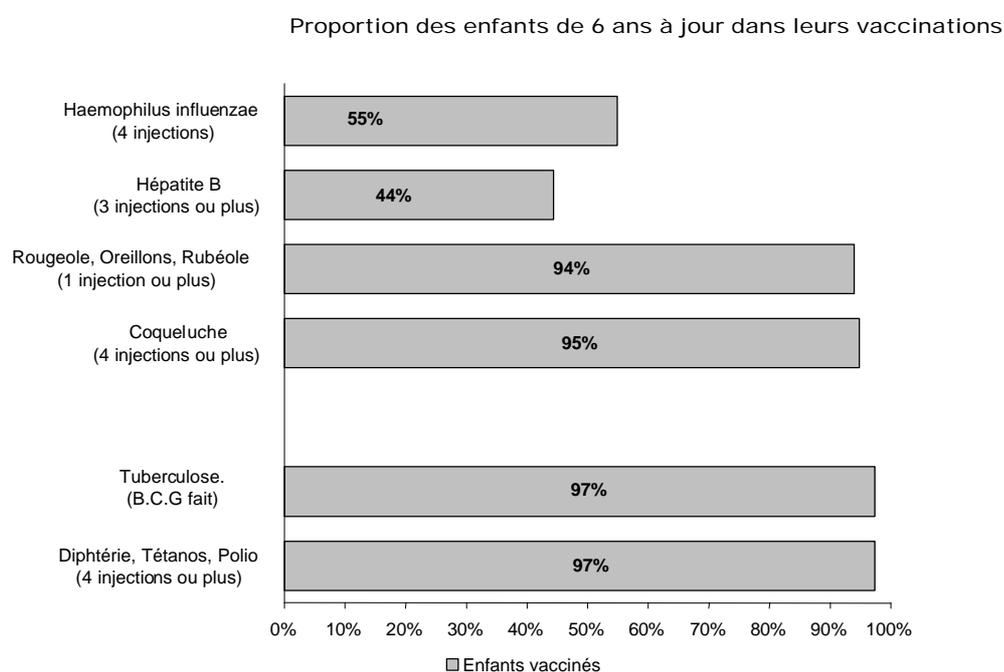
Une campagne qui a débuté en 2003 mais qui a déjà des résultats

La participation des usagers est estimée globalement à 25%. Dans les cantons concernés depuis plus d'un an par la campagne et dans lesquels une première relance a été effectuée, le taux de participation atteint 43 %. Par ailleurs, 44 271 tests ont été lus, dont 3,9 % se sont révélés positifs alors que les résultats attendus se situaient entre 2 et 3 %. Ces résultats viennent confirmer la particularité du département pour ce qui concerne ce type de cancer. En une année environ, ces dépistages ont entraîné 845 coloscopies qui ont permis de dépister 88 cancers et 211 adénomes.

Les vaccinations

Il n'existe pas en l'état actuel des données permettant une réelle connaissance de la couverture vaccinale en Alsace. Les seules données les plus récentes dont nous disposons sont celles recueillies au cours de l'année scolaire 2001-2002, au moment du bilan de santé d'entrée à l'école élémentaire, dernier examen systématique pour toute une tranche d'âge et qui concerne les enfants de 6 ans.

Le graphique ci-dessous montre que les enfants ont une très bonne couverture vaccinale pour toutes les vaccinations obligatoires (BCG, diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche). En revanche, parmi les vaccinations recommandées, seul le ROR a une couverture aussi bonne que celle des vaccins obligatoires alors que seul un enfant sur deux environ est vacciné contre l'*Haemophilus influenzae* et l'Hépatite B.



Sources : ORSAL, Services de promotion de la santé en faveur des élèves, Ville de Strasbourg