



La santé observée dans la commune **de Marseille**

Ville de Marseille
Direction santé environnement

Edition 2003

observatoire
regional
de la santé



provence
alpes
côte d'azur

1.1

Le contexte économique, l'activité et l'emploi**Contexte national**

Au début 1999, sur 60,2 millions d'habitants que comptait la France, 25 millions de personnes étaient actives (activité professionnelle ou à la recherche d'un emploi). Depuis le milieu des années 80, l'activité professionnelle est marquée par 3 phénomènes :

- Le raccourcissement de l'activité au cours de la vie : c'est la conséquence de l'allongement continu de la scolarité, du droit à la retraite à 60 ans et de la multiplication des départs en préretraite.
- L'augmentation du taux d'activité féminin, qui, pour les 25-49 ans est passé de 74 % à 78 % entre 1990 et 1999. Cette évolution s'accompagne d'un développement du travail à temps partiel, qui concernait 32 % des femmes ayant un emploi en janvier 1999 (contre 24 % en janvier 1990).
- L'accroissement du chômage.

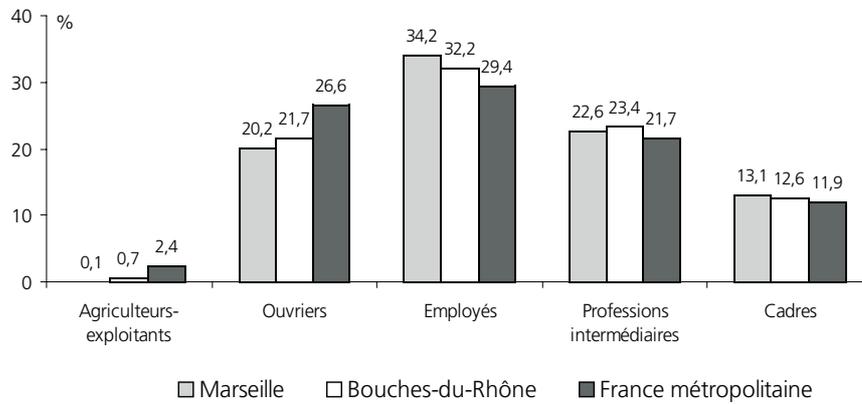
La tendance du chômage s'est inversée récemment et le nombre de chômeurs en France a diminué entre mars 1998 et mars 2000. A cette date, il s'élevait à 2 626 000 (au sens du Bureau international du travail), soit 10,0 % de la population active. Ce recul du chômage qui profite à toutes les catégories de demandeurs d'emploi est particulièrement marqué pour les jeunes et les ouvriers. Ce sont les jeunes diplômés qui présentent les taux de chômage les plus bas, alors que les personnes les moins qualifiées (sans diplôme ou titulaire d'un CEP) restent les plus touchées par le chômage (16,2 %).

L'augmentation du chômage a entraîné le développement de diverses formes de stages de qualification et d'insertion professionnelle. Parallèlement, la crise économique a poussé les entreprises à assouplir la gestion de leur main d'œuvre en ayant davantage recours aux contrats à durée déterminée et à l'emploi intérimaire. Ces emplois précaires sont en nette augmentation au cours des années 90 : les intérimaires étaient ainsi 2 fois plus nombreux en 2000 qu'en 1996. On observe par ailleurs une augmentation du travail à temps partiel (17 % des actifs ayant un emploi en 2000 contre 12 % en 1990), phénomène qui concerne essentiellement les femmes. Selon l'Enquête Emploi de l'Insee en 2000, plus d'un tiers des personnes employées à temps partiel sont en "sous-emploi" c'est à dire qu'elles "travaillent involontairement moins que la durée normale du travail dans leur activité" (selon la définition du BIT). Si l'on prend en compte les personnes à temps complet qui ont involontairement travaillé moins que d'habitude, on arrive à un total de 1,5 millions de personnes sous employées en mars 2000.

Situation à Marseille : faits marquants

- *Au recensement de 1999, la population active de Marseille comprenait plus d'employés et moins d'ouvriers et d'agriculteurs que celles du département et de la France.*
- *Plus de la moitié des salariés industriels travaillent dans des entreprises de moins de 50 salariés (55,3 % contre 52,8 % au niveau national) et 18 % dans les grandes entreprises contre 13 % au niveau national.*
- *La population active occupée marseillaise compte moins de contrats à durée indéterminée et plus de titulaires de la Fonction publique qu'au niveau national.*
- *Le taux de chômage de la zone d'emploi de Marseille-Aubagne atteignait 14,8 % en juin 2003, soit 5,3 points de plus que le niveau national.*
- *En 1999, Marseille comptait 78 288 chômeurs dont 50,7 % de femmes (contre 53,7 % en France) et 71,3 % de personnes âgées de 25 à 49 ans (contre 66,5 % en France).*

1. POURCENTAGE D'AGRICULTEURS EXPLOITANTS, D'OUVRIERS, D'EMPLOYÉS ET DE CADRES DANS LA POPULATION ACTIVE EN 1999



La population active comprend l'ensemble des personnes qui travaillent, les chômeurs et depuis 1990, les appelés du contingent.

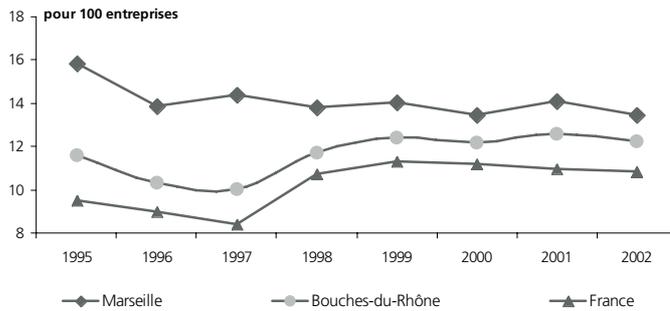
Source : INSEE RP99

2. EFFECTIFS DES SALARIÉS INDUSTRIELS SELON LA TAILLE DE L'ÉTABLISSEMENT EN 2002

Taille des établissements (nb de salariés)	Part dans l'emploi salarié (en %)		
	Marseille	Bouches-du-Rhône	France
Moins de 20	41,1	40,3	36,1
20 à 49	14,2	16,9	16,7
50 à 99	8,4	10,1	10,7
100 à 499	18,4	19,5	23,2
500 et plus	17,9	13,2	13,3

Source : INSEE répertoire Sîrène

3. ÉVOLUTION DU TAUX DE CRÉATION D'ENTREPRISES DE 1995 À 2002



Le taux de création d'entreprises est obtenu par le rapport des créations de l'année (créations pures, créations par reprise et réactivations) sur le parc d'entreprises en début d'année.

Source : INSEE répertoire Sîrène

4. POPULATION DE 15 ANS OU PLUS SELON LE DIPLÔME OBTENU À MARSEILLE EN 1999

Diplômes	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Sans diplôme	62 596	20,4	74 913	21,1	137 509	20,8
CEP	35 483	11,6	49 353	13,9	84 836	12,8
BEPC	22 873	7,4	32 175	9,1	55 048	8,3
CAP, BEP	61 260	20,0	57 269	16,2	118 529	17,9
BAC, Brevet professionnel	31 417	10,2	39 820	11,2	71 237	10,8
Bac +2	20 028	6,5	31 110	8,8	51 138	7,7
Etudes supérieures	33 074	10,8	29 170	8,2	62 244	9,4
En cours d'études	40 314	13,1	40 702	11,5	81 016	12,2
Total 15 ans ou plus	307 045	100,0	354 512	100,0	661 557	100,0

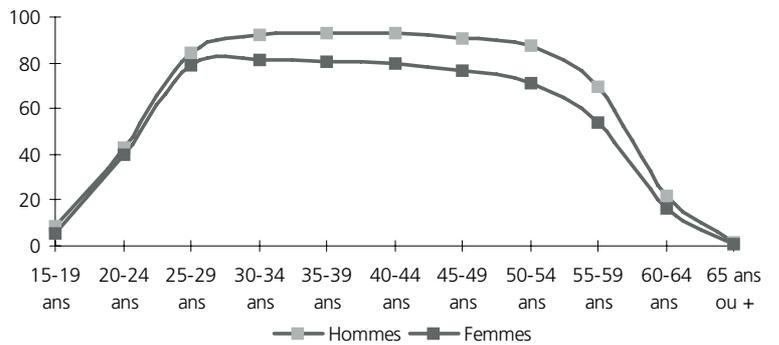
Source : INSEE RP 99

5. POPULATION ACTIVE AYANT UN EMPLOI PAR STATUT À MARSEILLE EN 1999

	Marseille		% France métropo.
	Effectif	%	
Salariés	228 818	88,8	87,6
Apprentis sous contrat	3 247	1,3	1,3
Placés par une agence d'intérim	2 765	1,1	1,7
Emplois aidés (CES, emplois-jeunes...)	7 942	3,1	2,1
Stagiaires rémunérés (SIFE...)	2 774	1,1	0,7
CDD (yc. contrats courts, saisonniers)	19 763	7,7	7,6
Titulaires de la Fonction publique	58 729	22,8	17,4
Contrats (ou emplois) à durée indéterminée	133 598	51,8	56,8
Non salariés	28 903	11,2	12,4
Ensemble	257 721	100,0	100,0

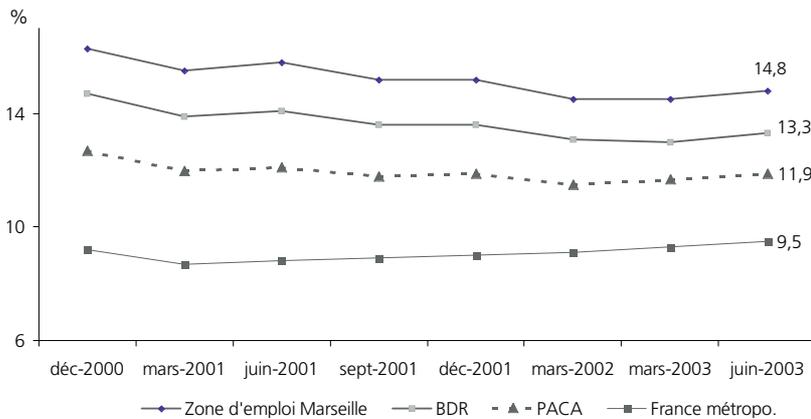
Source : INSEE RP99

6. TAUX D'ACTIVITÉ FÉMININ ET MASCULIN À MARSEILLE SELON L'ÂGE EN 1999 (POUR 100 PERSONNES)



Source : INSEE RP99

7. ÉVOLUTION DU TAUX DE CHÔMAGE* DANS LA ZONE D'EMPLOI DE MARSEILLE-AUBAGNE

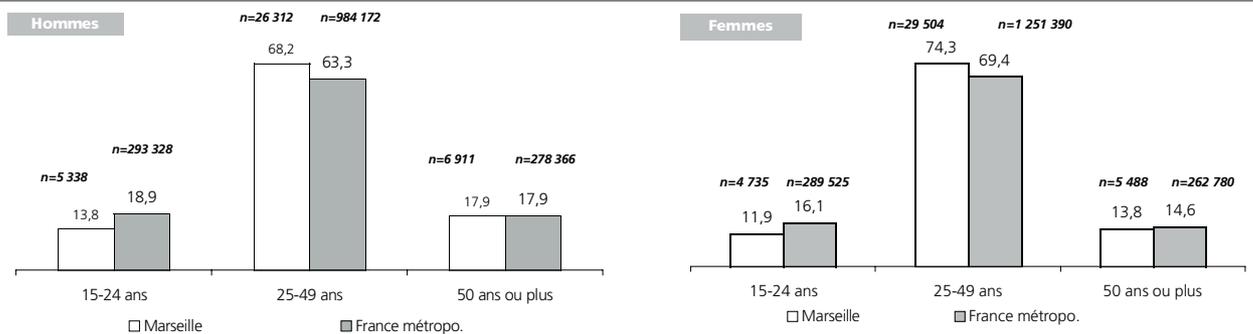


* Le calcul est effectué en rapportant le nombre de chômeurs au sens du Bureau International du Travail (sans référence à aucune formalité administrative d'inscription à l'ANPE) à la population active totale. Le numérateur et le dénominateur font l'objet d'estimations.

Les taux de chômage trimestriels de juin 2002 à décembre 2002 ne sont pas disponibles.

Source : DRTEFP

8. RÉPARTITION DU NOMBRE DE CHÔMEURS SELON LE SEXE ET L'ÂGE EN 1999



Source : INSEE, RP99

1.2 La population

Contexte **national**

Au recensement de 1999, la France comptait 60,2 millions d'habitants. Elle figure, selon l'INSEE, au deuxième rang des pays de l'Union européenne après l'Allemagne (82,2 millions d'habitants) et devant le Royaume-Uni (59,6) et l'Italie (57,7). Entre les recensements de 1990 et 1999, la population métropolitaine a augmenté de 1,9 million d'habitants. Cette progression de 0,37 % en moyenne chaque année a été assurée à 98 % par l'excédent des naissances sur les décès, le reste étant dû à l'excédent migratoire. Les premiers résultats de l'INSEE concernant le bilan démographique de l'année 2000 pour la France métropolitaine montrent que la natalité a nettement progressé, augmentation plus forte que dans les autres pays européens. De même, la fécondité est en hausse. L'indice conjoncturel de fécondité atteint 1,9 enfants par femme en 2000, poursuivant ainsi la progression amorcée en 1995 et retrouvant son niveau du début des années 80. Cette progression s'explique principalement par une augmentation de la fécondité des femmes âgées de 30 ans ou plus. L'allongement de la durée de la vie et la persistance d'un faible taux de natalité sont à l'origine d'un vieillissement progressif de la population. En 1962, la proportion des personnes de 60 ans ou plus s'élevait à 18,1 % en métropole, elle atteint 21,3 % en 1999. Toutefois, l'augmentation de cette population âgée a été moins forte entre 1990 et 1999 qu'entre 1982 et 1990 du fait de l'arrivée à ces âges des classes creuses de l'entre-deux guerres.

A l'inverse, la proportion des moins de 20 ans dans la population ne cesse de diminuer : elle est passée de 32,2 % en 1962 à 24,6 % en 1999.

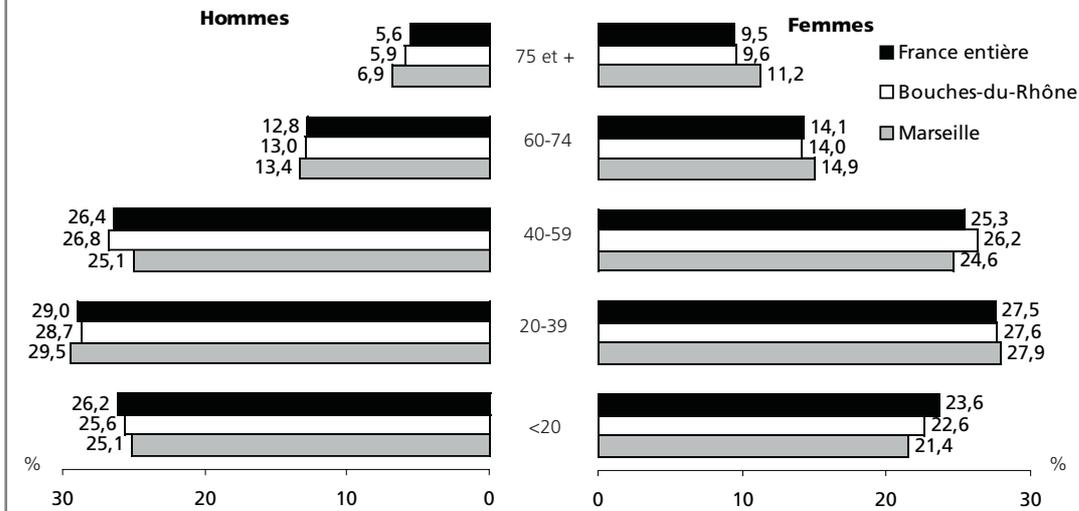
Les personnes de 20 à 59 ans constituent une classe d'âge qui a connu une très forte augmentation au cours des dernières décennies, en raison de l'arrivée à cet âge des générations nombreuses du baby-boom. En 1962, elles ne représentaient que 49,7 % de la population de métropole contre 54,1 % en 1999.

Au recensement de 1999, environ 3,2 millions de personnes de nationalité étrangère vivaient en France métropolitaine, soit 5,6 % de la population. Parmi elles, 37 % étaient originaires d'un pays de l'Union européenne. Le nombre d'étrangers résidant en France demeure relativement stable (3,6 millions en 1990), le renouvellement s'effectuant par le jeu des arrivées, des départs, des naissances, des décès et des naturalisations. Les comparaisons internationales sont difficiles dans ce domaine. Eurostat a cependant estimé qu'en 1997 les étrangers représentaient en moyenne 5 % de la population résidant dans les pays de l'Union européenne. La composition de la population étrangère est très variable d'un pays européen à l'autre et dépend de circonstances historiques propres à chacun d'entre eux.

Situation à *Marseille* : **faits marquants**

- *Au recensement de la population de 1999, la commune de Marseille comptait 797 491 habitants.*
- *La part des moins de 20 ans est légèrement plus faible à Marseille que dans le département ou en France. En revanche, la part des 60 ans ou plus est supérieure.*
- *Entre 1990 et 1999, la population de Marseille est restée stable après avoir connu une diminution entre 1975 et 1990. En revanche, la population départementale n'a cessé d'augmenter depuis 1962, avec une accélération entre 1990 et 1999. Ceci traduit l'existence d'un transfert de population de Marseille vers les communes avoisinantes.*
- *La population de Marseille vieillit, avec une part des moins de 20 ans en diminution (-4,5 %) et celle des 60 ans et plus en augmentation depuis 1975 (+3,0 %).*
- *A Marseille, la part des étrangers dans la population (6,8 %) est plus importante qu'au niveau départemental (5,7 %) ou national (5,6 %). En revanche, la part des étrangers originaires de l'Union européenne est beaucoup plus faible.*

1. RÉPARTITION DE LA POPULATION PAR SEXE ET GROUPE D'ÂGE EN 1999



Source : INSEE RP99

2. POPULATION* À MARSEILLE AUX DIFFÉRENTS RECENSEMENTS

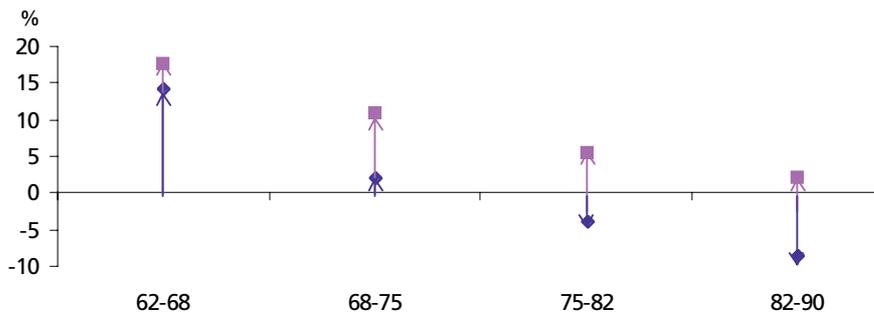
1962	1968	1975	1982	1990	1999
778 071	889 029	908 600	874 436	800 550	798 430

* Population sans double compte

Des estimations de population plus récentes ne sont pas disponibles pour la commune de Marseille (source : INSEE, AGAM).

Source : INSEE

3. TAUX DE VARIATION DE LA POPULATION À MARSEILLE ET DANS LES BOUCHES-DU-RHÔNE DE 1962 À 1999



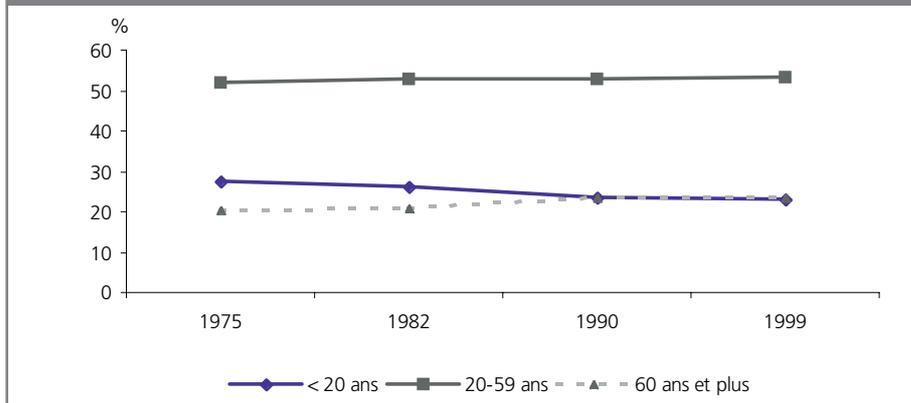
Source : INSEE

4. POPULATION DE 15 ANS ET PLUS SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL À MARSEILLE EN 1999

	Hommes	Femmes	Ensemble	% Marseille	% France métropo.
Célibataires	124 244	119 448	243 692	36,8	34,8
Mariés	152 894	148 447	301 341	45,6	51,0
Veufs	8 722	49 767	58 489	8,8	8,0
Divorcés	21 185	36 850	58 035	8,8	6,3
Ensemble	307 045	354 512	661 557	100,0	100,0

Source : INSEE RP99

5. ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE PAR ÂGE DE LA POPULATION À MARSEILLE DE 1975 À 1999



Source : INSEE RP99

6. POPULATION PAR NATIONALITÉ EN 1999

	Hommes	Femmes	Total	% Marseille	% Bouches-du-Rhône	% France métro.
Français	348 254	394 882	743 136	93,2	94,3	94,4
Etrangers	28 560	25 795	54 355	6,8	5,7	5,6
<i>dont étrangers UE</i>	3 556	3 585	7 141	13,1	21,3	36,6
Total population	376 814	420 677	797 491	100,0	100,0	100,0

UE : Union européenne

Source : INSEE RP99

1.3 La mortalité

Contexte national

En 1998, l'espérance de vie à la naissance s'élevait en France à 74,8 ans pour les hommes et 82,4 ans pour les femmes. Les femmes françaises ont la longévité la plus élevée du monde, après les Japonaises. La situation des hommes est moins favorable avec une espérance de vie proche de la moyenne de celle des pays développés. Il en résulte que l'écart entre les deux sexes (près de 8 ans en 1998) est l'un des plus élevés du monde.

Cet écart s'explique par la forte surmortalité masculine, qui semble se stabiliser depuis le début des années quatre-vingt. Les facteurs à l'origine de cette surmortalité sont nombreux et malaisés à distinguer les uns des autres. Les facteurs biologiques sont très certainement accentués par les facteurs comportementaux (consommation de tabac, d'alcool, morts violentes...) et environnementaux (conditions de travail...).

La diminution de la mortalité, qui avait marqué le pas au cours des années soixante, se poursuit à nouveau à un rythme soutenu, ce qui se traduit par un allongement de l'espérance de vie d'une année tous les quatre ans. Jusqu'aux années soixante, les progrès s'expliquaient principalement par la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis les années quatre-vingt, l'essentiel des progrès est réalisé grâce au recul de la mortalité aux grands âges et à la réduction de la mortalité par affections cardio-vasculaires. Dans ce contexte général de baisse de la mortalité, le nombre de décès, relativement stable depuis huit ans (535 000 environ en 1999), s'explique par le vieillissement de la population.

L'inégalité sociale devant la mort ne s'est pas atténuée entre les années soixante et quatre-vingt-dix. Pour la période 1982-1996, la différence d'espérance de vie à 35 ans entre les ouvriers et les cadres-professions libérales était de 6,5 ans pour les hommes et de 3,5 ans pour les femmes. Quant aux disparités géographiques, elles restent importantes avec un écart d'espérance de vie entre régions extrêmes élevé : 4,0 ans pour les hommes et 2,7 ans pour les femmes en 1997.

Situation à Marseille : faits marquants

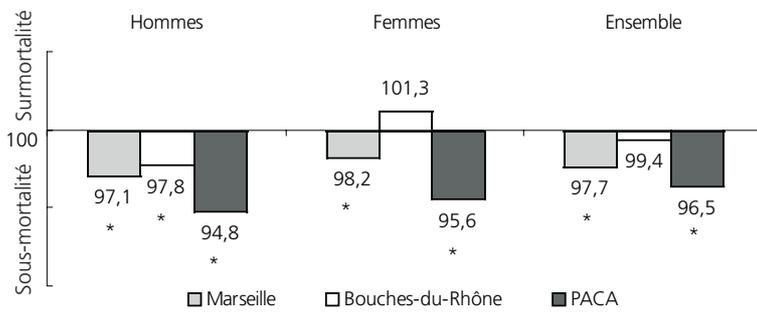
· *Marseille affiche une sous-mortalité générale par rapport à la France métropolitaine de 3 % chez les hommes et de 2 % chez les femmes. Cette sous-mortalité est plus marquée que celle du département mais est moins importante que celle de la région.*

· *Pour toutes les classes d'âge entre 15 et 84 ans, il existe une surmortalité masculine avec un rapport entre les taux de mortalité masculin et féminin supérieur à ou voisin de 2.*

· *La sous-mortalité générale observée au niveau de Marseille n'est pas vérifiée pour toutes les classes d'âge. Il existe en effet une surmortalité par rapport à la France métropolitaine chez les femmes de 25 à 34 ans (+21,9 %) et chez les hommes de 25 à 54 ans (près de 10 %). Avant 25 ans, la sous-mortalité est de manière générale bien marquée dans les deux sexes. Dans les classes d'âge les plus élevées, la mortalité se situe au niveau national puis devient légèrement inférieure à celui-ci au-delà de 85 ans.*

· *Entre 1988-1990 et 1997-1999 à Marseille, le taux comparatif de mortalité, toutes classes d'âge confondues, a diminué de 20,1 % chez les hommes et de 18,2 % chez les femmes. Ces diminutions sont plus importantes que celles observées au niveau national et concernent toutes les classes d'âge. La diminution de la mortalité est spectaculaire chez les enfants âgés de moins de 5 ans (-56 %) et également très forte pour les jeunes entre 15 et 24 ans (-39 %).*

**1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ GÉNÉRALE EN 1997-1999
(BASE 100=FRANCE MÉTROPOLITAINE)**



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

**2. NOMBRE DE DÉCÈS ANNUEL MOYEN TOUTES CAUSES CONFONDUES
PAR SEXE ET ÂGE À MARSEILLE EN 1997-1999**

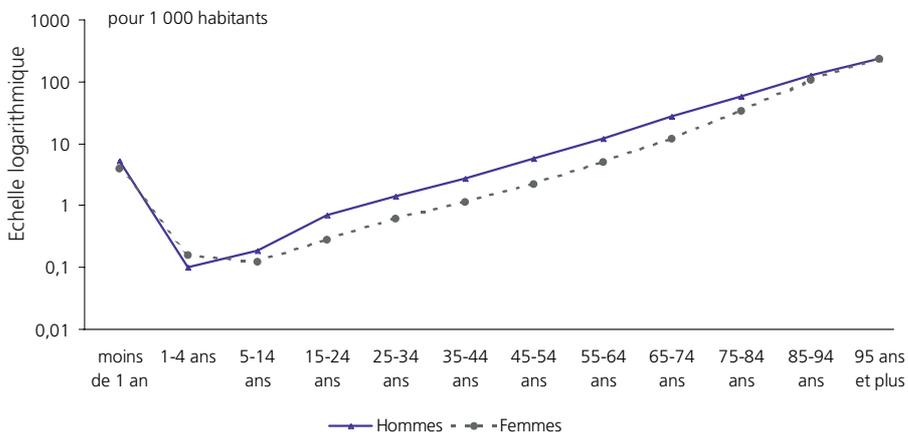
	Hommes	Femmes	Ensemble
< 1 an	27	19	45
1-14 ans	11	9	20
15-34 ans	116	52	167
35-64 ans	858	388	1 246
65 ans et plus	2 924	3 445	6 369
Ensemble	3 935	3 912	7 847

Source : INSERM CépiDC

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

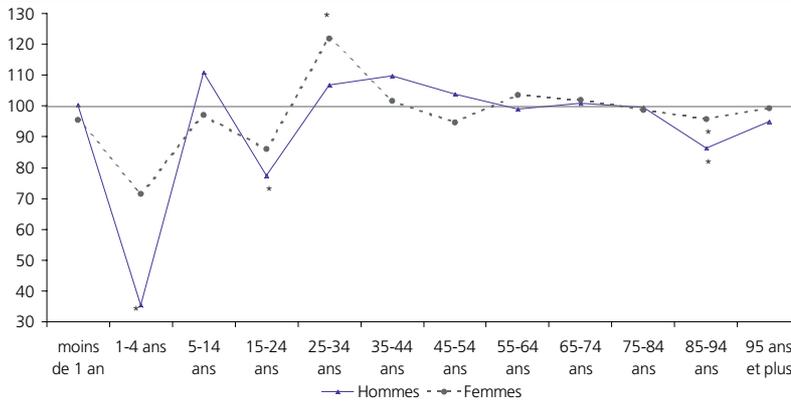
appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du chi2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

3. TAUX DE MORTALITÉ À MARSEILLE PAR SEXE ET ÂGE EN 1997-1999



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

4. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ À MARSEILLE PAR RAPPORT À LA FRANCE MÉTROPOLITAINE PAR SEXE ET ÂGE EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

5. ÉVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

	Marseille		Bouches-du-Rhône		PACA		France métropo.	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1988-1990	1 276,1	725,0	1 237,6	710,7	1 167,9	674,7	1 228,3	698,8
1997-1999	1 019,8	592,8	1 031,9	606,9	1 001,0	586,9	1 053,3	600,6
Evolution (%)	-20,1 **	-18,2 **	-16,6 **	-14,6 **	-14,3 **	-13,0 **	-14,3 **	-14,0 **

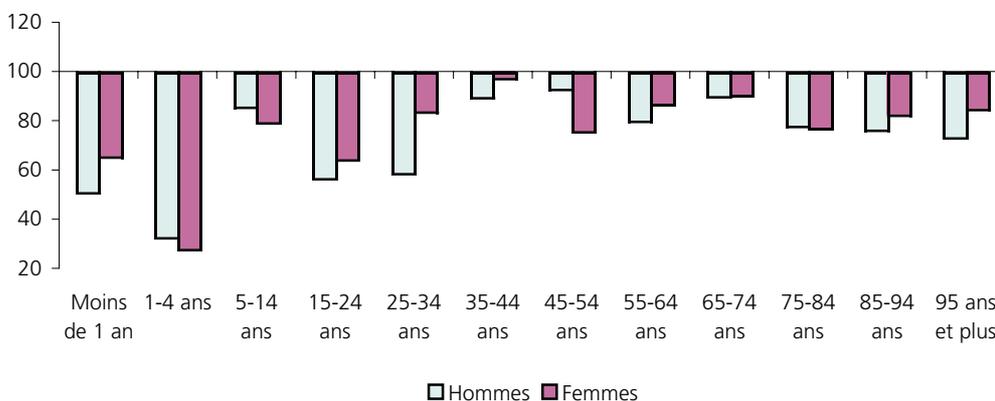
** Evolution significative p<0,001

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

6. ÉVOLUTION DES TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ À MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (BASE 100 = 1988-1990)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

2.1

Les équipements hospitaliers

Contexte **national**

En France, les équipements hospitaliers ont beaucoup évolué depuis une quinzaine d'années sous l'effet des progrès techniques, du développement des alternatives à l'hospitalisation complète, des contraintes économiques... Cette évolution s'est traduite par une diminution de près de 20 % du nombre de lits d'hospitalisation en soins de courte durée (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) entre 1988 et 1998 en France métropolitaine et dans une moindre mesure, une diminution de 5 % du nombre de lits d'hospitalisation en soins de suite (rééducation, convalescence). En revanche, le nombre de lits de soins de longue durée, a augmenté de 42 %.

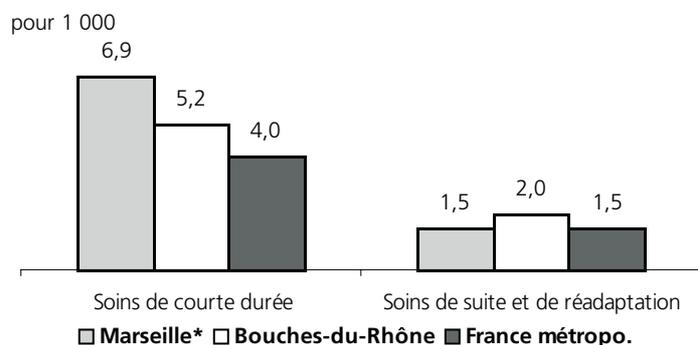
Parallèlement, on peut noter un développement des services de radiologie et de biologie, une augmentation des équipements en matériels lourds (scanners, appareils d'imagerie à résonance magnétique ...) et un développement des soins alternatifs à l'hospitalisation complète : hospitalisation partielle de jour et de nuit, traitements et cures ambulatoires, hospitalisation à domicile et anesthésie ou chirurgie ambulatoire. Ces diverses évolutions ont contribué à la diminution de la durée moyenne de l'hospitalisation de courte durée (passant de 7,5 à 5,6 jours entre 1988 et 1998) et à l'augmentation d'environ 10 % du nombre d'entrées.

Les disparités régionales sont importantes en matières d'équipements hospitaliers. Depuis une trentaine d'années, le souci d'améliorer la répartition des équipements sur le territoire a été à l'origine de plusieurs mesures législatives. La loi hospitalière de 1991 a instauré de nouvelles conditions pour la planification des équipements, en prévoyant la mise en place de Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). L'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, a créé des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) qui ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de déterminer leurs ressources, tout en tenant compte des priorités de santé publique établies par chaque Conférence Régionale de Santé. Les ARH ont pour charge d'établir les SROS dits de 2ème génération actuellement en cours. Des contrats pluriannuels sont passés entre les établissements et les agences régionales pour fixer les objectifs et les moyens, s'adapter aux besoins de la population et accroître la responsabilité des différents acteurs hospitaliers dans l'organisation de l'hôpital et dans l'amélioration de la qualité des soins. Par ailleurs, l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement est encouragée par des possibilités de coopération entre établissements et par le développement des alternatives à l'hospitalisation et des réseaux de soins. L'ordonnance prévoit également que les établissements hospitaliers fassent tous l'objet d'une accréditation d'ici 2001 par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Situation à *Marseille* : **faits marquants**

- *Marseille présente un taux d'équipement en soins de courte durée supérieur aux moyennes départementale et nationale. Le taux d'équipement en soins de suite et de réadaptation est en revanche inférieur au taux départemental et celui en soins de longue durée très inférieur au taux national.*
- *Le nombre total d'entrées est plus élevé dans le secteur privé que dans le secteur public. Cette différence est particulièrement forte pour les soins de suite et de réadaptation.*
- *Les durées moyennes de séjour à Marseille sont plus élevées que dans le département et au niveau national, dans le secteur public comme le secteur privé.*
- *Le nombre de lits et d'entrées en hospitalisation complète de soins de courte durée est en diminution depuis 1997 (respectivement -9 et -16 % entre 1997 et 2000). La forte diminution du nombre d'entrées, particulièrement marquée en médecine et en chirurgie, dans le secteur public comme dans le secteur privé, pourrait tout aussi bien refléter l'efficacité des soins ambulatoires qu'un manque de places dans les services de court séjour.*
- *Entre 1997 et 2000, la durée moyenne de séjour en soins de courte durée est restée stable dans le secteur privé et a connu une légère augmentation dans le secteur public (+1,2 jour). Cette augmentation est à mettre en parallèle avec la faible capacité d'accueil en soins de suite, rendant difficile le placement des patients en fin d'hospitalisation. L'augmentation des durées moyennes de séjour pourrait également traduire une désorganisation liée au manque d'effectifs.*

1. NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE POUR 1 000 HABITANTS EN 2000



* Taux calculé en utilisant la population du bassin d'attraction des établissements de Marseille (source DRASS).

Sources : DREES SAE, INSEE

2. LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE À MARSEILLE EN 2000

	Nb de lits			Taux pour 1000	
	Secteur public	Secteur privé	Total	Marseille*	France métropo
Soins de courte durée	3 035	3 329	6 364	6,9	4,0
Médecine	1 683	1 548	3 231	3,5	2,0
Chirurgie	1 171	1 535	2 706	2,9	1,7
Gynécologie-obstétrique	181	246	427	0,5	0,4
Soins de suite et de réadaptation	80	1 290	1 370	1,5	1,5
Rééducation fonctionnelle	0	263	263	0,3	0,4
Autres soins de suite	80	1 027	1 107	1,2	1,1
Soins de longue durée	230	141	371	0,4	1,4

* Taux calculé en utilisant la population du bassin d'attraction des établissements de Marseille (source DRASS).

Sources : DREES SAE, INSEE

3. ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION COMPLÈTE À MARSEILLE EN 2000

	Entrées totales		
	Secteur public	Secteur privé	Total
Soins de courte durée	111 877	144 615	256 492
Médecine	57 981	65 085	123 066
Chirurgie	44 238	65 967	110 205
Gynécologie-obstétrique	9 658	13 563	23 221
Soins de suite et de réadaptation	569	12 370	12 939

Source : DREES SAE

4. DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2000

	Marseille		Bouches-du-Rhône		France métropo.	
	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé
Soins de courte durée	6,9	6,6	6,1	6,2	5,9	5,2
Médecine	7,5	7,7	6,5	7,5	6,5	7,0
Chirurgie	6,4	5,9	5,9	5,4	5,2	4,7
Gynécologie-obstétrique	5,6	5,5	4,9	5,4	4,5	5,1
Soins de suite et de réadaptation	42,2	34,2	33,5	26,2	32,2	32,2

Source : DREES SAE

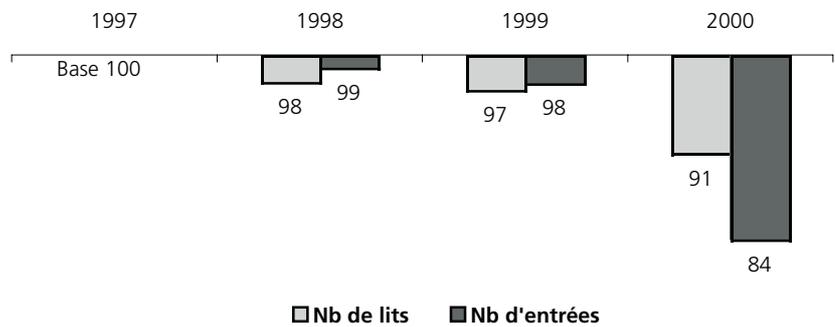
5. EQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS À MARSEILLE EN 2000

	Nb d'appareils		
	Secteur public	Secteur privé	Total
Scanner	5	4	9
IRM	2	2	4
Imagerie nucléaire*	7	3	10

* Caméras à scintillation, tomographes à émission / caméras à positons

Source : DREES SAE

6. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LITS ET D'ENTRÉES EN HOSPITALISATION COMPLÈTE DE SOINS DE COURTE DURÉE À MARSEILLE DE 1997 À 2000 (BASE 100 EN 1997)



La diminution du nombre d'entrées est particulièrement marquée en médecine et en chirurgie, dans le secteur public comme dans le secteur privé.

Source : DREES SAE

7. ÉVOLUTION DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE À MARSEILLE



Source : DREES SAE

2.2 Les médecins

Contexte **national**

Au 1er janvier 2000, la France comptait 193 903 médecins libéraux et salariés, soit une densité de 330 médecins pour 100 000 habitants. Le nombre de médecins a plus que triplé en France au cours des trente dernières années. La croissance des effectifs a été particulièrement forte entre 1972 et 1989 (+4,4 %), plus faible par la suite (+1,8 %). Ce ralentissement résulte de la mise en place du numerus clausus qui limite, depuis 1971, le nombre d'étudiants en Médecine admis en 2ème année. L'évolution des effectifs de médecins s'est accompagnée de modifications structurelles. Pour l'ensemble des médecins, le nombre de spécialistes s'est accru plus fortement que celui des généralistes : respectivement +24 % et +16 % entre 1990 et 1999 en France. La féminisation de la profession a également été marquée et devrait se poursuivre. En 2020, les femmes devraient être aussi nombreuses que les hommes.

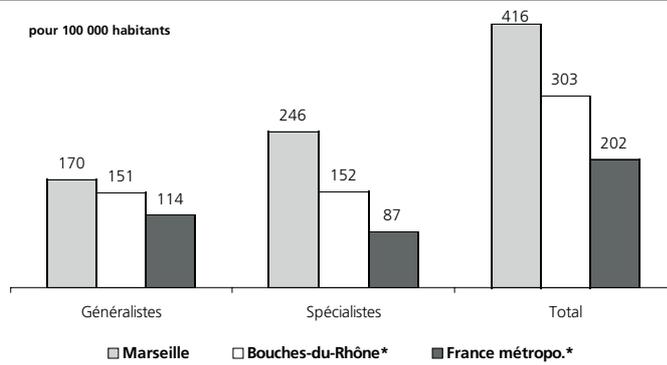
Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le nombre de médecins va diminuer, et de manière prononcée après 2012, sauf augmentation notable du numerus clausus. Certaines spécialités devraient être particulièrement touchées comme l'Anesthésie et la Gynécologie-Obstétrique. De plus, il faut s'attendre à un vieillissement du corps médical : la proportion de praticiens âgés de 50 ans et plus devrait passer de 30 % en 1999 à 60 % en 2010.

En 2000, parmi les médecins libéraux, on comptait 67 072 généralistes et 49 872 spécialistes. Les densités respectives sont de 114,6 et 85,2 pour 100 000 habitants. Les zones les plus fortement médicalisées se situent à Paris et dans le Sud de la France et les plus faibles densités sont retrouvées au Centre et au Nord. Ces disparités sont plus marquées pour les spécialistes que pour les généralistes. Cependant, les écarts entre régions et entre départements se sont légèrement atténués au cours du temps. Depuis 30 ans, la médecine libérale est soumise à une politique conventionnelle qui fixe les tarifs de remboursement des soins aux assurés sociaux. En 1980, une nouvelle convention a instauré la possibilité pour les médecins d'appliquer des honoraires libres, supérieurs aux tarifs fixés par les caisses. Les médecins qui ont opté pour ce secteur conventionnel dit secteur 2 ont vu leurs effectifs progresser jusqu'en 1990. Mais, depuis, un nombre limité de nouveaux médecins peut accéder au secteur conventionnel 2 et le passage de médecins antérieurement en secteur 1 n'est plus possible. En 1999, les médecins libéraux en secteur 2 représentent 25 % des médecins libéraux en France. Il existe de fortes disparités territoriales qui peuvent constituer un obstacle à l'accès aux soins dans certaines zones géographiques. L'exercice libéral de la médecine évolue : des liens se développent entre Médecine de ville et Médecine hospitalière. L'ordonnance de 1996 relative à la Médecine ambulatoire a, par ailleurs, repris des dispositions régulièrement proposées pour améliorer l'adéquation de la réponse aux besoins, tout en maîtrisant l'évolution des dépenses. Un Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, géré au niveau national par la CNAMTS et au niveau régional par l'URCAM, a été créé en décembre 1998 pour renforcer ces dispositions.

Situation à Marseille : **faits marquants**

- Avec 416 médecins libéraux pour 100 000 habitants, Marseille offre une densité supérieure au département, à la région et à la France. La différence est particulièrement marquée pour les spécialistes.
- Plus de généralistes (68,4 %) que de spécialistes (59,5 %) exercent en libéral, à Marseille comme au niveau national. Parmi les spécialistes, la part de libéraux est plus importante à Marseille (59,5%) qu'en France (50,8 %).
- La totalité des médecins libéraux est conventionnée, dont les trois quarts en secteur I. Plus de spécialistes (31 %) que de généralistes (10 %) sont conventionnés en secteur II.
- Pour l'ensemble des spécialités, les densités en spécialistes libéraux sont largement supérieures aux moyennes nationales.
- Concernant la démographie médicale, les projections réalisées par la DREES laissent prévoir une baisse des densités médicales dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur d'ici 2020, si le nombre de médecins formés restait constant.

1. DENSITÉ MÉDICALE LIBÉRALE EN JUIN 2003 (NOMBRE DE MÉDECINS POUR 100 000 HABITANTS)



* Au 1er janvier 2002

Sources : DRASS, DREES, INSEE

2. MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES SELON LE MODE D'EXERCICE À MARSEILLE EN JUIN 2003

		Libéraux	Salariés	Total
Généralistes	Nb	1 371	634	2 005
	%	68,4	31,6	100,0
	% France métro.*	69,5	30,5	100,0
Spécialistes	Nb	1 979	1 348	3 327
	%	59,5	40,5	100,0
	% France métro.*	50,8	49,2	100,0
Total	Nb	3 350	1 982	5 332
	%	62,8	37,2	100,0
	% France métro.*	60,0	40,0	100,0

* Au 1er janvier 2002

Sources : DRASS, DREES

3. MÉDECINS SPÉCIALISTES SELON LE TYPE DE SPÉCIALITÉ ET LE MODE D'EXERCICE À MARSEILLE EN JUIN 2003

		Libéraux	Salariés	Total
Spécialités médicales	<i>Nb</i>	1 381	859	2 240
	%	61,7	38,3	100,0
Spécialités chirurgicales	<i>Nb</i>	240	149	389
	%	61,7	38,3	100,0
Biologie médicale	<i>Nb</i>	32	59	91
	%	35,2	64,8	100,0
Psychiatrie	<i>Nb</i>	315	142	457
	%	68,9	31,1	100,0
Médecine du travail et santé publique	<i>Nb</i>	11	139	150
	%	7,3	92,7	100,0
Total spécialistes	<i>Nb</i>	1 979	1 348	3 327
	%	59,5	40,5	100,0

Source : DRASS

4. MODE CONVENTIONNEL DES MÉDECINS LIBÉRAUX À MARSEILLE EN 2002

Mode conventionnel	Généralistes	Spécialistes	Ensemble
Secteur I	1 062	1 201	2 263
Secteur II et DP	120	543	663
Non conventionnés	4	0	4
Total	1 186	1 744	2 930

Définition du mode conventionnel :

Secteur 1 : médecins conventionnés avec tarifs fixés par convention nationale

Secteur 2 : médecins conventionnés avec honoraires libres (secteur créé en 1980)

DP : médecins conventionnés disposant d'un droit permanent au dépassement d'honoraires (supprimé en 1980)

Source : URCAM PACA

5. EFFECTIFS ET DENSITÉS DES MÉDECINS LIBÉRAUX SELON LES PRINCIPALES SPÉCIALITÉS À MARSEILLE EN JUIN 2003

	Marseille			France métropo. (au 01/01/2002)		
	Effectifs	%	Densité*	Effectifs	%	Densité*
Psychiatrie et neuropsychiatrie	315	15,9	39,1	6 452	12,5	10,9
Chirurgie générale et autres	240	12,1	29,8	4 214	8,2	7,1
Cardiologie	171	8,6	21,2	3 673	7,1	6,2
Anesthésie-réanimation	151	7,6	18,7	3 238	6,3	5,5
Gynéco-obstétrique et médicale **	141	7,1	71,4	5 041	9,8	34,9
<i>dont gynéco médicale**</i>	50	2,5	25,3	1 694	3,3	11,7
Radiologie	130	6,6	16,1	4 700	9,1	8,0
Ophtalmologie	121	6,1	15,0	4 606	8,9	7,8
Dermatologie	94	4,7	11,7	3 379	6,6	5,7
Pédiatrie ***	74	3,7	48,3	2 961	5,8	25,1
Hépatogastro-entérologie	59	3,0	7,3	1 917	3,7	3,2
ORL	53	2,7	6,6	2 266	4,4	3,8
Autres	430	21,7	53,4	9 019	17,5	15,3
Total spécialités	1 979	100,0	245,6	51 466	100,0	87,1

* Nombre de médecins pour 100 000 habitants

** Densité calculée par rapport à la population des femmes âgées de 15 à 49 ans

*** Densité calculée par rapport à la population âgée de moins de 16 ans

Sources : DRASS, DREES, INSEE

CALCUL DES DENSITÉS

Les densités médicales à Marseille ont été calculées par le rapport du nombre de médecins exerçant sur la commune de Marseille (en juin 2003) sur la population de Marseille (recensement de 1999). On peut cependant supposer que les médecins de Marseille drainent une population plus étendue que celle de la commune. Il convient donc d'interpréter avec prudence les fortes densités médicales de la commune.

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN RÉGION PACA : ÉTAT DES LIEUX AU 1ER JANVIER 2000 ET PERSPECTIVES

La Faculté de Médecine de Marseille, l'Inspection Régionale de la Santé et le Service Etudes et Statistiques de la DRASS ont travaillé en étroite collaboration à la réalisation d'un état des lieux sur la démographie médicale en région PACA. Les résultats de ce travail sont disponibles sur le site de la faculté de médecine

Dr. J. Gaudart, Pr. M. Fieschi, Pr. Y. Berland, Mme N. Barral, G. Gisbert, Dr. P. Provansal, Dr. H. Riff. 2001. La démographie médicale en région PACA : état des lieux au 1er janvier 2000 et perspectives : <http://www.timone.univ-mrs.fr/medecine/divers/cdivers.html>

2.3 Les autres professionnels de santé

Contexte national

Le secteur de la santé regroupe de multiples professionnels qui interviennent non seulement pour dispenser des soins mais, également, pour aider, prévenir, informer. Les professions médicales rassemblent les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Les professions paramédicales concernent le domaine des soins (infirmiers, aides-soignants), de la rééducation (masseurs kinésithérapeutes, psychomotriciens), celui de l'appareillage (audioprothésistes, prothésistes dentaires) et celui de l'assistance technique (techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie). Enfin, les pharmaciens sont des professionnels de santé qui occupent une place spécifique.

En dehors des médecins, les professions les plus importantes par leurs effectifs sont : les infirmiers (près de 390 000 en 2000 en France métropolitaine), les pharmaciens (59 700), les masseurs-kinésithérapeutes (53 400), les chirurgiens-dentistes (40 800), les sages-femmes (14 700) et les orthophonistes (14 000). Ces professions présentent des caractéristiques différentes en terme d'évolution démographique et en terme de mode d'exercice, libéral ou salarié.

Entre 1990 et 2000, la croissance des effectifs a été particulièrement marquée pour les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les sages-femmes, de l'ordre de 35 %. Pour les infirmiers, la progression a été de 26 %, pour les pharmaciens de 14 % et pour les chirurgiens-dentistes de 7 %.

Dans certaines de ces professions, l'exercice libéral domine : c'est le cas des chirurgiens-dentistes dont 93 % ont une activité exclusivement ou partiellement libérale et des masseurs-kinésithérapeutes (77 %). A l'inverse, les infirmiers et les sages-femmes exercent beaucoup plus rarement à titre libéral (respectivement 15 % et 14 %).

Une comparaison internationale réalisée en 1994, entre l'Allemagne, le Canada, les États-Unis, la France, le Québec et le Royaume-Uni, montre que, quel que soit le pays, les infirmiers "qualifiés" (y compris les sages-femmes) représentent le groupe numériquement le plus important parmi les professionnels de santé. Avec 610 infirmiers pour 100 000 habitants, la France se situe à un niveau intermédiaire. La progression des effectifs infirmiers a été importante dans tous les pays de 1980 à 1987 ; elle s'est plus ou moins fortement ralentie de 1987 à 1994, à l'exception des États-Unis où les effectifs ont continué de progresser de manière importante.

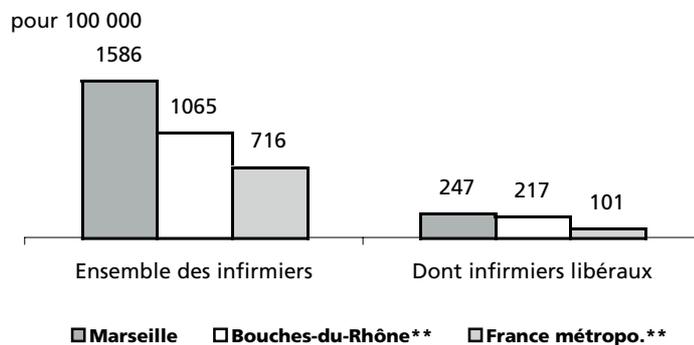
En 1994, la densité de pharmaciens variaient entre 54 pour 100 000 (en l'Allemagne) et 93 pour 100 000 (en France). De 1980 à 1994, la densité de pharmaciens a progressé dans tous les pays sauf aux États-Unis où elle est restée stable.

En 1994, les écarts de densités de chirurgiens-dentistes, variaient du simple à plus du double, entre le Royaume-Uni et l'Allemagne (respectivement 34 et 73 pour 100 000 habitants). La France affiche une densité de 69 pour 100 000 habitants. De 1980 à 1994, la densité de chirurgiens-dentistes a progressé dans tous les pays. Les plus fortes augmentations se retrouvent en Allemagne et au Québec (33 et 29 %). La France a enregistré une augmentation de 16 %.

Situation à Marseille : faits marquants

- A Marseille, les densités d'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, chirurgiens-dentistes et sages-femmes sont très supérieures aux densités nationales.
- Avec 71,5 pharmaciens pour 100 000 habitants, la densité de pharmaciens est inférieure à celle du département et de la France.

1. DENSITÉ D'INFIRMIERS* EN JUIN 2003 (NOMBRE D'INFIRMIERS POUR 100 000 HABITANTS)



Par professionnels libéraux, on entend libéraux exclusifs et partiels.

* Infirmiers diplômés d'Etat et infirmiers du secteur psychiatrique

** Au 1er janvier 2003

Sources : DRASS, DREES, INSEE

2. EFFECTIFS ET DENSITÉ D'INFIRMIERS* SELON LE MODE D'EXERCICE EN JUIN 2003

	Marseille		Bouches-du-Rhône**	France métrop.**
	Effectifs	Densité***	Densité***	Densité***
Salariés exclusifs	10 794	1 339,7	848,5	615,7
Libéraux exclusifs et partiels	1 988	246,7	216,8	100,6
Total infirmiers	12 782	1 586,4	1 065,3	716,3

* Infirmiers diplômés d'Etat et infirmiers du secteur psychiatrique

** Au 1er janvier 2003

*** Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants

Sources : DRASS, DREES, INSEE

3. EFFECTIFS ET DENSITÉ DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES SELON LE MODE D'EXERCICE EN JUIN 2003

	Marseille		Bouches-du-Rhône*	France métrop.*
	Effectifs	Densité**	Densité**	Densité**
Salariés exclusifs	210	26,1	18,6	20,7
Libéraux exclusifs et partiels	1 139	141,4	129,1	75,6
Total masseurs-kinésithérapeutes	1 349	167,4	147,7	96,3

* Au 1er janvier 2003

** Nombre de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants

Sources : DRASS, DREES, INSEE

4. EFFECTIFS ET DENSITÉ D'ORTHOPHONISTES SELON LE MODE D'EXERCICE EN JUIN 2003

	Marseille		Bouches-du-Rhône*	France métrop.*
	Effectifs	Densité**	Densité**	Densité**
Salariés exclusifs	69	8,6	5,7	5,1
Libéraux exclusifs et partiels	330	41,0	35,4	20,0
Total orthophonistes	399	49,5	41,1	25,1

* Au 1er janvier 2003

** Nombre d'orthophonistes pour 100 000 habitants

Sources : DRASS, DREES, INSEE

5. NOMBRE ET DENSITÉ DE PHARMACIENS EN JUIN 2003

	Marseille		Bouches-du-Rhône*	France métropo.*
	Effectifs	Densité**	Densité**	Densité**
Total pharmaciens	576	71,5	136,6	108,1

* Au 1er janvier 2003

** Nombre de pharmaciens pour 100 000 habitants

Sources : DRASS, DREES, INSEE

6. NOMBRE ET DENSITÉ DE CHIRURGIENS-DENTISTES SELON LE MODE D'EXERCICE EN JUIN 2003

	Marseille		Bouches-du-Rhône*	France métropo.*
	Effectifs	Densité**	Densité**	Densité**
Salariés exclusifs	72	8,9	6,6	4,9
Libéraux exclusifs et partiels	786	97,6	85,0	63,8
Total chirurgiens-dentistes	858	106,5	91,6	68,8

* Au 1er janvier 2003

** Nombre de chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants

Sources : DRASS, DREES, INSEE

7. NOMBRE ET DENSITÉ DE SAGES-FEMMES SELON LE MODE D'EXERCICE EN JUIN 2003

	Marseille		Bouches-du-Rhône*	France métropo.*
	Effectifs	Densité**	Densité**	Densité**
Salariés exclusifs	261	132,2	104,2	92,9
Libéraux exclusifs et partiels	61	30,9	27,5	15,7
Total sages-femmes	322	163,0	131,7	108,6

* Au 1er janvier 2003

** Nombre de sages-femmes pour 100 000 habitants

Sources : DRASS, DREES, INSEE

CALCUL DES DENSITÉS

Les densités à Marseille ont été calculées par le rapport du nombre de professionnels exerçant sur la commune de Marseille (en juin 2003) sur la population de Marseille (recensement de 1999). On peut cependant supposer que les professionnels de Marseille drainent une population plus étendue que celle de la commune. Il convient donc d'interpréter avec prudence les fortes densités de la commune

2.4 Les urgences

Contexte national

L'organisation de la prise en charge médicale des urgences en France repose sur un réseau d'intervenants publics et privés, régulée par les services d'aide médicale d'urgence (SAMU). Dans le secteur public, la prise en charge des urgences ressenties est assurée par les SAMU et les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les services d'accueil et de traitement des urgences des hôpitaux publics, les sapeurs pompiers, les centres antipoison, la police et la gendarmerie. Dans le secteur privé, il s'agit des médecins libéraux, des ambulanciers, des établissements privés de soins et des associations humanitaires.

Afin d'améliorer l'accès de la population aux services d'urgence et de faire la jonction entre les différents partenaires, les SAMU se sont dotés peu à peu d'un centre de réception et de régulation des appels (CRR), encore appelé "centre 15". Celui-ci existe dans tous les départements, offre à la population un accès facile à un médecin régulateur, libéral ou hospitalier et permet une meilleure orientation des réponses selon la demande du patient.

L'acheminement médicalisé vers les unités d'accueil et de traitement des urgences des hôpitaux est essentiellement du ressort des SMUR et des sapeurs pompiers. En 1997, 347 SMUR étaient répartis sur le territoire français. Les sapeurs pompiers quant à eux comptent un effectif important de volontaires et de professionnels mobilisables selon les besoins. Le nombre et la répartition des centres de secours (plus de 7900 en 1996) donnent aux sapeurs pompiers les atouts de la proximité et de la rapidité. Ils jouent un rôle important dans le domaine des premiers secours, notamment en cas d'accidents de la circulation, pour lesquels ils sont les seuls à disposer de moyens de désincarcération. Les médecins libéraux et les associations de médecins urgentistes participent dans la plupart des régions au fonctionnement des CRR.

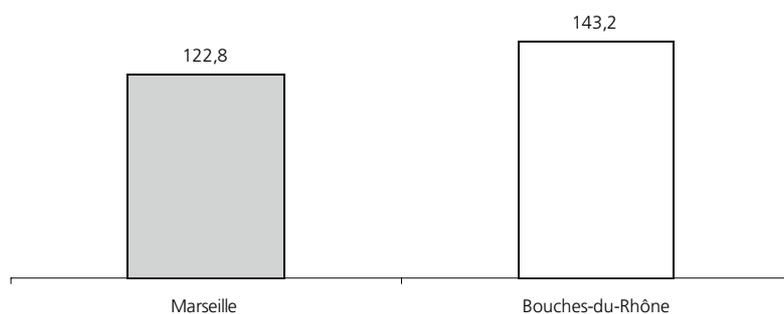
En 1996, on dénombrait en France 678 unités d'accueil et de traitement des urgences dans les hôpitaux, ayant enregistré plus de 10 millions de passages, suivis dans 30 % des cas par une hospitalisation. Il faut cependant considérer avec prudence ces statistiques car certaines urgences ne transitent pas par ces services d'accueil en urgence. De plus, une forte proportion des passages correspond à des patients qui présentent des affections qui auraient pu être traitées en dehors du contexte des urgences.

Depuis 1997, le décret relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé prévoit la révision et l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire des urgences afin d'indiquer les orientations en vue d'assurer une répartition géographique homogène des installations. Les textes précisent notamment la gradation de l'offre de soins en matière d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements. Ils définissent les conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins "accueil et traitement des urgences". Le décret régit aussi l'organisation des SMUR, ainsi que leur conditions techniques de fonctionnement. Enfin, lors de situations d'urgence impliquant de nombreuses victimes, le Préfet de région peut déclencher un Plan rouge qui mobilise tous les partenaires précédemment cités, auxquels se rajoute la Croix-Rouge française.

Situation à Marseille : faits marquants

- En 2002, le SAMU 13 / Centre 15 a traité 122,8 affaires pour 1 000 habitants à Marseille, un taux légèrement inférieur à celui du département (143,2 ‰). Au niveau du département, le nombre d'affaires traitées par le centre 15 est en augmentation ces dernières années.
- En 2002, plus de 40 % des affaires traitées par le SAMU à Marseille ont donné lieu à une information ou un conseil médical. Les marins pompiers et les médecins libéraux ont été respectivement impliqués dans 34,7 % et 7,3 % des affaires.
- Les SMUR de Marseille ont effectué 12 649 sorties en 2000, les trois quarts étant des sorties primaires.
- Le taux de passage et la proportion d'hospitalisations dans les services d'accueil et de traitement des urgences du secteur privé de Marseille sont plus élevés que dans les services privés au niveau national. Dans le secteur public, les situations à Marseille et au niveau national sont comparables.
- Près de 80 % des sorties des marins pompiers de Marseille concernent des interventions sanitaires, 73,5 % étant des secours à victime.
- L'association SOS Médecins de Marseille a effectué près de 68 000 visites en 2002.

1. ACTIVITÉ DE RÉGULATION DU SAMU 13 / CENTRE 15 À MARSEILLE ET DANS LE DÉPARTEMENT EN 2002 (NOMBRE D'AFFAIRES TRAITÉES POUR 1 000 HABITANTS)



Sources : SAMU 13 / Centre 15, DREES, INSEE

2. TRAITEMENT DES AFFAIRES PAR LES SAMU

(en %)	Marseille 2002*	PACA 1998	France métropo. 1998
Information, conseil médical (donné par le standard)	43,7	36,8	35,8
Recours aux médecins libéraux	7,3	16,0	18,0
Recours aux sapeurs pompiers	34,7	29,0	23,3
Sortie SMUR	8,8	12,9	12,3
Recours aux ambulanciers	5,5	4,4	7,8
Autres types de réponses	/	1,0	2,8

* % parmi l'ensemble des décisions connues

Sources : SAMU 13 / Centre 15, DREES

3. ACTIVITÉ DES SMUR EN 2000

	Marseille		France métropo.
	Nb	Taux*	Taux*
Sorties primaires	9 575	11,9	8,2
Sorties secondaires	3 074	3,8	2,3
Total des sorties	12 649	15,7	10,5

* Taux pour 1 000 habitants

Sortie primaire : sortie effectuée par le SMUR du lieu de détresse vers un établissement de soins.
Sortie secondaire : sortie effectuée par le SMUR d'un établissement de soins vers un autre.

Source : DREES SAE

ACTIVITÉ DU SMUR DE MARSEILLE DURANT LES SIX PREMIERS MOIS 2003

SORTIES PRIMAIRES

- 4 981 interventions en six mois.

Deux des six antennes SMUR de Marseille (Timone - Plombières) assurent 41 % des interventions et 40 % des interventions concernent cinq arrondissements (8ème, 9ème, 13ème, 14ème et 15ème).

- 55 % des patients ont plus de 60 ans et 92 % des affections sont médicales, la traumatologie ne représentant que 9,7 % des sorties.

- 20 % des patients ne sont pas transportés : 10 % pour cause de décès, 8 % pour cause de traitement sur place et 2 % pour cause de fuite ou de refus.

SORTIES SECONDAIRES

- 2 292 interventions en six mois, dont 275 concernant la néonatalogie.

- 54 % des transferts inter hospitaliers ont eu lieu entre des établissements de Marseille.

Source : SAMU 13/Centre 15 - CHR Timone

4. ACTIVITÉ DES SERVICES D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DES URGENCES DANS LES HÔPITAUX DE MARSEILLE EN 2000

	Taux de passage*			Proportion d'hospitalisations (%)**		
	Marseille	Bouches-du-Rhône	France métropo.	Marseille	Bouches-du-Rhône	France métropo.
Etablissements publics	176,5	188,9	188,0	21,5	19,7	26,7
Etablissements privés	53,0	42,4	25,2	21,0	18,8	12,6
Ensemble des établissements	229,6	231,3	213,2	21,4	19,5	24,5

* Nombre de passages aux urgences pour 1 000 habitants.

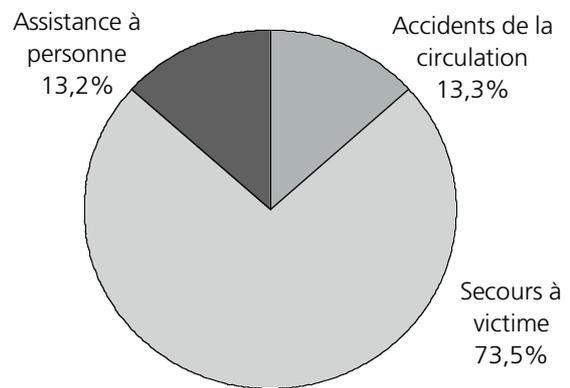
Pour Marseille, le taux est calculé en utilisant la population du bassin d'attraction des établissements de Marseille (source : DRASS).

** Proportion des personnes hospitalisées dans l'établissement ou orientées vers un autre, au mois d'octobre, sur l'ensemble des passages du mois.

Source : DREES SAE

5. ACTIVITÉ SANITAIRE DES MARINS POMPIERS DE MARSEILLE EN 2002

% parmi l'ensemble des sorties sanitaires, celles-ci représentant 76,7 % des sorties des marins pompiers en 2002.



Assistance à personne : personne enfermée, tombée dans une excavation par exemple.
Secours à victime : intoxications, accident du travail, de loisirs par exemple.

Source : Bataillon des marins pompiers de Marseille

6. ACTIVITÉ DE SOS MÉDECINS À MARSEILLE EN 2002

Nb de médecins	36
Nb de visites effectuées	67 652

Source : SOS Médecins Marseille

2.5 La psychiatrie hospitalière

Contexte national

Les troubles mentaux constituent un problème de santé publique majeur tant par les soins qu'ils nécessitent que par les handicaps et les invalidités qu'ils génèrent. Depuis les années 60, la politique de santé mentale a profondément évolué en France et en Europe et les progrès enregistrés par la thérapeutique psychiatrique ont eu une influence indiscutable en rendant possible le traitement ambulatoire ou en hospitalisation partielle (jour ou nuit) de nombreux patients jusqu'alors maintenus longtemps en hospitalisation.

Au cours de ces dernières années, l'évolution de la psychiatrie hospitalière a été marquée par une diminution de la capacité (qui est passée de 129 500 lits ou places en 1985 à 97 000 en 1999) et un développement de l'hospitalisation partielle qui représentait 27,7 % du total des lits ou places d'hospitalisation en Psychiatrie en 1999, contre 11,7 % en 1985. Actuellement, la tendance est à la diversification des modes de soins par le développement de structures extrahospitalières et la pluralité des lieux d'interventions, à l'intensification des prestations psychiatriques dans les hôpitaux généraux et au développement des programmes de réadaptation et de réinsertion sociale des malades mentaux.

Aujourd'hui, l'offre de soins spécialisés en santé mentale repose sur un dispositif très diversifié, tant au niveau des établissements publics et privés que des professionnels. En ce qui concerne le secteur public, il s'agit de centres hospitaliers spécialisés, de services de Psychiatrie dans les établissements de santé, et d'hôpitaux Psychiatriques privés faisant fonction de publics. Pour le secteur privé, il s'agit des établissements de lutte contre les maladies mentales (cliniques et foyers de postcure) et des cliniques générales ayant des services de psychiatrie. Toutefois, une part non négligeable de patients est prise en charge hors de ce système. En effet, une enquête de morbidité en court séjour, effectuée en 1993 a montré que 2,3 % de ces hospitalisations concernaient des troubles mentaux.

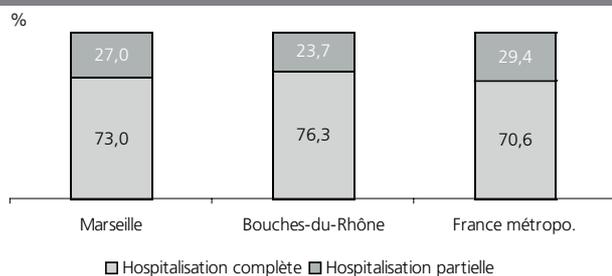
Le dispositif public de soins psychiatriques est organisé en secteurs. En 1997, la France est divisée en 822 secteurs de Psychiatrie générale (pour les adultes), qui desservent environ 73 000 habitants et 320 secteurs de Psychiatrie infanto-juvénile qui en desservent 188 000. Chaque secteur est doté d'une équipe pluridisciplinaire et de moyens variés : hospitalisation complète et partielle, accueil et soins ambulatoires en centres médico-psychologiques, appartements thérapeutiques, familles d'accueil...

Pour améliorer la planification des structures dans ce domaine, une démarche de concertation a été définie par le législateur dans les années 1985-1986, associant toutes les parties concernées autour des Conseils Départementaux de Santé Mentale. Des schémas régionaux d'organisation de la Psychiatrie établis par l'Agence Régionale d'Hospitalisation, ont été mis en place au cours de la dernière décennie. Leurs révisions sont engagées dans certaines régions.

Situation à Marseille : faits marquants

- La part des lits d'hospitalisation partielle en psychiatrie publique et privée est légèrement inférieure à Marseille (27 %) par rapport au niveau national (29,4 %).
- La moitié des lits d'hospitalisation complète en psychiatrie se trouve dans les cliniques.
- Le taux d'équipement est plus élevé à Marseille qu'au niveau national pour la psychiatrie générale, mais est inférieur pour la psychiatrie infanto-juvénile.
- Entre 1998 et 2000, le nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie a augmenté de 5 % dans le secteur public et de 7 % dans le secteur privé.
- Entre 1998 et 2000, les durées moyennes de séjour ont diminué dans les deux secteurs. La durée moyenne de séjour reste très supérieure dans le secteur privé (49 jours contre 27 jours dans le secteur public).

1. RÉPARTITION DES LITS ET PLACES EN HOSPITALISATION COMPLÈTE ET PARTIELLE EN PSYCHIATRIE PUBLIQUE ET PRIVÉE EN 2000



Source : DREES SAE

2. CAPACITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE PSYCHIATRIE PUBLIQUE ET PRIVÉE À MARSEILLE EN 2000

Catégories d'établissements			Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
CHS	Lits/places		468	466
		% dans la catégorie	50,1	49,9
SPHG	Lits/places		320	132
		% dans la catégorie	70,8	29,2
Clinique	Lits/places		868	15
		% dans la catégorie	98,3	1,7
Total	Lits/places		1 656	613
		% dans la catégorie	73,0	27,0

CHS : Centre hospitalier public spécialisé en psychiatrie
 SPHG : Service de psychiatrie des hôpitaux généraux publics

Source : DREES SAE

3. NOMBRE DE LITS ET TAUX D'ÉQUIPEMENT EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE ET INFANTO-JUVÉNILLE (SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ) À MARSEILLE EN 2000

	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto-juvénile	Total
Hospitalisation complète	1 640	16	1 656
Hospitalisation partielle	506	107	613
Total	2 146	123	2 269
Taux* Marseille**	2,33	0,69	
Taux* France métropo.	1,31	0,87	

* Nombre de lits pour 1 000 habitants

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, les taux sont calculés sur la population de 0 à 16 ans inclus.

** Taux calculé en utilisant la population du bassin d'attraction des établissements de Marseille (source DRASS).

Sources : DREES SAE, INSEE

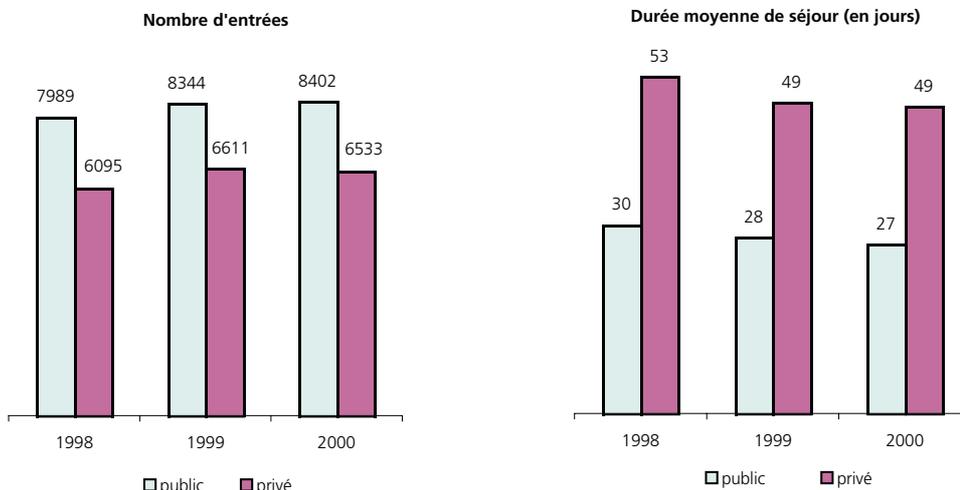
4. ACTIVITÉ EN HOSPITALISATION COMPLÈTE EN PSYCHIATRIE PUBLIQUE ET PRIVÉE À MARSEILLE EN 2000

Catégories d'établissements	Durée moyenne de séjour (en jours)		
	Marseille	Bouches-du-Rhône	France métropo.
CHS	36	30	32
SPHG	19	20	24
HPP	/	/	39
Cliniques	49	48	39
Total	36	34	31

CHS : Centre hospitalier public spécialisé en psychiatrie
 SPHG : Service de psychiatrie des hôpitaux généraux publics
 HPP : Hôpitaux psychiatriques privés faisant office de public

Source : DREES SAE

5. ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ENTRÉES ET DE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN HOSPITALISATION COMPLÈTE EN PSYCHIATRIE PUBLIQUE ET PRIVÉE À MARSEILLE



Source : DREES SAE

3.1 Autour de la **grossesse**

Contexte **national**

En 2000, avec un total de 812 149 nouveau-nés, la natalité a augmenté légèrement en France par rapport à 1998. Le redressement amorcé fin 1994 se maintient depuis 6 ans. L'indice conjoncturel de fécondité a atteint 1,9 enfants en 2001. Pour l'ensemble de l'Union Européenne, il est proche de 1,45 enfants par femme depuis 1993. Les indicateurs les plus faibles d'Europe sont en Espagne et en Italie avec 1,2 enfants par femme.

En France, les grossesses sont d'une façon générale de plus en plus tardives. L'âge moyen à la maternité était de 29,3 ans en 1998, soit un an de plus qu'en 1990. Cette évolution est due à deux mouvements simultanés de la fécondité : une baisse chez les femmes avant 30 ans (particulièrement chez les 20-24 ans), une augmentation chez les femmes après 30 ans.

Le suivi des femmes enceintes s'est beaucoup amélioré notamment avec le développement de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Créée en 1945 pour lutter contre une mortalité infantile importante, la PMI a mis l'accent, dès les années 60, sur la prévention et la détection précoce des déficiences invalidantes, dont beaucoup étaient consécutives à une grossesse ou à une naissance perturbée. À partir des années 70, s'est développée une politique périnatale où les services de PMI ont joué un rôle essentiel. C'est notamment le cas pour le repérage et la prise en charge des familles en difficultés psycho-socio-éducatives.

D'après l'enquête nationale sur la périnatalité de 1998, la majorité des femmes bénéficie des sept examens prénatals obligatoires mais elles sont 1 % à avoir eu moins de 4 consultations et 6,5 % à n'avoir pas consulté l'équipe responsable de l'accouchement.

Parallèlement, les techniques de diagnostic anténatal sont de plus en plus précises et la prise en charge de la stérilité s'est développée, notamment l'assistance médicale à la procréation. Le développement de ces techniques pose un certain nombre de problèmes. La loi du 29 juillet 1994 concernant la bioéthique donne un cadrage à certains d'entre eux.

La mortalité maternelle se situe à un niveau très faible dans les pays développés. En 1995-97, en France, le nombre de décès annuel ayant pour causes des complications de grossesse, d'accouchement ou de suites de couches était de 78, ce qui équivaut à un taux de mortalité maternelle de 10,7 décès pour 100 000 naissances, ce chiffre étant probablement sous-estimé.

Enfin, en 1998, environ 214 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France soit 6 % de plus qu'en 1990. Le recours à l'IVG est plutôt stable au-delà de 25-26 ans alors qu'il augmente chez les plus jeunes. La loi actualisant l'IVG et la contraception par rapport à la législation du 17 janvier 1975 préconise de porter le délai légal de l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse et d'aménager l'autorisation parentale pour les mineures.

Situation à *Marseille* : **faits marquants**

· *A Marseille, on a compté 567 naissances supplémentaires en 2000 par rapport à l'année précédente. Le nombre de naissances enregistrées et domiciliées s'est maintenu à un niveau élevé en 2001.*

· *La proportion de mères de moins de 18 ans est légèrement plus élevée à Marseille que dans le département, comme la proportion de mères sans profession.*

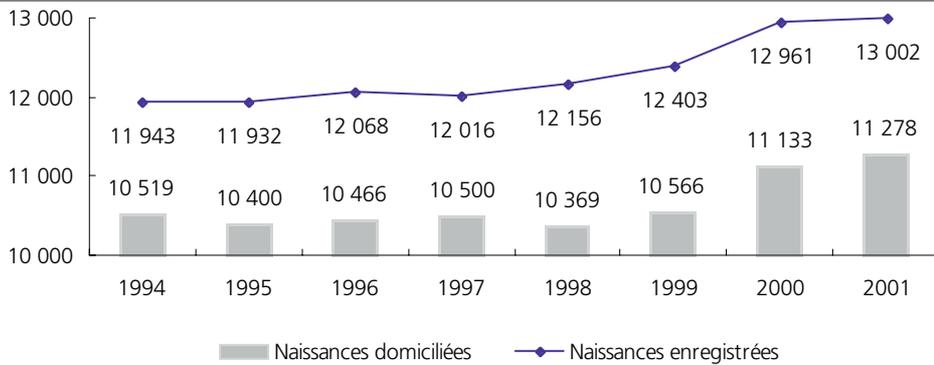
· *Entre 1998 et 2001, le taux de fécondité a augmenté pour toutes les classes d'âge, hormis pour les 25-29 ans, qui représentent 30 % des naissances en 2001.*

· *A Marseille, le taux de césariennes est nettement supérieur au taux national : 21,9 % contre 17,4 %. La tendance est cependant à la stabilisation : -0,4 % entre 1999 et 2000. Ces chiffres reflètent en partie l'activité des services de gynécologie obstétrique marseillais qui ont tendance à regrouper les grossesses à risque des communes avoisinantes.*

· *Le taux d'IVG enregistrées pour 100 conceptions est en augmentation depuis 1997 à Marseille et dans les Bouches-du-Rhône : +11,7 % et +8,7 % respectivement. Cette tendance est contraire à la situation nationale qui semble stabilisée.*

· *Le taux d'IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer est légèrement plus élevé à Marseille que dans le département et la région. Cette différence résulte de taux plus élevés à Marseille chez les femmes âgées de plus de 25 ans.*

1. EVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES ET DOMICILIÉES À MARSEILLE DE 1994 À 2001



Naissances domiciliées : naissances comptabilisées au domicile de la mère. Les naissances domiciliées à Marseille comprennent tous les enfants dont la mère habite à Marseille, que cette dernière y ait accouché ou non.

Naissances enregistrées : naissances comptabilisées là où elles ont eu lieu, quel que soit le domicile de la mère. Les naissances enregistrées à Marseille concernent les enfants dont la mère a accouché à Marseille, qu'elle y habite ou non.

Sources : INSEE Etat civil, Direction Etat Civil Central de la ville de Marseille

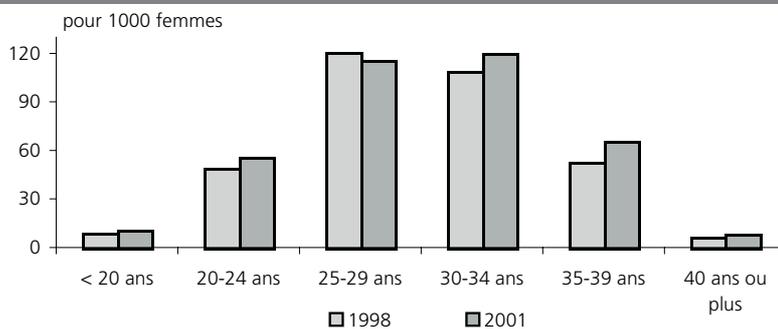
2. STRUCTURE D'ÂGE DES MÈRES À MARSEILLE EN 2001

	Effectifs Marseille	% Marseille	% Bouches-du-Rhône
< 18 ans	84	0,9	0,7
18-37 ans	8 915	91,3	92,2
38 ans et plus*	765	7,8	7,1
Total	9 764	100,0	100,0

* Dans les statistiques ministérielles, l'âge de 37 ans constitue une limite de classe d'âge en raison du remboursement systématique de l'amniocentèse à partir de cet âge. En effet, dans le cadre du dépistage de la trisomie 21, l'amniocentèse est un examen remboursé à 100 % lorsque le risque de porter un enfant atteint de trisomie 21 est jugé élevé, comme ceci est le cas chez les femmes âgées de plus de 37 ans.

Source : Certificats du 8ème jour - Conseil général - Direction de la PMI et de la santé

3. TAUX* DE FÉCONDITÉ PAR ÂGE À MARSEILLE EN 1998 ET 2001



* Pour la classe des moins de 20 ans, le taux est calculé en utilisant la population féminine âgée de 15 à 19 ans. Pour la classe des 40 ans ou plus, le taux est calculé en utilisant la population féminine âgée de 40 à 49 ans.

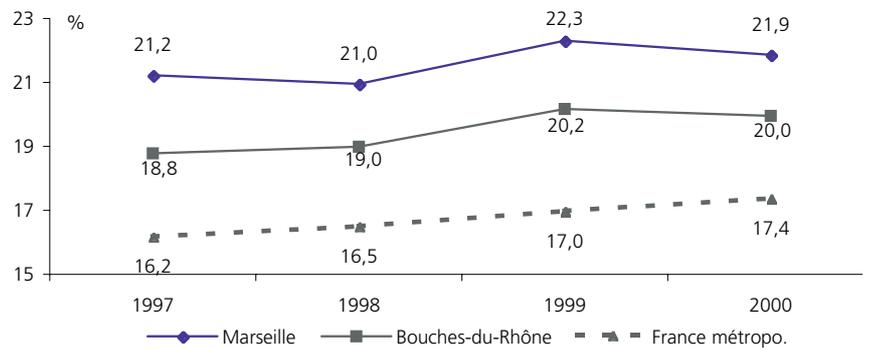
Source : INSEE

4. ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DES MÈRES EN 2001

(en %)	Marseille	Bouches-du-Rhône
Sans profession	37,3	31,8
Ouvriers ou employés	27,4	30,5
Autres catégories socio-professionnelles	35,3	37,7

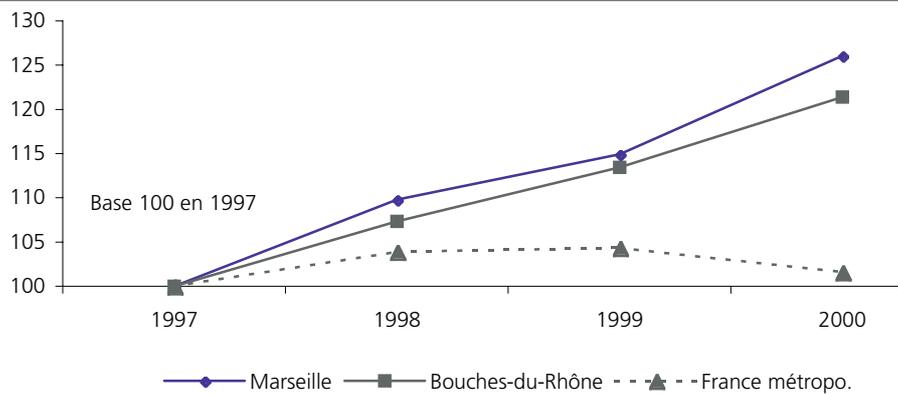
Source : Certificats du 8ème jour - Conseil général - Direction de la PMI et de la santé

5. ÉVOLUTION DU TAUX DE CÉSARIENNES (SECTEUR PUBLIC ET PRIVÉ)
(NOMBRE DE CÉSARIENNES POUR 100 ACCOUCHEMENTS)



Source : DREES SAE

6. ÉVOLUTION DU TAUX D'IVG* ENREGISTRÉES POUR 100 CONCEPTIONS DE 1997 À 2000



* Interruptions thérapeutiques de grossesse comprises

Source : DREES SAE

7. TAUX D'IVG DOMICILIÉES* PAR ÂGE EN 2001

	Marseille		Bouches-du-Rhône		PACA	
	Nb	Tx**	Nb	Tx**	Nb	Tx**
< 18 ans	155	11,4	371	10,9	917	11,3
18-24 ans	1 323	34,2	2 817	32,6	6 396	34,7
25-34 ans	2 227	37,5	4 548	34,5	10 501	34,2
35-44 ans	1 166	20,1	2 386	17,4	5 769	17,4
45 ans et +	128	4,6	215	3,2	330	2,0
Total	4 999	25,3	10 337	22,6	23 913	22,4

* IVG réalisées dans les établissements situés en PACA chez des femmes domiciliées sur la commune de Marseille, dans les Bouches-du-Rhône ou en PACA.

** Taux pour 1 000 femmes de la classe d'âge.

Pour la classe des moins de 18 ans, la population utilisée est celle des 15-17 ans.

Pour la classe des 45 ans et plus, la population utilisée est celle des 45-49 ans.

Source : PMSI 2001

LES IVG : COMPLÉMENTS D'INFORMATION

Malgré la généralisation de la contraception, on dénombre, en France, environ 10 000 grossesses non désirées par an chez les adolescentes (dont 60 % se soldent par une IVG) et 400 000 chez les adultes (dont 50 % d'IVG) [1]. Par ailleurs, la région PACA figure parmi les régions réputées pour connaître un taux d'IVG particulièrement élevé [2]. Depuis 1990, l'effectif des IVG ne cesse d'augmenter dans cette région et seul le département du Vaucluse ne présente pas de taux supérieur au niveau national.

Le premier motif de recours à l'IVG semble être lié à la situation socioprofessionnelle. Dans une récente étude menée auprès de 103 femmes allant avoir recours à une IVG, 40 % des IVG étaient motivées par une situation de précarité (difficultés économiques ou formation professionnelle non-terminée). Venaient ensuite des motifs liés au partenaire, à l'âge, à des problèmes de santé ou à la culture et à la religion [3].

Chez les adolescentes, la fréquence des grossesses semble s'être stabilisée après avoir diminué de 1980 à 1990, mais, parallèlement, la fréquence des IVG a légèrement augmenté. Dans la région PACA, en 2000, plus d'une fille de 14-17 ans sur 100 a été confrontée à une grossesse non désirée et dans 3 cas sur 4, cette grossesse s'est soldée par une IVG. Dans cette population, certaines particularités sont à noter. Les adolescentes recourent à l'IVG à un âge gestationnel un peu plus élevé que la moyenne des femmes, sans doute du fait d'un accès à l'information plus difficile. De plus, la fréquence de recours à l'IVG est plus élevée chez les jeunes filles issues de milieux sociaux défavorisés [4].

Concernant la prise en charge des IVG, la région PACA semble souffrir d'un manque de moyens, de reconnaissance du travail des équipes et d'information des professionnels. La mise en place de l'IVG médicamenteuse de ville prévue par la loi du 4 juillet 2001 pourrait soulager la pression sur les établissements, améliorer l'accès des femmes à l'IVG et réduire les délais de prise en charge [5]. Il est toutefois important de sensibiliser les médecins aux problématiques de la contraception et des grossesses [4, 6].

[1] Toulemon L., Leridon H. (1992). Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements. *Population* 47: 1-46

[2] Jeandet-Mengual E. (2002). Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

[3] Perrin E., Bianchi-Demicheli F. (2001). L'interruption volontaire de grossesse à l'intersection de différentes problématiques sociologiques.

[4] Bajos N., Leridon H. (2000). Contraception, IVG et santé publique. in *La santé en France 2002*. HCSP

[5] ANAES. (2001). Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Services de recommandations et références professionnelles: 90

[6] Rosenberg M., Waught M. (1999). Causes and consequences of oral contraceptive non compliance. *Am J Obstet Gynecol* 180: S276-279.

3.2 La santé de l'enfant

Contexte national

Les travaux récents, tels le "Baromètre santé jeunes 97-98" réalisé par le Comité Français d'Education pour la Santé, confirment que les jeunes, dans leur très grande majorité, sont en bonne santé. Cependant, il ne faut pas oublier que c'est pendant l'enfance et l'adolescence que s'acquièrent les habitudes et les comportements qui détermineront l'état de santé à l'âge adulte : habitudes alimentaires, consommation d'alcool ou de tabac, comportements de protection lors des relations sexuelles ...

Parmi les maladies de l'enfant, les pathologies infectieuses de la sphère ORL et pulmonaire, les affections bucco-dentaires et certains accidents sont très fréquents mais ces affections sont le plus souvent bénignes. Cependant, en raison de leur grand nombre, elles occasionnent des recours aux soins importants.

Les hospitalisations des enfants de moins de 16 ans sont moins fréquentes qu'à l'âge adulte : selon la dernière enquête sur la santé et la protection sociale réalisée par le CREDES en 1998, le taux d'hospitalisation était de 2,1 % pour les moins de 16 ans alors qu'il est de 3,2 % sur l'ensemble de la population. Il est plus élevé avant 10 ans chez les garçons (2,7 %) que chez les filles (1,7 %).

La mortalité des enfants se concentre principalement sur la première année de vie : les 3 384 décès enregistrés à cet âge en 1997 sont principalement les conséquences des affections congénitales et des affections d'origine périnatale. La fréquence des morts subites du nourrisson a considérablement diminué ces dernières années. La mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'un an) a décliné également en France de manière considérable, passant de 18,2 pour 1 000 naissances vivantes en 1970 à 4,7 en 1997.

Entre 1 et 4 ans, les décès sont peu nombreux (773 en 1997), mais ils n'en sont pas moins lourds de conséquences tant pour les familles que pour la collectivité. Les décès à cet âge sont dus principalement à des accidents (un tiers des cas) puis à des tumeurs ou des anomalies congénitales. Chez les enfants de 5 à 14 ans, les deux tiers des 1 051 décès enregistrés en 1997 étaient dus à des accidents (de la route principalement) et à des tumeurs (notamment les leucémies).

Par ailleurs, la maîtrise de nombreuses maladies infectieuses ne doit pas occulter certaines insuffisances, notamment dans la couverture vaccinale des enfants. C'est, par exemple, le cas de la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (vaccin ROR) pour laquelle, depuis 1990, les pouvoirs publics ont entrepris des campagnes nationales d'information et d'incitation à la vaccination. Ainsi, la proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole, lors de la visite du 24^e mois, est passée de 22 % en 1983 à 83 % en 1997. La même année, 90 % des enfants de 6 ans étaient vaccinés contre cette maladie. Ce résultat reste cependant loin de l'objectif de 95 % d'enfants vaccinés pour obtenir l'éradication de cette maladie. Des études ayant montré un risque important de survenue d'épidémies de rougeole dans les années à venir, le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique a modifié le calendrier vaccinal et recommande une seconde vaccination ROR pour tous les enfants entre 3 et 6 ans et un rattrapage entre 11 et 13 ans pour les enfants qui n'ont pas bénéficié de la vaccination auparavant.

Situation à Marseille : faits marquants

· Sur la période 1998-1999, la mortalité infantile à Marseille était de 4,2 ‰. Ce taux est légèrement inférieur au taux national (4,5 ‰ sur la période 1998-2000). La mortalité néonatale est légèrement inférieure à la moyenne nationale alors que la mortalité post-néonatale est au même niveau.

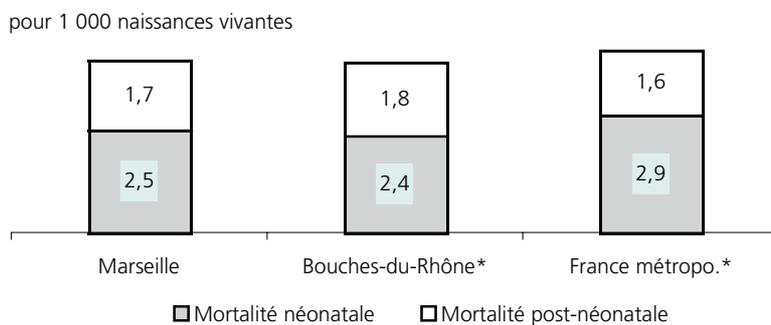
· Marseille présente un taux de prématurité et de naissances de petit poids légèrement supérieurs aux taux départementaux.

· Avant l'âge d'un an, les affections d'origine périnatale représentent la première cause de décès à Marseille comme en France. Au delà, entre 1 et 15 ans, les décès par traumatismes et empoisonnements sont les plus nombreux. Une diminution de la mortalité est observée entre 1988-1990 et 1997-1999 chez les moins de 5 ans (voir fiche 1.3) quelle que soit la cause.

Par contre, le taux de mortalité par accidents n'a pas diminué chez les enfants âgés de 5 à 14 ans.

· Les maladies mentales, qui concernent deux fois plus de garçons que de filles, représentent la première cause d'admission en Affection Longue Durée chez les 0-15 ans sur la période 2001-2002. Les scoliozes, qui touchent au contraire 7 fois plus de filles que de garçons, sont la deuxième cause d'admission en ALD chez les filles de moins de 15 ans.

1. TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE POUR 1 000 NAISSANCES VIVANTES À MARSEILLE EN 1998-1999

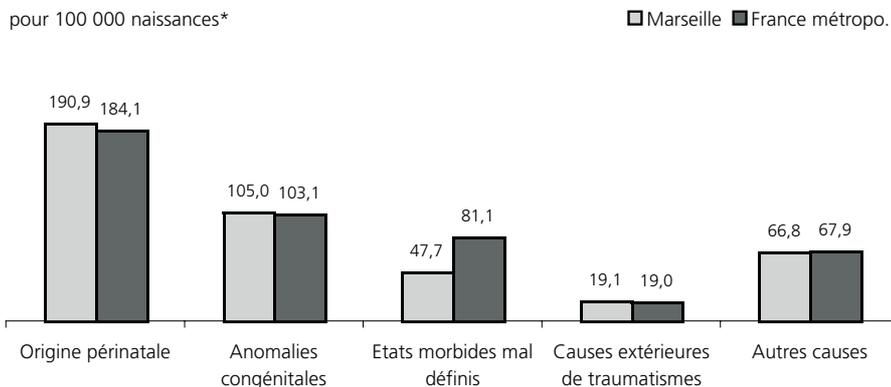


* Sur la période 1998-2000

Source : INSEE

La mortalité infantile est le quotient des décès d'enfants de moins d'un an, rapporté aux naissances vivantes de l'année. La somme de la mortalité néonatale (décès d'enfants de moins de 28 jours) et de la mortalité post-néonatale (décès d'enfants âgés d'un mois à un an) constitue la mortalité infantile.

2. TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN PAR GRANDE CAUSE EN 1997-1999



* Nombre de naissances annuel moyen sur la période 1997-1999

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

3. DÉCÈS PAR TRAUMATISMES ET EMPOISONNEMENTS CHEZ LES ENFANTS DE MOINS D'UN AN À MARSEILLE SUR LA PÉRIODE 1990-1999 (NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS SUR LA PÉRIODE)

	Nb	%
Autres accidents et séquelles	14	66,7
Accidents de la circulation	2	9,5
Homicides	2	9,5
Traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention	2	9,5
Accidents non précisés	1	4,8
Total décès par traumatismes et empoisonnements	21	100,0

Source : INSERM CépiDC

4. POURCENTAGE DE NAISSANCES PRÉMATURÉES ET DE NOUVEAUX NÉS PESANT MOINS DE 2 500 G À MARSEILLE EN 1998 ET 2001

(en %)*	Marseille		Bouches-du-Rhône		France métropo.**
	1998	2001	1998	2001	
Naissances < 37 ***	5,5	6,0	5,3	5,9	5,0
dont < 34	1,7	1,6	1,4	1,4	/
Nouveaux nés < 2 500 g	7,1	6,9	6,9	6,6	5,8
dont < 2 000 g	2,2	2,2	2,1	2,0	/

* Pour 100 certificats du 8ème jour exploités

** En 1995

*** Semaines d'aménorrhée

Sources : Certificats du 8ème jour - Conseil général - Direction de la PMI et de la santé, conseils généraux

5. LES PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS CHEZ LES ENFANTS DE 1 À 4 ANS ET DE 5 À 14 ANS À MARSEILLE EN 1988-1990 ET 1997-1999 (NOMBRE DE DÉCÈS ANNUEL MOYEN)

	1 à 4 ans			5 à 14 ans		
	1988-1990	1997-1999	% évolution	1988-1990	1997-1999	% évolution
Causes extérieures de traumatismes	5,7	2,0	/	6,7	6,7	/
Anomalies congénitales	2,3	1,3	/	0,3	1,3	/
Tumeurs	2,3	0,3	/	5,0	3,0	/
Etats morbides mal définis	0,3	0,3	/	0,0	0,7	/
Mal. endocriniennes	0,7	0,3	/	0,0	0,7	/
Mal. de l'appareil circulatoire	0,7	0,3	/	0,3	0,3	/
Mal. de l'appareil digestif	0,3	0,3	/	0,7	0,0	/
Autres	5,0	0,0	/	4,3	2,0	/
Total décès Marseille	17,3	4,8	-72,3	17,3	14,7	-15,2
Total décès Bouches-du-Rhône	33,3	16,7	-49,9	34,3	34,0	-1,0
Total décès France métropo.	1 217,0	727,0	-40,3	1 473,7	1 090,3	-26,0

/ effectifs trop faibles pour calculer le taux d'évolution

Source : INSERM CépiDC

6. LES PRINCIPAUX MOTIFS D'ADMISSION EN ALD CHEZ LES ENFANTS DE 0 À 15 ANS À MARSEILLE EN 2001-2002 (MOYENNE ANNUELLE)

	Filles		Garçons	
	Nb	%	Nb	%
Psychose, troubles de la personnalité, retard mental	45	22,3	102	37,4
Insuffisance respiratoire chronique	24	11,9	42	15,2
Affections neuro musculaires	25	12,2	28	10,3
Scoliose évolutive	27	13,4	4	1,5
Cardiopathie congénitale, insuffisance cardiaque, valvulopathie	10	5,0	21	7,7
Diabète	13	6,2	10	3,7
Tumeur maligne	10	5,0	12	4,4
Néphropathie grave, syndrome néphrotique	5	2,5	6	2,2
Maladies métaboliques	8	4,0	4	1,3
Déficit immunitaire primitif ou acquis	7	3,5	3	1,1
Total	202	100,0	273	100,0

Source : ERSM

3.3 Le mode de vie de l'enfant

Contexte national

Depuis les années 70, le mode de vie des enfants a évolué sous l'influence des changements dans la société et la famille. Les mères de jeunes enfants sont de plus en plus nombreuses à exercer une activité. Ces évolutions ont entraîné un besoin croissant en terme de capacités d'accueil individuel et collectif.

Concernant l'accueil collectif, au 01/01/1999, il existait 206 000 places de crèches pour les 2,2 millions d'enfants de moins de 3 ans et 79 000 places dans les autres structures d'accueil (haltes-garderies, garderies et jardins d'enfants) pour les 4,3 millions d'enfants âgés de moins de 6 ans.

Malgré un fort développement de l'offre, il persiste une inégalité des familles dans l'accès aux modes de garde des enfants. Dans le cadre de la réflexion sur la politique de la famille, plusieurs mesures sont proposées. Elles visent, en particulier, à rééquilibrer les modes d'accueil collectifs et individualisés, à assurer l'équité de leurs accès, à favoriser l'accès des modes d'accueil à tous les enfants afin d'assurer la mixité sociale et prévenir les exclusions et également, à assurer une meilleure synergie avec la politique de soutien de l'emploi.

Par ailleurs, l'école maternelle occupe une place importante dans l'accueil des jeunes enfants : le taux de scolarisation en 1998-1999 était de 35 % dès l'âge de 2 ans et de 99 % dès 3 ans. Ces taux sont stables depuis plusieurs années. La France, avec ce taux de scolarisation, se place en tête des pays européens. Les taux sont beaucoup plus faibles en Allemagne (55 %) et au Royaume-Uni (43 %). Ces différences reflètent la diversité des choix politiques relatifs à la durée du congé maternité, les solutions de garde mises à la disposition des familles et la place de l'école dans la petite enfance.

Pour ce qui est des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, le nombre de placements en famille ou en centre d'accueil, a nettement diminué dans les années 80, mais reste stable autour de 110 000 enfants par an, depuis 1990. Le placement en famille d'accueil est préféré au placement en institution dans plus de la moitié des cas, traduisant une volonté de privilégier le maintien de l'enfant dans une cellule familiale.

Parallèlement, le problème de la maltraitance des enfants prend une importance croissante : en 1999, l'Observatoire National de l'Enfance en Danger estimait à 83 500 le nombre "d'enfants en danger" en France dont 18 500 enfants maltraités. Le nombre de signalements d'enfants en danger a progressé de 41 % entre 1994 et 1997. Il est cependant difficile de faire la part entre une réelle augmentation du phénomène, une plus grande sensibilisation des structures de protection de l'enfance et de l'opinion publique en général, un élargissement de la définition et des modifications législatives concernant l'obligation des signalements.

Enfin, il faut souligner la diminution régulière du nombre d'enfants admis comme Pupilles de l'Etat, qui est passé de 7 600 en 1987 à 3 000 en 1998. Cette évolution a eu des conséquences sur les modalités d'adoption en France, les enfants concernés venant aujourd'hui en majorité de l'étranger : le nombre de visas délivrés est ainsi passé de 2 700 en 1990 à 3 800 en 1998.

Situation à Marseille : faits marquants

· En 2002, Marseille offrait 6 186 places d'accueil pour les enfants en âge préscolaire pour plus de 60 000 enfants de moins de 6 ans (en 2001). L'accueil collectif est plus répandu (83,8 % des places) que l'accueil familial (16,2 %).

· Entre 1998 et 2002, le nombre de places d'accueil pour ces enfants (hors structures hospitalières et privées) est resté relativement stable.

· Au recensement de 1999, les taux de scolarisation des jeunes enfants étaient légèrement inférieurs à Marseille par rapport à la France.

· En 2001, près de 15 % des familles monoparentales marseillaises bénéficiaient de l'Allocation parent isolé (API), contre 12 % dans les Bouches-du-Rhône et 10,5 % en France.

1. CAPACITÉ D'ACCUEIL DES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE À MARSEILLE EN 2002

Mode d'accueil	Type d'accueil	Nombre de places	Nombre de places pour 1 000 enfants*	
			Marseille	France métropo.**
Ensemble des structures dont		6 186	106,37	66,5
Multi-accueil collectif***	Régulier ou occasionnel	2 051	/	/
Crèches collectives y.c. crèches parentales	Régulier	2 197	/	/
Jardins d'enfants	Régulier	555	/	/
Haltes-garderies	Occasionnel	382	/	/
Multi-accueil familial***	Régulier ou occasionnel	1 001	/	/

* Enfants de moins de 6 ans au recensement de 1999

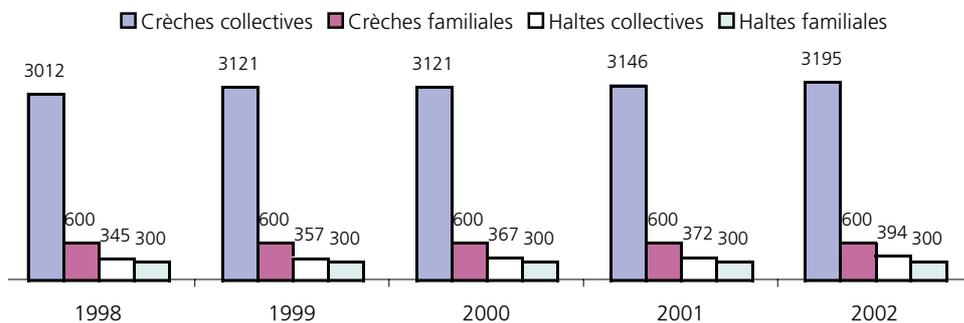
** En 2000

*** Le multi-accueil comprend des crèches et des haltes-garderies

Compte tenu de l'augmentation du nombre de naissances observée ces dernières années, le taux de places d'accueil pour 1 000 enfants est probablement légèrement surestimé.

Sources : Conseil général - Direction de la PMI et de la santé, DREES, INSEE

2. EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES D'ACCUEIL* DES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE À MARSEILLE ENTRE 1998 ET 2002



* Hors crèches hospitalières et structures privées

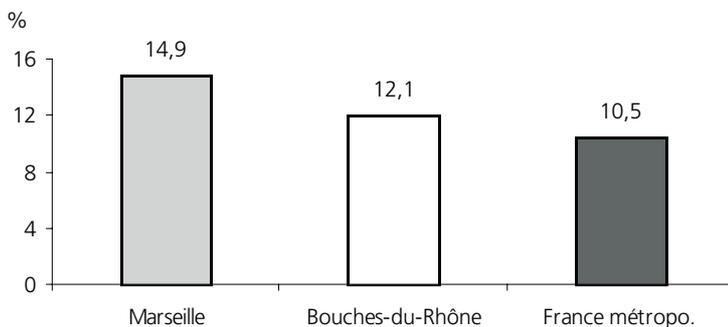
Source : Mairie de Marseille - Direction générale de l'éducation et de la petite enfance

3. SCOLARISATION DES JEUNES ENFANTS DANS LE PRÉ-ÉLÉMENTAIRE À MARSEILLE EN 1999

Enfants âgés de	Effectifs	Taux de scolarisation (%)	
	Marseille	Marseille	France métropo.
5 ans	8 903	94,2	95,7
4 ans	8 528	90,4	93,0
3 ans	3 742	38,5	41,4

Sources : INSEE RP99, Ministère de l'éducation nationale

4. POURCENTAGE DE FAMILLES MONOPARENTALES BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PARENT ISOLÉ EN 2001



Sources : CAF, MSA, DREES, INSEE

3.4 L'offre de soins pour la mère et l'enfant

Contexte national

La réduction de la mortalité et de la morbidité au cours des premières années de la vie et la prévention d'une grande partie des handicaps de l'enfant impliquent une recherche constante et une sécurité maximale dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. Les taux de mortalité maternelle, périnatale et infantile sont, en règle générale, un reflet fidèle du niveau de développement du système de soins d'un pays.

En France, des efforts significatifs ont été accomplis dans ce domaine. Le plan périnatalité 1995-2000 s'est donné pour objectifs prioritaires de réduire de 20 % la mortalité périnatale, de 30 % la mortalité infantile, de 50 % le nombre de femmes non suivies au cours de leur grossesse et de 25 % le nombre de nouveau-nés de faible poids.

Le suivi des grossesses s'est beaucoup amélioré : la majorité des femmes bénéficient aujourd'hui des sept examens prénatals obligatoires. Cependant, l'enquête nationale périnatale, réalisée en 1995 par le Ministère de la Santé, l'Inserm et les services de PMI, a montré que 1 % des femmes restaient peu ou pas suivies pendant leur grossesse et que 11 % n'avaient jamais consulté l'équipe de la maternité avant l'accouchement.

La médecine de ville est fortement impliquée dans la surveillance de la grossesse, que ce soit par les médecins généralistes, les gynécologues médicaux et les gynécologues-obstétriciens.

Selon l'enquête "Recours aux soins et médecine libérale" menée par le Credes en 1992, le recours au médecin libéral pour une grossesse se fait dans 45 % des cas auprès d'un généraliste et dans 55 % des cas auprès d'un spécialiste. Mais ces chiffres sont susceptibles d'avoir évolué depuis, en raison des changements survenus en matière de démographie médicale.

En matière de prise en charge hospitalière de l'accouchement, des mesures successives instaurées depuis une dizaine d'années ont considérablement renforcé l'encadrement médical, imposant notamment une présence médicale permanente dans les maternités.

Les maternités ne disposant pas de blocs opératoires ont disparu et, mis à part des situations d'accessibilité routière particulièrement difficile, celles pratiquant un nombre insuffisant d'accouchements (moins de 300 par an) sont amenées à fermer ou à se regrouper. Des centres périnatals de proximité ont été mis en place dans les secteurs distants d'une maternité, afin d'assurer le suivi des femmes enceintes. Cette organisation relève des schémas régionaux d'organisation sanitaire qui mettent en œuvre la répartition sur le territoire des maternités selon les trois niveaux définis en fonction du degré d'encadrement pédiatrique.

Le suivi des enfants est assuré par les médecins généralistes et les pédiatres. Des examens obligatoires sont pratiqués au 8e jour, au 9e mois et au 24e mois. Les services de protection maternelle et infantile (PMI) assurent annuellement environ 350 000 consultations prénatales et 2 700 000 examens d'enfants jusqu'à 6 ans. La PMI prend en charge également le suivi des enfants à l'école pré-élémentaire.

Le suivi de l'enfant scolarisé est pris en charge par le service de promotion de la santé en faveur des élèves qui dépend de l'Education Nationale. Outre des examens systématiques, des vaccinations, des soins d'urgence en milieu scolaire, ce service est amené à mettre en œuvre, avec différents partenaires, des actions d'éducation pour la santé.

Situation à Marseille : faits marquants

· Le taux d'équipement en gynéco-obstétrique est légèrement plus élevé dans le bassin d'attraction des établissements de Marseille qu'au niveau départemental et national. Ceci résulte d'un meilleur équipement dans le secteur privé.

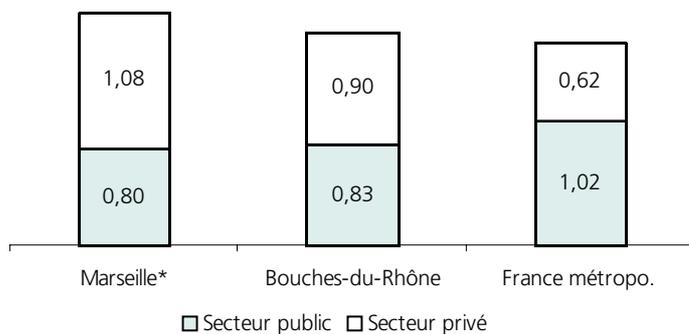
· A Marseille, le nombre de femmes de 15-49 ans et de naissances par médecin généraliste et par gynéco-obstétricien est inférieur par rapport au département et à la France. Il en est de même pour le nombre d'enfants de moins de 16 ans par médecin généraliste et par pédiatre.

· Le nombre de femmes enceintes par médecin de PMI est plus important à Marseille que dans le département mais inférieur par rapport à la France. Concernant les sages-femmes, la situation est plus favorable à Marseille que dans le département et en France (nombre de femmes enceintes par sage-femme plus faible à Marseille).

· Le nombre de nouveaux nés par puéricultrice de PMI est plus important à Marseille qu'en France. Le nombre d'enfants de moins de 6 ans par infirmière et par médecin de PMI est en revanche plus important à Marseille que dans le département, mais inférieur par rapport à la France.

· Le taux d'encadrement par la santé scolaire est proche du niveau national en ce qui concerne les médecins, mais inférieur pour les infirmières.

1. NOMBRE DE LITS PUBLICS ET PRIVÉS DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE EN 2000 POUR 1 000 FEMMES DE 15 À 49 ANS



* Taux calculé en utilisant la population féminine âgée de 15 à 49 ans du bassin d'attraction des établissements de Marseille (source DRASS).

Sources : DREES SAE, INSEE

2. EFFECTIFS DES PRATICIENS À MARSEILLE EN JUIN 2003 (LIBÉRAUX EXCLUSIFS ET PARTIELS ET SALARIÉS)

Médecins généralistes	2 005
Pédiatres	161
Gynécologues médicaux	62
Gynéco-obstétriciens	75
Gynécologues médicaux et obstétriciens	38

Source : DRASS

3. NOMBRE DE FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER ET NOMBRE DE NAISSANCES PAR PRATICIEN EN JUIN 2003

	Marseille	Bouches-du-Rhône*	France métropo.*
Nb de femmes de 15 à 49 ans			
par gynéco-obstétricien	1 748	2 290	2 834
par généraliste	99	117	148
Nb de naissances**			
par gynéco-obstétricien	100	121	151
par généraliste	6	6	8

* Au 1er janvier 2002

** Naissances domiciliées en 2001

Sources : DRASS, INSEE

4. PRISE EN CHARGE DES MÈRES (OFFRE DE SOINS) PAR LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE EN 2002

	Marseille*	Bouches-du-Rhône**	France métropo.**
Nb de femmes enceintes par médecin de PMI	388,9	322,9	451,7
Nb de femmes enceintes par sage-femme de PMI	751,9	954,6	1 224,7

Le nombre de femmes enceintes est estimé à partir de celui des naissances domiciliées de l'année 2001.

* Temps complets uniquement

** Equivalent temps plein en 2001

Sources : Conseil Général - Service PMI, DREES, INSEE

5. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (OFFRE DE SOINS) PAR LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE EN 2002

	Marseille*	Bouches-du-Rhône**	France métropo.**
Nb de nouveaux nés par puéricultrice de PMI	243,2	293,9	218,3
Nb d'enfants <6 ans par infirmière de PMI	1 817,3	1 558,9	4 068,2
Nb d'enfants <6 ans par médecin de PMI	2 005,3	1 758,1	2 520,1

* Temps complets uniquement

** Equivalents temps plein en 2001

Sources : Conseil Général - Service PMI, DREES, INSEE

6. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS EN JUIN 2003 (OFFRE DE SOINS)

	Marseille	Bouches-du-Rhône*	France métropo.*
Nb d'enfants par généraliste	76	93	121
Nb d'enfants par pédiatre	952	1324	1850

* Au 1er janvier 2002

Sources : DRASS, INSEE

7. TAUX D'ENCADREMENT PAR LA SANTÉ SCOLAIRE EN 2002-2003

	Effectifs (en ETP)*		Taux d'encadrement (nb d'élèves par ETP)	
	Marseille	France métropo.**	Marseille	France métropo.**
Médecins	31	1 947	5 795	5 910
Infirmières	74	5 908	2 389	1 950

* Equivalent Temps Plein

** En 2001

Ces données concernent l'encadrement des élèves des écoles primaires et des collèges.

Sources : Inspection académique des Bouches-du-Rhône, Ministère de l'éducation nationale

4.1

La santé des jeunes

Contexte national

Les jeunes de 12-25 ans, représentant 18 % de la population totale en France, se trouvent souvent, du fait des nombreux changements qu'ils expérimentent, dans une situation de vulnérabilité. Même si les différentes enquêtes réalisées, telles que le " Baromètre santé jeunes 97-98 ", montrent que l'état de santé des jeunes est bon, la mortalité juvénile reste préoccupante car cette population est principalement concernée par les morts violentes.

Les accidents de la circulation représentent la première cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans (2 052 décès en France en 1999). Le suicide, avec 604 décès en 1999 en France, constitue la deuxième grande cause de décès chez les jeunes et plus particulièrement chez les garçons (taux de mortalité masculin trois fois supérieur au taux féminin). Une étude de l'INSERM a estimé que 22 tentatives de suicide ont lieu pour un suicide réussi chez les garçons et 160 chez les filles de 15-24 ans. Les morts accidentelles violentes (sport, loisirs, chutes accidentelles, etc.) représentent la troisième cause de décès dans cette tranche d'âge (252 décès en France en 1999).

Durant l'adolescence, les jeunes adoptent des comportements pouvant avoir une influence sur leur état de santé à l'âge adulte. L'âge de la première expérience en matière de tabac est précoce puisque 17 % des enfants de 11 ans ont déjà fumé une cigarette. Ils sont 66 % à 15 ans. D'autre part, près de la moitié des jeunes de 11 ans déclare avoir déjà goûté à l'alcool. A 15 ans, ils sont plus de 8 sur 10 et un tiers a déjà connu un état d'ivresse. Concernant la consommation de produits illicites, de la drogue, essentiellement du cannabis, a été proposée à près de la moitié des jeunes de 16 à 19 ans. Parmi les jeunes ayant reçu une offre de drogues, 55 % en ont consommé au cours de leur vie.

La période de l'adolescence est également celle de la découverte des sentiments amoureux et des relations sexuelles. L'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17,5 ans pour les hommes et de 18,7 ans pour les femmes. Près de 90 % des 15-19 ans et 76 % des 20-25 ans déclarent avoir utilisé un préservatif lors du premier rapport. Cette proportion a augmenté entre 1994 et 1997, ceci étant à rapprocher des campagnes de prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles. Toutefois, l'utilisation du préservatif devient moins fréquente lorsqu'il s'agit de la dernière relation sexuelle. Aujourd'hui, plus des deux tiers des femmes en âge de procréer utilisent un moyen de contraception. Chez les jeunes femmes, la pilule est le moyen le plus fréquemment utilisé (60 % des 20-24 ans). Néanmoins, en France, on compte 10 000 grossesses non désirées par an chez les adolescentes, dont 60 % se soldent par une interruption volontaire de grossesse (IVG).

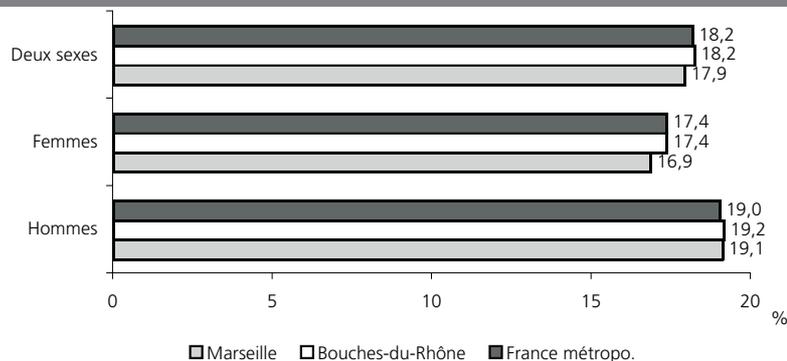
Les comportements alimentaires jouent également un rôle majeur. En 2003, 11,1 % des hommes et 12,8 % des femmes âgés de 15-24 ans présentent un excès de poids (Indice de masse corporelle $\geq 25 \text{ kg/m}^2$). Dans cette classe d'âge, la prévalence du surpoids et de l'obésité est restée stable depuis 1997 chez les hommes, mais a connu une augmentation proche de 50 % chez les femmes.

En 2003, le Groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO), groupe d'experts réuni par le Ministère de la Santé, dans le cadre de l'élaboration du projet de loi d'orientation en santé publique, préconisait, au sujet de la santé des adolescents, le développement de la prévention et l'organisation du suivi, en insistant sur l'importance d'une coopération entre différents acteurs (professionnels du soin, de la prévention et de l'éducation).

Situation à Marseille : faits marquants

- A Marseille, au recensement de 1999, les 12-25 ans représentaient 17,9 % de la population, contre 18,2 % dans le département et en France métropolitaine.
- Les premières causes d'hospitalisation des garçons marseillais sont les maladies de l'appareil digestif et les traumatismes et empoisonnements. Chez les filles, ce sont les grossesses et les maladies de l'appareil digestif.
- Le pourcentage de mères âgées de moins de 18 ans est plus élevé à Marseille que dans le reste du département, de même que le taux d'IVG avant 18 ans. Ceci témoigne de la nécessité de renforcer l'information sur la contraception auprès des jeunes.
- Pour les 15-24 ans, Marseille présente une forte sous-mortalité (-20 %) par rapport à la France métropolitaine, contrairement au département et à la région. Cette sous-mortalité est plus marquée chez les garçons que chez les filles. Ceci est lié à une forte sous-mortalité par suicide chez les garçons, alors que, chez les filles, le taux de mortalité par suicide se situe au même niveau que le taux national.
- Toutes causes confondues, le taux de mortalité est deux fois plus important chez les garçons que chez les filles de 15-24 ans.
- Dans les deux sexes, les principales causes de décès sont les traumatismes et empoisonnements. La moitié des décès de cette catégorie sont dus aux accidents de la circulation.

1. PART DES 12-25 ANS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE EN 1999



Source : INSEE RP99

2. PRINCIPAUX MOTIFS D'HOSPITALISATION* DES JEUNES MARSEILLAIS
ÂGÉS DE 12-25 ANS EN 2001

Motif d'hospitalisation	Nb de séjours	%
Garçons		
Mal. appareil digestif	2 318	24,2
Traumatismes et empoisonnements	1 885	19,7
Autres motifs**	1 508	15,7
Mal. système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	656	6,8
Symptômes, signes et résult. anormaux	478	5,0
Mal. peau et tissu cellulaire sous-cutané	432	4,5
Mal. appareil génito-urinaire	417	4,4
Mal. appareil respiratoire	389	4,1
Mal. système nerveux	351	3,7
Tumeurs	266	2,8
Autres	883	9,2
Total tous motifs	9 583	100,0
Filles		
Grossesse et accouchement	4 920	30,9
Mal. appareil digestif	3 408	21,4
Autres motifs**	1 778	11,2
Traumatismes et empoisonnements	916	5,7
Symptômes, signes et résult. anormaux	806	5,1
Mal. appareil génito-urinaire	712	4,5
Mal. système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	538	3,4
Mal. appareil respiratoire	459	2,9
Tumeurs	411	2,6
Mal. endocriniennes, nutrition et métabolisme	406	2,5
Autres	1 585	9,9
Total tous motifs	15 939	100,0

* Diagnostic principal (codé selon la CIM10) des séjours de plus de 24h effectués dans les services MCO des établissements de la région PACA.

** Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.

Source : PMSI

3. LES JEUNES FILLES ET LA MATERNITÉ À MARSEILLE EN 2001

	Marseille	Bouches-du-Rhône
% mères < 18 ans	0,9	0,7
Taux de fécondité*		
< 20 ans	10,7	9,7
20-24 ans	56,1	57,6
Taux d'IVG**		
< 18 ans	11,4	10,9
18-24 ans	34,2	32,6

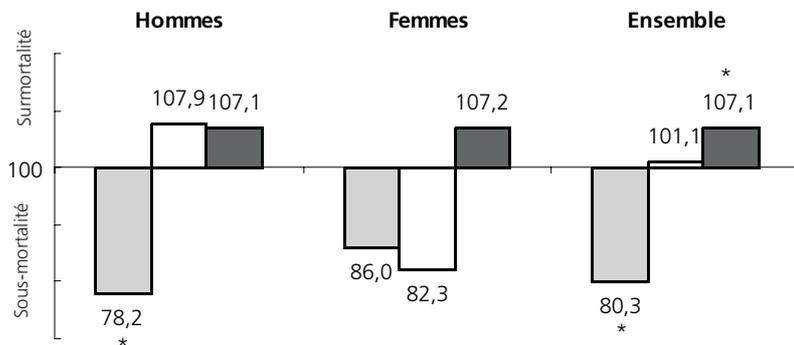
* Nombre de naissances pour 1 000 jeunes filles de la classe d'âge (15-19 ans pour la classe des moins de 20 ans).

Année 2000 pour les Bouches-du-Rhône

** Nombre d'IVG domiciliées effectuées dans les établissements de PACA pour 1 000 jeunes filles de la classe d'âge (15-17 ans pour la classe des moins de 18 ans)

Sources : CG PMI, PMSI, INSEE

4. INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ GÉNÉRALE CHEZ LES 15-24 ANS EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du chi2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

5. LES CINQ PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS CHEZ LES 15-24 ANS À MARSEILLE EN 1997-1999

	Marseille			France métropolitaine		
	Nb décès*	%	Tx de mortalité **	Nb décès*	%	Tx de mortalité **
Hommes						
Traumatismes et empoisonnements	26	68,4	49,0	2 624	73,7	67,5
<i>accidents de la circulation</i>	12	31,6	22,6	1 545	43,4	39,7
<i>causés de manière indéterminée quant à l'intention (a)</i>	4	10,5	7,5	137	3,8	3,5
<i>suicides</i>	3	7,9	5,7	511	14,4	13,1
Mal. de l'appareil circulatoire	2	5,3	3,8	111	3,1	2,9
Tumeurs	2	5,3	3,8	236	6,6	6,1
Mal. infectieuses et parasitaires	2	5,3	3,8	25	0,7	0,6
Mal. du système nerveux	1	2,6	1,9	103	2,9	2,6
Total toutes causes	38	100,0	71,6	3 560	100,0	91,6
Femmes						
Traumatismes et empoisonnements	6	40,0	11,5	727	57,9	19,4
<i>accidents de la circulation</i>	3	20,0	5,7	429	34,2	11,4
<i>suicides</i>	2	13,3	3,8	145	11,6	3,9
Tumeurs	3	20,0	5,7	154	12,3	4,1
Mal. du système nerveux	1	6,7	1,9	53	4,2	1,4
Mal. de l'appareil circulatoire	1	6,7	1,9	60	4,8	1,6
Mal. de l'appareil respiratoire	1	6,7	1,9	35	2,8	0,9
Total toutes causes	15	100,0	28,7	1 255	100,0	33,4

(a) Traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention (cas où l'enquête médicale ou légale n'a pu conclure ni à un accident, ni à un suicide, ni à un homicide).

* Nombre de décès annuel moyen
 ** Taux pour 100 000 personnes (RP99)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

5.1 La population âgée

Contexte national

En 1999, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus s'élevait à 12,5 millions, soit 21,3 % de la population. Parmi elles, 4,5 millions étaient âgées de 75 ans ou plus, soit 7,7 % de la population totale, et 1,4 millions avaient atteint ou dépassé 85 ans.

En 10 ans, alors que la population totale n'a augmenté que de 3,3 %, celle des personnes âgées a augmenté de 10 %. Les projections démographiques basées sur l'hypothèse du maintien des tendances observées entre 1975 et 1990 concernant la fécondité, la mortalité et les migrations confirment le vieillissement de la population. A l'horizon 2020, les personnes de 60 ans ou plus représenteraient 27 % de la population, celle des 75 ans ou plus près de 10 %.

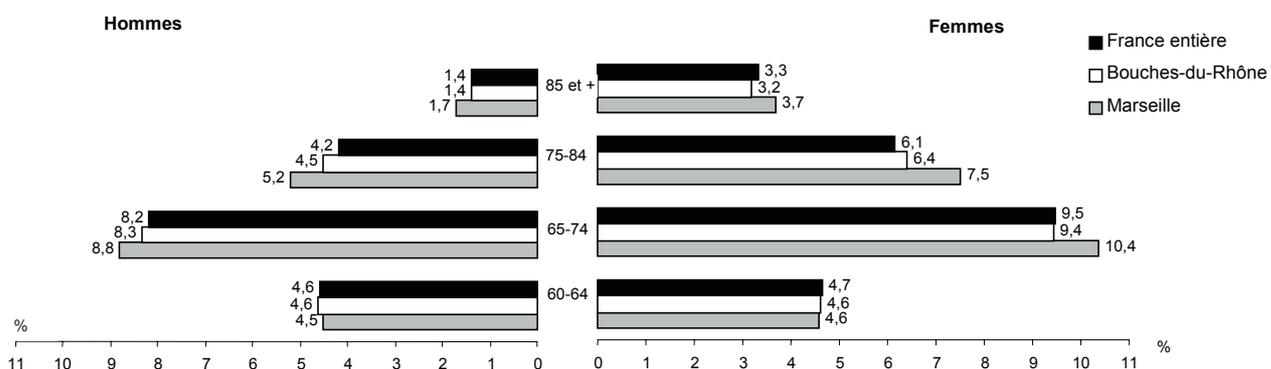
La vie à domicile reste très majoritaire chez les personnes âgées. En 1999, 90 % des personnes de 75 ans ou plus vivent à leur domicile ou chez un membre de leur famille.

Avec le vieillissement de la population s'accroît le nombre de personnes atteintes de problèmes de santé pouvant compromettre la capacité à effectuer certains actes de la vie courante. Selon les premiers résultats de l'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID) réalisée en 1998-2000, 628 000 personnes de plus de 60 ans sont confinées au lit ou au fauteuil ou ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage, soit 5 % de la population de 60 ans et plus avec une prévalence fortement croissante avec l'âge (9 % à 80 ans, 20 % à 85 ans, 35 % à 90 ans et plus). Parmi ces personnes dépendantes, 35,5 % résident en établissements pour personnes âgées ou dans d'autres institutions. Au regard des estimations réalisées au début des années 90 à partir de l'enquête décennale sur la santé (Insee-Credes 1991-92) et de l'enquête EHPA dans les établissements, les données récentes issues de l'enquête HID semblent indiquer une baisse de la prévalence de la dépendance physique lourde (de 8,5 % à 6,4 % pour les 65 ans ou plus). Ces résultats semblent confirmer la tendance déjà observée entre 1981 et 1991 d'une progression de l'espérance de vie sans incapacité au moins aussi rapide que celle de l'espérance de vie globale. Au cours de la décennie 1980-1990, l'espérance de vie sans incapacité a gagné 3 ans pour les hommes et 2,7 ans pour les femmes. Le renouvellement des générations et les mutations culturelles qui l'accompagnent, le meilleur état de santé de la population âgée, la progression du niveau moyen de ses revenus, transforment le vécu de la vieillesse et sont des éléments essentiels du changement social des années à venir. En effet, il reste difficile d'anticiper des évolutions en termes d'état de santé et de besoins de services des personnes âgées. Des incertitudes demeurent concernant, non seulement l'incidence à venir des pathologies liées au vieillissement mais aussi la place et le rôle des solidarités familiales et de voisinage et leurs interactions avec les professionnels.

Situation à Marseille : faits marquants

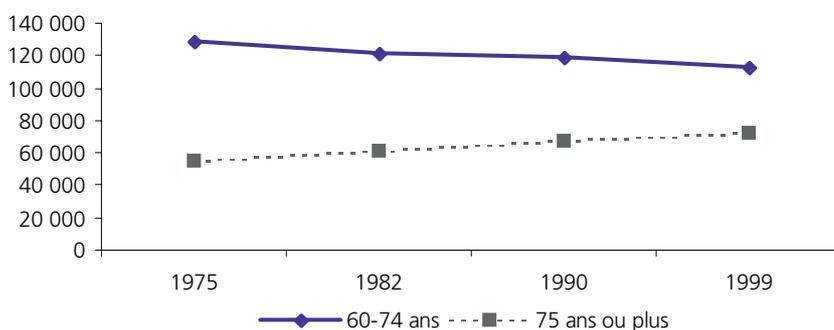
- En 1999, 23,3 % de la population marseillaise était âgée de 60 ans ou plus. Cette part est légèrement plus élevée que dans le département et en France (21,3 %).
- Entre 1975 et 1999, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté de 33 %, alors que le nombre de 60-74 ans a baissé de 12 %.
- En 1999, 96,2 % des marseillais âgés de 60 ans et plus et 90,5 % des personnes âgées de 80 ans et plus vivaient à domicile. Ces proportions sont supérieures à la moyenne nationale, notamment chez les 80 ans et plus.
- La part des personnes âgées vivant seules augmente avec l'âge : de 26 % chez les 60-74 ans à 46 % chez les 80 ans et plus. La proportion de femmes vivant seules est plus élevée, quel que soit l'âge, par rapport aux hommes.
- Au 31 mars 2003, 11 138 attributions de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) avaient été délivrées à Marseille, ce qui correspond à un taux pour 1 000 habitants de 60 ans et plus comparable à celui du département mais supérieur au taux national.

1. PROPORTION DE LA POPULATION ÂGÉE DANS LA POPULATION TOTALE AU RECENSEMENT DE 1999



Source : INSEE RP99

2. EVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES À MARSEILLE ENTRE 1975 ET 1999



Source : INSEE

3. MODE DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES À MARSEILLE AU RECENSEMENT DE 1999

	60-74 ans	75-79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Nb de personnes				
Vivant en collectivité	2 150	819	3 658	6 627
Vivant à domicile*	110 548	33 347	35 154	179 049
% vivant à domicile	97,8	97,5	90,5	96,2
% vivant à domicile France métropo.	98,3	96,5	84,2	95,4

* Logements-foyers compris

Source : INSEE RP99

4. PROPORTION DE PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES* À MARSEILLE AU RECENSEMENT DE 1999

(en %)	60-74 ans			75-79 ans			80 ans et plus		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Marseille	17,5	32,8	26,0	20,8	49,0	37,8	28,5	54,7	46,2
France métropo.	13,2	27,3	20,8	16,7	46,1	34,2	23,9	50,2	41,9

* Personnes vivant seules à domicile, logements-foyers compris.

Source : INSEE RP99

5. ATTRIBUTIONS DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE AU 31 MARS 2003

	Nb	Taux*
Marseille	11 138	59,8
Bouches-du-Rhône	23 205	59,2
France**	649 060	52,0

* Taux pour 1 000 habitants de 60 ans ou plus.

** Situation au 31 décembre 2002.

Les attributions comptent à la fois les nouvelles demandes et les révisions de dossiers.

Sources : Conseil Général des Bouches-du-Rhône, DREES

5.2

Les équipements pour personnes âgées

Contexte **national**

Le vieillissement démographique s'est traduit par le développement de prestations pour favoriser le maintien à domicile et l'accueil en hébergement collectif. En 1999, plus de 4 millions de personnes âgées vivaient à domicile, chez elles ou chez un proche. En cas de difficultés dans la réalisation des actes quotidiens, le maintien à domicile continue d'être favorisé en matière de prise en charge des personnes âgées. Selon une enquête sur les services de proximité réalisée par l'Insee en 1999, le tiers des ménages comptant au moins une personne de 65 ans ou plus, bénéficient d'une aide extérieure de professionnels ou de proches. Le nombre de bénéficiaires des services d'aide à domicile est passé de 432 000 en 1986 à 461 000 en 1996.

Les dispositifs de soins jouent un rôle complémentaire et essentiel pour assurer des soins. La demande concernant ces prises en charge est forte et les services fonctionnent à 100 % de leurs capacités. Les personnes âgées de 85 ans ou plus représentent plus de la moitié de la clientèle. Les personnes âgées très dépendantes représentent le quart des personnes prises en charge. Ces services de soins infirmiers ont vu leurs capacités croître depuis dix ans passant de 28 000 places en 1986 à 63 400 en 2000.

La mise en place de la prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997, versée sous conditions de ressources et de niveau de dépendance, a permis à 140 000 personnes de 60 ans ou plus (au 31 décembre 2000) de bénéficier d'une aide à la vie quotidienne. Les statistiques fournies par les départements montrent des disparités importantes, avec une proportion de bénéficiaires pour 1 000 habitants variant de 1 à 40 entre les départements. Fortement contestée en raison de son aspect discriminant entre les individus et inégalitaire entre les départements, la PSD a été remplacée, à compter du 01/01/02, par l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

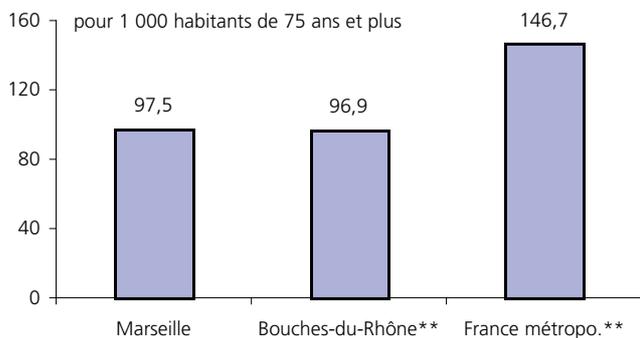
D'autre part, en terme d'accueil et d'hébergement permanent des personnes âgées, on distingue 3 types d'institutions : les logements-foyers, les maisons de retraite, les unités de soins de longue durée.

En 2000, près de 10 000 établissements de ce type (soit 657 000 places) se répartissaient sur le territoire, soit 130 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus. Les disparités régionales sont notables. Les établissements "sociaux" (maisons de retraite surtout, mais aussi logements-foyers) se sont dotés depuis une vingtaine d'années de sections de cure médicale permettant d'assurer des soins médicaux et paramédicaux aux personnes hébergées. Globalement, l'accueil dans des structures "médicalisées" (unités de soins de longue durée et sections de cure médicale) représente 37 % du nombre total de places d'hébergement collectif.

Situation à *Marseille* : **faits marquants**

- *Marseille affiche un taux d'équipement en hébergement collectif pour personnes âgées très inférieur à la moyenne nationale. Cette différence est particulièrement marquée pour les logements-foyers et les services long séjour.*
- *Le taux d'équipement en hébergement médicalisé est plus élevé à Marseille qu'en France métropolitaine. Ceci résulte d'un meilleur équipement en sections de cure médicale installées dans les maisons de retraite et les logements foyers.*
- *Le taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile est légèrement inférieur à Marseille par rapport à la France métropolitaine.*
- *Un peu plus de 4 % des Marseillais de 65 ans et plus bénéficient de l'aide ménagère (régime général), contre 3,4 % en France.*

1. NOMBRE DE PLACES EN HÉBERGEMENT COLLECTIF* POUR 1 000 HABITANTS DE 75 ANS ET PLUS EN JUIN 2003



* Maisons de retraites, logements foyers et services long séjour
 ** Au 1er janvier 2001

Sources : DRASS, INSEE

2. HÉBERGEMENT COLLECTIF POUR PERSONNES ÂGÉES À MARSEILLE EN JUIN 2003

	Marseille nb		Taux d'équipement*		
	Structures	Places installées	Marseille	Bouches-du-Rhône**	France métro.**
Logements-foyers	12	750	10,3	16,4	35,1
Maisons de retraite	70	6 013	82,3	74,5	93,1
Services long séjour	5	357	4,9	6,1	18,5
Total	87	7 120	97,5	96,9	146,7

* Nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
 ** Au 1er janvier 2001

Sources : DRASS, INSEE

3. HÉBERGEMENT MÉDICALISÉ POUR PERSONNES ÂGÉES À MARSEILLE EN JUIN 2003

	Marseille	Taux d'équipement*		
	Nb de places installées	Marseille	Bouches-du-Rhône**	France métro.**
Sections de cure médicale	4 737	64,9	22,2	35,6
Services long séjour	357	4,9	6,1	18,5

* Nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
 ** Au 1er janvier 2001

Les sections de cure médicale sont destinées à l'hébergement et à la surveillance médicale que nécessite l'état des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie, mais dont l'état ne justifie pas une hospitalisation. Ces sections se trouvent dans les maisons de retraite et les logements foyers.

Sources : DRASS, INSEE

4. LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE À MARSEILLE EN JUIN 2003

Soins infirmiers	
Nb de services	18
Nb de places	903
Tx d'équipement* Marseille	12,4
Tx d'équipement* France métro.**	14,7

* Nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus
 ** Au 1er janvier 2001

Sources : DRASS, INSEE

5. BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE MÉNAGÈRE À MARSEILLE EN 2001

	Nb bénéficiaires	% de bénéficiaires*		
	Marseille	Marseille	Bouches-du-Rhône	France métro.
Régime général	6 538	4,36	3,02	3,41
Régime agricole	62	0,04	0,26	1,01

* Pourcentage de bénéficiaires dans la population de 65 ans et plus.

Sources : DRASS, INSEE

6. L'AIDE SOCIALE DÉPARTEMENTALE

Depuis la mise en place de l'APA, l'aide sociale départementale ne concerne plus que les personnes âgées appartenant aux groupes iso-ressources 5 et 6 (ne pouvant bénéficier de l'APA), nécessitant une aide ménagère et ayant de faibles ressources. Les effectifs sont donc très faibles.

6.1 Les enfants handicapés

Contexte national

L'évaluation du nombre de personnes handicapées se heurte à un problème de définition, dans la mesure où le handicap est une réalité multiple. Veut-on évaluer les pathologies à l'origine du handicap (étiologie), les altérations des organes et de leur fonction (déficiences) ou l'importance de la perte d'autonomie (incapacités) et les désavantages qui en découlent dans la vie sociale ? Les Commissions Départementales d'Education Spéciale (CDES) créées en 1975 sont l'instrument essentiel de la protection des jeunes handicapés. Elles sont chargées d'évaluer si l'incapacité de l'enfant justifie l'attribution d'une prestation et désignent les établissements susceptibles de répondre à leurs besoins. Le registre des handicaps de l'enfant et l'observatoire périnatal (RHEOP) du département de l'Isère, recense chaque année, pour la génération des enfants de 8 ans, la prévalence des déficiences sévères. Pour l'année 1998, la prévalence était de 9,9 des déficiences sévères pour 1 000 enfants. Les déficiences prises en compte sont les trisomies 21 et les autres retards mentaux, les déficiences motrices nécessitant un appareillage et une rééducation continue et les infirmités motrices cérébrales, les cécités et les amblyopies bilatérales, les déficiences sévères et profondes de l'audition, ainsi que les autismes et les psychoses infantiles. Plusieurs travaux français et internationaux ont montré qu'en dépit des progrès réalisés en matière de prise en charge au cours de la période périnatale, l'importance des déficiences sévères ne semble pas diminuer et, en particulier, les trisomies 21.

L'Allocation d'Education Spéciale (AES) est une prestation versée sans condition de ressources aux familles ayant un enfant handicapé. En 1999, le nombre de bénéficiaires de cette allocation a atteint 99 700 contre 87 000 en 1990, soit une progression annuelle de 1,5 %. Cette progression de la fréquence des bénéficiaires relève sans doute moins d'une augmentation de la prévalence du handicap que d'un repérage plus précoce des situations de handicap.

Au 1er janvier 1998, en France métropolitaine, 109 400 enfants et adolescents handicapés ou inadaptés étaient accueillis dans un établissement d'éducation spéciale (soit 7,1 jeunes de moins de 20 ans pour 1 000). Un peu plus de 5 % de ces adolescents avaient 20 ans ou plus et étaient maintenus dans les établissements au titre de l'amendement Creton, dans l'attente d'une place en structure de travail protégé ou d'hébergement pour adultes handicapés.

17 900 enfants et adolescents sont suivis par un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), ce qui représente un taux de 1,2 ‰. Ces services ont pour mission d'apporter à l'enfant, à la famille et à l'équipe pédagogique, l'accompagnement et le soutien nécessaires à une intégration réussie. Ces enfants sont le plus souvent scolarisés à temps plein ou à temps partiel dans des classes ordinaires ou spécialisées de l'enseignement public ou privé. Durant l'année scolaire 1998-99, 17 000 enfants handicapés sont scolarisés à temps plein ou partiel dans les classes ordinaires publiques et privées de l'enseignement préélémentaire et élémentaire, ce qui représente un taux de 7,1 pour 1 000 enfants scolarisés. Le plan "Handiscol", arrêté en avril 1999 par les Ministères de l'Education Nationale et de l'Emploi et de la Solidarité, vise à améliorer la mise en œuvre de la scolarité des enfants handicapés en milieu ordinaire.

Situation à Marseille : faits marquants

· En 2001, Marseille comptait 1 515 bénéficiaires de l'AES, soit près de huit bénéficiaires pour 1 000 enfants de moins de 20 ans. Ce taux est plus élevé qu'au niveau national.

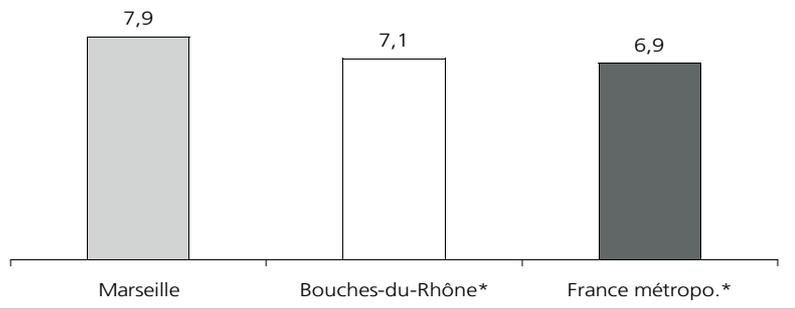
· Entre 1998 et 2001 le nombre d'enfants bénéficiaires de l'AES (régime général) a augmenté de 9 % à Marseille.

· Marseille compte 670 places en CAMSP pour le dépistage précoce des déficiences chez les 0-6 ans, 376 places en SSESAD ainsi que 1 578 places en établissements spécialisés en faveur des enfants handicapés (dont 52 % pour les jeunes déficients intellectuels).

· En 2002-2003, 127 enfants étaient intégrés dans les écoles maternelles et primaires de Marseille, sur un total de plus de 72 000 enfants scolarisés. Plus de la moitié (73 %) sont en intégration individuelle.

1. NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE POUR 1 000 JEUNES DE MOINS DE 20 ANS EN 2001 (RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE)

pour 1 000 habitants de



* En 1999

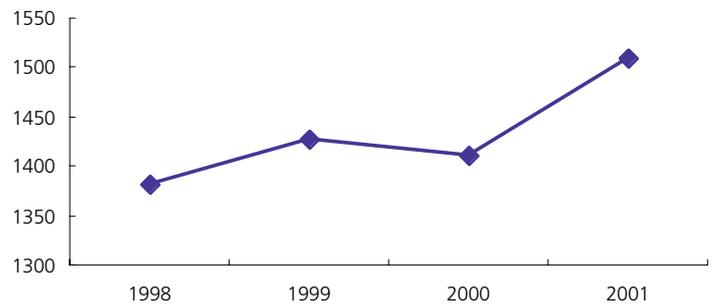
Sources : CAF, CNAF, CCMSA, INSEE

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS

L'AAH est destinée aux personnes atteintes soit d'une incapacité d'au moins 80 %, soit d'une incapacité comprise entre 50 et 80 % lorsqu'elles sont dans l'impossibilité de se procurer un emploi en raison de leur handicap. Cette prestation est accordée sous condition de ressources. Son versement est effectué par les caisses de sécurité sociale (CAF et MSA) mais elle est financée par l'Etat.

Un complément d'AAH peut être versé aux personnes ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % percevant l'AAH et vivant dans un logement indépendant.

2. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION D'ÉDUCATION SPÉCIALE À MARSEILLE 1998 À 2001 (RÉGIME GÉNÉRAL)



Source : CAF

3. LES SERVICES POUR ENFANTS HANDICAPÉS À MARSEILLE EN 2003

	Nb services	Nb places installées
CAMSP*	5	670
SESSAD**	10	376
dont SESSAD autonomes	1	7

* Centre d'action médico-sociale précoce (juin 2003)

** Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (mai 2002)

Sources : DRASS, Commission Départementale de l'Éducation Spéciale des Bouches-du-Rhône

LES CENTRES D'ACTION MÉDICO-SOCIALE PRÉCOCE

Les CAMSP exercent une activité de dépistage précoce des déficiences motrices, sensorielles ou mentales chez les enfants âgés de 0 à 6 ans. Ils jouent également un rôle de guidance familiale dans les soins et l'éducation spécialisée nécessaires à l'enfant.

LES SERVICES D'ÉDUCATION SPÉCIALE ET DE SOINS À DOMICILE

Les SESSAD concernent les jeunes de moins de 20 ans présentant des déficiences intellectuelles, motrices ou des troubles du caractère et du comportement. Ils aident à l'acquisition de l'autonomie par un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé, dans diverses situations (milieu scolaire ou préscolaire, domicile, centre de vacances et de loisirs, etc.).

4. CAPACITÉ D'ACCUEIL DES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS HANDICAPÉS À MARSEILLE EN MAI 2002

	Nb structures	Nb places installées
Etablissements pour enfants déficients intellectuels avec ou sans troubles associés	14	831
<i>dont SESSAD*</i>	1	8
Etablissements pour enfants présentant des troubles du comportement	5	442
<i>dont SESSAD</i>	4	264
Etablissements pour enfants handicapés moteurs	1	95
<i>dont SESSAD</i>	1	15
Etablissements pour enfants polyhandicapés	3	136
<i>dont SESSAD</i>	1	30
Etablissements pour enfants déficients visuels	1	212
<i>dont SESSAD</i>	0	0
Etablissements pour enfants déficients auditifs	2	231
<i>dont SESSAD</i>	2	52
Total	26	1947
<i>dont SESSAD</i>	9	369

* Services d'éducation spéciale et de soins à domicile

Source : Commission Départementale de l'Éducation Spéciale des Bouches-du-Rhône

5. NOMBRE D'ENFANTS DÉFICIENTS INTÉGRÉS DANS LES ÉCOLES MATERNELLES ET PRIMAIRES DE MARSEILLE PAR TYPE DE HANDICAP EN 2002-2003

Déficience visuelle		15
	Intégration individuelle	14
	Intégration collective	1
Déficience auditive		22
	Intégration individuelle	17
	Intégration collective	5
Handicap moteur		90
	Intégration individuelle	62
	Intégration collective	28

Source : Inspection académique des Bouches-du-Rhône - Service de la prévention en faveur des élèves

INTÉGRATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

L'intégration individuelle : le jeune handicapé est scolarisé dans une classe ordinaire et peut bénéficier d'un soutien et d'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire.

L'intégration collective : elle est réalisée dans des classes à effectif réduit, avec des enseignants spécialisés dispensant un enseignement aménagé.

6.2 Les adultes **handicapés**

Contexte **national**

La fréquence, la nature et l'origine des handicaps restent mal connues en France. L'enquête Handicaps-Incapacités- Dépendances, réalisée en 1998-01 auprès de personnes vivant en institution et à domicile, est la 1^{ère} enquête nationale qui confronte différents regards sur le handicap et sur les aides qui sont apportées aux personnes handicapées. Les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) sont au centre des dispositifs en faveur des personnes handicapées jusqu'à 60 ans. Au-delà, les aides relèvent des conseils généraux depuis l'instauration en 1997 de la prestation spécifique dépendance (PSD). Les COTOREP sont organisées en 2 sections : la 1^{ère} détermine la qualité de "travailleur et handicapé", étudie les orientations vers les établissements de travail adapté ; la 2^{ème} section évalue le taux d'incapacité, décide de l'attribution de la carte d'invalidité et des allocations. Elle oriente les personnes concernées vers les établissements spécialisés susceptibles de répondre à leurs besoins d'hébergement et de soins.

Près de 700 000 personnes bénéficiaient de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) au 31/12/1999, soit 21 allocataires pour 1 000 habitants. Le nombre de bénéficiaires a progressé de 2,9 % par an depuis 1990.

Les entreprises de plus de 20 salariés ont, depuis 1987, des obligations pour l'emploi de personnes handicapées, avec un objectif de 6 % de travailleurs handicapés. Parmi les entreprises assujetties, le taux d'emploi de personnes handicapées employées progresse faiblement. Avec 220 000 travailleurs handicapés employés en 1998, il est proche de 4 %.

Les centres d'aide par le travail (CAT) et les ateliers protégés (AP) sont les structures qui répondent aux besoins des personnes handicapées au niveau professionnel. On comptait 89 000 personnes handicapées dans les CAT, et 14 000 en AP en 1997. D'autre part, la France dispose de 47 000 places dans les différentes structures d'accueil offrant un hébergement permanent et des soins.

L'offre actuelle d'équipements semble cependant insuffisante pour répondre aux besoins actuellement identifiés par les COTOREP.

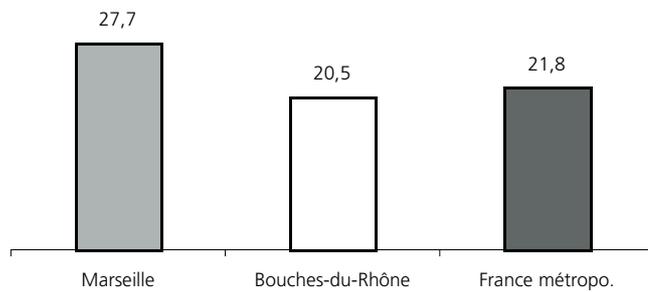
Le plan en faveur des personnes handicapées présenté le 25 janvier 2000 par le Gouvernement prévoit 2 axes de développement : la prise en charge des personnes les plus lourdement handicapées d'une part et la promotion de l'intégration d'autre part. Dans ce cadre, un plan pluriannuel de création de 16 500 places en 5 ans dans les établissements spécialisés pour adultes handicapés a été décidé. On notera la création de plus de 3 000 postes d'auxiliaires de vie ; enfin, l'expérimentation de " guichets uniques d'évaluation des besoins de compensation" en différents sites doit permettre d'apprécier en un seul lieu, les besoins d'aide des personnes handicapées pour vivre de façon autonome à domicile.

Situation à Marseille : **faits marquants**

- En 2001, Marseille comptait 11 828 bénéficiaires de l'AAH soit près de 28 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 20-59 ans. Ce taux est supérieur à celui du département et de la France métropolitaine.
- Entre 1998 et 2001 le nombre de bénéficiaires de l'AAH (régime général) a augmenté de 11 % à Marseille.
- En 2003, Marseille offre 1 096 places en établissements de travail protégé. Les CAT représentent la quasi-totalité de ces places (1 084). Le taux d'équipement en établissements de travail protégé est plus faible à Marseille (2,57 places pour 1 000 habitants de 20-59 ans) qu'en France métropolitaine (3,36).
- Marseille compte 335 places en foyers d'hébergement, 325 places en foyers de vie et 234 places en maisons d'accueil spécialisées. Hormis pour les maisons d'accueil spécialisées, les taux d'équipement sont inférieurs à Marseille par rapport à la moyenne nationale.

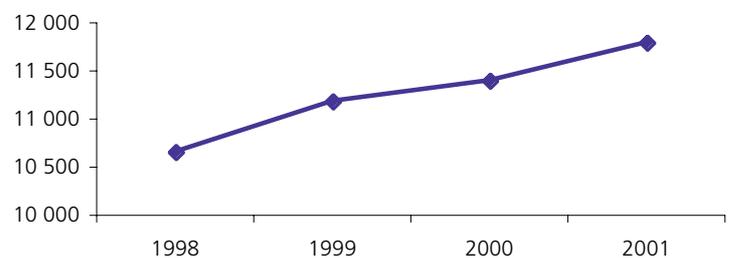
1. NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS POUR 1 000 HABITANTS DE 20-59 ANS EN 2001 (RÉGIME GÉNÉRAL ET AGRICOLE)

pour 1 000 habitants de 20-59 ans



Sources : CAF, MSA, DRASS, INSEE

2. EVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS À MARSEILLE 1998 À 2001 (RÉGIME GÉNÉRAL)



Source : CAF

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS

L'AAH est destinée aux personnes atteintes soit d'une incapacité d'au moins 80 %, soit d'une incapacité comprise entre 50 et 80 % lorsqu'elles sont dans l'impossibilité de se procurer un emploi en raison de leur handicap. Cette prestation est accordée sous condition de ressources. Son versement est effectué par les caisses de sécurité sociale (CAF et MSA) mais elle est financée par l'Etat.

Un complément d'AAH peut être versé aux personnes ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % percevant l'AAH et vivant dans un logement indépendant.

3. NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS DE TRAVAIL PROTÉGÉ ET DE PLACES EN JUIN 2003

	Marseille	Bouches-du-Rhône	France métropo.*
Centre d'Aide par le Travail (CAT)			
Nb établissements	13	30	1 313
Nb places	1 084	2 514	91 879
Tx d'équipement** en CAT	2,54	2,51	2,90
Atelier Protégé (AP)			
Nb établissements	1	3	458
Nb places	12	31	14 646
Tx d'équipement** en AP	0,03	0,03	0,46

* Au 1er janvier 2001

** Pour 1 000 habitants de 20-59 ans

Sources : DRASS, INSEE

**4. NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS ET DE PLACES EN HÉBERGEMENT POUR ADULTES HANDICAPÉS
EN JUIN 2003**

	Marseille	Bouches-du- Rhône	France métrop.*
Foyer d'hébergement			
Nb d'établissements	7	24	1 283
Nb de places	335	921	38 077
Tx d'équipement**	0,79	0,92	1,20
Foyer de vie			
Nb d'établissements	7	23	1 072
Nb de places	325	1 038	33 641
Tx d'équipement**	0,76	1,04	1,06
Maison d'accueil spécialisée			
Nb d'établissements	7	16	344
Nb de places	234	490	13 826
Tx d'équipement**	0,55	0,49	0,44

* Au 1er janvier 2001

** Pour 1 000 personnes de 20-59 ans

Sources : DRASS, INSEE

LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPÉS

LES ATELIERS PROTÉGÉS (AP) sont des unités de production soumises aux contraintes de l'économie de marché, mais pouvant bénéficier de subventions de fonctionnement. Ils sont agréés par le Préfet après instruction de la demande par les services du Ministère du Travail et de l'Emploi. La capacité de travail exigée est au moins égale à un tiers de la capacité normale.

LES CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (CAT) ont une vocation plus sociale que les ateliers protégés. Ils disposent d'une part d'un budget social avec une enveloppe globale annuelle fixée et financée par l'Etat (Ministère des Affaires Sociales), et d'autre part, d'un budget de production, financé par les ventes effectuées par l'établissement. La capacité de travail y est inférieure au tiers de la capacité normale.

LES FOYERS D'HÉBERGEMENT POUR TRAVAILLEURS HANDICAPÉS sont destinés aux personnes exerçant une activité pendant la journée dans les CAT, AP ou en milieu ordinaire. Des travailleurs sociaux assurent un encadrement le soir et le week-end. Ces structures sont financées par les Conseils Généraux et les travailleurs handicapés qui participent à leurs frais d'hébergement dans des limites fixées par décret.

LES FOYERS DE VIE, OU FOYERS OCCUPATIONNELS, reçoivent des adultes lourdement handicapés qui disposent d'une autonomie ne justifiant pas leur admission en Maison d'Accueil Spécialisée, mais qui ne sont pas aptes à un travail productif. Ces structures sont financées par les Conseils Généraux qui fixent le prix de journée.

LES MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES reçoivent des personnes handicapées adultes qui n'ont pas d'autonomie, dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Les soins sont pris en charge par l'assurance maladie.

7.1

Pauvreté - précarité

Contexte **national**

Mesurer la précarité présente des difficultés qui tiennent à la définition même de cette notion, à la diversité des situations vécues et aux sources d'information disponibles. Le manque de ressources financières des individus ou des ménages reste malgré tout le critère le plus utilisé. La pauvreté se définit alors en fonction d'un seuil minimal de survie.

Depuis une dizaine d'années se substitue progressivement à une population pauvre, traditionnellement âgée, rurale et isolée, une population pauvre jeune et urbaine. D'après la Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques (Ministère de l'Emploi), 70 % des salariés percevant un "bas salaire" en 1997 vivaient en dessous du seuil de pauvreté et la proportion de ces "travailleurs pauvres" a sensiblement augmenté depuis 1984 (ils représentaient alors 44 % des "bas salaires"). Parmi les "bas salaires", on retrouve essentiellement des femmes, des jeunes, des personnes ayant un faible niveau de qualification et des personnes travaillant dans le secteur tertiaire. Les trois quarts correspondent à des emplois à temps partiel.

D'après Eurostat, 15 % des salariés de l'Union Européenne perçoivent un "bas salaire" (inférieur à 60 % du salaire médian du pays), ce qui représente 16,5 millions de personnes. Avec 13 % de salariés situés dans la catégorie des "bas salaires", la France est dans la moyenne européenne (les extrêmes allant de 21 % en Grande-Bretagne à 6 % au Portugal).

Au 31 décembre 1998, plus de 3 millions de personnes percevaient en France métropolitaine, une allocation d'assistance attribuée en dessous d'un certain niveau de ressources. En tenant compte des ayant-droits, la population couverte par les minima sociaux s'élève à environ 5 500 000 personnes soit un peu moins de 10 % de la population. Ces ressources minimales proviennent essentiellement de 8 prestations : l'allocation adulte handicapé (AAH), l'allocation de parent isolé (API), l'allocation d'insertion (AI), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation supplémentaire invalidité, l'allocation de veuvage, l'allocation supplémentaire vieillesse et le revenu minimum d'insertion (RMI). Depuis 1989, année de sa création, le nombre des bénéficiaires du RMI a été multiplié par 3 passant de 335 500 à près d'1 million en 1998.

Les politiques mises en œuvre pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion s'inscrivent désormais dans un cadre global, durable et cohérent. La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions comprend un ensemble de dispositions visant une amélioration des prestations destinées aux personnes en difficulté : revalorisation des minima sociaux, indexation sur les prix de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et de l'allocation d'insertion (AI), possibilité de cumul des minima sociaux avec une activité professionnelle à temps réduit.

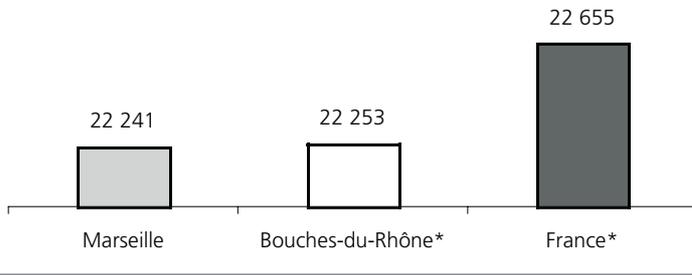
Afin de renforcer l'accès aux soins des populations en situation de précarité, la loi du 27 juillet 1999 relative à la création de la couverture maladie universelle (CMU) modifie les conditions d'accès aux droits à une couverture maladie et instaure une couverture de base obligatoire. Une protection complémentaire de santé peut être accordée gratuitement, sous condition de ressources.

Situation à Marseille : **faits marquants**

- Le revenu net imposable moyen à Marseille est inférieur au niveau national. Cependant, la part des contribuables non imposables est plus faible qu'au niveau national (47 % contre 53 % en France).
- En 2001, 15,6 % de la population marseillaise âgée de 15 à 59 ans percevait une allocation attribuée en dessous d'un niveau de ressources. Ce taux est largement supérieur à celui du département (10,7 %) et de la France (6,6 %).
- Entre 1998 et 2001, à Marseille, le nombre de bénéficiaires d'allocations a augmenté, de manière plus importante pour l'API (+23,6 %) que pour le RMI (+12,7 %) et l'AAH (+10,7 %). Les augmentations du nombre de bénéficiaires de l'API et du RMI ont été plus marquées qu'en France.
- Au 31/12/2000 Marseille comptait 43 389 allocataires du RMI. La majorité des bénéficiaires ont entre 30 et 39 ans et vivent seuls. Le taux de RMIistes pour 100 personnes est maximum chez les 25-29 ans (15 bénéficiaires pour 100 habitants).

1. REVENU NET IMPOSABLE MOYEN EN 2000

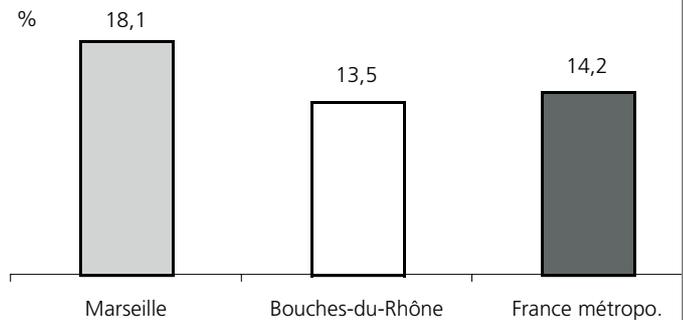
en euros



* En 1999

Source : INSEE

2. PART DES MÉNAGES DONT LES PRESTATIONS LÉGALES REPRÉSENTENT LA TOTALITÉ DES RESSOURCES* EN 2000



* Part des ménages (hors étudiants) dont les prestations légales représentent la totalité des ressources. Les prestations sont versées par les Caisses d'allocations familiales (CAF). Le pourcentage est calculé sur l'ensemble des allocataires des CAF.

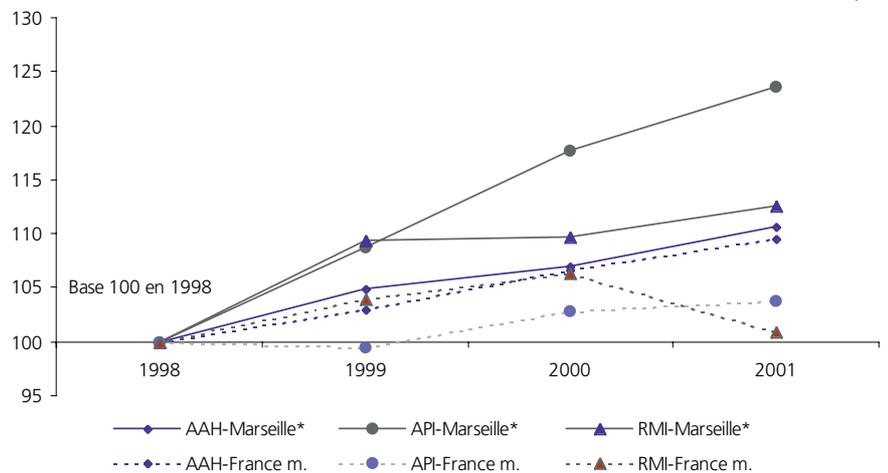
Sources : CAF, CNAF

3. BÉNÉFICIAIRES D'ALLOCATIONS ATTRIBUÉES EN DESSOUS D'UN NIVEAU DE RESSOURCES EN 2001 DANS LA POPULATION ÂGÉE DE 18-59 ANS

Type d'allocation	Marseille	Bouches-du-Rhône	France métropo.
AAH Allocation aux Adultes Handicapés	11 828	20 590	689 006
<i>% pop. 18-59 ans</i>	2,6	2,0	2,1
API Allocation Parent Isolé	4 781	7 594	156 759
<i>% pop. 18-59 ans</i>	1,1	0,7	0,5
RMI Revenu Minimum d'Insertion	44 651	68 288	965 180
<i>% pop. 18-59 ans</i>	10,0	6,5	2,9
AI Allocation d'Insertion	788	991	32 239
<i>% pop. 18-59 ans</i>	0,2	0,1	0,1
ASS Allocation Spécifique de Solidarité	7 580	14 796	356 353
<i>% pop. 18-59 ans</i>	1,7	1,4	1,1
Ensemble	69 628	112 259	2 199 537
<i>% pop. 18-59 ans</i>	15,6	10,7	6,6

Sources : CAF, MSA, DRASS, UNEDIC, INSEE

4. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DES ALLOCATIONS D'ASSISTANCE DE 1998 À 2001



* Régime général uniquement.

Sources : CAF, CNAF, CCMSA

5. RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES DU RMI PAR TYPE DE FAMILLE AU 31/12/2000 (EN %)

	Marseille*	Bouches-du-Rhône	France métropo.
Total couples	15,2	17,7	19,8
<i>Couples sans enfant</i>	3,4	3,5	4,3
<i>Couples avec enfants</i>	11,8	14,2	15,5
Familles monoparentales	23,3	23,9	22,6
Total personnes seules	58,7	58,5	57,7
<i>Femmes sans enfant</i>	20,0	20,9	21,0
<i>Hommes sans enfant</i>	38,7	37,5	36,7

* Régime général uniquement. Les données contiennent 3 % de non réponse.

Sources : CAF, CNAF, CCMSA

6. ALLOCATAIRES DU RMI SELON L'ÂGE ET TAUX D'ATTRIBUTION POUR 100 PERSONNES AU 31/12/2000

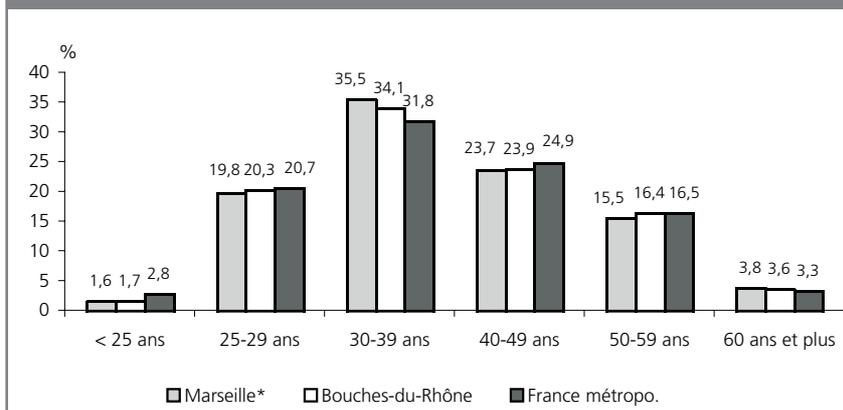
	Marseille*		Bouches-du-Rhône	France métropo.
	Nb	Taux**	Taux**	Taux**
< 25 ans	703	0,3	0,2	0,1
25-29 ans	8 590	15,0	10,7	4,7
30-39 ans	15 410	13,4	8,6	3,5
40-49 ans	10 277	9,6	6,1	2,8
50-59 ans	6 741	7,4	4,9	2,3
60 ans et plus	1 668	0,9	0,6	0,3

* Régime général uniquement

** Taux pour 100 habitants de la classe d'âge.

Sources : CAF, CNAF, CCMSA

7. RÉPARTITION DES ALLOCATAIRES DU RMI SELON L'ÂGE AU 31/12/2000 (EN %)



* Régime général uniquement

Sources : CAF, CNAF, CCMSA

8. ACTIVITÉ DE LA BANQUE ALIMENTAIRE DES BOUCHES-DU-RHÔNE À MARSEILLE EN 2002

	Nb bénéficiaires	Tonnage distribué	Nb points de distribution
Bouches-du-Rhône	24 000	1 065	165
Marseille	13 495	665	108
% Marseille	56,2	62,4	65,5

Source : Banque Alimentaire des Bouches-du-Rhône

9. ACTIVITÉ DES 'RESTAURANTS DU CŒUR' À MARSEILLE EN 2002

	Nb de repas servis/jour	Nb centres de distribution	Nb de bénéficiaires
Bouches-du-Rhône	21 000	47	6 000 familles
Marseille	9 660	17	/
% Marseille	46,0	36,2	

La campagne des Restos du cœur ayant lieu du 1er décembre au 31 mars, 927 360 repas ont été servis à Marseille en 2002.

Source : Les Restaurants du cœur des Bouches-du-Rhône

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS

L'AAH est destinée aux personnes atteintes soit d'une incapacité d'au moins 80 %, soit d'une incapacité comprise entre 50 et 80 % lorsqu'elles sont dans l'impossibilité de se procurer un emploi en raison de leur handicap. Cette prestation est accordée sous condition de ressources. Son versement est effectué par les caisses de sécurité sociale (CAF et MSA) mais elle est financée par l'Etat.

Un complément d'AAH peut être versé aux personnes ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % percevant l'AAH et vivant dans un logement indépendant

L'ALLOCATION PARENT ISOLÉ

L'API est destinée aux personnes célibataires, veuves, séparées ou abandonnées élevant seules leur(s) enfant(s) et aux femmes seules et enceintes. Cette allocation est versée sous condition de ressources.

LE REVENU MINIMUM D'INSERTION

Le RMI est destiné aux personnes âgées d'au moins 25 ans, ou de moins de 25 ans si elles ont à charge un ou des enfants ou attendent un enfant. Le RMI est attribué sous condition de ressources et le demandeur doit conclure un contrat d'insertion.

L' ALLOCATION D'INSERTION

L'AI est destinée aux salariés expatriés ou victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, réfugiés ou apatrides, détenus libérés ayant des ressources inférieures à un certain seuil et inscrits à l'ANPE. L'AI est attribuée pour une durée maximum d'un an.

L'ALLOCATION SPÉCIFIQUE DE SOLIDARITÉ

L'ASS est destinée aux chômeurs longue durée de moins de 60 ans ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage et dont les ressources sont inférieures à un seuil. Les chômeurs de 50 ans et plus peuvent également demander le versement de cette allocation, en remplacement des allocations chômage, si son montant leur est supérieur.

Sources : Service Public, Unedic

7.2 L'accès au logement

Contexte national

Le logement est un déterminant majeur de l'insertion de l'individu, puisqu'il conditionne à la fois sa vie quotidienne et ses relations dans la société. Différentes sources permettent d'estimer à l'heure actuelle entre 100 000 et 200 000 le nombre de personnes sans domicile fixe ou occupant un logement précaire (certaines mentionnent 400 000). L'absence de données systématiques sur les difficultés d'accès au logement de ces personnes porte autant sur les aspects liés à l'offre existante que sur les éléments permettant d'apprécier les besoins. Toutefois, les informations sur certaines catégories de logements apportent un éclairage sur ce problème : les logements privés à faibles loyers, le logement social provisoire (centre d'hébergement et de réadaptation sociale ou CHRS, centre maternel, centre d'accueil, foyer...), et les logements sociaux (gérés par différents organismes). L'exploitation de l'enquête nationale logement 1992 met en évidence la très forte érosion du parc de logements privés et publics à faible loyer. Les dépenses inhérentes au logement constituent, depuis 1995, le premier poste du budget des ménages, devançant les dépenses alimentaires (respectivement 23 % et 18 %, en 1997). On constate que les logements à bas loyer accueillent des ménages à revenus diversifiés et que les ménages à faibles ressources n'y sont, en proportion, que faiblement représentés. Ceci s'expliquerait en partie par les exigences de solvabilité de la part de certaines catégories de bailleurs.

Les demandes d'accueil en urgence ont augmenté ces dernières années et se sont modifiées avec l'apparition d'une population qui ne correspond plus à l'image traditionnelle du sans-abri. Ceci a eu pour conséquence une diversification des formes de réponses : accueil de jour, accueil de nuit, hôtel social, boutiques-solidarité, SAMU social... Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), se situent entre l'urgence et le logement. Ils sont à la fois agents et médiateurs d'insertion pour des personnes en difficultés financières et en difficultés psychologiques et sociales liées à de multiples ruptures.

En France métropolitaine, en 1998, il existait 850 CHRS et centres maternels qui offrent un peu plus de 32 500 places d'hébergement. Ces places ne sont pas toutes financées par l'État. En effet, ces établissements cumulent des financements d'origines diverses (DDASS, Conseils généraux, CAF, communes...). Les foyers pour travailleurs migrants (Sonacotra et Unaf), proposent un mode de logement accessible aux personnes isolées en situation précaire, de même que les foyers pour jeunes travailleurs (FJT) depuis 1996.

La loi "Besson" du 31 mai 1990, qui vise à garantir le droit au logement, a mobilisé les collectivités publiques et les partenaires privés afin que soient développées des actions qui améliorent localement l'accès au logement, ainsi que la capacité des ménages à se maintenir dans leur logement. Des outils comme le Fonds de solidarité logement, les prêts locatifs aidés très sociaux (PLATS), les programmes sociaux thématiques s'inscrivent dans la dynamique des plans départementaux d'action pour le logement des personnes démunies.

Situation à Marseille : faits marquants

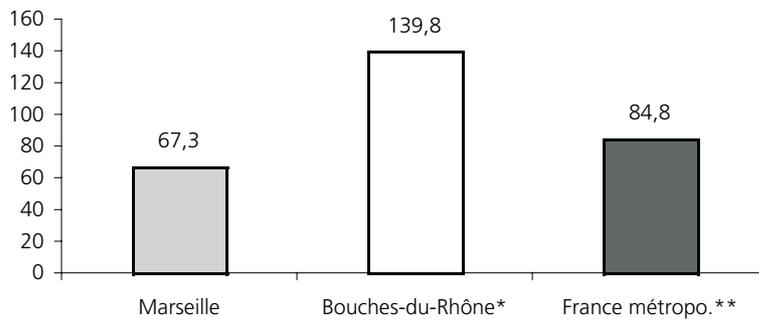
· A Marseille, le taux d'équipement en CHRS est légèrement inférieur à celui de la France et très inférieur à celui du département.

· En 2000, les deux foyers de jeunes travailleurs de la ville ont accueillis 400 jeunes. Marseille offre également 3 000 places dans les 27 foyers pour travailleurs migrants.

· Avec près de 87 logements pour 1 000 habitants, Marseille présente une densité en logement social supérieure au département et à la France.

· En 2001, Marseille comptait près de 134 000 bénéficiaires de prestations d'aide au logement, soit 166 bénéficiaires pour 1 000 habitants. Ce taux est supérieur à celui du département et de la France.

1. NOMBRE DE PLACES EN CHRS POUR 100 000 HABITANTS DE 18 À 59 ANS EN JUIN 2003



* Au 1er janvier 2003

** Au 1er janvier 2001

CHRS : Centre d'hébergement et de réadaptation sociale

Sources : DRASS, INSEE

2. FOYERS DE JEUNES TRAVAILLEURS EN 2000

	Marseille	Bouches-du-Rhône	France métro.*
Nb d'établissements	2	6	387
Nb de places	321	793	38 665**
Nb de jeunes accueillis dans l'année	400	1 512	72 015***

* Année 1999

** Nombre de places des 365 foyers ayant répondu à l'enquête 'capacité'.

*** Nombre de jeunes accueillis dans les 276 foyers ayant répondu à l'enquête 'jeunes'.

Source : Union des Foyers de Jeunes Travailleurs

3. CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES HÉBERGÉES DANS LES FOYERS DE JEUNES TRAVAILLEURS DE MARSEILLE EN 2000

Age	%
16-19 ans	25,9
20-23 ans	38,0
24-30 ans	30,8
>30 ans	5,2
Statut professionnel	%
CDI	6,3
CDD	7,8
Intérim	1,7
Contrat exonéré	6,6
Contrat de qualification	2,6
Contrat d'apprentissage	3,4
Stage	21,6
Demandeur d'emploi	18,2
Scolaires et étudiants	31,1
Objecteurs ou service national	0,6
Niveau scolaire	%
Institutions spécialisées	2,4
BEPC ou moins	24,5
CAP ou BEP	29,6
BAC	21,6
Niveau supérieur au bac	21,9

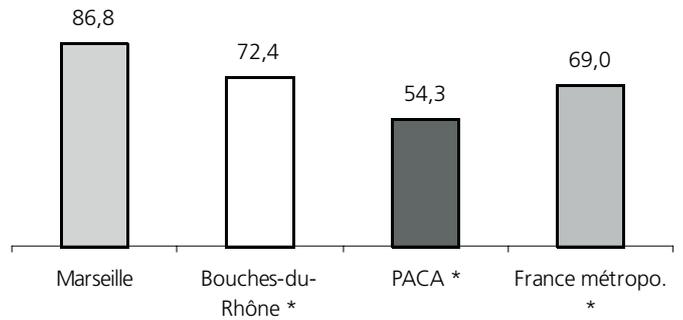
Source : Union des Foyers de Jeunes Travailleurs

4. FOYERS POUR TRAVAILLEURS MIGRANTS EN 2000

	Marseille	Bouches-du-Rhône	PACA	France métropo.
Nb d'établissements	27	47	81	779
Nb de places	3 027	6 523	11 539	110 741

Sources : DRE, UNAFO, SONACOTRA

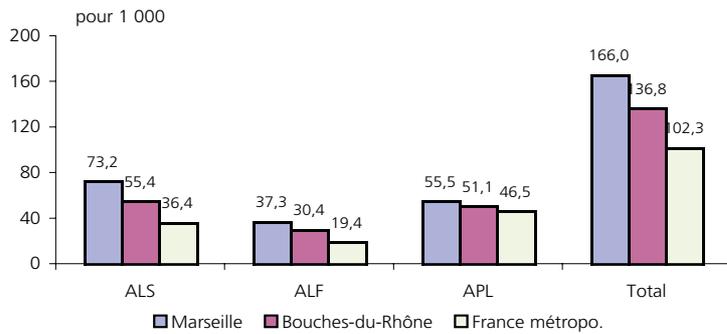
5. DENSITÉ DU PARC LOCATIF SOCIAL POUR 1 000 HABITANTS AU 1ER JANVIER 2003



* Au 1er janvier 2001

Sources : DDE, Ministère de l'équipement, INSEE

6. NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS D'AIDE AU LOGEMENT À MARSEILLE EN 2001 POUR 1 000 HABITANTS



ALS : Allocation de logement sociale
 ALF : Allocation de logement familiale
 APL : Aide personnalisée au logement

Sources : CAF, MSA, CNAF, CCMSA, INSEE

7.3 L'accès aux soins

Contexte national

Un demi-siècle a été nécessaire pour mettre en œuvre ce que prévoyait les ordonnances de la sécurité sociale de 1945 : un droit universel à l'assurance maladie. Celui-ci est effectif depuis le 1er janvier 2000 avec l'instauration de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Mais des difficultés d'accès aux soins persistent, liées à l'absence ou à l'insuffisance de couverture sociale. En 1998, 150 000 personnes échappaient encore à toute protection sociale. De plus, les régimes de sécurité sociale obligatoires ne remboursent en moyenne que 74 % des dépenses de santé. L'enquête du Credes "Santé, soins et protection sociale", en 1998, confirmait que le statut socio-économique et le degré de précarité sont des déterminants de l'accès à la couverture complémentaire. 30 % des chômeurs et 28 % des personnes sans couverture complémentaire déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois (contre 14 % pour l'ensemble des personnes interrogées). Les restrictions les plus fréquentes concernaient le domaine dentaire, les soins et examens médicaux et l'optique.

La loi du 27 juillet 1999 instaure une obligation d'affiliation à l'assurance maladie sur le seul critère de résidence et supprime le régime de l'assurance personnelle dans l'objectif de ne pas marginaliser les populations les plus pauvres dans des filières de soins spécifiques mais de leur donner accès à l'ensemble du système de soins.

Cette couverture complémentaire devrait toucher 6 millions de personnes dont les revenus mensuels sont inférieurs à 533,6 euros par personne. La CMU marque un véritable progrès et un changement radical dans les procédures d'accès aux soins. Toutefois ce dispositif ne règle pas le problème des inégalités de santé liées à la précarité.

C'est pourquoi le "volet santé" de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 vise, à travers la mise en place des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins à adapter l'offre de soins aux populations les plus démunies en généralisant, notamment, les cellules précarité dans les hôpitaux et à renforcer les actions de prévention et d'éducation à la santé en direction des populations fragilisées.

De nombreux acteurs ont développé des actions dans ce domaine, tels que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, les Conseils Généraux, ou encore Médecins du monde... Ils disposent d'informations pour qualifier la demande de ceux qui y ont recours et ainsi contribuer à une approche des situations de difficultés d'accès aux soins, notamment à l'échelle régionale. En 1998, plus de 30 000 personnes ont été accueillies dans les centres de soins gratuits de la Mission France de Médecins du Monde dont un tiers nouvellement. En 1998, 140 000 bilans de santé ont concerné des personnes en situation de précarité.

Situation à Marseille : faits marquants

· En 2002, près de 70 000 Marseillais étaient affiliés à la CMU de base et près de 150 000 bénéficiaient de la CMU complémentaire, soit 18,4 % de la population, contre 12,7 % dans le département et 7,4 % en France.

· En 2001, le centre d'examens de santé de Marseille a accueilli 11 417 consultants dont 42,5 % étaient en situation de précarité. Au niveau national, en 1999, la part des consultants en situation de précarité était plus faible (31,3 %).

· Par rapport à la population non précaire, une part plus importante des consultants précaires n'a pas consulté un médecin ou un dentiste depuis plus de 2 ans.

· Les consultants en situation de précarité sont significativement plus jeunes que ceux ne se trouvant pas dans cette situation.

1. PERSONNES AFFILIÉES À LA CMU DE BASE OU BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU COMPLÉMENTAIRE EN 2002

	Nb affiliés CMU de base	Nb bénéficiaires CMU complémentaire	% couverture CMU de base	% couverture CMU complémentaire
Marseille	67 442	148 012	8,4	18,4
Bouches-du-Rhône	99 675	236 059	5,4	12,7
France métropo.*	906 204	4 377 219	1,5	7,4

% couverture CMU de base (ou complémentaire) : part des bénéficiaires de la CMU de base (ou complémentaire) dans la population totale.

* En 2001

Sources : CPAM, MSA, DREES, INSEE

2. CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ DE LA CNAMTS À MARSEILLE EN 2001

	Marseille	France métropo.*
Nb de centres	1	82
Nb de consultants	11 417	483 235
Tx de consultants dans pop. générale**	14,2	8,2
<i>dont précaires***</i>	4 858	151 122
<i>dont non précaires</i>	6 559	332 113
% population précaire	42,6	31,3

* En 1999

** Nombre de consultants des centres d'exams de santé pour 1 000 habitants.

*** Bénéficiaires du RMI, jeunes de 16-25 ans en voie d'insertion, chômeurs et les ayants droits de ces personnes.

Sources : Centre d'exams de santé 'Doria', Centres d'exams de santé de la CNAMTS

3. RECOURS AUX SOIGNANTS DES CONSULTANTS DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTÉ À MARSEILLE EN 2001

% parmi l'ensemble du groupe	dits 'précaires'*	dits 'non précaires'
N'ayant pas consulté un médecin depuis plus de 2 ans	12,4	5,6
N'ayant pas consulté un dentiste depuis plus de 2 ans	31,4	21,9

* Bénéficiaires du RMI, jeunes de 16-25 ans en voie d'insertion, chômeurs et les ayants droits de ces personnes.

Source : Centre d'exams de santé 'Doria'

4. RÉPARTITION DES CONSULTANTS DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTÉ PAR SEXE ET ÂGE À MARSEILLE EN 2001

(en %)	Hommes		Femmes	
	dits 'précaires'*	dits 'non précaires'	dits 'précaires'*	dits 'non précaires'
moins de 16 ans	7,6	0,6	5,5	0,1
16-24 ans	15,1	5,1	18,0	7,7
25-44 ans	38,2	26,9	44,2	28,8
45-59 ans	33,2	29,4	28,3	30,6
60 ans ou plus	5,8	38,1	4,1	32,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

* Bénéficiaires du RMI, jeunes de 16-25 ans en voie d'insertion, chômeurs et les ayants droits de ces personnes.

Source : Centre d'exams de santé 'Doria'

8.1 Vue d'ensemble des pathologies

Contexte national

Avoir une vision d'ensemble de la morbidité des Français nécessite de recourir à différentes sources de données, qui apportent chacune des regards différents mais complémentaires.

Selon la dernière enquête décennale sur la santé (Insee-Credes, 1991-1992), les Français déclaraient souffrir au moment de l'enquête, en moyenne de 3,2 pathologies. Les maladies les plus fréquemment déclarées étaient les maladies ophtalmologiques, qui affectaient plus d'une personne sur 2 ainsi que les affections bucco-dentaires. Les maladies cardio-vasculaires, au 3ème rang, affectaient 27 % des Français. Ce classement n'a guère changé depuis 1980, date de la précédente enquête. Certaines affections ont vu cependant leur fréquence de déclaration augmenter. Il s'agissait des tumeurs et des hyperlipidémies (cholesterol, triglycérides), mais aussi de l'hypertension artérielle, des maladies cérébro-vasculaires, des lombalgies et sciatiques, des allergies, en particulier respiratoires, et de la surdité chez les jeunes.

Plus de 800 000 admissions en Affections de Longue Durée (ALD) concernant des personnes de 15 ans ou plus ont été prononcées chaque année sur la période 1997-1998. Trois groupes d'affections représentaient plus de 70 % des motifs d'entrée en ALD : les maladies cardio-vasculaires, les cancers, et les troubles mentaux graves.

On comptait 535 000 décès en France, en 1999. Les décès par maladies cardio-vasculaires, représentaient 31% des décès. Les tumeurs étaient à l'origine de 28 % des décès, les localisations à l'origine du plus grand nombre de décès étant le poumon, l'intestin, les voies aéro-digestives supérieures, le sein et la prostate. Quant aux morts violentes, elles figuraient au 3ème rang des causes de mortalité avec 8 % des décès. L'évolution de la mortalité au cours des 20 dernières années a été marquée par la diminution de la mortalité cardio-vasculaire et une relative stabilité de la mortalité par cancer. Cette dernière recouvre toutefois des évolutions différentes selon les localisations, et notamment une augmentation de la mortalité par cancer du poumon.

Si la France restait, en 1995, le pays européen connaissant le plus faible taux de mortalité cardio-vasculaire, pour les hommes comme pour les femmes, sa situation était moins favorable pour la mortalité par cancer, notamment pour les hommes. Le taux de mortalité pour cette cause en France figure parmi les plus élevés, après la Belgique, le Luxembourg et le Danemark, et au 12ème rang pour les femmes.

Enfin, concernant les morts violentes, la France occupe une position défavorable avec la plus forte mortalité derrière la Finlande. Les forts taux de mortalité par suicide et par accident de la route observés en France sont à l'origine de cette situation.

Situation à Marseille : faits marquants

· Cinq causes expliquent la plus grande part des décès à Marseille comme en France sur la période 1997-1999. Ce sont les maladies cardio-vasculaires (31 % des décès), les tumeurs (27 %), les maladies de l'appareil respiratoire (8,3 %), les traumatismes et empoisonnements (7 %) et les maladies de l'appareil digestif (5 %). On observe à Marseille une sous-mortalité par rapport au niveau national pour ces pathologies, allant de -2,4 % pour les maladies de l'appareil digestif à -12,6 % pour les traumatismes et empoisonnements. L'écart à la moyenne nationale est plus important que celui du département et de la région pour les traumatismes et empoisonnements, ce qui est probablement lié au plus faible risque de décès par accident de la circulation dans les grandes villes. En revanche, les Marseillais ne bénéficient pas autant que les autres provençaux de la réduction de mortalité pour les maladies de l'appareil digestif. La sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires se rapproche de celle observée en PACA, mais elle est plus marquée que celle du département.

· Chez les 15-34 ans, la mortalité est dominée par les morts violentes (48 % des décès) et le sida (10 %). A Marseille, les taux de mortalité par traumatismes 'causés de manière indéterminée quant à l'intention' et par sida sont très supérieurs aux taux nationaux.

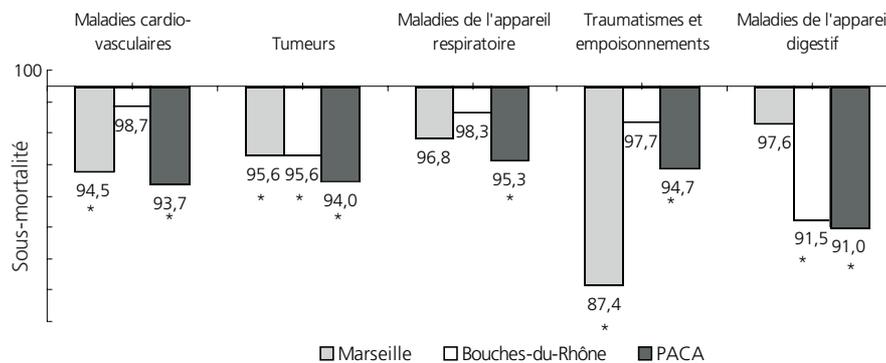
· Chez les 35-64 ans, la mortalité est dominée par les tumeurs (44 % des décès) et les maladies de l'appareil circulatoire (17 %), quel que soit le sexe. Le taux de mortalité entre 35 et 64 ans est légèrement plus élevé pour les Marseillais que pour les Français, en grande partie du fait du sida mais aussi du cancer du poumon chez l'homme.

· Chez les 65 ans et plus, les décès par maladies de l'appareil circulatoire prédominent (34 % des décès), suivis des décès par tumeurs (24 %) et par maladies de l'appareil respiratoire (9 %). Les Marseillais âgés de 65 ans et plus ont des taux de mortalité plus faibles que la moyenne des Français sauf pour les maladies vasculaires cérébrales, le cancer du poumon et les pneumonies chez les hommes et les insuffisances cardiaques et le cancer du sein chez les femmes.

· Les admissions en Affection Longue Durée montrent une prédominance des troubles mentaux chez les 16-35 ans, des tumeurs chez les 36-65 ans et des maladies cardio-vasculaires et tumeurs chez les 66 ans et plus.

· Les principaux motifs d'hospitalisation sont les grossesses et maladies de l'appareil digestif chez les 15-34 ans, les maladies de l'appareil digestif chez les 35-64 ans et les maladies de l'appareil circulatoire chez les 65 ans et plus.

1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ DES CINQ PREMIÈRES CAUSES DE MORTALITÉ À MARSEILLE EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du chi2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

2. LES CINQ PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS À MARSEILLE EN 1997-1999

15-34 ans	Marseille			France métropolitaine			
	Hommes	Nb décès*	%	Tx de mortalité**	Nb décès	%	Tx de mortalité
Traumatismes et empoisonnements		62	53,9%	57,2	5910	65,3%	73,1
<i>accidents de la circulation</i>		21	18,4%	19,6	2824	31,2%	34,9
<i>suicides</i>		13	11,2%	11,9	1660	18,3%	20,5
<i>causés de manière indéterminée quant à l'intention (a)</i>		10	8,4%	8,9	374	4,1%	4,6
Mal. infectieuses et parasitaires		11	9,2%	9,8	256	2,8%	3,2
<i>sida et infections par le VIH</i>		10	8,6%	9,2	194	2,1%	2,4
Tumeurs		9	7,8%	8,3	682	7,5%	8,4
Mal. de l'appareil circulatoire		9	7,5%	8,0	427	4,7%	5,3
Troubles mentaux		3	2,9%	3,1	200	2,2%	2,5
Total toutes causes		116	100,0%	106,2	9050	100,0%	111,9
	Femmes	Nb décès	%	Tx de mortalité	Nb décès	%	Tx de mortalité
Traumatismes et empoisonnements		19	36,1%	16,7	1578	46,5%	19,8
<i>accidents de la circulation</i>		6	11,0%	5,1	721	21,2%	9,0
<i>suicides</i>		7	13,5%	6,3	479	14,1%	6,0
<i>causés de manière indéterminée quant à l'intention</i>		3	5,8%	2,7	98	2,9%	1,2
Mal. infectieuses et parasitaires		9	16,8%	7,8	121	3,6%	1,5
<i>sida et infections par le VIH</i>		7	13,5%	6,3	76	2,2%	1,0
Tumeurs		8	15,5%	7,2	629	18,5%	7,9
Mal. de l'appareil circulatoire		4	7,7%	3,6	231	6,8%	2,9
Mal. du système nerveux		2	3,9%	1,8	133	3,9%	1,7
Total toutes causes		52	100,0%	46,3	3393	100,0%	42,6

(a) Traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention (cas où l'enquête médicale ou légale n'a pu conclure ni à un accident, ni à un suicide ni à un homicide).

* Nombre de décès annuel moyen

** Taux pour 100 000 personnes (RP99)

SYMPTÔMES, SIGNES ET ÉTATS MORBIDES MAL DÉFINIS : COMPLÉMENTS D'INFORMATION

Les décès mal définis ('Symptômes, signes et états morbides mal définis'), difficilement interprétables, ont été exclus de la classification. Pour information, cette cause représentait la troisième cause de décès à Marseille sur la période 1997-1999, avec 691 décès par an, en moyenne.

ACCIDENTS DE LA CIRCULATION : COMPLÉMENTS D'INFORMATION

Le tableau 2 montre que le taux de mortalité par accidents de la circulation à Marseille est inférieur à celui de la France, quels que soient la tranche d'âge et le sexe. Cependant, cette différence est une généralité du milieu urbain et ne doit pas être interprétée comme une caractéristique de Marseille.

2. LES CINQ PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS À MARSEILLE EN 1997-1999 (SUITE)

35-64 ans	Marseille			France métropolitaine			
	Hommes	Nb décès*	%	Tx de mortalité**	Nb décès	%	Tx de mortalité
Tumeurs		359	41,8%	258,4	27094	41,7%	246,0
<i>trachée, bronches, poumon</i>		112	13,0%	80,5	7990	12,3%	72,6
<i>VADS (lèvres, œsophage, larynx)</i>		50	5,8%	35,8	5018	7,7%	45,6
<i>intestin</i>		24	2,8%	17,1	1760	2,7%	16,0
Mal. de l'appareil circulatoire		159	18,5%	114,6	11778	18,1%	107,0
<i>cardiopathies ischémiques</i>		60	7,0%	43,5	5061	7,8%	46,0
<i>maladies vasculaires cérébrales</i>		31	3,6%	22,3	2139	3,3%	19,4
Traumatismes et empoisonnements		103	12,0%	74,5	9615	14,8%	87,3
<i>suicides</i>		28	3,2%	19,9	3948	6,1%	35,9
<i>accidents de la circulation</i>		18	2,1%	13,0	1816	2,8%	16,5
Mal. de l'appareil digestif		61	7,1%	44,2	5027	7,7%	45,6
<i>cirrhose alcoolique</i>		39	4,5%	27,9	3627	5,6%	32,9
Mal. infectieuses et parasitaires		34	4,0%	24,7	1199	1,8%	10,9
Total toutes causes		858	100,0%	618,4	65007	100,0%	590,3

Femmes	Nb décès	%	Tx de mortalité	Nb décès	%	Tx de mortalité
Tumeurs	186	48,1%	122,2	13893	49,6%	123,5
<i>sein</i>	48	12,5%	31,7	4168	14,9%	37,1
<i>trachée, bronches, poumon</i>	17	4,4%	11,1	1361	4,9%	12,1
<i>intestin</i>	16	4,1%	10,5	1191	4,3%	10,6
Mal. de l'appareil circulatoire	52	13,4%	34,1	3652	13,0%	32,5
<i>cardiopathies ischémiques</i>	14	3,6%	9,2	858	3,1%	7,6
<i>maladies vasculaires cérébrales</i>	11	2,8%	7,0	1101	3,9%	9,8
Traumatismes et empoisonnements	39	10,1%	25,8	3508	12,5%	31,2
<i>suicides</i>	14	3,6%	9,2	1506	5,4%	13,4
<i>accidents de la circulation</i>	4	1,1%	2,8	687	2,5%	6,1
Mal. de l'appareil digestif	21	5,3%	13,6	2053	7,3%	18,3
<i>cirrhose alcoolique</i>	11	2,8%	7,2	1476	5,3%	13,1
Mal. de l'appareil respiratoire	16	4,1%	10,5	871	3,1%	7,7
Total toutes causes	388	100,0%	254,2	27996	100,0%	248,9

65 ans et plus	Marseille			France métropolitaine			
	Hommes	Nb décès	%	Tx de mortalité	Nb décès	%	Tx de mortalité
Mal. de l'appareil circulatoire		937	32,0%	1578,7	64697	32,9%	1629,4
<i>cardiopathies ischémiques</i>		276	9,4%	465,2	20027	10,2%	504,4
<i>maladies vasculaires cérébrales</i>		225	7,7%	378,7	14691	7,5%	370,0
Tumeurs		870	29,8%	1466,3	61065	31,0%	1537,9
<i>trachée, bronches, poumon</i>		224	7,7%	377,5	12776	6,5%	321,8
<i>prostate</i>		98	3,4%	165,2	8763	4,5%	220,7
<i>intestin</i>		80	2,7%	134,3	6929	3,5%	174,5
Mal. de l'appareil respiratoire		303	10,4%	510,1	19860	10,1%	500,2
<i>pneumonie et bronchopneumonie</i>		136	4,7%	229,8	7012	3,6%	176,6
<i>bronchite chronique</i>		105	3,6%	177,0	8304	4,2%	209,1
Traumatismes et empoisonnements		132	4,5%	221,9	10145	5,2%	255,5
<i>chutes accidentelles</i>		39	1,3%	66,3	2888	1,5%	72,7
<i>suicides</i>		18	0,6%	30,9	2143	1,1%	54,0
Mal. de l'appareil digestif		125	4,3%	210,7	8592	4,4%	216,4
Total toutes causes		2924	100,0%	4927,6	196910	100,0%	4959,1

Femmes	Nb décès	%	Tx de mortalité	Nb décès	%	Tx de mortalité
Mal. de l'appareil circulatoire	1259	36,6%	1391,8	86053	38,0%	1488,5
<i>maladies vasculaires cérébrales</i>	328	9,5%	362,9	22724	10,0%	393,1
<i>insuffisance cardiaque</i>	311	9,0%	343,3	17663	7,8%	305,5
<i>cardiopathies ischémiques</i>	249	7,2%	274,8	19417	8,6%	335,9
Tumeurs	657	19,1%	725,7	43956	19,4%	760,3
<i>sein</i>	110	3,2%	121,6	6693	3,0%	115,8
<i>intestin</i>	90	2,6%	99,5	6644	2,9%	114,9
Mal. de l'appareil respiratoire	299	8,7%	330,1	20282	9,0%	350,8
<i>pneumonie et bronchopneumonie</i>	138	4,0%	152,1	8636	3,8%	149,4
<i>bronchite chronique</i>	80	2,3%	88,0	6131	2,7%	106,1
Traumatismes et empoisonnements	182	5,3%	201,1	12121	5,4%	209,7
<i>chutes accidentelles</i>	82	2,4%	91,0	6067	2,7%	104,9
<i>suicides</i>	8	0,2%	9,2	887	0,4%	15,3
Mal. de l'appareil digestif	166	4,8%	183,5	10030	4,4%	173,5
Total toutes causes	3445	100,0%	3807,4	226409	100,0%	3916,3

(a) Traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention (cas où l'enquête médicale ou légale n'a pu conclure ni à un accident, ni à un suicide ni à un homicide).

* Nombre de décès annuel moyen

** Taux pour 100 000 personnes (RP99)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

3. LES PRINCIPAUX MOTIFS D'ADMISSION EN AFFECTION LONGUE DURÉE À MARSEILLE EN 2001-2002 (MOYENNE ANNUELLE)

16 à 35 ans		
Hommes	Nb	%
Psychose, troubles de la personnalité, retard mental	277	42,0
Cirrhose du foie, hépatopathie sévère	69	10,5
Tumeur maligne	55	8,3
Diabète	39	5,9
Déficit immunitaire primitif ou acquis	31	4,7
Total	660	100,0
Femmes	Nb	%
Psychose, troubles de la personnalité, retard mental	238	35,0
Tumeur maligne	73	10,7
Diabète	43	6,3
Cirrhose du foie, hépatopathie sévère	39	5,7
Affections neuro musculaires	39	5,7
Total	680	100,0
36 à 65 ans		
Hommes	Nb	%
Diabète	614	17,8
Tumeur maligne	604	17,5
Psychose, troubles de la personnalité, retard mental	471	13,6
Artériopathie chronique et évolutive	458	13,3
Hypertension artérielle sévère	434	12,6
Total	3 450	100,0
Femmes	Nb	%
Tumeur maligne	831	25,4
Psychose, troubles de la personnalité, retard mental	666	20,4
Diabète	489	14,9
Hypertension artérielle sévère	427	13,0
Artériopathie chronique et évolutive	138	4,2
Total	3 273	100,0
66 ans et plus		
Hommes	Nb	%
Tumeur maligne	864	26,8
Artériopathie chronique et évolutive	526	16,3
Hypertension artérielle sévère	477	14,8
Diabète	372	11,6
Cardiopathie congénitale, insuffisance cardiaque, valvulopathie	240	7,4
Total	3 218	100,0
Femmes	Nb	%
Hypertension artérielle sévère	1 061	24,3
Tumeur maligne	809	18,5
Psychose, troubles de la personnalité, retard mental	554	12,7
Artériopathie chronique et évolutive	478	10,9
Diabète	432	9,9
Total	4 369	100,0

Source : ERSM

4. PRINCIPAUX MOTIFS D'HOSPITALISATION* PAR ÂGE À MARSEILLE EN 2001

	Nb de séjours	%
15-34 ans		
Grossesse et accouchement	14 571	28,8
Mal. appareil digestif	8 135	16,1
Autres motifs**	7 040	13,9
Lésions traumatiques et empoisonnements	3 996	7,9
Mal. appareil génito-urinaire	2 606	5,1
Autres	14 281	28,2
Tous motifs	50 629	100,0
35-64 ans		
Autres motifs**	29 155	27,7
Mal. appareil digestif	14 458	13,7
Tumeurs	9 815	9,3
Mal. appareil circulatoire	8 297	7,9
Mal. système ostéo-articulaire, muscles, tissu conjonctif	6 433	6,1
Autres	37 144	35,3
Tous motifs	105 302	100,0
65 ans et plus		
Autres motifs**	25 454	26,4
Mal. appareil circulatoire	13 551	14,0
Mal. appareil digestif	9 905	10,3
Tumeurs	9 823	10,2
Mal. œil et annexes	6 437	6,7
Autres	31 414	32,5
Tous motifs	96 584	100,0

* Diagnostic principal (codé selon la CIM10) des séjours de plus de 24h effectués dans les services MCO des établissements de la région PACA.

** Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Source : PMSI

8.2 La mortalité prématurée

Contexte **national**

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population ont conduit à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. En 1999, 61% des personnes décédées en France avaient plus de 75 ans. De ce fait, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. C'est pourquoi les responsables de la santé publique s'intéressent de plus en plus à la mortalité prématurée définie comme la mortalité survenant avant 65 ans.

En 1999, les décès prématurés ont concerné un peu plus de 109 000 personnes en France métropolitaine, soit 20,4 % de l'ensemble des décès. Toutefois, cette proportion est très différente selon le sexe. Elle atteint près de 28 % chez les hommes contre 13 % chez les femmes. Les décès prématurés sont donc proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes.

La mortalité prématurée est plus importante en France que dans les pays européens voisins. Ainsi le paradoxe français est-il de présenter, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie à 65 ans parmi les pays de l'Union européenne et une mortalité prématurée défavorable.

Une partie de cette mortalité s'avère "évitable". Plus de la moitié des décès survenant avant 65 ans sont dus à des causes dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau. Le poids de la mortalité évitable dans la mortalité prématurée est comparable pour les hommes et les femmes.

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 été déterminées : la modification de certains comportements individuels, en particulier l'alcoolisme, le tabagisme, la conduite routière..., et l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, en particulier la prévention de certaines pathologies par le dépistage.

Situation à Marseille : **faits marquants**

· Sur la période 1997-1999 à Marseille, près d'un décès sur cinq est survenu avant 65 ans. Une forte différence existe cependant selon le sexe : plus d'un décès sur quatre chez les hommes et environ un sur huit chez les femmes.

· A structure d'âge comparable, la mortalité prématurée à Marseille est proche de la moyenne nationale, contrairement au département et à la région qui présentent une forte sous-mortalité. Il existe ainsi une surmortalité prématurée à Marseille par rapport au département et à la région.

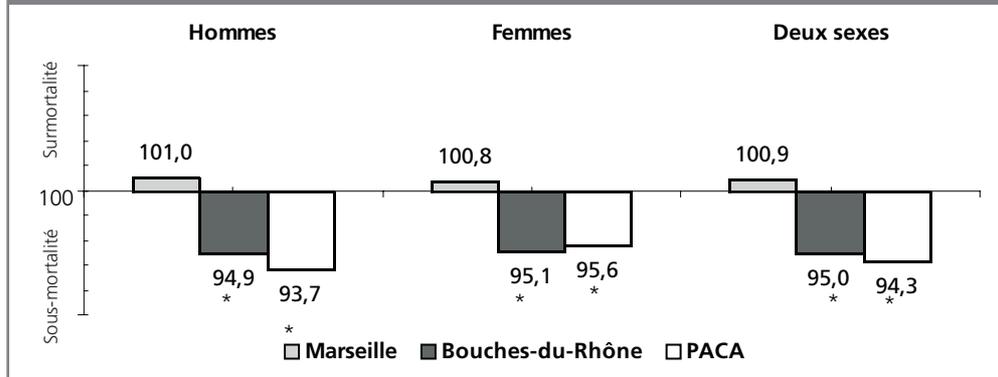
· Les causes des décès prématurés diffèrent de celles des décès survenant après 65 ans. La proportion de décès par tumeurs, accidents et alcoolisme est en effet plus importante avant 65 ans, contrairement aux décès par maladies de l'appareil circulatoire, responsables d'une plus grande part des décès après 65 ans.

Les causes diffèrent également en fonction du sexe : avant 65 ans, le poids des tumeurs est plus important chez les femmes, contrairement aux accidents, aux maladies de l'appareil circulatoire, à l'alcoolisme et au sida, dont la proportion est plus importante chez les hommes.

· Environ un décès prématuré sur deux pourrait être évité : 46,5 % des décès prématurés chez les hommes et 42,6 % chez les femmes.

· La lutte contre la mortalité prématurée évitable repose sur des actions différentes selon le sexe : prévention des comportements à risque chez les hommes et amélioration des soins et du dépistage chez les femmes. Remarque : ces résultats s'expliquent en partie par la différence de répartition des cancers évitables selon le sexe. Le poids des cancers évitables par action sur les facteurs de risque individuels est en effet beaucoup plus important chez les hommes que chez les femmes, plus touchées par des cancers évitables par les actions de dépistage. Cependant, il existe une sous-mortalité par décès prématurés évitables à Marseille plus importante chez les femmes que chez les hommes, quel que soit le type d'actions.

**1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ AVANT 65 ANS EN 1997-1999
(BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)**



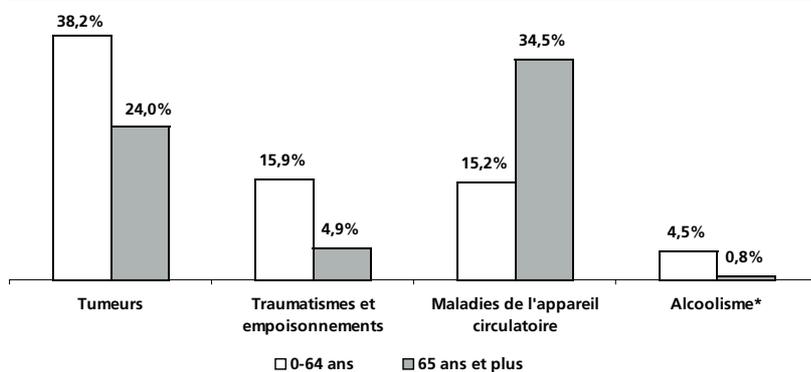
* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du chi2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

2. RÉPARTITION DES CAUSES DE DÉCÈS SELON L'ÂGE À MARSEILLE EN 1997-1999



(% par rapport à l'ensemble des décès de la classe d'âge)

* Psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose

Source : INSERM CépiDC

3. CAUSES À L'ORIGINE DES DÉCÈS AVANT 65 ANS SELON LE SEXE À MARSEILLE EN 1997-1999

	Hommes		Femmes	
	Nb *	%	Nb *	%
Tumeurs	369	36,5%	197	42,1%
Trachée, bronches et poumons	113	11,1%	17	3,6%
VADS**	50	4,9%	9	1,9%
Intestin	24	2,3%	16	3,4%
Sein	0	0,0%	50	10,7%
Utérus	/	/	11	2,4%
Traumatismes et empoisonnements	173	17,1%	62	13,3%
Accidents de la circulation	41	4,1%	11	2,4%
Suicides	41	4,0%	21	4,6%
Maladies de l'appareil circulatoire	168	16,6%	57	12,2%
Cardiopathies ischémiques	63	6,3%	14	2,9%
Maladies vasculaires cérébrales	34	3,3%	13	2,9%
Alcoolisme***	52	5,1%	15	3,2%
Sida	34	3,3%	10	2,1%
Autres causes	216	21,4%	126	27,1%
Toutes causes	1 012	100,0%	467	100,0%

* Nombre de décès annuel moyen

** Voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage, larynx)

*** Psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose

Source : INSERM CépiDC

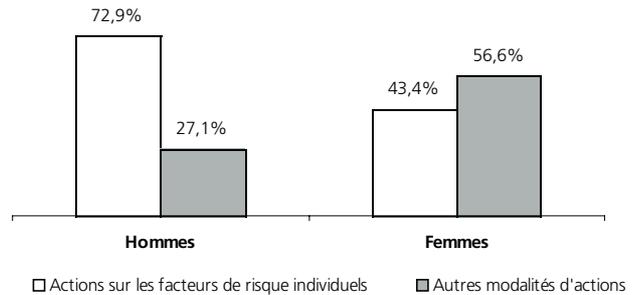
4. RÉPARTITION DES DÉCÈS AVANT 65 ANS À MARSEILLE SELON LEUR CARACTÈRE "ÉVITABLE" EN 1997-1999

	Hommes		Femmes	
	Nb *	%	Nb *	%
Décès "évitables"	471	46,5%	199	42,6%
Autres décès	541	53,5%	268	57,4%
Total décès prématurés	1 012	100,0%	467	100,0%

* Nombre de décès annuel moyen

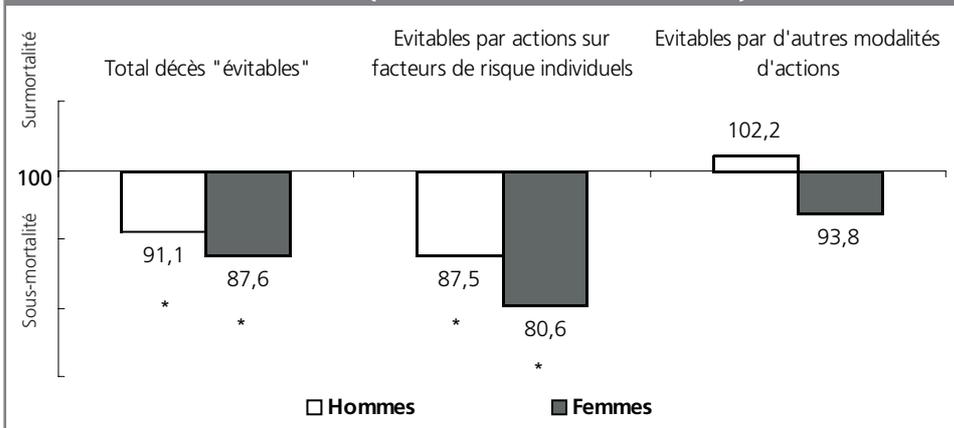
Source : INSERM CépiDC

5. RÉPARTITION DES DÉCÈS "ÉVITABLES" SELON LE TYPE D' ACTIONS POUR LES PRÉVENIR À MARSEILLE EN 1997-1999



Source : INSERM CépiDC

6. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ AVANT 65 ANS PAR DÉCÈS "ÉVITABLES" À MARSEILLE EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

DÉFINITION DES DÉCÈS PRÉMATURÉS "ÉVITABLES"

La liste des causes de décès évitables suivante a été établie par la FNORS en s'inspirant à la fois de travaux européens menés sous l'égide du Comité d'Actions concertés "Health Services Research" et des travaux menés au sein du Service d'information sur les causes de décès de l'INSERM. Les travaux européens classent de plus les décès "évitables" en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence.

CAUSES DE DÉCÈS ÉVITABLES PAR ACTIONS SUR LES FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS :

- SIDA
- Cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, du poumon
- Psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique ou sans préc. du foie
- Accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides

CAUSES DE DÉCÈS ÉVITABLES PAR D'AUTRES MODALITÉS D' ACTIONS (meilleure prise en charge par le système de soins, y compris dans le cadre d'actions de dépistage, et éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels) :

- Fièvres typhoïde, tuberculose, tétanos
- Cancer de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies
- Cardiopathies rhumatismales, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales
- Grippe, asthme et alvéolite allergique
- Ulcère digestif
- Mortalité maternelle

8.3

Les affections cardio-vasculaires

Contexte **national**

En France les affections cardio-vasculaires occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité : elles constituent la 1^{ère} cause de décès, le 1^{er} motif d'admission en affection de longue durée et le 3^{ème} motif d'hospitalisation.

En 1999, les affections cardio-vasculaires ont provoqué près de 165 000 décès. Mais, depuis une vingtaine d'années, la mortalité due à ces affections diminue. Entre 1988-90 et 1995-97, cette baisse a été plus importante pour les décès par maladies vasculaires cérébrales (-26 %) que pour les décès par cardiopathies ischémiques (-18 %), qui sont devenus les plus fréquents.

Les données de morbidité cardio-vasculaire sont, en France, très parcellaires, mais différentes sources permettent néanmoins d'en approcher l'ampleur. Ainsi, les enquêtes de morbidité hospitalière menées par le ministère chargé de la Santé montrent qu'environ 12 % des hospitalisations sont motivées par ces affections. D'autre part, environ 220 000 admissions en affection de longue durée ont été prononcées chaque année (pendant la période 1993-95) pour une pathologie cardio-vasculaire. Enfin, il existe en France 3 registres des cardiopathies ischémiques (Haute-Garonne, Bas-Rhin, et communauté urbaine de Lille), intégrés au programme international Monica, coordonné par l'OMS et réalisé dans 27 pays depuis 1984. Ces registres permettent d'apprécier l'incidence et les tendances évolutives de la pathologie coronaire aiguë. Les premiers résultats montrent la grande disparité géographique de la maladie, avec une incidence plus élevée dans les pays du Nord et de l'Est de l'Europe.

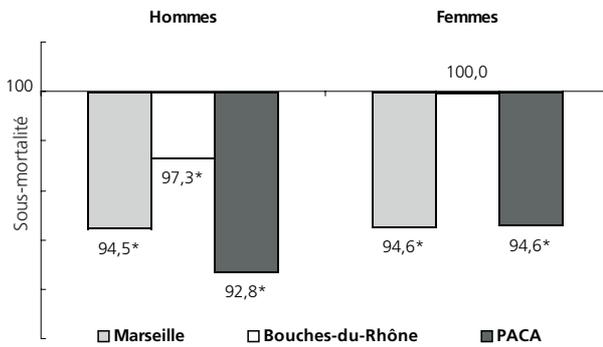
Plusieurs facteurs influencent l'incidence des pathologies cardio-vasculaires et sont souvent associés : hypertension artérielle, hyper-cholestérolémie, diabète, tabagisme, alimentation et mode de vie. La réduction de ces facteurs de risque passe non seulement par des actions d'information collective auprès du grand public, mais aussi par l'action de tous les professionnels de santé en matière de dépistage et de prise en charge de la maladie.

En effet, un grand nombre de décès par affections cardio-vasculaires sont considérés comme prématurés car ils surviennent chez des personnes de moins de 65 ans : environ 16 000 personnes de cet âge sont ainsi décédées durant la période 1995-97. Une partie de ces décès pourrait être évitée grâce à une action sur les facteurs de risque ou par une meilleure prise en charge par les différents acteurs du système de soins.

Situation à *Marseille* : **faits marquants**

- *Marseille affiche, quel que soit le sexe, une sous-mortalité significative par affections cardio-vasculaires par rapport à la France et est ainsi proche de la situation régionale.*
- *Au sein du groupe des affections cardio-vasculaires, 50 % des décès sont dus à deux types de pathologies : les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales. A Marseille, la sous-mortalité par cardiopathies ischémiques est particulièrement marquée, chez les hommes comme chez les femmes. En revanche, les hommes sont en légère surmortalité par maladies vasculaires cérébrales alors que les femmes se situent au niveau national.*
- *La part des décès par maladies cardio-vasculaires parmi l'ensemble des décès augmente progressivement avec l'âge et atteint 35 % chez les hommes et 41 % chez les femmes, après 85 ans.*
- *Entre 1988-1990 et 1997-1999, la mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué de 30 % chez les hommes et de 34 % chez les femmes. Ces diminutions sont supérieures à celles observées au niveau national aux mêmes périodes. La mortalité par maladies vasculaires cérébrales a diminué de 33 % chez les hommes et de 44 % chez les femmes, diminutions également supérieures à celles du niveau national.*
- *En moyenne, sur la période 2001-2002, plus de 3 000 admissions en Affection Longue Durée pour maladies cardio-vasculaires ont été enregistrées. Dans les deux sexes, plus de la moitié concerne l'hypertension artérielle.*

1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR MALADIES CARDIO-VASCULAIRES EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

2. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES ET MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES À MARSEILLE EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)

	Hommes	Femmes
Cardiopathies ischémiques	88,3*	84,7*
Maladies vasculaires cérébrales	104,7	93,8

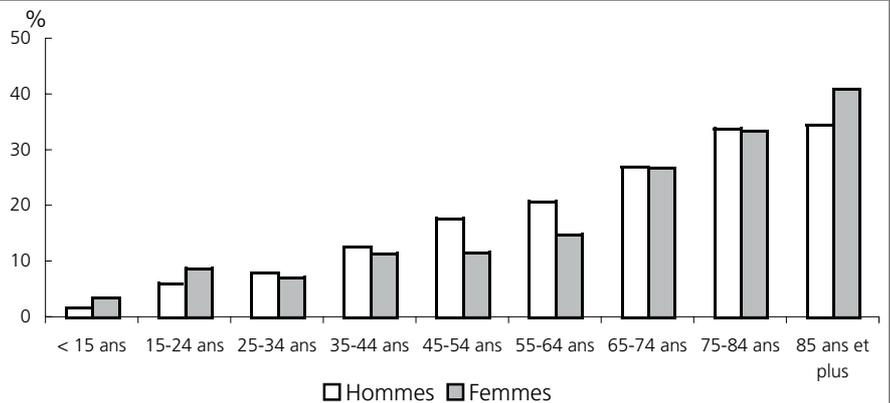
* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du chi² au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

3. PART DES DÉCÈS PAR MALADIES CARDIO-VASCULAIRES PARMIS L'ENSEMBLE DES DÉCÈS À MARSEILLE EN 1997-1999 (% PAR TRANCHE D'ÂGE ET PAR SEXE)



Source : INSERM CépiDC

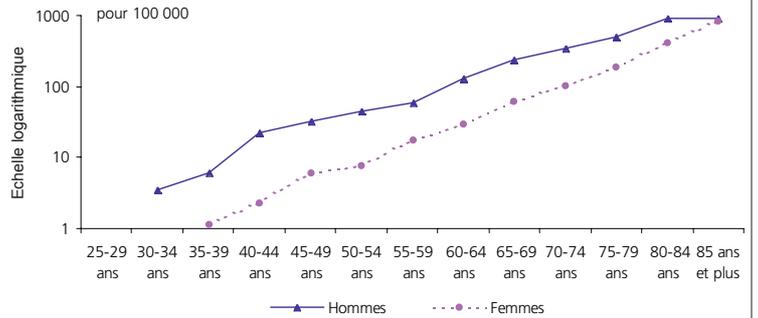
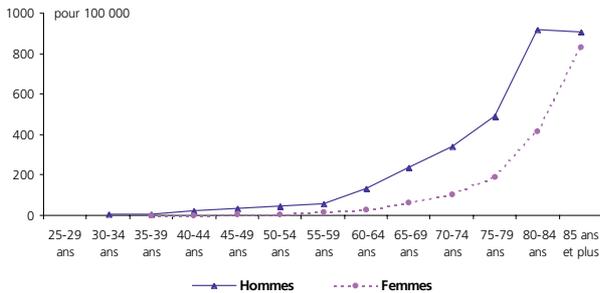
4. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES ET MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES PAR ÂGE ET SEXE À MARSEILLE EN 1997-1999

Age	Nb de décès*				Taux de mortalité pour 100 000			
	Cardiopathies ischémiques		Mal. vasculaires cérébrales		Cardiopathies ischémiques		Mal. vasculaires cérébrales	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
25-29 ans	0	0	1	1	0,0	0,0	2,4	2,3
30-34 ans	1	0	1	0	3,6	0,0	3,6	0,0
35-39 ans	2	0	0	1	6,1	1,1	1,2	2,2
40-44 ans	6	1	1	2	22,4	2,4	5,3	7,1
45-49 ans	8	2	5	1	32,8	6,0	18,4	4,8
50-54 ans	11	2	9	2	44,0	7,6	35,7	6,3
55-59 ans	11	4	6	2	58,2	17,5	32,5	11,2
60-64 ans	23	6	10	3	132,7	29,5	56,6	13,9
65-69 ans	41	13	19	10	235,5	61,3	109,1	46,0
70-74 ans	54	23	29	25	341,4	103,9	183,3	114,6
75-79 ans	66	39	54	38	489,0	189,1	400,6	182,6
80-84 ans	56	45	46	58	919,8	417,5	755,6	537,3
85 ans et plus	59	128	76	197	909,7	830,5	1 183,6	1 277,1

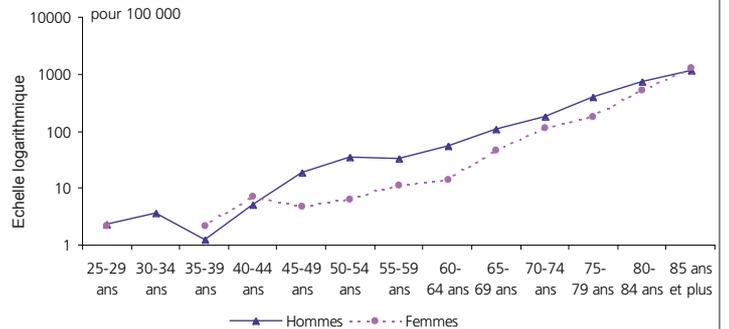
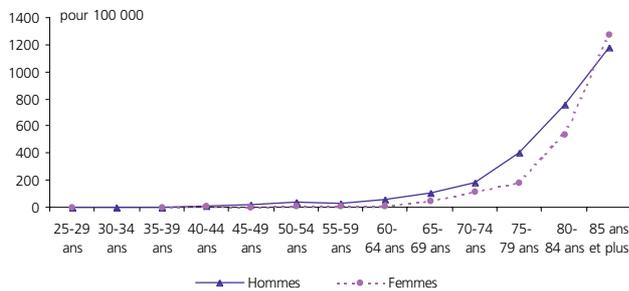
* Nombre de décès annuel moyen

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

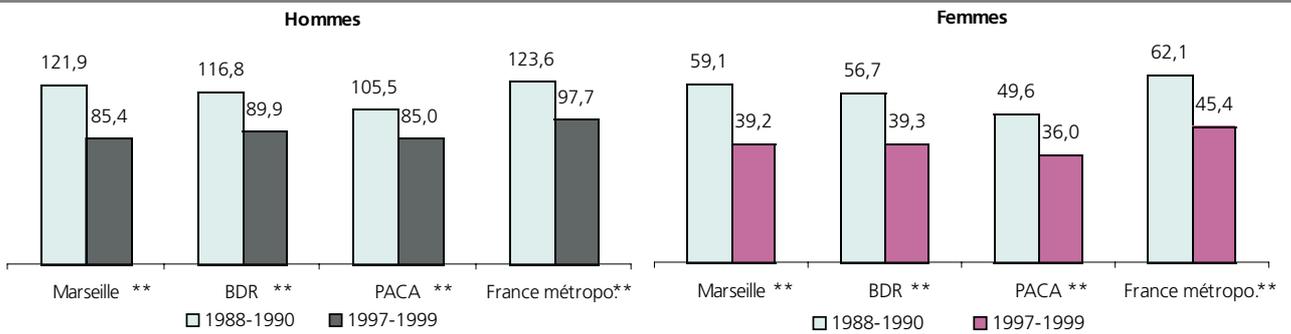
TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES À MARSEILLE EN 1997-1999



TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES À MARSEILLE EN 1997-1999



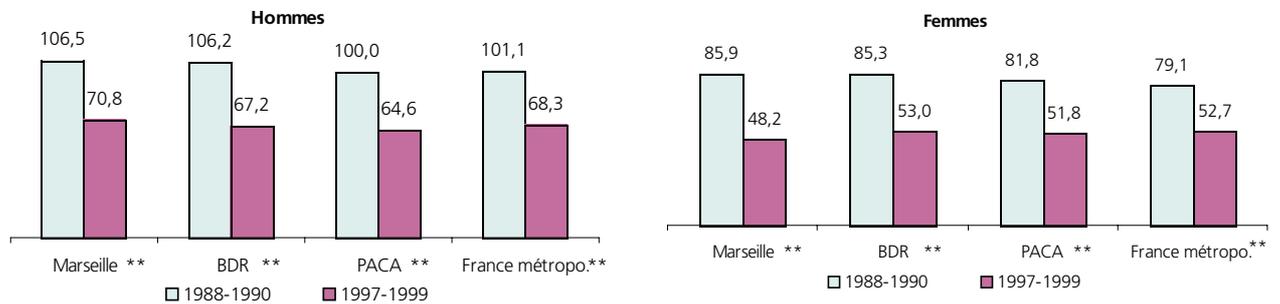
5. ÉVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES À MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



** Evolution significative (p<0,001)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

6. ÉVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES À MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



** Evolution significative (p<0,001)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

7. LES ADMISSIONS EN AFFECTION LONGUE DURÉE POUR MALADIES CARDIO-VASCULAIRES À MARSEILLE EN 2001-2002 (MOYENNE ANNUELLE)

Affections	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
Hypertension artérielle	769	54,9	1 249	67,7
Athérosclérose	249	17,8	155	8,4
Insuffisance cardiaque	149	10,6	226	12,2
Accident vasculaire cérébral	147	10,5	174	9,4
Infarctus du myocarde	88	6,3	41	2,2
Total	1 402	100,0	1 845	100,0

Les affections sont définies selon la CIM 10.
 Athérosclérose : I70 à I70.9
 Hypertension artérielle : I10
 Insuffisance cardiaque : I50 à I50.9
 Accident vasculaire cérébral : I60 à I67.4
 Infarctus du myocarde : I21 à I23.8

Source : ERSM

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

8.4 Les cancers

Contexte **national**

En France, les tumeurs malignes occupent une place de plus en plus importante en terme de morbidité : le réseau français des registres du cancer (Francim) estimait le nombre de nouveaux cas à environ 240 000 pour l'année 1995 en France métropolitaine. Ce nombre a augmenté de 12 % entre 1975 et 1985, et de 27% entre 1985 et 1995. Cette augmentation est liée non seulement à l'accroissement et au vieillissement de la population, mais aussi à la plus grande fréquence des cancers, réelle ou liée à l'amélioration de leur dépistage. Entre 1985 et 1995, le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) a nettement augmenté chez les femmes passant de 185 à 212 nouveaux cas pour 100 000, et légèrement moins chez les hommes passant de 299 à 319 pour 100 000.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont, chez l'homme, la prostate, le poumon et le côlon-rectum, et, chez la femme, le sein, le côlon-rectum et l'utérus.

En terme de mortalité, les cancers constituent la 2ème cause de décès après les affections cardiovasculaires. En 1997, ils étaient responsables de 146 000 décès par an en France métropolitaine et 1 700 dans les départements d'outre-mer. Plus de 70 % des décès par tumeurs surviennent chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

En 1999, au niveau national, les deux principales causes de décès par tumeurs chez l'homme étaient le cancer du poumon (20 800 décès par an) et le cancer de la prostate (9 400) ; chez la femme, il s'agissait du cancer du sein (11 200 décès par an) et du cancer colo-rectal (7 900).

Contrairement à l'incidence, la mortalité par cancers, toutes localisations confondues, diminue depuis le début des années cinquante chez les femmes et a également tendance à baisser depuis le milieu des années quatre-vingt chez les hommes.

Les facteurs de risque des cancers sont divers. Pendant la période 1995-97, chaque année en France, 30 000 décès par cancers pouvaient être imputable au tabac chez l'homme (soit 35 % de l'ensemble des décès masculins par cancers), contre 1 900 chez la femme (3,4 % des décès féminins par cancers). En ce qui concerne l'alcool, on estime qu'entre 8 et 16 % des décès par cancers lui sont imputables. Enfin, environ 35 % des cancers sont actuellement imputés aux facteurs nutritionnels.

En février 2000, un "programme cancer" a été annoncé par le secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale. Il s'articule autour de 5 grands axes :

- renforcer la prévention (tabac et alcool notamment) ;
- généraliser le dépistage de certains cancers (prévu pour 2001) : cancer du sein, du col de l'utérus et du côlon-rectum ;
- favoriser la qualité des soins, réduire les inégalités inter-régionales, améliorer l'accès aux techniques innovantes... ;
- améliorer les conditions de vie des malades et garantir leurs droits : soutien psychologique, soins palliatifs, reconnaissance des maladies professionnelles... ;
- coordonner la recherche.

Situation à *Marseille* : **faits marquants**

· *A Marseille, la mortalité par tumeurs est légèrement inférieure à la moyenne nationale, quel que soit le sexe.*

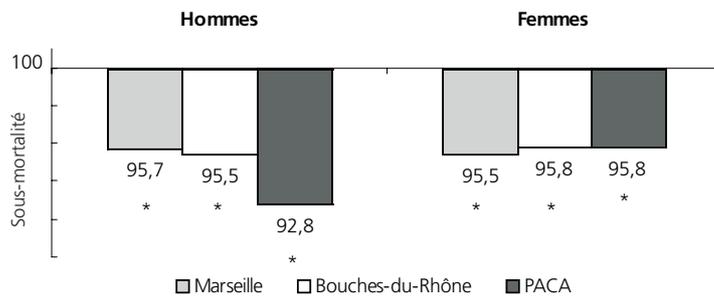
· *Les tumeurs sont responsables de près d'un décès sur trois chez les hommes et de plus d'un décès sur cinq chez les femmes. La part des tumeurs dans la mortalité générale est maximale entre 45 et 64 ans où elle atteint 46 % chez les hommes et 51 % chez les femmes et diminue ensuite.*

· *A partir de 45 ans, les taux de mortalité par tumeurs sont deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes.*

· *Entre 1988-1990 et 1997-1999, la mortalité par tumeurs dans la population marseillaise a significativement diminué chez les hommes comme chez les femmes. Cette diminution est plus importante que celle observée au niveau national sur la même période.*

· *En moyenne, sur la période 2001-2002, plus de 3 000 personnes ont été admises en Affection Longue Durée pour tumeurs malignes. Chez les hommes, 56,3 % d'entre-elles concernent les 66 ans et plus. Chez les femmes, près de la moitié concernent les 36-65 ans.*

**1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR TUMEURS EN 1997-1999
(BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)**



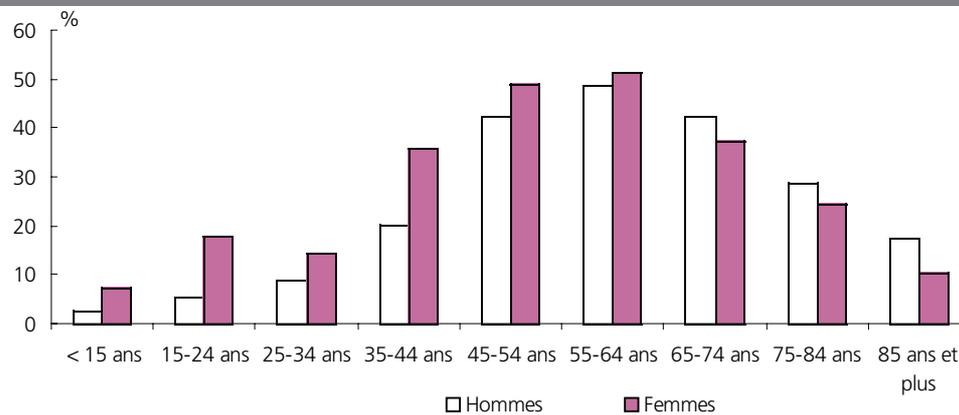
* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du chi2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

**2. PART DES DÉCÈS PAR TUMEURS PARMIS L'ENSEMBLE DES DÉCÈS À MARSEILLE EN 1997-1999
(% POUR CHAQUE TRANCHE D'ÂGE ET PAR SEXE)**



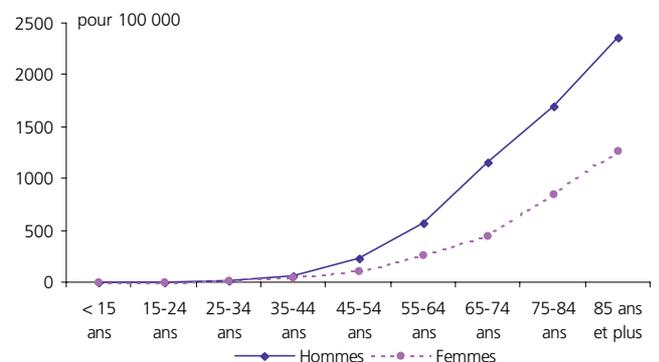
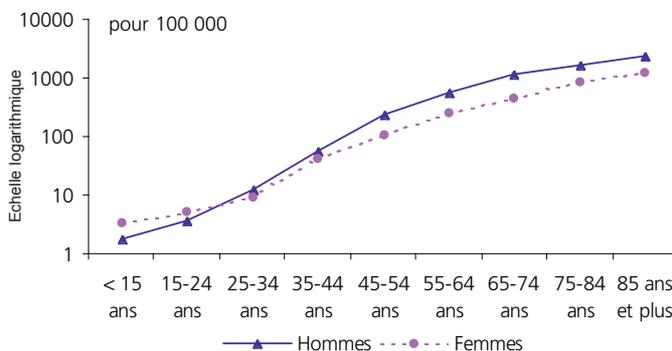
Source : INSERM CépiDC

3. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR TUMEURS PAR ÂGE ET SEXE À MARSEILLE EN 1997-1999

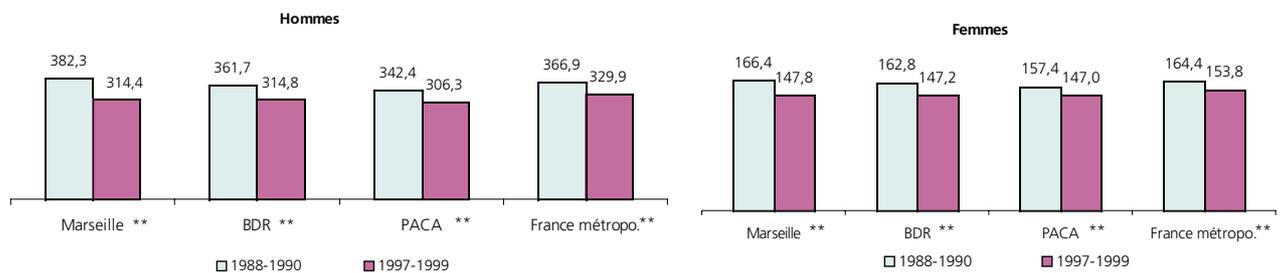
	Hommes		Femmes	
	Nb de décès*	Tx pour 100 000	Nb de décès*	Tx pour 100 000
< 15 ans	1	1,8	2	3,3
15-24 ans	2	3,8	3	5,1
25-34 ans	7	12,5	5	9,0
35-44 ans	29	55,8	24	40,8
45-54 ans	119	239,1	59	108,0
55-64 ans	211	576,1	104	259,1
65-74 ans	384	1 156,6	196	449,3
75-84 ans	333	1 696,2	265	842,8
85 ans et plus	152	2 362,1	196	1 266,3

* Nombre de décès annuel moyen

Sources : INSERM CépiDC, INSEE



4. EVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR TUMEURS À MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



** Evolution significative (p<0,001)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

5. DÉCÈS PAR TUMEURS POUR LES 10 PREMIÈRES LOCALISATIONS CANCÉREUSES À MARSEILLE EN 1997-1999 (NOMBRE DE DÉCÈS ANNUEL MOYEN ET % SUR L'ENSEMBLE DES DÉCÈS PAR TUMEURS)*

Hommes	Nb de décès	% Marseille	% France métro.
Trachée, bronches, poumon	337	27,2%	23,4%
Prostate	106	8,6%	10,5%
Intestin	103	8,3%	9,8%
Autres parties app. digestif et péritoine	91	7,4%	8,0%
Vessie	69	5,5%	3,9%
Pancréas	53	4,3%	4,1%
Autres app. respiratoire et thorax	52	4,2%	4,3%
Leucémies	45	3,7%	2,9%
Lèvres, cavité buccale, pharynx	44	3,6%	4,7%
Estomac	39	3,2%	3,8%
Total décès par tumeurs	1239	100,0%	100,0%
Femmes	Nb de décès	% Marseille	% France métro.
Sein	160	18,8%	18,7%
Intestin	106	12,4%	13,4%
Trachée, bronches, poumon	65	7,6%	7,0%
Autres parties app. digestif et péritoine	56	6,6%	6,6%
Pancréas	47	5,5%	5,5%
Leucémies	42	5,0%	3,8%
Ovaire et des autres annexes de l'utérus	37	4,4%	5,6%
Autres tumeurs malignes tissus lymphoïde et histiocytaire	36	4,2%	3,4%
Utérus	35	4,1%	5,1%
Estomac	28	3,3%	3,6%
Total décès par tumeurs	853	100,0%	100,0%

* Classification excluant les tumeurs malignes de sièges autres et sans précision.

Source : INSERM CépiDC

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

6. LES ADMISSIONS EN AFFECTION LONGUE DURÉE POUR TUMEURS MALIGNES À MARSEILLE EN 2001-2002 (MOYENNE ANNUELLE)

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
0-15 ans	12	0,8	10	0,6
16-35 ans	55	3,6	73	4,2
36-65 ans	604	39,3	831	48,2
66 ans et plus	864	56,3	809	47,0
Total	1 535	100,0	1 723	100,0

Dans la CIM 10, les tumeurs malignes correspondent aux pathologies codées C00 à C97.

Source : ERSM

8.5 Les cancers du colon et du rectum

Contexte **national**

Le cancer colo-rectal est le plus fréquent des cancers chez les hommes après celui de la prostate et celui du poumon, et chez les femmes après le cancer du sein. Le nombre de nouveaux cas annuels, estimé par le réseau Francim des registres du cancer, était de près de 36 000 en 1995 en France métropolitaine. Entre 1985 et 1995, le taux d'incidence est passé de 35 à 42 pour 100 000 chez les hommes, et de 22 à 27 pour 100 000 chez les femmes. Globalement, l'incidence du cancer du côlon augmente alors que celle du rectum diminue légèrement.

Alors que l'incidence augmente, la mortalité par cancer colo-rectal diminue ; néanmoins, il est responsable d'environ 16 500 décès chaque année. Le risque de cancer colo-rectal est 1,5 fois plus élevé chez l'homme que chez la femme, et augmente avec l'âge à partir de 45 ans.

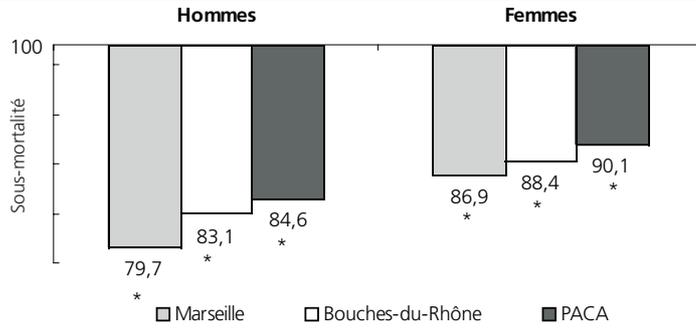
Il semble plus élevé dans les populations urbaines que rurales et il paraît également corrélé au statut socio-économique. Une alimentation trop riche en graisse animale et pauvre en fibres est souvent associée au risque de cancer colo-rectal. Le tabac semble également en cause. Par ailleurs, plusieurs études récentes concluent en faveur du rôle protecteur de l'activité physique. De ce fait, la prévention de ces cancers repose essentiellement sur le dépistage précoce.

Des études ont prouvé l'efficacité du dépistage par test de recherche de saignement dans les selles (Hémocult II). Il est démontré que les dépistages annuels et biennaux diminuent l'incidence. La conférence de consensus organisée sous l'égide de l'Anaes en 1998 a conclu de manière réservée : "le dépistage du cancer colo-rectal est possible par la recherche de saignements occultes dans les selles dans le cadre de campagnes de dépistage de masse soumises à des conditions strictes de réalisation. Son efficacité pour les sujets à risque moyen ne pourra être définitivement affirmée en France qu'après l'examen des résultats de l'étude bourguignonne et après démonstration de sa faisabilité par des études pilotes". Les résultats de cette étude bourguignonne ont confirmé la possibilité de réduire la mortalité par cancer colo-rectal grâce à la réalisation d'un test Hémocult tous les 2 ans. En février 2000, un programme cancer a été lancé par le secrétariat d'Etat à la Santé avec pour objectif de renforcer la prévention, de généraliser le dépistage, d'améliorer la prise en charge, de garantir les droits des malades et de coordonner les efforts de recherche.

Situation à Marseille : **faits marquants**

- On observe à Marseille une sous-mortalité par cancer du colon rectum, plus marquée chez les hommes (-20,3 %) que chez les femmes (-13,1 %). L'écart à la moyenne nationale est plus important à Marseille que dans le département et la région.
- La majorité (86 %) des décès par cancer du colon rectum surviennent après l'âge de 65 ans et 55 % après l'âge de 75 ans.
- La mortalité par cancer du colon rectum reste inférieure à celle par cancer du poumon quel que soit l'âge, mais est supérieure à celle par cancer de la prostate jusqu'à 75 ans environ. Chez les femmes, la mortalité par cancer du colon rectum est supérieure à celle par cancer de l'utérus dès 55 ans et atteint le niveau de mortalité par cancer du sein vers 75 ans.
- Entre 1988-1990 et 1997-1999, la mortalité par cancer du colon rectum a diminué d'environ 20 % chez les hommes comme chez les femmes à Marseille. Cette diminution est plus importante que celle observée au niveau national sur la même période.
- En moyenne, sur la période 2001-2002, plus de 300 personnes ont été admises en Affection Longue Durée pour cancer du colon rectum. Dans les deux sexes, les deux tiers concernent des personnes de 66 ans et plus.

1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CANCER DU COLON RECTUM EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du χ^2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

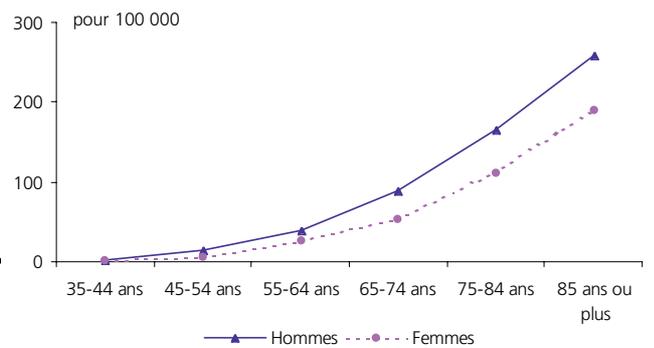
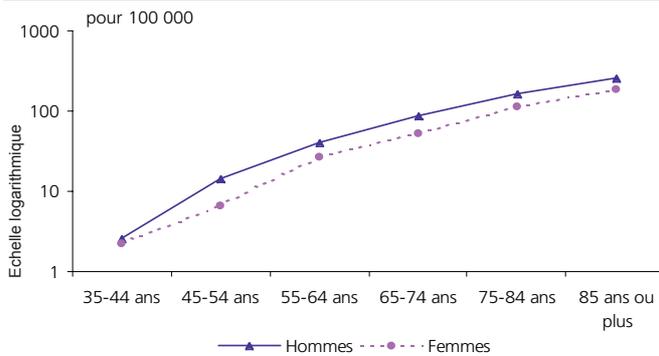
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

2. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR CANCER DU COLON RECTUM PAR ÂGE ET SEXE À MARSEILLE EN 1997-1999

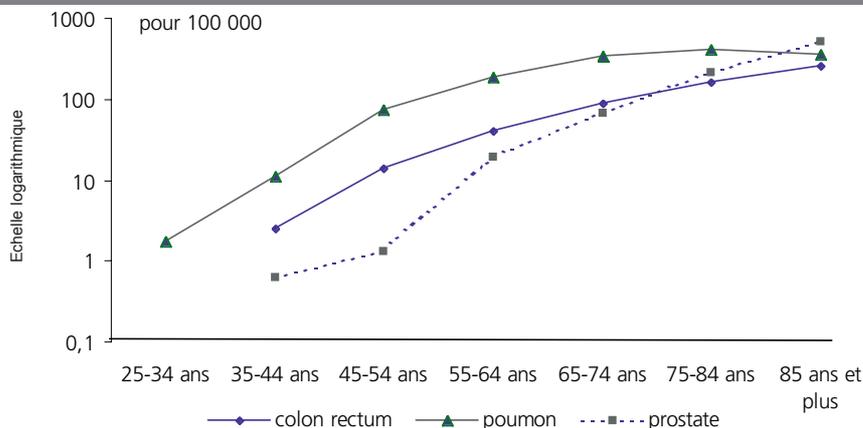
	Hommes		Femmes	
	Nb de décès*	Tx pour 100 000	Nb de décès*	Tx pour 100 000
25-34 ans	0	0	0	0
35-44 ans	1	2,5	1	2,3
45-54 ans	7	14,1	4	6,7
55-64 ans	15	40,1	11	26,6
65-74 ans	30	89,3	23	53,6
75-84 ans	32	164,5	35	112,2
85 ans ou plus	17	258,4	29	189,8

* Nombre de décès annuel moyen

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

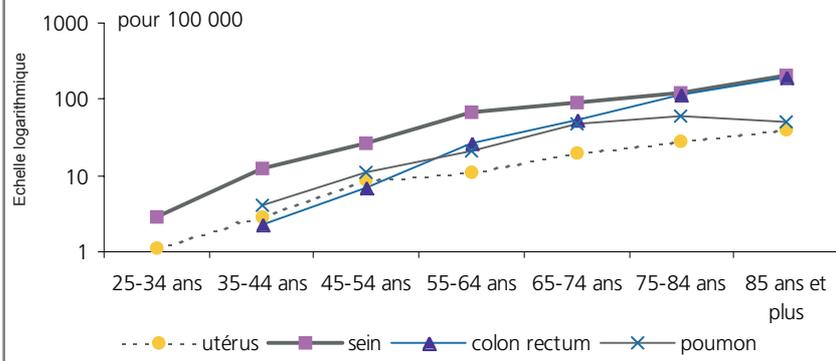


3. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR CANCERS DU COLON RECTUM, DU POUMON ET DE LA PROSTATE PAR ÂGE CHEZ LES HOMMES À MARSEILLE EN 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

4. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR CANCERS DU COLON RECTUM, DU SEIN, DE L'UTÉRUS ET DU POUMON PAR ÂGE CHEZ LES FEMMES À MARSEILLE EN 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

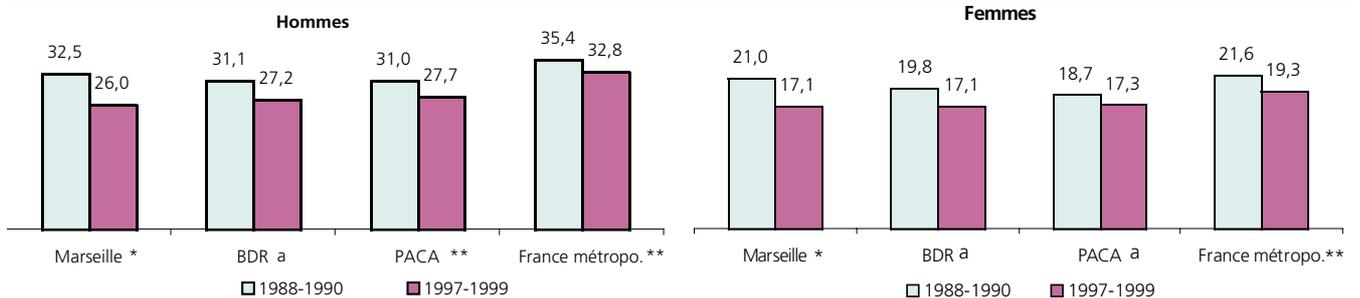


Sources : INSERM CépiDC, INSEE

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

5. EVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CANCER DU COLON RECTUM À MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



* Evolution significative (p<0,01)
 ** Evolution significative (p<0,001)
 a Evolution significative (p<0,05)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

6. LES ADMISSIONS EN AFFECTION LONGUE DURÉE POUR CANCER DU COLON RECTUM À MARSEILLE EN 2001-2002 (MOYENNE ANNUELLE)

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
16-35 ans	2	1,2	1	0,6
36-65 ans	56	34,4	49	28,8
66 ans et plus	105	64,4	120	70,6
Total	163	100,0	170	100,0

Dans la CIM 10, les cancers du colon et du rectum correspondent aux pathologies codées C18 à C20.

Source : ERSM

INTERPRÉTATION LES DONNÉES D'ALD POUR CANCERS DU COLON RECTUM

Les demandes d'ALD ne se justifient pas pour tous les cancers colo-rectaux, en particulier pour les tumeurs dépistées à un stade précoce dont le traitement peut être beaucoup moins lourd qu'à un stade ultérieur. L'exérèse d'un polype intestinal avec cancer intra-épithélial au cours d'une coloscopie est prise en charge à 100 % sans nécessiter une demande d'ALD. Ainsi, les taux spécifiques des ALD pour cancers du colon rectum pourraient être inférieurs à l'incidence de ces cancers.

Source : Etat des lieux épidémiologique sur les cancers du sein, de la prostate, du colon rectum et de l'utérus dans les Alpes-Maritimes et état des connaissances sur le dépistage de masse de ces cancers - ORS PACA - 2003

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COLON RECTUM

Le programme national de lutte contre le cancer lancé en février 2000 par le Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale prévoit la généralisation du dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du colon rectum. La Direction Générale de la Santé a sélectionné fin 2001 douze départements pilotes pour mettre en place le dépistage du cancer colo-rectal, dont celui des Bouches-du-Rhône.

La prévention de ces cancers repose essentiellement sur le dépistage précoce par la recherche de saignements dans les selles (Hémocult II) chez les hommes et les femmes de 50 à 74 ans, tous les deux ans. En cas de positivité de ce test, l'exploration recto-colique de référence est la coloscopie qui permet de plus l'exérèse des polypes. Le dépistage chez les personnes à risque élevé fait l'objet de recommandations particulières de l'ANAES.

Source : Etat des lieux épidémiologique sur les cancers du sein, de la prostate, du colon rectum et de l'utérus dans les Alpes-Maritimes et état des connaissances sur le dépistage de masse de ces cancers - ORS PACA - 2003

8.6 Le cancer de l'utérus

Contexte national

Les cancers de l'utérus regroupent 2 localisations principales, le col et le corps. Les cancers de l'utérus sont au 3ème rang, par leur fréquence, des localisations cancéreuses après le sein et le côlon-rectum. Le nombre de nouveaux cas annuels de cancers de l'utérus (corps et col), estimé par le réseau FRANCIM des registres du cancer était d'environ 8 600 en 1995 en France métropolitaine. Ce nombre est resté stable depuis 1985. Le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) était de 19 pour 100 000 femmes en 1995. Depuis 1950, l'incidence du cancer du corps de l'utérus augmente, alors que celle du col de l'utérus diminue ou se stabilise.

Il existe une importante variation des taux d'incidence du cancer du col de l'utérus dans le monde, les taux les plus élevés étant observés en Afrique, Amérique centrale, Amérique du Sud et en Asie, à l'exclusion du Japon. Des taux faibles sont observés en Amérique du Nord, en Australie et en Europe du Nord et de l'Ouest. Cette situation peut s'expliquer par une différence d'exposition aux facteurs de risque et/ou par des politiques de dépistage différentes. En ce qui concerne le cancer du corps de l'utérus, on observe les taux d'incidence les plus élevés en Amérique du Nord, et les taux les plus faibles en Asie et en Afrique, avec des taux intermédiaires en Europe.

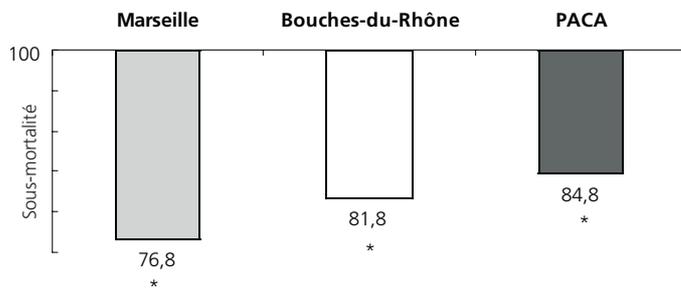
Les statistiques de mortalité ne permettent pas de distinguer les deux localisations en raison d'une proportion importante (60 %) de localisations utérines non précisées. Avec environ 3000 décès en 1999 les cancers de l'utérus constituaient la 5ème cause de décès par cancers derrière le sein, le côlon-rectum, le poumon et l'ovaire. Le taux de mortalité standardisé (sur la population française) était de 8 décès pour 100 000 femmes en 1997-99.

Le cancer du corps de l'utérus ne permet pas de dépistage systématique. Par contre, de nombreuses études épidémiologiques ont montré que le dépistage organisé du cancer du col était particulièrement efficace. Ces actions de dépistage ont permis la diminution de l'incidence des cancers du col de l'utérus et une diminution de la mortalité. En 1990, une conférence de consensus a préconisé la réalisation d'un frottis tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans. Les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé en 1995 préconisaient le même rythme mais dès l'âge de 20 ans. Cet âge a été retenu pour les programmes de dépistage organisés mis en place dans les 4 départements pilotes depuis 1993 : le Doubs, l'Isère, le Haut-Rhin et la Martinique. Environ 5 millions de frottis sont réalisés chaque année. Bien que ce nombre soit susceptible d'assurer la couverture de la population, leur répartition n'est pas optimale : d'une part, les femmes de plus de 45 ans ne bénéficient pas d'une surveillance suffisante, et, d'autre part, les femmes des milieux socio-économiques défavorisés participent moins aux démarches de dépistage. Il est donc important de cibler spécifiquement ces femmes lors de la mise en place des campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus. La généralisation de programmes de dépistage performants, concernant notamment le cancer du col de l'utérus, fait partie des 5 objectifs du programme national de lutte contre le cancer élaboré par le secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale en février 2000. La mise en œuvre de ce programme national est prévue pour 2001.

Situation à Marseille : faits marquants

- La mortalité par cancer de l'utérus à Marseille est significativement inférieure à la moyenne nationale. L'écart à la moyenne nationale est plus important à Marseille que dans le département et dans la région.
- Les deux tiers des cancers de l'utérus surviennent chez les femmes de plus de 65 ans.
- Les décès par cancer de l'utérus ne représentent que 4 % des décès par tumeurs chez les femmes.
- Quel que soit l'âge, la mortalité par cancer de l'utérus est inférieure à la mortalité par cancers du sein et du poumon. A partir de 55 ans, les taux de mortalité par cancer du colon rectum sont également supérieurs à ceux par cancer de l'utérus.
- Entre 1988-1990 et 1997-1999, la mortalité par cancer de l'utérus a diminué à Marseille mais de façon non significative, contrairement à la mortalité nationale.
- En moyenne, sur la période 2001-2002, 106 femmes de la commune ont été admises en Affection Longue Durée pour ce cancer. La majorité de ces admissions concerne des femmes âgées de 36 à 65 ans.

1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CANCER DE L'UTÉRUS (CORPS ET COL) EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

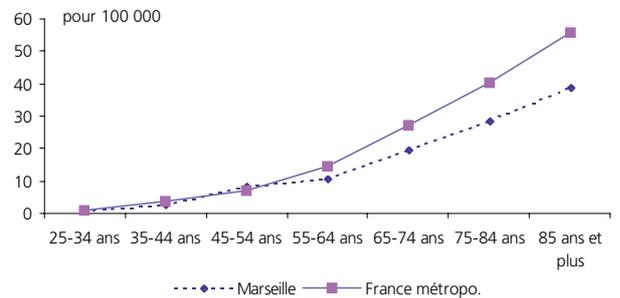
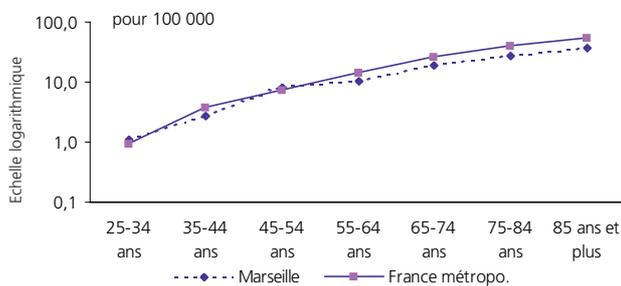
appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du chi2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

2. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR CANCER DE L'UTÉRUS PAR ÂGE À MARSEILLE EN 1997-1999

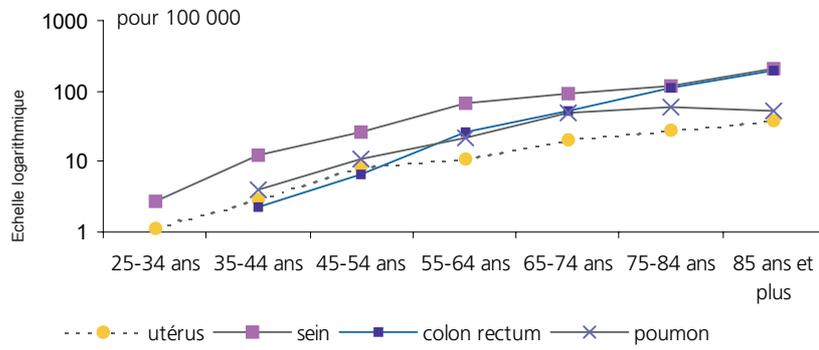
	Marseille		France métropo.	
	Nb de décès*	Tx pour 100 000	Nb de décès*	Tx pour 100 000
0-24 ans	0	0	2	0,0
25-34 ans	1	1,1	40	0,9
35-44 ans	2	2,9	167	3,8
45-54 ans	5	8,6	297	7,2
55-64 ans	4	10,8	402	14,4
65-74 ans	9	19,9	779	27,0
75-84 ans	9	28,6	753	40,2
85 ans et plus	6	38,8	569	55,7

* Nombre de décès annuel moyen

Sources : INSERM CépiDC, INSEE



3. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR CANCERS DU COLON RECTUM, DU SEIN, DE L'UTÉRUS ET DU POUMON PAR ÂGE CHEZ LES FEMMES À MARSEILLE EN 1997-1999

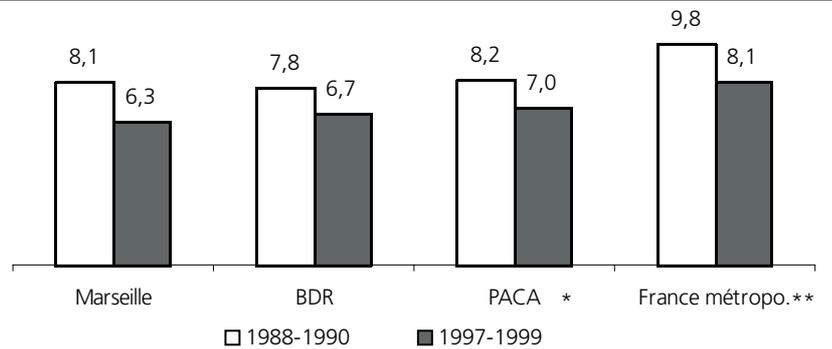


Sources : INSERM CépiDC, INSEE

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

4. EVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CANCER DE L'UTÉRUS À MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



* Evolution significative (p<0,01)
 ** Evolution significative (p<0,001)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

5. LES ADMISSIONS EN AFFECTION LONGUE DURÉE POUR CANCER DE L'UTÉRUS À MARSEILLE EN 2001-2002 (MOYENNE ANNUELLE)

	Nb	%
16-35 ans	6	5,7
36-65 ans	59	55,7
66 ans et plus	41	38,7
Total	106	100,0

Dans la CIM 10, les cancers de l'utérus correspondent aux pathologies codées C53 à C55.

Source : ERSM

CANCERS DE L'UTÉRUS : CORPS ET COL

Dans la classification internationale des maladies (CIM9), on distingue trois codes se rapportant aux tumeurs de l'utérus: tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée (code 179), tumeur maligne du col de l'utérus (code 180) et tumeur maligne du corps de l'utérus (code 182). Cependant, les données mortalité ne permettent pas d'exploiter séparément les cancers du col et du corps de l'utérus en raison du nombre important de décès classés 'tumeurs de l'utérus, partie non précisée'.

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le programme national de lutte contre le cancer lancé en février 2000 par le Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale prévoit la généralisation du dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du colon rectum. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est organisé dans quatre départements pilotes (Bas-Rhin, Doubs, Isère et Martinique).

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur le frottis cervico-vaginal permettant de détecter les lésions précancéreuses. Les recommandations de l'ANAES préconisent la réalisation d'un frottis tous les trois ans chez les femmes à partir de l'âge de 20 ans.

Source : Etat des lieux épidémiologique sur les cancers du sein, de la prostate, du colon rectum et de l'utérus dans les Alpes-Maritimes et état des connaissances sur le dépistage de masse de ces cancers - ORS PACA - 2003

8.7 Le cancer du sein

Contexte **national**

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le nombre de nouveaux cas annuels, estimé par le réseau Francim des registres du cancer était d'environ 36 000 en 1995 en France métropolitaine. Entre 1985 et 1995, ce nombre a augmenté de 42 % et le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) est passé de 65 à 82 pour 100 000 femmes. Cette hausse de l'incidence du cancer du sein s'observe dans l'ensemble des pays à mode de vie occidental, du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque pour les générations récentes. Les pays à haut risque de cancer du sein se trouvent en Amérique du Nord et en Europe occidentale.

Après une période de forte croissance depuis les années 50, la mortalité par cancer du sein se stabilise depuis les années 80. En 1999, ce cancer a néanmoins été responsable de 11 250 décès, 30 % survenant avant 60 ans.

Le cancer du sein fait partie des cancers pour lesquels la survie a augmenté au cours des dernières décennies. Les conditions de diagnostic et de traitement se sont notablement modifiées : augmentation de la fréquence des tumeurs de petite taille, progression des traitements conservateurs du sein entraînant une amélioration de la qualité de vie des patientes. Certaines études ont montré l'efficacité du dépistage par mammographie chez les femmes de 50 ans ou plus. D'autres études avancent des résultats plus controversés.

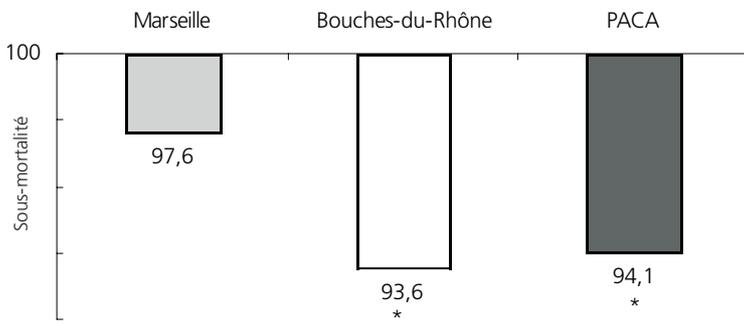
En matière de dépistage, la CNAMTS a mis en place des programmes dans 10 départements pilotes dès 1989. En 1993-94, un programme national de dépistage systématique a été élaboré, avec la création d'un Comité national de pilotage du programme et publication d'un cahier des charges en 1996 qui recommandait une mammographie tous les 3 ans pour les femmes de 50-69 ans. A la demande de la Direction générale de la santé, l'ANAES a établi en 1999 de nouvelles recommandations. Elle préconise un dépistage systématique tous les 2 ans chez les femmes de 50 à 69 ans. Le dépistage sera poursuivi jusqu'à 74 ans pour les femmes qui auront été incluses dans le programme de dépistage systématique entre 50 et 69 ans.

L'évaluation des expériences pilotes doit tenir compte de la part importante que tient le dépistage " spontané ", hors programme organisé, qui coexiste à côté du dépistage systématique. Le dépistage systématique organisé du cancer du sein doit être encouragé et se substituer à terme au dépistage " individuel " ou " spontané ". La généralisation de programmes de dépistage performants, concernant notamment le cancer du sein, fait partie des 5 objectifs du programme national de lutte contre le cancer élaboré par le secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale en février 2000.

Situation à Marseille : **faits marquants**

- *La mortalité par cancer du sein chez les femmes à Marseille n'est pas significativement inférieure à la moyenne nationale, contrairement à la mortalité départementale et régionale.*
- *Le cancer du sein est la première localisation cancéreuse chez les femmes et représente 19 % des décès par tumeurs à Marseille comme en France.*
- *Quel que soit l'âge, les taux de mortalité par cancer du sein sont supérieurs à ceux par cancers de l'utérus, du colon rectum et du poumon.*
- *Entre 1988-1990 et 1997-1999, la mortalité par cancer du sein chez les femmes à Marseille a diminué mais de façon non significative, contrairement à la mortalité au niveau national par ce cancer.*
- *En moyenne, sur la période 2001-2002, 741 femmes de la commune ont été admises en Affection Longue Durée pour ce cancer. Près de 60 % de ces admissions concernent des femmes de 36-65 ans.*

1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

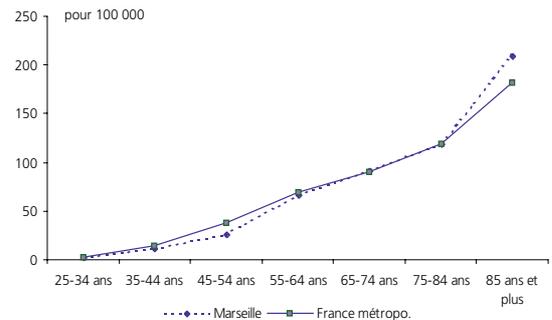
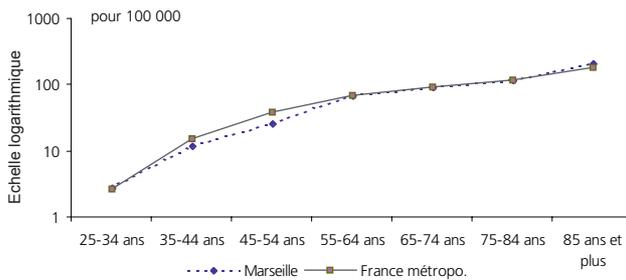
appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du χ^2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

2. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN PAR ÂGE CHEZ LES FEMMES À MARSEILLE EN 1997-1999

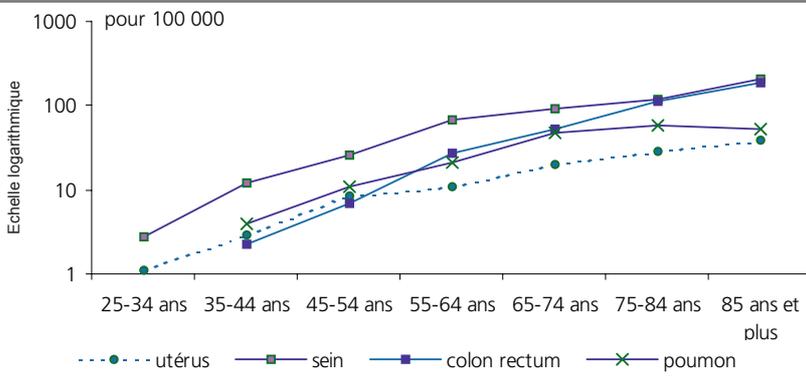
	Marseille		France métropo.	
	Nb de décès*	Tx pour 100 000	Nb de décès*	Tx pour 100 000
Moins de 25 ans	0	0,0	4	0,0
25-34 ans	2	2,8	109	2,6
35-44 ans	7	12,1	651	15,0
45-54 ans	14	26,4	1565	38,1
55-64 ans	27	67,3	1951	69,7
65-74 ans	40	91,9	2603	90,1
75-84 ans	38	119,6	2234	119,4
85 ans et plus	32	209,3	1856	181,7

* Nombre de décès annuel moyen

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

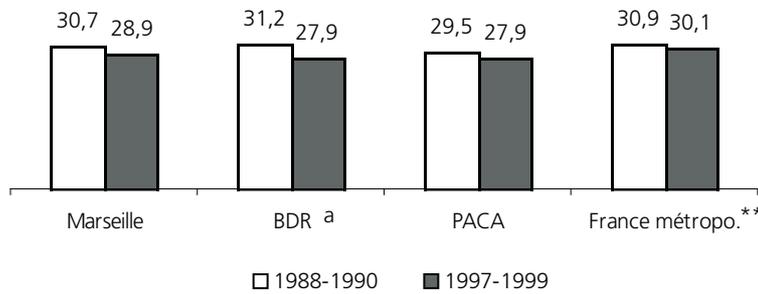


3. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR CANCERS DU COLON RECTUM, DU SEIN, DE L'UTÉRUS ET DU POUMON PAR ÂGE CHEZ LES FEMMES À MARSEILLE EN 1997-1999



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

4. EVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES À MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



** Evolution significative (p<0,001)
 a Evolution significative (p<0,05)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

5. LES ADMISSIONS EN AFFECTION LONGUE DURÉE POUR CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES À MARSEILLE EN 2001-2002 (MOYENNE ANNUELLE)

	Nb	%
16-35 ans	18	2,4
36-65 ans	439	59,2
66 ans et plus	284	38,3
Total	741	100,0

Dans la CIM 10, les cancers du sein correspondent aux pathologies codées C50 à C50.9.

Source : ERSM

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le programme national de lutte contre le cancer lancé en février 2000 par le Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale prévoit la généralisation du dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du colon rectum.

En septembre 2002, 33 départements proposaient le dépistage organisé du cancer du sein. Trente nouveaux départements ont débuté une campagne fin 2002 ou la débiteront début 2003.

Le dépistage du cancer du sein repose sur la mammographie dont l'objectif principal est de détecter le plus précocement possible des tumeurs de petite taille sans dissémination ganglionnaire. Un examen comporte deux clichés par sein, systématiquement lus par deux radiologues et un troisième si les avis des deux premiers divergent. La mammographie est considérée comme un bon test de dépistage: simple, fiable, acceptable, d'un coût peu élevé, s'appliquant à une pathologie grave et fréquente pouvant faire l'objet d'un traitement efficace.

L'ANAES préconise un dépistage systématique tous les deux ans chez les femmes âgées de 50 à 69 ans et de le poursuivre jusqu'à 74 ans pour les femmes incluses dans le dépistage organisé entre 50 et 69 ans depuis 1999.

La structure de gestion assurant l'organisation locale des dépistages dans les Bouches-du-Rhône est l'association ARCADES initialement mise en place en 1988 pour le dépistage du cancer du sein. Les missions de ce type de structure consistent à sensibiliser et informer les médecins et la population, assurer les relations entre les professionnels de santé et les personnes dépistées, gérer un fichier centralisé des personnes invitées, assurer et évaluer la qualité du programme et réaliser un retour d'information vers les professionnels de santé.

ARCADES (Association pour la recherche et le dépistage des cancers du sein) - CHU Timone - Rue Saint Pierre bât F - 13 385 Marseille Cedex 5

Source : Etat des lieux épidémiologique sur les cancers du sein, de la prostate, du colon rectum et de l'utérus dans les Alpes-Maritimes et état des connaissances sur le dépistage de masse de ces cancers - ORS PACA - 2003

8.8 Le cancer de la prostate

Contexte **national**

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme après celui du poumon. Le réseau des registres de cancers en France (Francim) a établi des projections qui estimait à environ 30 000 le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate apparus en 1995, soit un taux d'incidence standardisé (sur la population mondiale) de 66 pour 100 000 hommes.

Entre 1985 et 1995, le taux d'incidence a augmenté de 29 à 66 pour 100 000 : l'utilisation de méthodes diagnostiques plus sensibles peut expliquer cette évolution. Dans l'hypothèse d'un maintien de l'incidence au niveau observé en 1992, le nombre de cancers prostatiques diagnostiqués devrait continuer de croître de façon importante sous la seule pression de l'évolution démographique, car il s'agit d'un cancer du sujet âgé. L'incidence du cancer de la prostate augmente de façon continue avec l'âge, notamment après 50 ans. Ce cancer présente très souvent un caractère latent : 40 % des hommes de plus de 50 ans sont porteurs de lésions histologiques cancéreuses mais seuls 8 % développeront un cancer clinique.

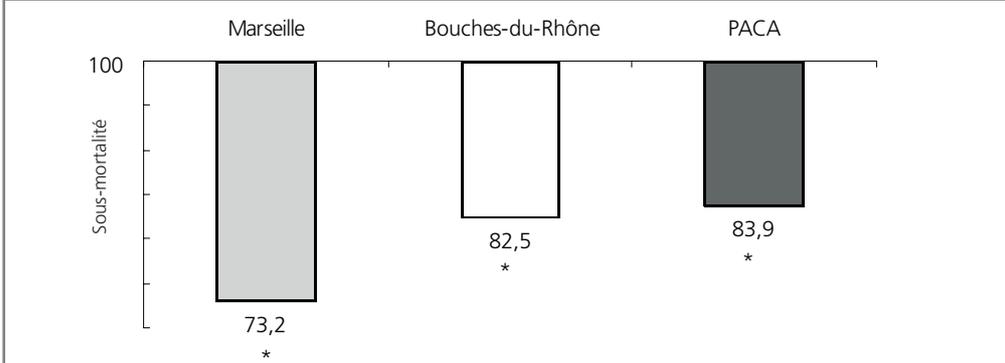
En 1995-97, le cancer de la prostate était la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et avant le cancer colo-rectal. En 1999, il a été responsable de 9 470 décès, ce qui représente un taux comparatif de mortalité de 44 pour 100 000 hommes (taux standardisé sur la population française au recensement de 1990).

L'intérêt d'un dépistage de masse du cancer de la prostate n'est pas aussi évident que pour d'autres formes de cancer. En effet, l'intérêt d'un traitement précoce n'a jamais pu être démontré dans le cadre d'études prospectives contrôlées. Par ailleurs, un dépistage de masse risquerait de mettre en évidence, et donc de conduire à traiter, de petites tumeurs qui ne se seraient jamais manifestées.

Situation à Marseille : **faits marquants**

- *Marseille présente une sous-mortalité par cancer de la prostate de 27 % par rapport à la moyenne nationale. Cette sous-mortalité est plus marquée que celles du département et de la région.*
- *Les cancers de la prostate concernent essentiellement les hommes âgés puisque 70 % des décès surviennent après 75 ans.*
- *A partir de 85 ans, le taux de mortalité par cancer de la prostate est supérieur aux taux de mortalité par cancers du poumon et du colon rectum.*
- *Entre 1988-1990 et 1997-1999, la mortalité par cancer de la prostate a diminué de 28 % à Marseille, contre 14 % au niveau national.*
- *En moyenne, sur la période 2001-2002, 335 hommes de la commune ont été admis en Affection Longue Durée pour ce cancer, soit trois fois plus que le nombre de décès observés pour cette affection sur la période 1997-1999. Près de 80 % de ces admissions concernent des hommes de 66 ans et plus.*

1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CANCER DE LA PROSTATE EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

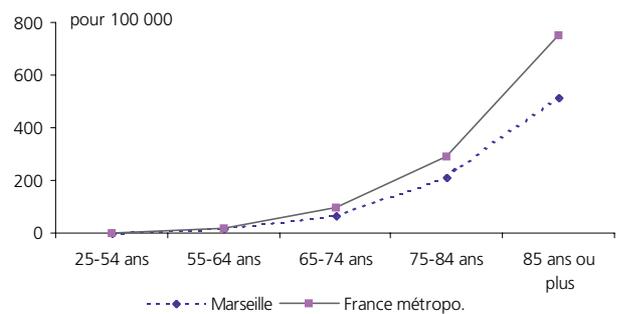
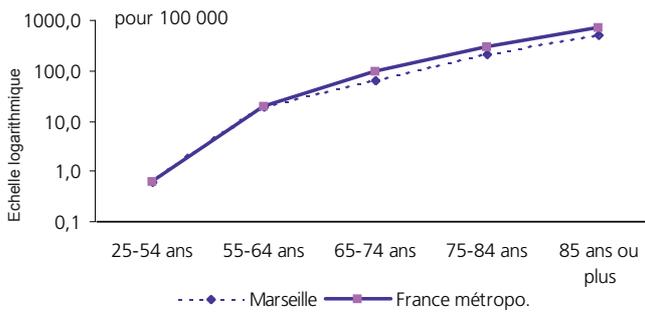
appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du χ^2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

2. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR CANCER DE LA PROSTATE PAR ÂGE À MARSEILLE EN 1997-1999

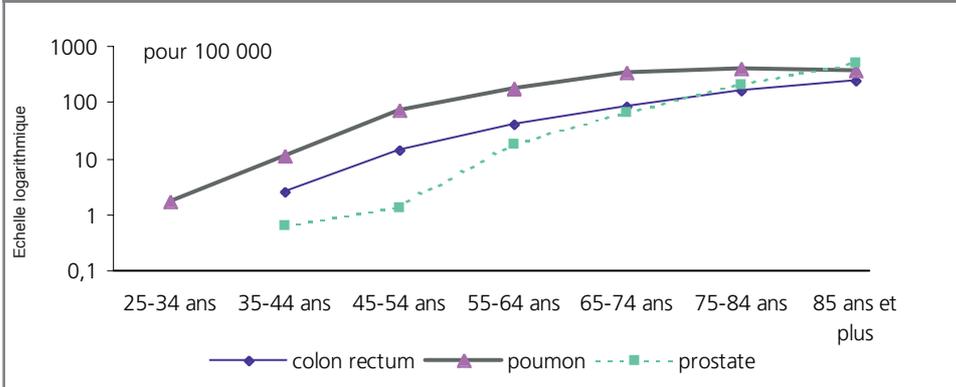
	Marseille		France métropo.	
	Nb de décès*	Tx pour 100 000	Nb de décès*	Tx pour 100 000
25-54 ans	1	0,6	77	0,6
55-64 ans	7	19,1	513	19,1
65-74 ans	23	68,2	2 224	94,3
75-84 ans	42	213,7	3 508	290,0
85 ans ou plus	33	516,9	3 031	753,7

* Nombre de décès annuel moyen

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

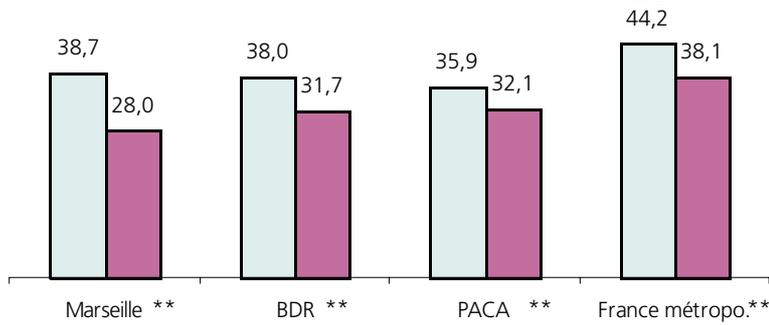


3. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR CANCERS DU COLON RECTUM, DU POUMON ET DE LA PROSTATE PAR ÂGE CHEZ LES HOMMES À MARSEILLE EN 1997-1999



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

4. ÉVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CANCER DE LA PROSTATE À MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



** Evolution significative ($p < 0,001$)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

5. LES ADMISSIONS EN AFFECTION LONGUE DURÉE POUR CANCER DE LA PROSTATE À MARSEILLE EN 2001-2002 (MOYENNE ANNUELLE)

	Nb	%
16-35 ans	0	0,0
36-65 ans	68	20,3
66 ans et plus	267	79,7
Total	335	100,0

Dans la CIM10, les cancers de la prostate correspondent aux pathologies codées C61.

Source : ERSM

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

8.9 La tuberculose

Contexte national

Après une baisse régulière et importante depuis les années 80, la décroissance de l'incidence de la tuberculose s'est trouvée fortement ralentie au début des années 90 en raison principalement du développement de l'épidémie du VIH/sida. L'immunodépression engendrée par l'infection due au VIH accroît, en effet, le risque de développer une tuberculose.

En France, entre 1990 et 1994, l'incidence s'était, pour cette raison, stabilisée autour de 15 pour 100 000 habitants. A partir de 1994, une reprise de la baisse de l'incidence a été constatée, jusqu'en 1997, pour à nouveau se stabiliser en 1998 et 1999 autour de 11,1 cas pour 100 000 habitants.

L'incidence globale cache de fortes disparités régionales, évoluant entre 26,6 pour 100 000 habitants en Ile-de-France et 4,2 cas pour 100 000 habitants en Martinique. Les disparités régionales s'expliquent par les répartitions différentes des populations à risque que sont : les personnes en situation de précarité ou immunodéprimées comme les personnes atteintes par le VIH, les personnes âgées infectées par le Bacille de la tuberculose dans la première moitié du 20ème siècle à un moment où le taux annuel d'infection était beaucoup plus élevé, les personnes en provenance de pays où le taux annuel d'infection est actuellement encore très élevé de l'ordre de 0,5 à 3 %.

Depuis 1992, on comptabilise avec précision le nombre des souches de *Mycobacterium tuberculosis* résistantes aux 2 principaux antituberculeux que sont l'isoniazide et la rifampicine. En effet, ces souches de tuberculose sont très difficiles à traiter et à éradiquer. Ces tuberculoses résistantes sont susceptibles de rester contagieuses plus longtemps et donc de se transmettre plus facilement. En France métropolitaine, la proportion de souches multirésistantes parmi les souches de tuberculoses isolées était de 0,5 % pour les années 1996 et 1997.

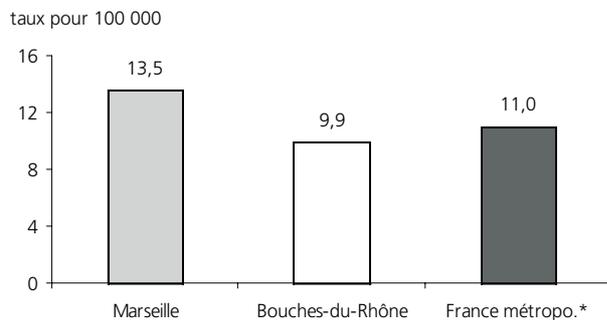
En France, la vaccination par le BCG est obligatoire. Elle trouve tout son intérêt pour les enfants de moins de 5 ans chez qui la primo-infection est davantage susceptible d'évoluer vers une tuberculose-maladie. De plus, les formes extrapulmonaires et notamment méningées sont, chez eux, plus fréquentes. Le taux de couverture vaccinale sur les certificats de santé du 24ème mois se situerait en France métropolitaine à 84 % avec des variations selon des départements de 50 % à 96 %.

Le système de surveillance épidémiologique de la tuberculose repose essentiellement sur le système de déclaration obligatoire dont le degré de sous-déclaration est évalué entre 30 et 50 %, avec des disparités importantes d'un département à l'autre, devant inciter à la prudence quant à l'interprétation des résultats. Toutefois, malgré cette sous-déclaration, les données permettent de suivre les tendances de la tuberculose.

Situation à Marseille : faits marquants

- Sur la période 1999-2001, 327 cas de tuberculose ont été déclarés à Marseille, dont 65 % étaient des formes pulmonaires.
- Sur cette période, l'incidence moyenne annuelle à Marseille était de 13,5 pour 100 000 habitants, contre 11 pour 100 000 en France métropolitaine (en 1999). L'incidence est deux fois plus forte chez les hommes que chez les femmes et elle est, parmi la population étrangère, très supérieure à celle de la population de nationalité française.
- Après une période de diminution de 1995 à 1999, le nombre de cas de tuberculose déclarés à Marseille est de nouveau en augmentation.
- Marseille présente une mortalité par tuberculose chez les hommes proche de la moyenne nationale contrairement au département et à la région qui sont en sous-mortalité. Chez les femmes, Marseille, le département et la région sont en sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale, mais la différence n'est significative que pour la région.
- Sur la période 1995-1999, les taux de mortalité par tuberculose chez les hommes sont deux fois supérieurs à ceux des femmes.
- La mortalité par tuberculose a fortement diminué à Marseille entre 1988-1990 et 1997-1999, de façon plus marquée que dans le département et la région, mais moins marquée qu'en France.
- A Marseille, le taux de vaccination par le BCG à 2 ans est supérieur à celui des Bouches-du-Rhône et de la France. Des disparités existent cependant entre circonscriptions : de 82,6 % dans celle de Bonneveine où le taux de vaccination est le plus faible à 94,9 % dans celle des Lauriers.

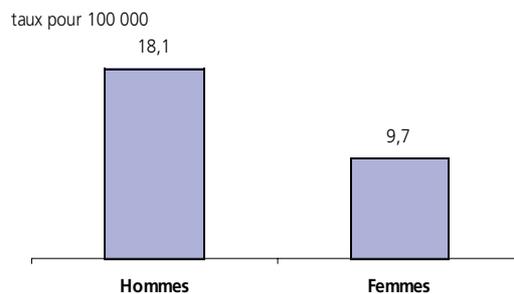
1. INCIDENCE MOYENNE ANNUELLE DE LA TUBERCULOSE EN 1999-2001



* En 1999

Sources : DDASS, InVS, INSEE

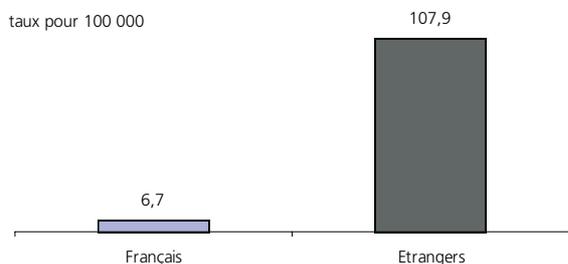
2. INCIDENCE MOYENNE ANNUELLE DE LA TUBERCULOSE PAR SEXE À MARSEILLE EN 1999-2001



Taux d'incidence standardisés sur la population française au recensement de 1990 deux sexes confondus.

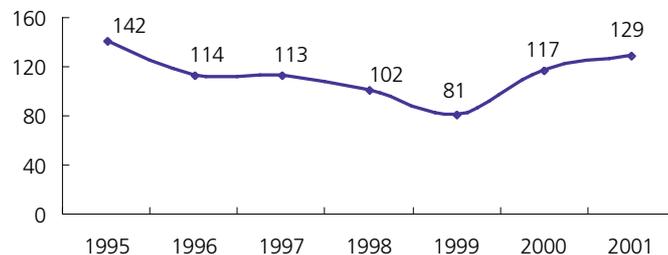
Sources : DDASS, INSEE

3. INCIDENCE MOYENNE ANNUELLE DE LA TUBERCULOSE PAR NATIONALITÉ À MARSEILLE EN 1999-2001



Sources : DDASS, INSEE

4. EVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE TUBERCULOSE DÉCLARÉS À MARSEILLE DE 1995 À 2001



Sources : DDASS, INSEE

5. POURCENTAGE DE SÉROLOGIES POSITIVES AU VIH PARMIS LES CAS DE TUBERCULOSE DÉCLARÉS PAR ÂGE À MARSEILLE EN 1999-2001

(en %)	Marseille	Bouches-du-Rhône	France métropo.*
< 15 ans	0,0	0,0	1,6
15-44 ans	13,9	12,3	7,3
45-64 ans	19,4	13,2	2,4
65 ans et plus	0,0	0,0	0,4
Total	15,2	12,1	3,9

* En 1999

Le pourcentage est calculé par rapport à l'ensemble des cas déclarés de tuberculose dont la sérologie est connue.

Sources : DDASS, InVS

6. FORMES CLINIQUES DES TUBERCULOSES DÉCLARÉES* EN 1999-2001

	Marseille		Bouches-du-Rhône		France métropo.**	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
F. pulmonaires	71	65,1	123	67,1	12 634	66,9
F. extrapulmonaires isolées	27	25,1	46	25,1	4 511	23,9
F. mixtes (extrapulmonaire et pulmonaire)	11	9,8	14	7,8	1 745	9,2
Total	109	100,0	183	100,0	18 890	100,0

* Nombre annuel moyen de cas et pourcentage des différentes formes cliniques des tuberculoses déclarées.

** En 1997-1999

Sources : DDASS, InVS

7. POURCENTAGE DES TUBERCULOSES À EXAMEN MICROSCOPIQUE POSITIF* CHEZ LES SUJETS AYANT UNE TUBERCULOSE PULMONAIRE EN 1999-2001

(en %)	Marseille	Bouches-du-Rhône	France métropo.**
< 15 ans	0,0	6,3	15,8
15 ans ou plus	60,5	62,1	42,7

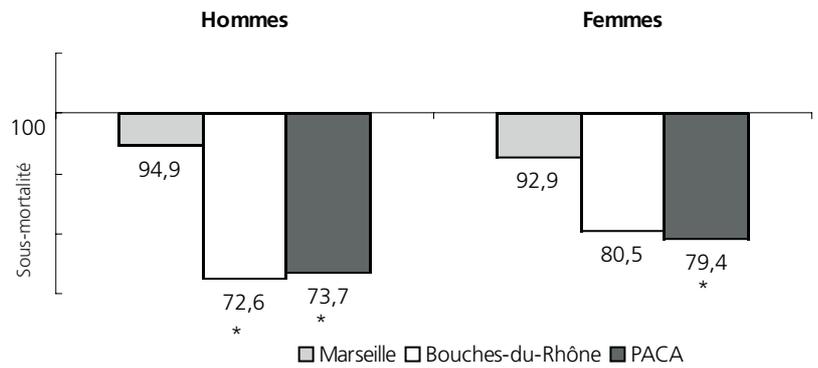
* Le pourcentage est calculé par rapport à l'ensemble des cas déclarés de tuberculose pulmonaire. L'examen est le test Baar (Bacille acido-alcoolo-résistant). Ces tuberculoses sont contagieuses.
 ** En 1997-1999

Sources : DDASS, InVS

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du χ^2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

8. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE EN 1995-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

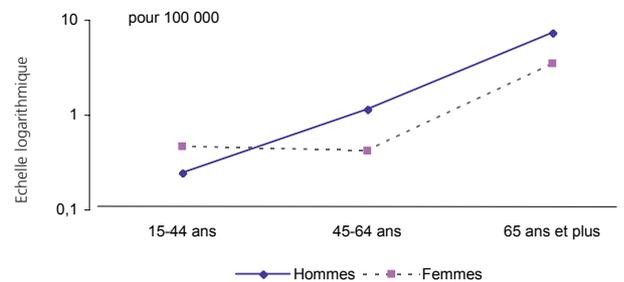
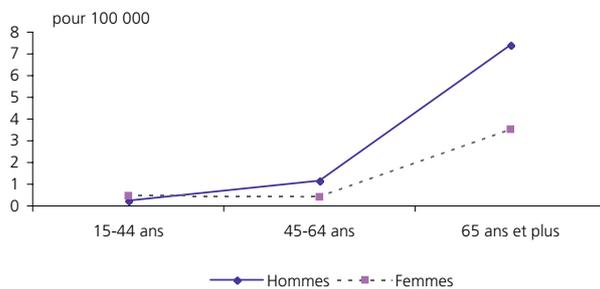
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

9. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE PAR ÂGE ET SEXE À MARSEILLE EN 1995-1999

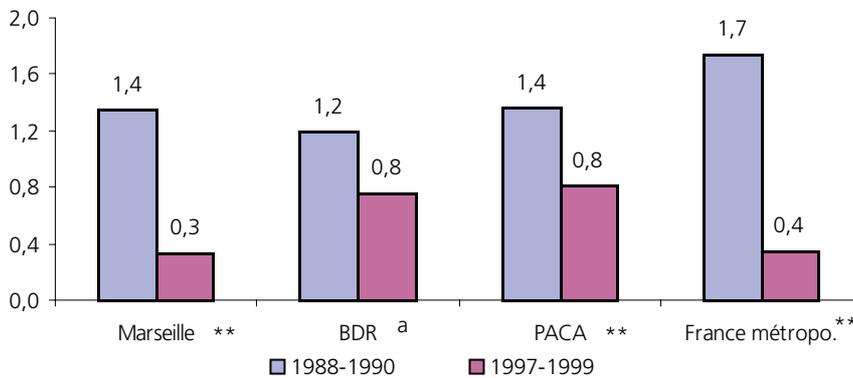
	Hommes		Femmes	
	Nb de décès*	Tx pour 100 000	Nb de décès*	Tx pour 100 000
< 15 ans	0	0,0	0	0,0
15-44 ans	0	0,2	1	0,5
45-64 ans	1	1,2	0	0,4
65 ans et plus	4	7,4	3	3,5
Total	6	1,5	4	1,0

* Nombre de décès annuel moyen

Sources : INSERM CépiDC, INSEE



10. EVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE À MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



a Evolution significative (p<0,05)
 ** Evolution significative (p<0,001)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

11. TAUX DE VACCINATION PAR LE BCG À 2 ANS À MARSEILLE PAR CIRCONSCRIPTION EN 2001

Marseille nord-est	93,0%
lauriers	94,9%
la rose	92,1%
le merlan	93,1%
la viste	92,4%
st henri	93,0%
Marseille est	90,7%
central	90,5%
national	94,5%
méditerranée	92,9%
bonneveine	82,6%
littoral	94,2%
Marseille sud-est	90,4%
chartreux	90,4%
5/10	91,2%
michelet	89,3%
Total Marseille	91,5%
Bouches-du-Rhône	88,6%
France *	83,9%

* Données 2000

Sources : Conseil Général des Bouches-du-Rhône - service PMI (certificats de santé du 24ème mois), DREES (Conseils généraux)

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE DOCUMENTÉE À MARSEILLE : RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

Une étude sur la tuberculose documentée par isolement et identification de Mycobacterium tuberculosis a été récemment menée chez les patients domiciliés à Marseille. Celle-ci porte sur les 312 souches de M. tuberculosis isolées entre 1998 et 2001.

Les résultats montrent que les taux d'incidence étaient supérieurs chez les hommes par rapport aux femmes, pour chaque tranche d'âge (<20 ans, >= 20 ans, <60 ans, >= 60 ans). Chez les femmes, la distribution des cas selon l'âge est plutôt homogène avec une tendance à l'augmentation au-delà de 60 ans. Chez les hommes, le nombre de cas est plus important entre 25 et 60 ans. Les auteurs de cette étude suggèrent que ces données vont dans le sens d'une protection chez la femme en période d'activité génitale et d'une diminution des manifestations cliniques par les œstrogènes, qui préviendraient la réaction d'hypersensibilité retardée.

Parmi les souches isolées, 73,4 % montraient un phénotype sensible à tous les antituberculeux, 22,8 % une résistance isolée à un seul antituberculeux et 0,9 % une multirésistance. La résistance des souches n'était liée ni à l'origine géographique ni au statut sérologique pour le VIH. Les femmes étaient plus fréquemment atteintes par ces souches résistantes que les hommes (34,5 % contre 20,1 %).

De fortes disparités existent selon les arrondissements : les arrondissements situés au nord-ouest présentent des taux d'incidence supérieurs à la moyenne communale. La densité de population des arrondissements à fort taux d'incidence était supérieure à celle des arrondissements à faible taux d'incidence. D'autre part, la part de population immigrée était plus importante dans les arrondissements à fort taux d'incidence. A Marseille, le taux d'incidence a connu une augmentation entre 1999 et 2001, alors qu'il est relativement stable pour les Bouches-du-Rhône, voire en diminution pour la région PACA. La situation Marseille semble superposable à celle de l'Île-de-France.

Source : Berger P. et al. (2003). *Epidémiologie de la tuberculose documentée à Marseille, 1998-2001*. BEH n°35/2003.

8.10 Les maladies respiratoires

Contexte **national**

Outre les cancers broncho-pulmonaires, les maladies respiratoires regroupent des affections très différentes, d'évolution aiguë ou chronique, difficiles à classer, en particulier chez le sujet âgé. En France, en 1999, ces affections étaient responsables de 8,2 % de l'ensemble des décès (mais 12,8 % si l'on inclut les 25 196 cancers broncho-pulmonaires).

En 1991-92, l'enquête décennale sur la santé (INSEE-CREDES) montrait que 7 % des Français souffraient de maladies respiratoires. Ces affections étaient aussi à l'origine de 5,7 % des séjours hospitaliers (DREES, base nationale PMSI, 1998) et de 7 consultations sur 100 en médecine libérale (Enquête CREDES, clientèle et motifs de recours en médecine libérale, 1992). Au cours de ces consultations, les bronchites aiguës sont le plus fréquemment observées (54 %), suivies de l'asthme (21 %), alors que la bronchite chronique et l'emphysème motivent moins souvent (9 %) ces interventions médicales.

On observe depuis la fin des années 1970 une augmentation de la morbidité et de la mortalité liées à l'asthme. La rapidité d'évolution de ce phénomène fait qu'il ne peut être expliqué par la seule modification des facteurs génétiques et souligne la part prépondérante des facteurs exogènes. L'étude ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) a montré que 13 % des adolescents ont déjà fait une crise d'asthme au cours de leur vie et qu'il existe un net gradient Nord/Sud puisque les adolescents du Sud de la France sont les plus touchés. L'asthme est aussi l'affection respiratoire professionnelle la plus fréquente dans les pays industrialisés puisqu'il constitue la 1^{ère} cause de maladie respiratoire liée au travail.

On estime qu'il y a en France 2 à 3 millions de personnes atteintes de bronchite chronique. Les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont la cause la plus fréquente d'insuffisance respiratoire chronique et toucheraient de 700 000 à 1 million de français. Le tabagisme est le facteur de risque majeur des BPCO. Il explique à lui seul 80 à 90 % du risque de développer une telle maladie. Compte-tenu d'un temps de latence de l'ordre de 20 ans entre habitudes tabagiques et apparition de l'insuffisance respiratoire chronique, on peut prévoir pour les années à venir une poursuite de l'augmentation de mortalité par BPCO et une augmentation de la prévalence des insuffisances respiratoires chroniques chez les femmes. Selon les principaux régimes d'assurance maladie, près de 32 000 personnes ont été admises en affection de longue durée pour une insuffisance respiratoire chronique grave en 1999.

Sur un plan étiologique, la bronchite chronique obstructive représente plus de la moitié des patients insuffisants respiratoires chroniques. Les possibilités thérapeutiques offertes par la ventilation spontanée en pression positive continue ont entraîné depuis 1992 une augmentation importante du nombre de patients suivis présentant un syndrome d'apnée du sommeil.

Situation à Marseille : **faits marquants**

· *Marseille affiche une légère sous-mortalité non significative par maladies respiratoires par rapport à la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes. Chez les hommes, cette sous-mortalité est moins marquée que celle de la région. Chez les femmes, elle est plus marquée que celle du département mais voisine de celle de la région.*

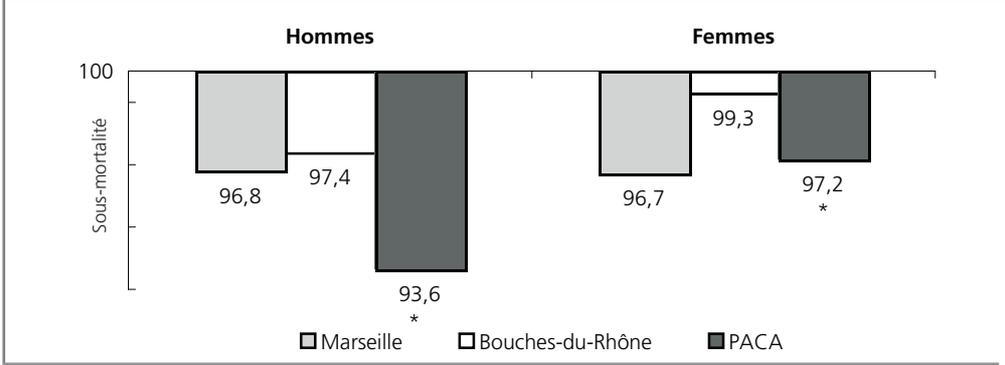
· *Plus des trois quarts des décès par maladies respiratoires surviennent après 75 ans. Cette proportion dépasse les 90 % pour la grippe, alors que les décès liés à l'asthme concernent des personnes plus jeunes.*

· *Le risque de décéder d'une maladie respiratoire est deux fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes, à Marseille comme au niveau national. Ceci est sans doute à mettre sur le compte des bronchites chroniques liées au tabagisme et aux expositions professionnelles aux poussières.*

· *La mortalité par maladies respiratoires à Marseille a augmenté entre 1988-1990 et 1997-1999 de façon plus marquée chez les femmes (+22 %) que chez les hommes (+7 %). Cette évolution ne se retrouve pas au niveau national où la mortalité a diminué chez les hommes et est restée stable chez les femmes.*

· *En moyenne, sur la période 2001-2002, 302 personnes ont été admises en Affection Longue Durée pour insuffisances respiratoires. Dans les deux sexes, plus de 60 % de ces admissions concernent des personnes de 66 ans et plus.*

**1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR MALADIES RESPIRATOIRES EN 1997-1999
(BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)**



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du χ^2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

2. NOMBRE DE DÉCÈS ANNUEL MOYEN PAR MALADIES RESPIRATOIRES À MARSEILLE EN 1997-1999

	Hommes	Femmes	Total
Pneumonie, bronchopneumonie	148	143	291
<i>dont 75 ans et plus</i>	112	127	239
Grippe	4	11	15
<i>dont 75 ans et plus</i>	4	10	14
Bronchite chronique	114	81	195
<i>dont 75 ans et plus</i>	80	70	150
Asthme et alvéolite allergique	9	19	28
<i>dont 75 ans et plus</i>	5	9	14
Autres maladies app. respiratoire	56	62	118
<i>dont 75 ans et plus</i>	41	50	90
Ensemble des mal. respiratoires	331	317	648
<i>dont 75 ans et plus</i>	242	266	507

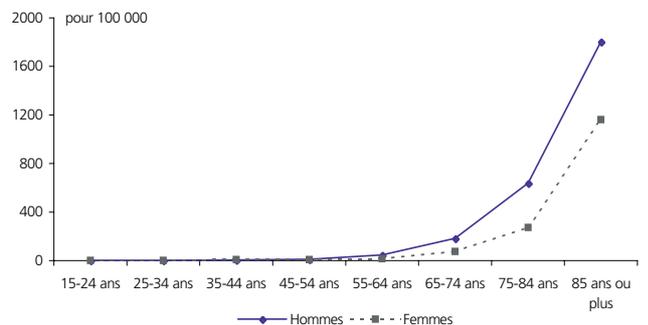
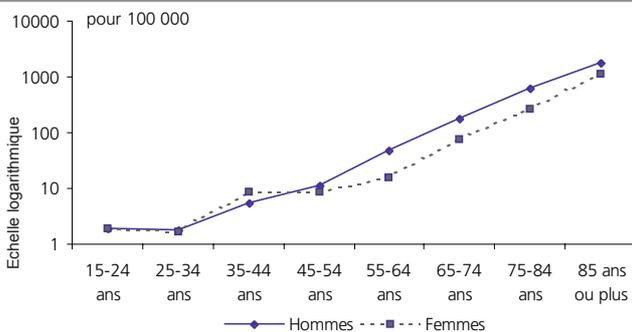
Source : INSERM CépiDC

3. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR MALADIES RESPIRATOIRES PAR ÂGE ET SEXE À MARSEILLE EN 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

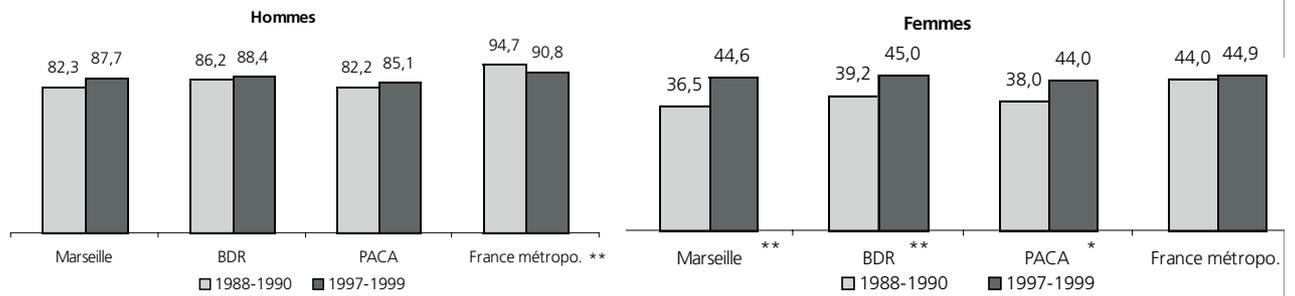
	Hommes		Femmes	
	Nb de décès*	Tx pour 100 000	Nb de décès*	Tx pour 100 000
15-24 ans	1	1,9	1	1,9
25-34 ans	1	1,8	1	1,7
35-44 ans	3	5,7	5	8,6
45-54 ans	6	11,4	5	8,6
55-64 ans	17	47,4	6	15,8
65-74 ans	61	183,6	33	75,8
75-84 ans	125	637,8	86	273,2
85 ans ou plus	116	1 803,9	180	1 162,7

* Nombre de décès annuel moyen

Sources : INSERM CépiDC, INSEE



4. ÉVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR MALADIES RESPIRATOIRES A MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



* Evolution significative (p<0,01)
 ** Evolution significative (p<0,001)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

5. LES ADMISSIONS EN AFFECTION LONGUE DURÉE POUR INSUFFISANCES RESPIRATOIRES À MARSEILLE EN 2001-2002 (MOYENNE ANNUELLE)

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
16-35 ans	3	1,6	1	0,8
36-65 ans	66	36,1	39	32,8
66 ans et plus	114	62,3	79	66,4
Total	183	100,0	119	100,0

Dans la CIM 10, les insuffisances respiratoires correspondent aux pathologies codées J96 à J96.9.

Source : ERSM

DÉFINITION DES MALADIES RESPIRATOIRES

Le chapitre 'Maladies de l'appareil respiratoire' de la classification des maladies ne comprend pas les tuberculoses (chapitre 'Maladies infectieuses et parasitaires') ni les tumeurs (chapitre 'Tumeurs').

8.11 L'infection par VIH

Contexte **national**

En France, selon l'Institut de Veille Sanitaire, le nombre de personnes vivantes atteintes de Sida au 30 juin 2001 est estimé entre 23 200 et 25 500 et le nombre total de décès depuis le début de l'épidémie entre 36 700 et 40 000. Parmi les pays de la région Europe, avec 1426 cas par million d'habitants, l'Espagne est largement en tête, suivie par la Suisse (923), la France (845) et l'Italie (796). Le taux d'incidence, pour l'année 2000 en France est de 24 cas par million d'habitants.

Lorsqu'on rapporte les nombres de cas cumulés depuis 1978 jusqu'au 31 décembre 2000 aux populations régionales de 1999, on constate qu'en France métropolitaine, c'est la région Ile-de-France qui est la plus touchée (221 cas pour 100 000 habitants), suivie de Provence-Alpes-Côte d'Azur (152).

Sur l'ensemble des cas cumulés, 44 % des malades ont été contaminés lors de rapports homosexuels, 23 % lors d'un usage de drogue par voie intraveineuse et plus de 20 % lors de rapports hétérosexuels. La part des malades contaminés lors de relations hétérosexuelles n'a cessé d'augmenter et concerne près de 2 cas de sida sur 5 diagnostiqués en 1999.

La diminution, amorcée dès 1995, du nombre annuel de nouveaux cas de sida se poursuit mais plus lentement. On observe la même évolution du nombre des décès par sida. Ce recul n'est pas homogène selon le mode de contamination des sujets. La diminution du nombre de nouveaux cas déclarés depuis 1995 est très nette chez les toxicomanes et les homosexuels mais moins marquée chez les hétérosexuels.

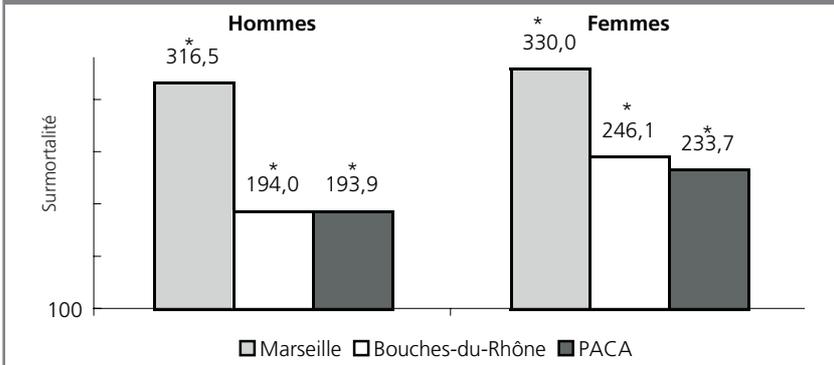
Un patient sur deux découvre sa séropositivité au diagnostic du sida. Cette méconnaissance est surtout présente chez les homosexuels/bisexuels (54 %) et les hétérosexuels (57 %) plutôt que chez les usagers de drogues (20 %). Les personnes contaminées par voie hétérosexuelle s'ignorant à risque pour la plupart, ne se font pas dépister pour le VIH et ne peuvent donc bénéficier des traitements antirétroviraux avant le passage sida. Mais d'autres phénomènes peuvent se conjuguer comme de possibles résistances au traitement et des prises en charge pas toujours optimales, phénomènes dont les répercussions sont aggravées chez des personnes en situation de précarité. L'information épidémiologique sur la séropositivité devrait s'améliorer en France. Contrairement au système mis en place en 1986 pour les cas de sida, il n'existait pas jusqu'en 1999 de déclaration obligatoire des cas de séropositivité dépistés. Un système de surveillance, basé sur la déclaration des nouveaux tests positifs découverts par les laboratoires de biologie médicale et par les médecins prescripteurs, est en cours de finalisation.

Situation à *Marseille* : **faits marquants**

· *Il existe à Marseille une surmortalité significative par sida par rapport à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes. L'écart à la moyenne nationale est encore plus important à Marseille que dans le département et la région.*

· *Le nombre de décès liés au sida a augmenté régulièrement à Marseille comme dans le reste de la région et en France jusqu'en 1995, après quoi il a chuté grâce à l'introduction de la tri thérapie pour se stabiliser à partir de 1997. On assiste en 1999 à une légère remontée du nombre de décès à Marseille et dans les Bouches-du-Rhône. Ce phénomène qui devra être confirmé par les statistiques des années suivantes est peut être lié à la présence d'un plus grand nombre de personnes atteintes et non prises en charge (volontairement ou non) dans ces zones.*

**1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR SIDA EN 1997-1999
(BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)**



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),
appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du chi2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

2. EVOLUTION DU NOMBRE ANNUEL DE DÉCÈS PAR SIDA ENTRE 1990 ET 1999*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Marseille	87	110	125	170	170	174	135	43	41	52
Bouches-du-Rhône	140	168	199	256	265	268	214	72	57	78
PACA	415	535	579	714	745	754	554	181	217	152
France métropo.	2 785	3 551	4 140	4 549	4 860	4 733	3 490	1 287	1 013	978

* En 2003, les données de mortalité par sida les plus récentes disponibles datent de 1999. L'InVS possède des données sur le nombre de cas de sida décédés par an, mais ces informations ne sont pas exhaustives (seuls 56 % des décès par sida survenus dans les Bouches-du-Rhône en 1999 ont été comptabilisés).

Source : INSERM CépiDC

LES DONNÉES D'INCIDENCE NE SONT PAS DISPONIBLES AU NIVEAU DE MARSEILLE

L'InVS centralise les données sur le nombre de cas de sida diagnostiqués en France. Ces données ne fournissent pas d'information sur l'origine géographique des cas à un niveau plus fin que le niveau départemental. Ainsi, seules les données de mortalité sont présentées sur ce thème.

9.1

L'alcool et ses conséquences sur la santé

Contexte **national**

Depuis le milieu des années soixante, on assiste en France à une baisse régulière de la consommation moyenne d'alcool par habitant qui est passée de 18 litres d'alcool pur en 1963 à moins de 11 litres en 1997. Cette évolution s'accompagne d'une diminution constante de la mortalité liée à la consommation excessive d'alcool. Cependant, on estime, à la fin des années quatre-vingt-dix, que l'alcoolisme est responsable de 35 000 décès si on y inclut les causes directes ou indirectes comme certaines morts violentes. En France métropolitaine en 1999, 11 200 décès étaient directement liés à une consommation excessive d'alcool : 8 500 décès par cirrhose du foie, 2 700 par psychose alcoolique. Mais il faut noter également les 11 200 décès par cancer des voies aéro-digestives supérieures, même si cette dernière pathologie est liée aussi au tabac. Ces trois causes de décès frappent 4 fois plus les hommes que les femmes.

En matière d'hospitalisation, l'enquête de morbidité hospitalière réalisée par la Drees en 1992-93 estimait à 220 000 par an le nombre de séjours hospitaliers en soins de courte durée pour une des pathologies suivantes : tumeur maligne des voies aéro-digestives supérieures, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose et maladie chronique du foie, alcoolisme et ivresse sans autre indication. Ces séjours représentaient 1,7 % du total des séjours hospitaliers de courte durée. Ce pourcentage varie, comme pour la mortalité, en fonction du sexe et de l'âge (passant par un maximum de 5,2 % pour les hommes de 45 à 54 ans). Par ailleurs, plusieurs enquêtes réalisées en 1997 et 1998 par le Réseau sentinelle des urgences retrouvaient le même résultat : environ 3,5 % des patients accueillis aux urgences le sont en état d'ivresse.

Divers types de structures tentent d'apporter des réponses adaptées et complémentaires à la prise en charge des personnes alcooliques : unités hospitalières d'alcoologie, centres de cure ambulatoire en alcoologie, centres de cure et de post-cure, foyers d'hébergement et de réinsertion...

De nombreuses associations jouent également un rôle important dans le fonctionnement de ce dispositif (en particulier l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme) et les mouvements d'anciens buveurs.

D'autre part, venant renforcer les actions de prévention, la loi du 10 janvier 1991 (assouplie cependant en 1994) a limité la publicité pour les boissons alcoolisées. Il faut également souligner que le seuil d'alcoolémie au volant pour les infractions est passé depuis septembre 1995 de 0,8 g/l à 0,5 g/l. Selon l'estimation du réseau de surveillance de la gendarmerie, les sanctions prises tout au long de ces dernières années auraient un effet positif : le pourcentage d'accidents mortels dans lesquels sont impliqués des conducteurs dont l'alcoolémie est supérieure à 0,8 g/l est passé de 38 % en 1977 à 32 % en 1990.

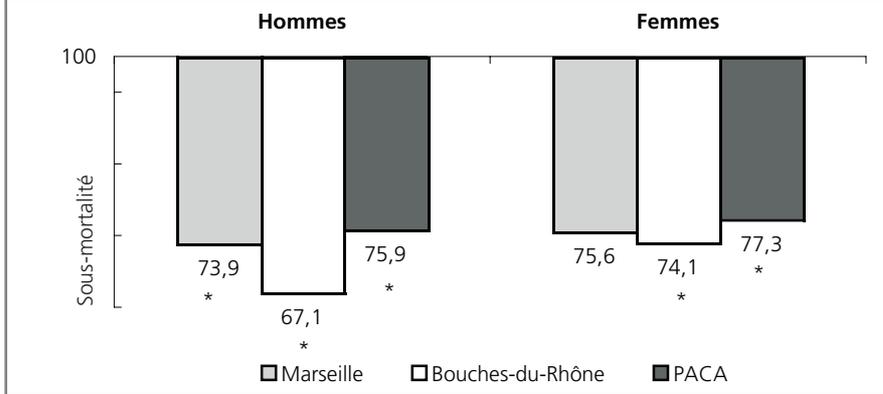
Situation à *Marseille* : **faits marquants**

· *Marseille affiche une sous-mortalité pour les trois principales causes de décès liés à l'alcool chez les hommes. Chez les femmes, une légère surmortalité est observée pour les cancers des VADS. La situation à Marseille est un peu moins favorable que celle du département.*

· *La part des décès imputables à une consommation excessive d'alcool atteint 10,7 % chez les personnes âgées de 45 à 64 ans. Cette part est inférieure à celle du département (11,7 %) et de la France (15,4 %).*

· *Entre 1988-1990 et 1997-1999, les taux de mortalité chez les hommes ont diminué pour les trois principales causes de décès liés à l'alcool, à Marseille comme au niveau national. Chez les femmes, la mortalité par cirrhose du foie a significativement diminué alors que celle par psychose alcoolique et alcoolisme a augmenté de 21,2 %. La mortalité par cancers des VADS a connu une moindre diminution chez les femmes que chez les hommes, à Marseille comme en France.*

**1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CIRRHOSE DU FOIE EN 1997-1999
(BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)**

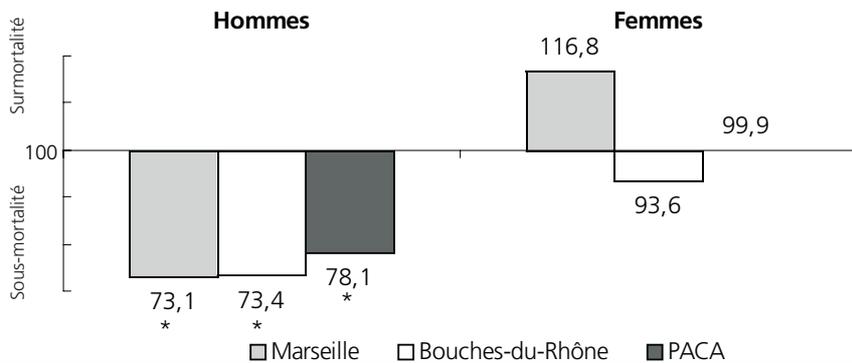


* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du chi2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

2. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CANCERS DES VADS EN 1997-1999
(BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)**

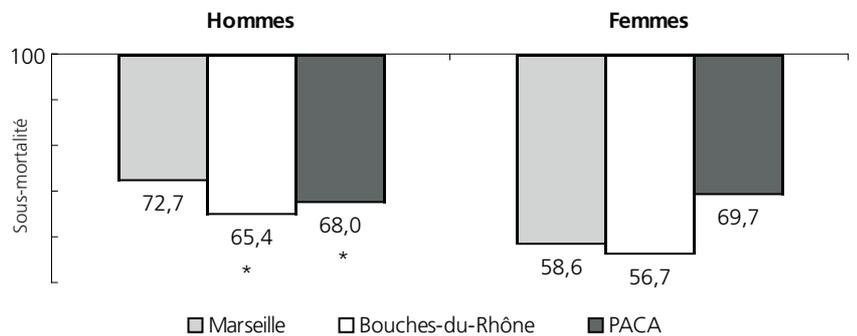


* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine.

** Voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

3. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR PSYCHOSE ALCOOLIQUE ET ALCOOLISME EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

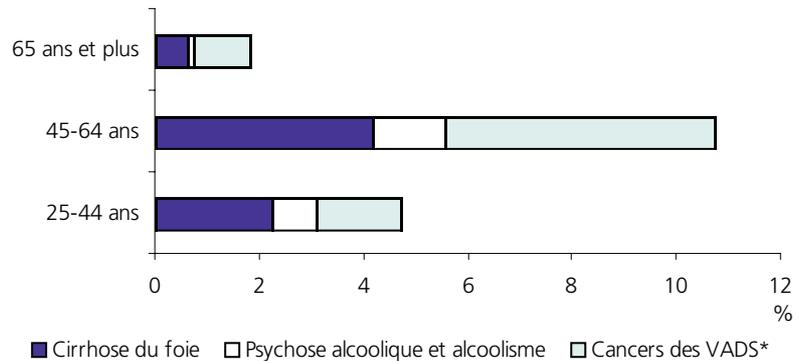
4. NOMBRE ANNUEL MOYEN DE DÉCÈS LIÉS À L'ALCOOL PAR SEXE À MARSEILLE EN 1997-1999

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cirrhose du foie	62	28	90
Psychose alcoolique et alcoolisme	19	5	25
Cancers des VADS*	100	28	128

* Voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx)

Source : INSERM CépiDC

5. PART DES DÉCÈS LIÉS À L'ALCOOL DANS LA MORTALITÉ TOUTES CAUSES CONFONDUES EN FONCTION DU GROUPE D'ÂGE À MARSEILLE EN 1997-1999



* Voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx)

Source : INSERM CépiDC

6. POURCENTAGE D'ÉVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ LIÉE À L'ALCOOL À MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999

	Marseille	Bouches-du-Rhône	PACA	France métropo.
Hommes				
Cirrhose du foie	-31,1	-32,3	-20,4	-22,6
Psychose alcoolique et alcoolisme	-26,0	-30,6	-23,7	-24,4
Cancers des VADS*	-32,8	-27,6	-23,5	-28,9
Femmes				
Cirrhose du foie	-42,4	-27,9	-27,1	-24,1
Psychose alcoolique et alcoolisme	21,2	-9,5	-12,5	-18,4
Cancers des VADS*	-1,1	-6,5	5,2	-4,1

* Voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

9.2 Le tabac et ses conséquences sur la santé

Contexte national

En 2000, parmi les 18-75 ans, 40 % des hommes et 31,7 % des femmes déclaraient fumer ne serait-ce que de temps en temps (CFES). Ces proportions ont évolué au cours des 15 dernières années, avec une diminution chez les hommes et une augmentation chez les femmes : en 1980, 46 % des hommes et 17 % des femmes fumaient.

La consommation de tabac augmente le risque de cancer du poumon d'un facteur allant jusqu'à 20, en fonction essentiellement de la durée du tabagisme. Le risque de maladies respiratoires chroniques est également élevé chez le fumeur. Le tabagisme augmente aussi le risque de survenue de maladies de l'appareil circulatoire : insuffisance coronarienne, accidents vasculaires cérébraux, artérite des membres inférieurs. Chez la femme, ces effets nocifs sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux. Enfin, le tabac est avec l'alcool le facteur de risque des cancers des voies aéro-digestives supérieures. En France, en 1995, on estimait à 60 000 le nombre de décès attribuables au tabac, dont 57 000 chez les hommes et 3 000 chez les femmes.

On estime que le nombre de décès dus au tabac devrait atteindre 160 000 par an en 2025, dont 50 000 femmes. Il semblerait que l'augmentation de la mortalité par cancer observée depuis les années soixante soit principalement due au tabac.

Il faut garder à l'esprit que les effets observés sur la santé sont décalés de plusieurs décennies par rapport aux habitudes tabagiques de la population. Ceci explique notamment qu'on assiste en France aux débuts des conséquences du tabagisme féminin, alors qu'aux États-Unis, l'incidence du cancer bronchique chez les femmes dépasse désormais celle du cancer du sein.

Une relation existe entre le tabagisme de la femme enceinte et un faible poids à la naissance. Le tabagisme passif fait partie des facteurs de risque d'infections des voies respiratoires dans les premières années de vie, et on suspecte une relation avec la mort subite du nourrisson.

À l'âge adulte, on a démontré la responsabilité du tabagisme passif dans la survenue de cancers du poumon, et de maladies vasculaires.

On reconnaît actuellement le bénéfice de l'arrêt de la consommation de tabac quelle que soit son ancienneté : si les personnes qui arrêtent de fumer avant l'âge de 35 ans retrouvent une espérance de vie similaire à celles qui n'ont jamais fumé, celles qui arrêtent entre 35 et 65 ans réduisent considérablement leur risque de décès prématuré comparativement à celles qui continuent de fumer. La prise de conscience du phénomène tabagique a amené les gouvernements des pays développés à mettre en place des législations visant à limiter la consommation de tabac ou à réduire ses conséquences sur la santé, en particulier chez les non-fumeurs. Parallèlement, la plupart des pays européens ont adopté une politique de hausse du prix du tabac. Cet ensemble de mesures semble porter ses fruits puisque, en France, de 1991 à 1999, les ventes de tabac ont enregistré une baisse de 10 %.

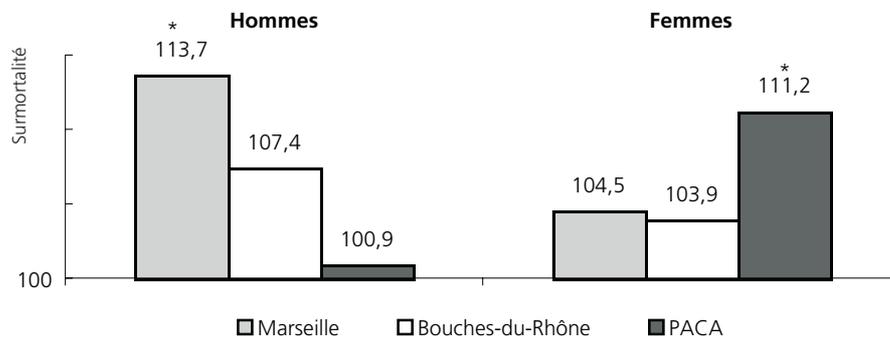
Situation à Marseille : faits marquants

· *Marseille affiche une surmortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon de 13,7 % chez les hommes par rapport au niveau national. Pour les autres causes de décès liés au tabac, il existe une sous-mortalité dans les deux sexes.*

· *La part des décès liés à une consommation excessive de tabac atteint 19,4 % chez les personnes âgées de 45 à 64 ans. Cette proportion est proche du niveau national (19,1 %) et inférieure à celui du département (20,4 %).*

· *Entre 1988-1990 et 1997-1999, les taux de mortalité diminuent chez les hommes pour les trois principales causes de décès liés au tabac à Marseille comme en France. Chez les femmes, l'augmentation de la mortalité par cancer du poumon et par bronchites chroniques observée au niveau national se retrouve à Marseille. Cette évolution pourrait refléter l'augmentation du tabagisme féminin.*

1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CANCERS DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



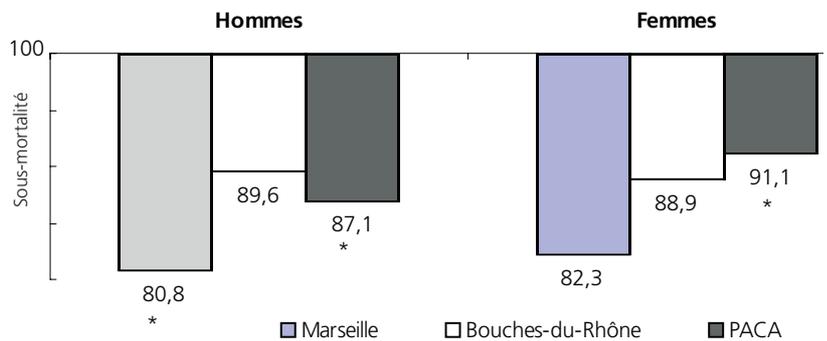
* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du chi² au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

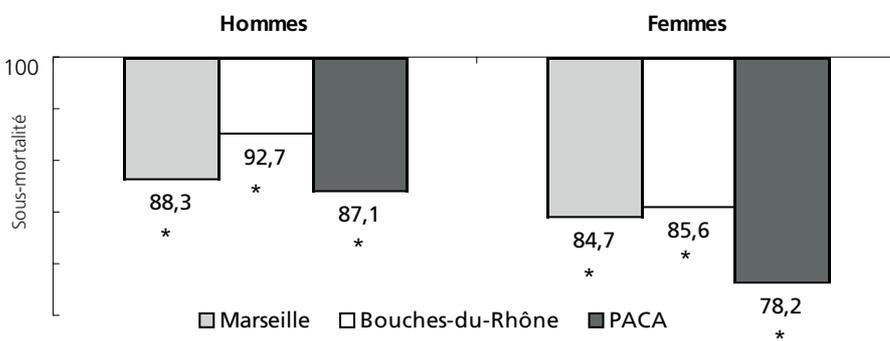
2. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR BRONCHITES CHRONIQUES ET MALADIES PULMONAIRES OBSTRUCTIVES EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

3. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine.

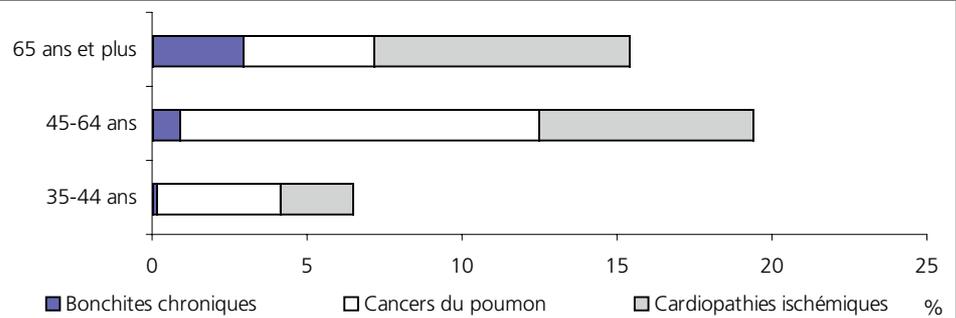
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

4. NOMBRE ANNUEL MOYEN DE DÉCÈS LIÉS AU TABAC PAR SEXE À MARSEILLE EN 1997-1999

	Hommes	Femmes	Total
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	114	81	195
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	337	65	401
Cardiopathies ischémiques	333	267	600

Source : INSERM CépiDC

5. PART DES DÉCÈS LIÉS AU TABAC DANS LA MORTALITÉ TOUTES CAUSES CONFONDUES EN FONCTION DU GROUPE D'ÂGE À MARSEILLE EN 1997-1999



Source : INSERM CépiDC

6. POURCENTAGE D'ÉVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ LIÉE AU TABAC À MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999

	Marseille	Bouches-du-Rhône	PACA	France métropo.
Hommes				
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	-14,0	-9,5	-4,6	-2,4
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	-4,2	0,6	0,0	-3,7
Cardiopathies ischémiques	-29,9	-23,0	-19,4	-21,0
Femmes				
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	20,6	18,7	26,8	33,2
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	32,7	31,1	28,5	14,5
Cardiopathies ischémiques	-33,7	-30,7	-27,5	-26,9

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

9.3 L'usage de drogues illicites

Contexte national

L'usage de drogues illicites est pour l'ensemble des pays occidentaux un problème politique et social. Le marché de la drogue a connu un développement considérable ces dernières décennies. De plus, les usages de drogues sont devenus un véritable phénomène de société passant de la marginalité et l'exotisme à la consommation de masse.

En France, en 1999, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) estimait entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne " à problèmes ". La prévalence des toxicomanies dans les grandes agglomérations françaises était estimée en 2000 à plus d'un pour cent de la population des 15 à 59 ans.

La toxicomanie engendre des effets sociaux et sanitaires, en particulier chez les toxicomanes utilisant la voie intraveineuse (UDVI). Les toxicomanes, en raison de leurs conditions de vie souvent précaires, de leurs pratiques d'injections et des effets des produits sont particulièrement confrontés au VIH et aux hépatites mais également à d'autres infections, aux accidents et autres morts violentes dont les suicides.

Depuis 1994, le nombre de décès par surdose a fortement diminué (564 en 1994, 107 en 2001) alors qu'il avait presque triplé entre 1986 et 1994.

La prévalence de la séropositivité au VIH chez les UDVI a été estimée selon différentes sources entre 16 et 25 % en 1999 et tendrait à diminuer depuis 1994. La contamination par le VHC (hépatite C) est plus préoccupante, dans la mesure où les 2/3 des UDVI seraient infectés et 25 % d'entre eux seraient également séropositifs au VIH, selon des estimations de 1999.

Ces problèmes sanitaires et sociaux sont également largement présents en milieu carcéral où d'après le Haut Comité de Santé Publique 15 à 20 % des détenus seraient concernés par la toxicomanie.

La politique française de lutte contre la toxicomanie a été établie à partir de la loi du 31 décembre 1970 ; elle présente un double aspect : réprimer le trafic et l'usage des stupéfiants et proposer une alternative thérapeutique aux toxicomanes en assurant l'anonymat et la gratuité des soins dans les Centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). A partir de 1987, en raison notamment de l'impact dévastateur de l'infection par le VIH, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour réduire les pratiques à risque associées à l'injection de drogue : mise en vente libre de seringues dans les pharmacies, mise sur le marché de trousses de prévention vendues en pharmacie (Stéribox®), ouverture de Programmes d'Echange de Seringues (PES) en 1993.

A partir de 1994, des programmes de traitements de substitution par la méthadone ont été institués dans les CSST ; en 1996, la France autorisait la mise sur le marché d'un autre produit de substitution aux opiacés : la buprénorphine haut dosage (Subutex®). En 2001, environ 84 000 usagers d'opiacés bénéficiaient d'un traitement de substitution, la buprénorphine étant plus souvent prescrite (74 000) que la méthadone (10 000). Cependant, l'usage de buprénorphine est fréquemment détourné des protocoles médico-sociaux (mésusage, vente sur le marché noir, initiation de la toxicomanie par ce produit...). L'éventail thérapeutique dans la prise en charge des toxicomanes s'est donc diversifié au cours des dernières années. Cependant, le recul n'est pas encore suffisant, des travaux d'évaluation manquent pour apprécier la qualité du suivi des personnes sous Subutex®, l'impact du traitement dans la vie des individus et les effets néfastes de la polyconsommation...

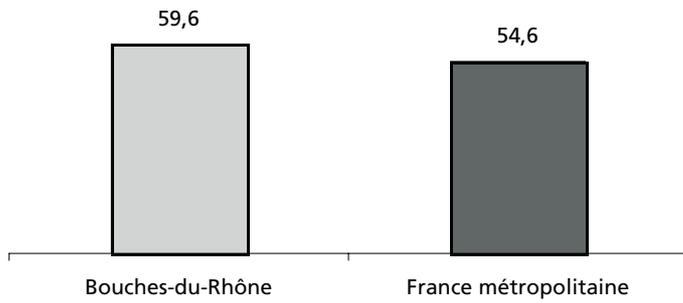
Situation à Marseille : faits marquants

· En novembre 1999, près de 700 toxicomanes domiciliés dans les Bouches-du-Rhône étaient pris en charge dans les établissements de Marseille, la majorité dans les établissements spécialisés.

· A Marseille, les taux de ventes de boîtes de Stéribox, de Subutex® et de flacons de méthadone suivent la même évolution que les taux départementaux et nationaux, mais leur restent très supérieurs (environ deux fois supérieurs aux taux nationaux).

· En 1999, une enquête a estimé le nombre de toxicomanes dans l'agglomération marseillaise à près de 6 000, soit plus de dix toxicomanes pour 1 000 habitants âgés de 15 à 59 ans. Cette prévalence est légèrement inférieure à celle estimée dans l'agglomération niçoise (15,3 ‰).

1. TAUX DE TOXICOMANES PRIS EN CHARGE* DANS LES STRUCTURES SANITAIRES ET SOCIALES POUR 100 000 HABITANTS DE 15 ANS OU PLUS EN 1999



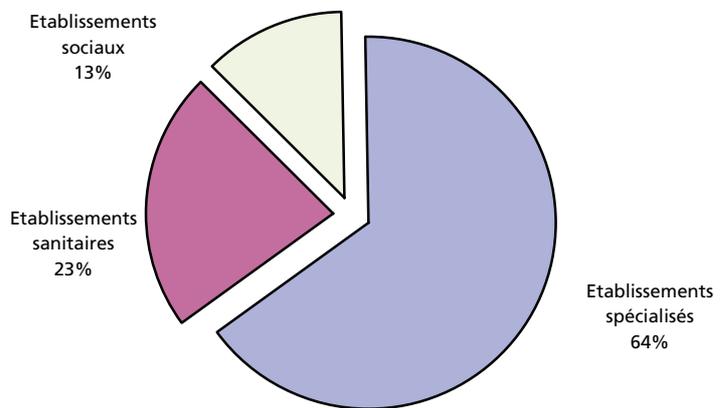
DES DONNÉES NON DISPONIBLES POUR MARSEILLE

Les données disponibles ne permettent pas d'identifier les toxicomanes marseillais. Seul le nombre de toxicomanes domiciliés dans le département des Bouches-du-Rhône et pris en charge dans les établissements Marseillais peut être estimé. A titre indicatif, 866 personnes habitant les Bouches-du-Rhône sont prises en charge dans le département, dont 686 (79,2 %) à Marseille.

* Toxicomanes ayant eu recours au système sanitaire et social au cours de l'année. Dans cette enquête menée par la DREES, une personne toxicomane est définie comme toute personne ayant eu une consommation régulière et prolongée de produits illicites ou produits de substitution détournés de leur usage normal au cours des derniers mois. Les usagers occasionnels et ponctuels sont exclus du champ de l'enquête.

Sources : DREES enquête du mois de novembre 1999, INSEE

2. RÉPARTITION DES TOXICOMANES* PRIS EN CHARGE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE MARSEILLE EN NOVEMBRE 1999, SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT



* Toxicomanes habitant le département des Bouches-du-Rhône et pris en charge dans les établissements de Marseille.

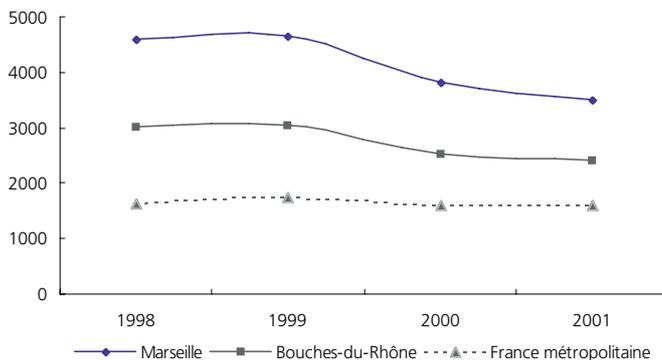
Les établissements spécialisés comprennent les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), les Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) accueillant principalement des toxicomanes, les antennes toxicomanes des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et les centres d'accueil pour toxicomanes.

Les établissements sanitaires comprennent les Centres hospitaliers régionaux (CHR), les Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) et Hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics (HPP), les centres hospitaliers (CH) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

Les établissements sociaux comprennent les Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) n'étant pas considérés comme établissements spécialisés et les clubs et équipes de prévention.

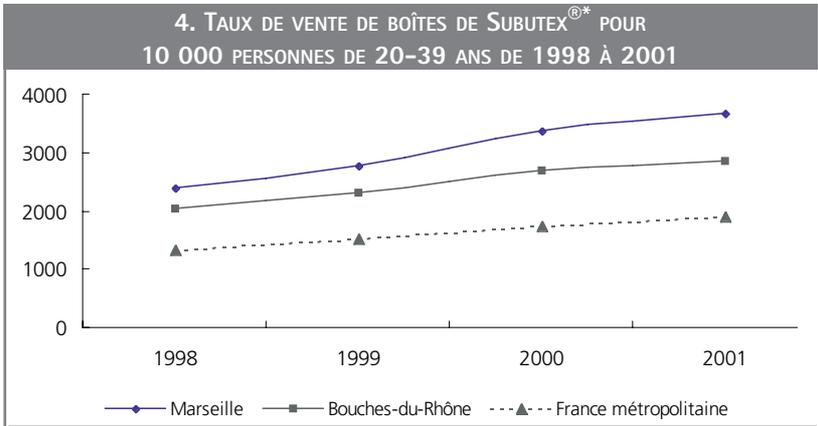
Sources : DREES enquête du mois de novembre 1999, INSEE

3. TAUX DE VENTE DE BOÎTES DE STÉRIBOX* POUR 10 000 PERSONNES DE 20-39 ANS DE 1998 À 2001



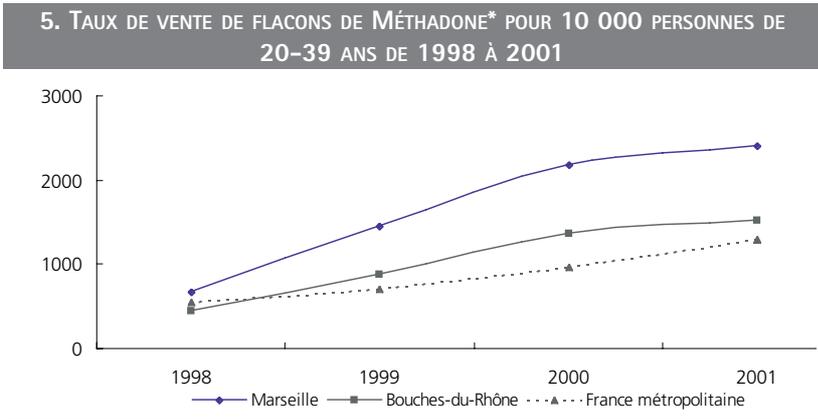
* Stéribox est une trousse de prévention qui contient deux seringues jetables, le matériel stérile pour la préparation des injections et un préservatif.

Sources : SIAMOIS/InVS, INSEE



* Equivalent boîte de 10 mg

Sources : SIAMOIS/InVS, INSEE



* Equivalent flacons de 60 mg/jour

Sources : SIAMOIS/InVS, INSEE

ÉVOLUTION DES VENTES DE BOÎTES DE STÉRIBOX, SUBUTEX ET DE FLACONS DE MÉTHADONE : ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES

Les données précédentes mettent en évidence une diminution des ventes de boîtes de Stéribox depuis 1999, de manière encore plus marquée à Marseille qu'au niveau national ainsi qu'une augmentation des ventes de produits de substitution.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la baisse des ventes du matériel d'injection :

- l'augmentation de la consommation de produits de substitution, même si certains utilisateurs sont susceptibles de les consommer par injection,
- une modification du contenu du kit d'injection Stéribox ayant entraîné une augmentation de son prix,
- une possible reprise des comportements à risque chez certains usagers de drogues par voie injectable (partage et surtout réutilisation de la seringue),
- une baisse des comportements d'injection.

La phase pilote de l'étude Coquelicot menée par l'InVS à Marseille de septembre 2001 à juin 2002 a confirmé l'évolution des tendances récentes chez les usagers de drogues : une chute des consommations de produits illicites au profit des produits de substitution et des médicaments psychotropes et la baisse importante des pratiques d'injection.

Dans l'échantillon de la phase pilote de cette enquête (166 individus), la prévalence déclarative et biologique du VIH est de 22 %. Pour le VHC, la prévalence déclarée est de 51,6 % et la prévalence biologique de 72,6 %.

Source : Emmanuelli J. et Jauffret-Roustide M. Prévalence du VIH et du VHC chez les usagers marseillais. SWAPS n°30 avril/mai 2003

Pour en savoir plus :

- Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002. Quatrième rapport national du dispositif TREND. OFDT, juin 2003.
- Epidémiologie de l'hépatite C : état des lieux. BEH, numéro thématique n°16/17, 2003.

PRÉVALENCE DES TOXICOMANIES DANS LES AGGLOMÉRATIONS DE MARSEILLE ET DE NICE

En 1999, l'ORS PACA a réalisé une enquête visant à estimer la prévalence des toxicomanies dans les agglomérations de Marseille et de Nice. Ces estimations ont été réalisées à l'aide de la technique " capture-recapture " s'appuyant sur le croisement de différentes sources d'information (programmes de réduction des risques, sources sanitaires et nombre d'interpellations dans cette étude).

Le nombre de toxicomanes dans l'agglomération marseillaise a été estimé à 5 748 [4663-6853], soit une prévalence de 6,4 ‰ [5,18-7,61] en population générale et de 10,6 ‰ [8,39-12,62] chez les 15-59 ans. Ces prévalences sont légèrement inférieures à celles estimées dans l'agglomération niçoise : 8,8 ‰ [6,29-11,2] en population générale et 15,3 ‰ [11,17-19,58] chez les 15-59 ans.

Source : Prévalence des toxicomanies dans les agglomérations de Marseille et de Nice, rapport final. ORS PACA, mars 2000

9.4 Les accidents

Contexte national

Les accidents ont un coût à la fois humain, économique et social très lourd. Différentes enquêtes de morbidité permettent d'estimer qu'ils sont responsables, chaque année, en France, de 15 millions de recours en médecine libérale, de 1,3 million d'hospitalisations et de 525 000 interventions chirurgicales.

Ils étaient également à l'origine de 30 000 morts par an en 1995-97, ce qui correspond à la 3^{ème} cause de décès après les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs.

Les circonstances des accidents sont diverses. Les plus nombreux surviennent au domicile ou à proximité, à l'école ou lors des loisirs : ce sont les accidents de la vie courante. Moins fréquents, mais mieux connus et plus médiatisés, sont les accidents de la circulation. Loin derrière, en terme de fréquence, viennent les accidents du travail.

L'enquête décennale sur la santé (Insee-Credes, 1991-92) permet d'estimer à 8,4 millions le nombre annuel d'accidents de la vie courante (accidents domestiques et de loisirs) qui nécessitent un soin. Les $\frac{3}{4}$ ne présentent aucune gravité, mais 5 % donnent lieu à une hospitalisation. On estime actuellement que les accidents domestiques sont à l'origine de 18 000 à 20 000 décès par an. Ils constituent une importante cause de mortalité chez les jeunes enfants. La prévention des accidents de la vie courante est plus difficile en raison de la multiplicité des circonstances et des lieux de survenue ; à côté des mesures de réglementation et de contrôle assurées par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, l'information et l'éducation sont essentielles.

En France, depuis une vingtaine d'années, le nombre de tués sur les routes a diminué de près de 50 %, alors que dans le même temps le trafic doublait. En 2000, les accidents de la route ont fait 169 800 victimes, dont 7 650 tués et 162 150 blessés. Les accidents sont plus fréquents en milieu urbain, mais plus graves à la campagne, en particulier sur les routes départementales. Les excès de vitesse et l'alcoolisation au volant sont les premiers en cause dans les accidents corporels.

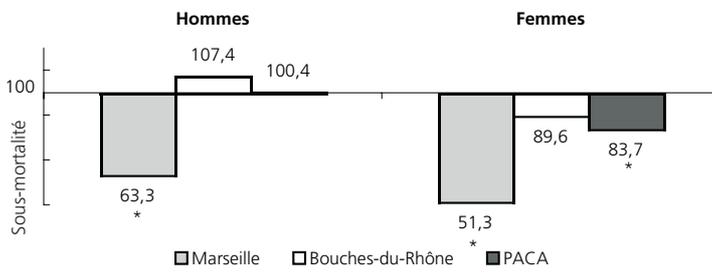
En ce qui concerne la prévention des accidents de la circulation, les mesures législatives s'accompagnent d'une amélioration du réseau routier, d'une meilleure conception du véhicule et de campagnes d'information auprès des usagers de la route.

Enfin, en ce qui concerne les accidents du travail, leur nombre a considérablement régressé depuis 30 ans. En 1997, les régimes général et agricole d'assurance maladie dénombrèrent en France, à l'exclusion des accidents du trajet, 709 800 accidents avec arrêt de travail, 52 600 ayant entraîné une incapacité permanente et 840 un décès. Dans ce domaine, la prévention passe par le renforcement des normes de sécurité et une meilleure ergonomie des conditions de travail et d'équipement, en particulier pour les travailleurs intérimaires.

Situation à Marseille : faits marquants

- Marseille affiche une sous-mortalité par accidents de la circulation et par chutes accidentelles par rapport au niveau national. La sous-mortalité par accidents de la circulation est une caractéristique habituelle des populations urbaines.
- Entre 1997 et 2000, le nombre de tués et de blessés graves enregistrés sur la commune de Marseille a légèrement diminué, mais le nombre de blessés graves reste stable depuis 1998. En 2001, les effectifs ont connu une augmentation sensible et parviennent à 57 tués et 84 blessés graves.
- Les taux de mortalité par accidents de la circulation sont maximum chez les 15-24 ans, chez les hommes comme chez les femmes. Ils diminuent ensuite et connaissent une hausse à partir de 75 ans. Entre 15 et 75 ans les taux de mortalité par accidents de la circulation sont trois à quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes.
- Sur la période 1999-2001, 37,7 % des accidents mortels observés à Marseille concernaient des conducteurs de véhicules légers et 41,8 % des blessés graves étaient des usagers de deux roues. Les taux de mortalité par accidents sont maximum chez les 18-24 ans pour les conducteurs de véhicules légers et les usagers de deux roues et après 60 ans pour les piétons.
- Tous âges confondus, le taux de mortalité par accidents domestiques est plus élevé à Marseille que dans le département et en France. Chez les 65 ans et plus, le taux de mortalité est cependant plus faible à Marseille qu'en France.

1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE LA CIRCULATION EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



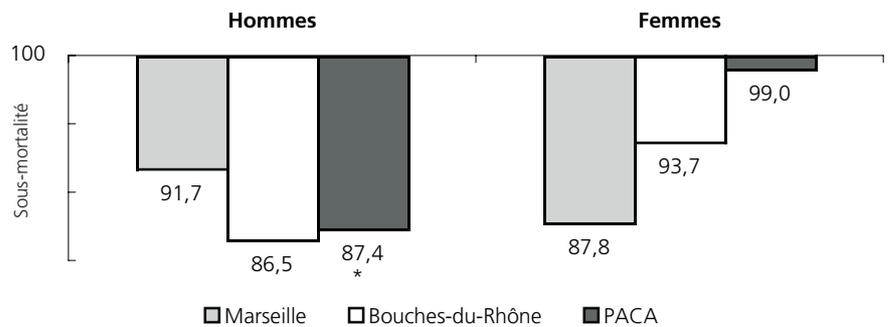
* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du χ^2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

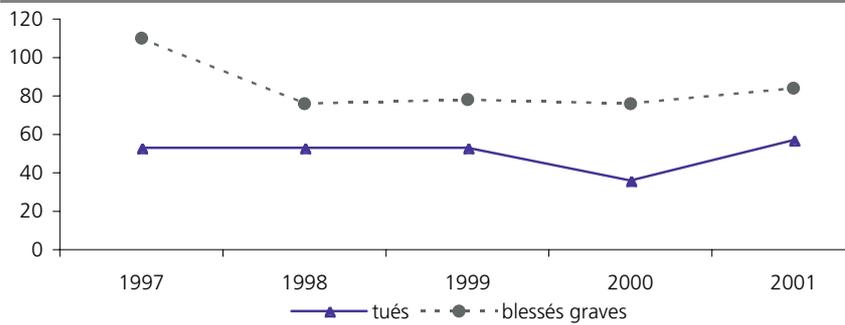
2. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR CHUTES ACCIDENTELLES EN 1997-1999 (BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine.

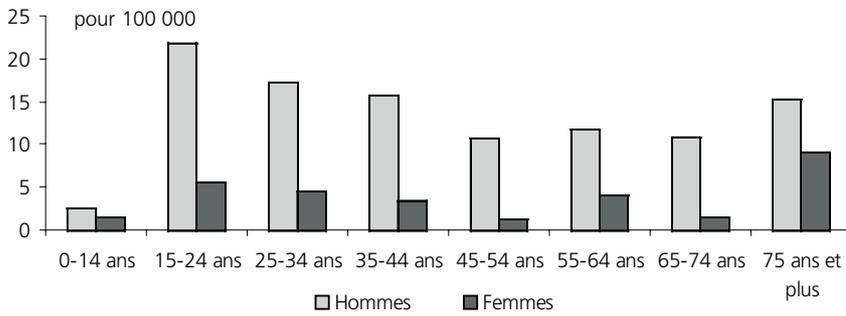
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

3. EVOLUTION DU NOMBRE DE TUÉS ET BLESSÉS GRAVES PAR ACCIDENTS DE LA CIRCULATION À MARSEILLE ENTRE 1997 ET 2001



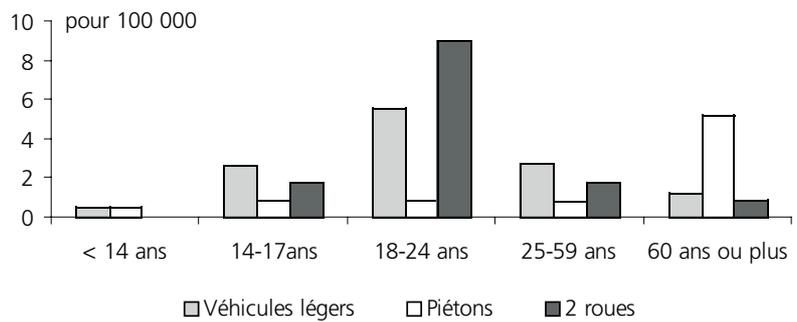
Source : DRE PACA

4. TAUX DE MORTALITÉ PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION PAR ÂGE ET SEXE À MARSEILLE EN 1997-1999



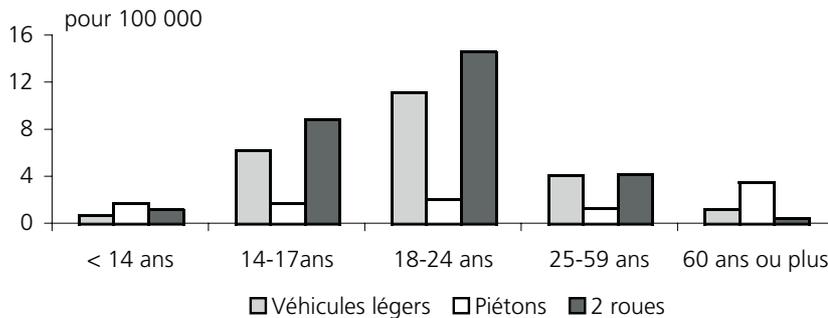
Sources : INSERM CépiDC, INSEE

5. TAUX DE MORTALITÉ PAR ACCIDENT SUR LA VOIE PUBLIQUE PAR CATÉGORIE D'USAGERS À MARSEILLE EN 1999-2001



Sources : DRE PACA, INSEE

6. TAUX DE BLESSÉS GRAVES PAR ACCIDENT SUR LA VOIE PUBLIQUE PAR CATÉGORIE D'USAGERS À MARSEILLE EN 1999-2001



Sources : DRE PACA, INSEE

7. DÉCÈS PAR 'ACCIDENTS DOMESTIQUES'* À MARSEILLE EN 1997-1999

	Nb de décès annuel moyen			Tx pour 100 000			Tx pour 100 000 (H et F) Bouches-du-Rhône	Tx pour 100 000 (H et F) France métropo.
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total		
0-14 ans	4	2	6	5,4	3,3	4,4	3,4	3,3
15-64 ans	52	14	65	20,9	5,2	12,8	13,3	12,3
65 ans et plus	82	143	224	137,6	157,7	149,7	142,8	154,5
Total	137	159	296	36,0	37,4	36,7	33,0	34,0

* Intoxications accidentelles, chutes accidentelles, accidents non précisés, autres accidents et séquelles

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

9.5 Les suicides

Contexte national

Le suicide constitue un réel problème de santé publique. Prévenir le suicide est l'une des dix priorités arrêtées par la Conférence Nationale de Santé de 1996 et l'une de celles retenues par les conférences régionales de santé dans 16 régions.

En termes de mortalité, 10 200 personnes sont décédées par suicide en 1999 en France métropolitaine, ce qui représente environ 2 % de la mortalité générale. Depuis 1983, on enregistre plus de décès par suicide que par accidents de la circulation.

Selon les statistiques Eurostat de 1994, la France se trouve dans l'espace européen parmi les pays qui présentent les taux de mortalité les plus élevés par suicide. Elle se situe au 4^{ème} rang pour les hommes (derrière la Finlande, l'Autriche et le Luxembourg) et au 5^{ème} rang chez les femmes, derrière la Finlande, la Suisse, le Danemark et le Luxembourg. On se suicide en effet davantage en Europe du Nord et en Europe centrale qu'en Europe du Sud. Les facteurs qui peuvent contribuer à expliquer ces écarts de mortalité sont d'ordre culturel mais aussi d'ordre méthodologique : le recueil des informations, comme les définitions, peuvent être différents.

En ce qui concerne les tentatives de suicide, celles-ci ne sont pas systématiquement recensées. En 1993, l'enquête de morbidité hospitalière du Ministère chargé de la Santé permettait d'estimer à 164 000 le nombre de séjours effectués dans les établissements hospitaliers publics et privés pour une tentative de suicide. Cette estimation permet de situer le nombre annuel de nouveaux cas de tentatives de suicide (incidence) dans un intervalle de 2 à 3 tentatives de suicide pour 100 personnes de 15 ans ou plus. Il s'agit là d'une estimation minimum dans la mesure où un certain nombre de personnes ayant tenté de se suicider ne sont pas hospitalisées.

Le profil de ces personnes diffère de celui des personnes décédées par suicide : schématiquement, les premières sont, le plus souvent, des femmes et des personnes relativement jeunes alors que les autres sont pour près de 3/4 des hommes et pour 1/4 des personnes de plus de 65 ans.

De nombreuses initiatives ont vu le jour depuis quelques années pour mettre la prévention du suicide au premier plan des priorités de santé publique. Depuis 1997, une Journée Nationale pour la Prévention du Suicide, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, est organisée chaque année. Le Secrétariat d'Etat à la Santé a élaboré en 1998 un programme national, dont l'objectif est de ramener à moins de 10 000 le nombre des suicides durant l'année 2000. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a établi des recommandations portant sur l'accueil aux urgences hospitalières des jeunes suicidants et la prise en charge. Ces mesures nationales s'accompagnent de nombreuses initiatives régionales : dans 11 régions, des programmes régionaux de santé ont été mis en place pour apporter des réponses concrètes à ce problème de santé publique.

Situation à Marseille : faits marquants

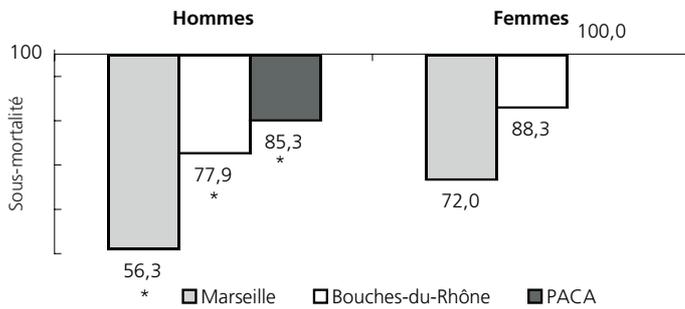
· A Marseille, la mortalité par suicide est significativement inférieure à la moyenne nationale chez les hommes (-44 %), mais non significativement chez les femmes. L'écart à la moyenne nationale est plus important à Marseille que dans le département et la région.

· La part des décès par suicide parmi l'ensemble des décès est maximale entre 25 et 34 ans chez les hommes (12,4 % des décès) comme chez les femmes (13,6 %).

· Les taux de mortalité par suicide sont plus importants chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la classe d'âge. Après 65 ans, le taux de mortalité augmente fortement chez les hommes.

· Entre 1988-1990 et 1997-1999, la mortalité par suicide a fortement diminué chez les hommes comme chez les femmes de 15 ans et plus. Les diminutions observées à Marseille sont plus importantes que celles observées aux niveaux départemental, régional et national sur la même période.

**1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR SUICIDE EN 1997-1999
(BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)**



L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM),

appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone 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). Un test du χ^2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine.

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

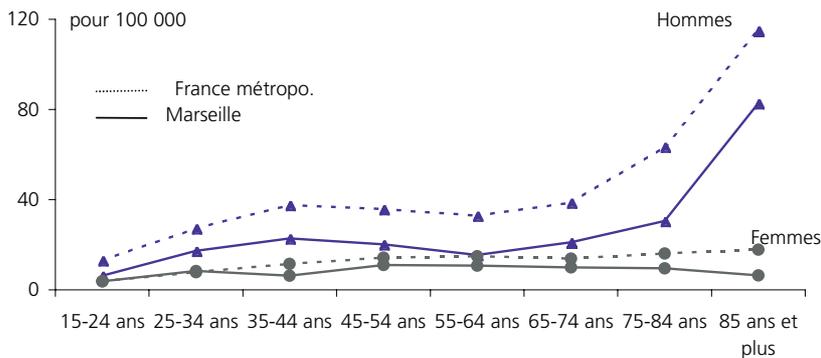
2. NOMBRE DE DÉCÈS ANNUEL MOYEN PAR SUICIDE ET POURCENTAGE PAR RAPPORT À L'ENSEMBLE DES DÉCÈS PAR CLASSE D'ÂGE EN 1997-1999

	Hommes			Femmes		
	Nb Marseille	% Marseille	% France métropo.	Nb Marseille	% Marseille	% France métropo.
15-24 ans	3	8,8	14,4	2	13,3	11,5
25-34 ans	10	12,4	20,9	5	13,6	15,6
35-44 ans	12	8,3	15,0	4	5,5	10,3
45-54 ans	10	3,6	6,6	6	5,0	6,2
55-64 ans	6	1,3	2,7	4	2,1	3,1
65-74 ans	7	0,8	1,4	4	0,8	1,2
75-84 ans	6	0,5	1,1	3	0,3	0,5
85 ans et plus	5	0,6	0,7	1	0,1	0,1
Total 15 ans et plus	59	1,5	2,8	30	0,8	1,1

Entre 1990 et 1999, 3 décès par suicide sont survenus chez les moins de 15 ans à Marseille.

Source : INSERM CépiDC

3. TAUX DE MORTALITÉ PAR SUICIDE SELON L'ÂGE ET LE SEXE EN 1997-1999



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

4. POURCENTAGE D'ÉVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR SUICIDE PAR GRAND GROUPE D'ÂGE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (POPULATION DE 15 ANS ET PLUS)

	Marseille	Bouches-du-Rhône	PACA	France métropo.
Hommes				
15-34 ans	-43,1	-18,0	-16,4	-12,2
35-64 ans	-21,2	4,5	-3,4	-6,9
65 ans et plus	-30,2	-25,7	-28,2	-24,5
15 ans et plus	-30,1	-11,6	-15,2	-14,2
Femmes				
15-34 ans	-26,8	-13,9	-9,9	-12,2
35-64 ans	-43,2	-18,2	-14,9	-14,7
65 ans et plus	-31,3	-18,7	-17,0	-31,8
15 ans et plus	-36,8	-17,3	-14,2	-19,4

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

10.1 L'eau et la santé

Contexte national

Près de la moitié de la population mondiale souffre de maladies associées à une pénurie d'eau ou à de l'eau contaminée. En France, comme dans tous les pays développés, les problèmes de santé dus à l'eau sont davantage liés à l'usage récréatif de l'eau qu'à la consommation d'eau polluée : accidents mortels (noyades), affections cutanées, digestives, ORL, ou, rarement, des maladies infectieuses graves (leptospirose, fièvre typhoïde...) ou parasitaires.

Les risques liés à l'ingestion d'eau peuvent être des contaminations accidentelles par bactéries (gastro-entérites, légionelloses, salmonelloses...), des virus (gastro-entérites, hépatites A, hépatites E...), ou des parasites (giardiasis, cryptosporidiosis, amibiases...). L'ingestion d'éléments toxiques d'origine chimique, à faible ou très faible dose, pendant une longue période, a des effets moins facilement identifiables mais peut constituer un danger à moyen ou long terme. Le cas des nitrates a été beaucoup discuté : toxiques pour les nourrissons (méthémoglobinémie), leur rôle cancérigène au niveau de l'estomac n'a jamais été formellement prouvé chez l'homme. Le plomb ingéré peut aussi provoquer des troubles, mais l'eau n'est pas la seule source de contamination ; l'alimentation, l'air, les peintures pouvant également participer à l'exposition. En 1999, près de 4 millions de branchements au réseau public français contenaient du plomb. Outre ces dangers, les accidents liés aux usages récréatifs et sportifs de l'eau représentent actuellement un problème important. Les noyades sont la première cause de décès des enfants âgés de 1 à 4 ans (de l'ordre de 40 cas annuels en France).

La distribution des eaux destinées à l'alimentation et l'information du public sur la qualité de ces eaux sont sous la responsabilité des maires et des distributeurs. Les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ont pour mission de contrôler la qualité sanitaire de l'eau, de centraliser et d'évaluer les informations sur les pathologies d'origine hydrique et de demander à ce que des solutions techniques tenant compte des problèmes rencontrés soient mises en œuvre. Les contrôles de qualité concernent 67 paramètres dont les principaux sont d'ordre microbiologique, chimique et organoleptique. Les seuils admissibles sont fixés soit par la réglementation française conformément aux directives européennes. En 1998, sur l'ensemble du territoire français, 8 % de la population a été desservie par une eau présentant un taux de non conformité micro biologique supérieur à 5 %. Le Ministère de la Santé prévoit qu'en 2005, 95 % de la population boira une eau conforme à la réglementation et 99 % une eau sans pathogène microbien présentant un risque pour la santé. Des valeurs plus sévères pour des paramètres tels que le plomb ou l'arsenic seront applicables dès le 25 décembre 2003. Les contrôles de la qualité de l'eau distribuée seront également modifiés en fréquence et en contenu et recentrés sur des paramètres de santé.

Des efforts très importants sont réalisés pour maintenir et renforcer la qualité des eaux. Le baromètre " L'eau et les Français 2002 " montre que 72 % des Français sont satisfaits de la qualité de l'eau du robinet. En matière de consommation, 59 % déclarent boire de l'eau du robinet au moins une fois par semaine et 72 % de l'eau embouteillée au moins une fois par semaine.

Enfin, la qualité des eaux de baignade s'est fortement améliorée au cours des 15 dernières années grâce aux efforts d'assainissement développés par les communes. Cependant, en 2001, il restait encore 137 lieux de baignade non conformes. On note aussi une recrudescence des leptospiroses ictéro-hémorragiques, qui pourrait être liée à l'augmentation des activités récréatives en eau douce et à l'aménagement de nouvelles zones de loisirs.

Situation à Marseille : faits marquants

· Les eaux distribuées à Marseille sont d'une bonne qualité bactériologique et respectent les normes de teneur en nitrates. L'eau est douce dans les quartiers du nord-est et d'une dureté moyenne dans le reste de la commune.

· Concernant la qualité des eaux de baignade en mer, 76 % des prélèvements effectués en 2002 ont été classés en 'bonne qualité'.

1. QUALITÉ BACTÉRIOLOGIQUE DES EAUX DISTRIBUÉES À MARSEILLE EN 2001

A Marseille, en 2000 comme en 2001, l'eau distribuée est de bonne qualité, avec un taux de non conformité des analyses compris entre 0 et 5 %.

Taux de non conformité = nombre d'analyses non conformes aux exigences de qualité / nombre total d'analyses réalisées sur la période d'observation x100

Les paramètres pris en compte pour la qualité bactériologique sont les valeurs réglementaires issues du décret modifié du 3 janvier 1989 relatif aux eaux destinées à la consommation humaine. Les eaux distribuées doivent être exemptes de tout germe témoin d'une contamination fécale :

coliformes thermotolérants	0 dans 100 ml
streptocoques fécaux	0 dans 100 ml

Une analyse est dite non conforme si au moins un des deux paramètres n'est pas conforme.

Les germes témoins de contamination fécale ne sont généralement pas dangereux en eux-mêmes, mais témoignent d'une contamination de l'eau et donc de la présence éventuelle de germes pathogènes.

Source : DDASS

2. TENEUR EN NITRATES DES EAUX DISTRIBUÉES À MARSEILLE EN 2000

A Marseille, en 2000, la teneur moyenne en nitrates des eaux distribuées était inférieure à 25 mg par litre.

Réglementation

Le décret modifié n°89-3 du 3 janvier 1989 relatif aux eaux destinées à la consommation humaine a fixé à 50 mg/l la teneur en nitrates maximale admissible pour les eaux distribuées.

Source : DDASS

3. DURETÉ DES EAUX DISTRIBUÉES À MARSEILLE EN 2000

En 2000, le sud et l'ouest de Marseille reçoivent une eau de dureté moyenne (20 =< TH <30 °F) et les zones frontalières de Allauch, Plan de Cuques, Simiane, Septèmes-les Vallons reçoivent une eau douce (10 =< TH <20 °F).

Définition

La dureté ou titre hydrométrique (TH) d'une eau correspond à sa teneur plus ou moins grande en sels minéraux, essentiellement sels de calcium et de magnésium.

Plus une eau est riche en calcium et en magnésium à l'état dissous, plus elle est dure et plus le TH est élevé.

La dureté se mesure en degré français (°F), un degré français correspondant à 4 mg/l de calcium ou à 2,4 mg/l de magnésium.

Les risques pour la santé humaine proviennent des eaux trop douces (TH < 5 °F) qui sont souvent agressives et dissolvent alors les métaux. Des intoxications graves peuvent être observées si une telle eau circule dans des canalisations en plomb. Une eau dure n'est pas dangereuse pour la santé mais peut présenter des inconvénients pour les circuits d'eau chaude en favorisant l'entartrage des appareils dans lesquels elle circule.

Source : DDASS

4. QUALITÉ DES EAUX DANS LES ZONES DE BAINNADE EN MER EN 2002

		Marseille		France métropo.*
		Nb prélèvements	%	%
Classe A	bonne qualité	394	76,0%	68,5%
Classe B	qualité moyenne	121	23,3%	27,9%
Classe C	eaux pouvant être momentanément polluées	4	0,7%	3,6%
Classe D	mauvaise qualité	0	0,0%	0,0%
Total		518	100,0%	100,0%

* Année 2001

Le service communal d'hygiène et de santé de la ville de Marseille effectue des prélèvements sur 25 sites.

En 2002, il y a eu 27 jours de fermeture totale ou partielle à Marseille. Les sites de la Pointe Rouge, Les Goudes et Malmousque sont en classe C.

Sources : Service communal d'hygiène et de santé de la ville de Marseille, DGS, Direction de l'eau

5. TAUX DE MORTALITÉ PAR NOYADE SELON L'ÂGE À MARSEILLE DE 1997 À 1999

Tranche d'âge	Taux* de décès par noyade		% DN/DA	
	Marseille	France métropolitaine	Marseille	France métropolitaine
1-4 ans	0,0	1,4	0,0	14,9
5-14 ans	0,3	0,3	5,0	4,4
15 ans ou plus	1,0	1,0	1,2	1,1

* Taux pour 100 000 personnes de la tranche d'âge

DN : décès par noyade
DA : décès par accident

En trois ans, de 1997 à 1999, 21 décès par noyade ont eu lieu parmi la population marseillaise (dont 16 chez les hommes).

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

10.2 L'air et la santé

Contexte national

Depuis les années 1970, la pollution atmosphérique a connu une évolution radicale. Les mesures de contrôle et l'évolution des modes de production ont permis une réduction des émissions de polluants liées au chauffage et aux activités industrielles (dioxyde de soufre). Les émissions produites par les transports sont désormais au premier plan et les niveaux de polluants (oxyde d'azote, ozone, particules fines) connaissent une évolution moins favorable. Les pointes hivernales de pollution acido-particulaire ont laissé la place à des pollutions plus complexes, riches en composés oxydants, en particules fines et en hydrocarbures.

Au cours des dix dernières années, des études réalisées aux Etats-Unis, mais aussi en Europe (projet APHEA) et en France (étude ERPURS en Ile-de-France et projet PSAS-9 animé par l'Institut de veille sanitaire portant sur 9 villes françaises) ont montré que l'impact sanitaire des polluants de l'atmosphère urbaine (mortalité, admissions hospitalières, perturbations de la fonction respiratoire...) restait significatif, même aux niveaux actuellement rencontrés. Si les risques observés sont faibles, leur signification sur le plan de la santé publique n'est pas négligeable, étant donné l'importance de la population concernée et le caractère ubiquitaire de l'exposition à la pollution atmosphérique. Par ailleurs, certaines études laissent penser qu'il existe un impact à long terme de la pollution atmosphérique se traduisant, notamment, par une diminution significative de l'espérance de vie.

Ces résultats ont conduit à une révision des valeurs guides de l'Organisation mondiale de la santé et des directives de l'Union européenne, traduites progressivement en droit français. Ils ont également mis en évidence que la prévention des effets de la pollution sur la santé ne pouvait reposer uniquement sur une gestion des pointes de pollution mais qu'elle nécessitait surtout une réduction globale des émissions. Dans ce contexte, la loi du 30 décembre 1996 sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie a mis en avant le droit de chacun à respirer un air qui ne nuise pas à sa santé. Cette loi prévoit l'extension du dispositif de surveillance de la qualité de l'air, afin qu'il couvre l'ensemble du territoire au 1er janvier 2000. La mission de surveillance de la qualité de l'air est confiée à des organismes agréés de statut associatif. La loi prévoit une information du public en cas de dépassement des seuils d'alerte. En dehors de ces situations, l'information du public est assurée sous la forme d'un indice synthétique, l'indice ATMO, construit de manière quotidienne à partir des mesures de quatre indicateurs de pollution : le dioxyde de soufre, l'oxyde d'azote, les particules en suspension et l'ozone. Des plans régionaux pour la qualité de l'air (PRQA) doivent être élaborés dans chaque région afin de fixer des orientations permettant d'améliorer la qualité de l'air et de mieux connaître l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique. Des plans de protection de l'atmosphère (PPA) doivent être élaborés dans toutes les agglomérations de plus de 250 000 habitants et un plan de déplacements urbains (PDU) doit être mis en œuvre dans toutes les agglomérations de plus de 100 000 habitants.

Afin de mieux évaluer l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique, il est nécessaire de développer les connaissances sur l'exposition de la population aux polluants. Outre l'extension des réseaux de surveillance de la qualité de l'air, des recherches récentes sur l'exposition personnelle aux polluants (par exemple le projet européen EXPOLIS) ont souligné l'importance des émissions de polluants à l'intérieur des lieux de vie (combustions à foyer ouvert, cuisinières à gaz, matériaux de construction, produits chimiques à usage domestique, fumée de tabac etc.) ou des locaux à usage professionnel.

Les informations présentées ici concernent essentiellement la qualité de l'air.

Situation à Marseille : faits marquants

- Une surveillance continue de la qualité de l'air est assurée par le réseau Airmariaix au moyen de 12 stations de mesure sur Marseille.
- La moyenne annuelle des émissions de SO₂ ne dépasse pas les normes. Parmi les autres villes de France, Marseille occupe la 6^{ème} position des villes les plus polluées, au même niveau que Paris, mais derrière les villes où l'industrie pétrochimique est très présente (Le Havre, région de l'étang de Berre).
- Les valeurs annuelles moyennes d'émissions de NO₂ dépassent les normes pour 7 stations sur 9. Cette situation est liée à l'existence d'un fort trafic automobile dans certaines zones de Marseille. Au niveau national, Marseille est la 5^{ème} ville la plus touchée par les émissions de NO₂ derrière Paris, Cannes-Grasse-Antibes ou encore Lyon.
- Les émissions de particules en suspension dépassent légèrement les normes annuelles mais le nombre de jours de dépassement toléré n'est pas atteint. Cependant, Marseille est la 2^{ème} ville la plus touchée après la zone Cannes-Grasse-Antibes.
- La quantité d'ozone de l'air dépasse fréquemment les normes. Dans le classement des villes en fonction du nombre de jours avec au moins une valeur horaire dépassant la norme, Marseille occupe la 2^{ème} position, derrière Aix-en-Provence.
- A Marseille, la vague de chaleur d'août 2003 ne semble pas avoir provoqué de surmortalité, contrairement à d'autres grandes villes françaises.

1. SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DE L'AIR À MARSEILLE

La surveillance de la qualité de l'air à Marseille est assurée par l'association Airmaraix. Elle gère également l'Est des Bouches-du-Rhône, le Var et le Vaucluse.

En 2001, le dispositif de mesure d'Airmaraix se composait de 38 stations de mesures fixes dont 12 à Marseille (dont une station météo)

Ces stations enregistrent les teneurs de l'air en différents polluants : dioxyde de soufre, oxydes d'azote, ozone, particules en suspension, fumées noires et monoxyde de carbone.



Source : Airmaraix

2. QUALITÉ DE L'AIR MESURÉ PAR LE RÉSEAU DE SURVEILLANCE AIRMARAIX À MARSEILLE EN 2001

Dioxyde de soufre (SO₂)

Station	Moyenne annuelle en $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Nb heures >350 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Nb jours >125 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Max horaire en $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Date du max horaire
Marseille Paradis	11	0	0	313	26-août
Marseille Plombières	16	0	0	163	02-févr
Marseille Le Canet	17	2	0	424	17-juil
Marseille Saint-Louis	11	0	0	262	26-août
Marseille Sainte Marguerite	6	0	0	205	26-août
Marseille Timone	10	0	0	234	26-août

Valeurs de références pour la protection de la santé (décret 2002-213 du 15/02/2002) relatives au SO₂

Objectif de qualité (pollution de fond) : 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{an}$
 Valeur limite horaire : 350 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{h}$ à ne pas dépasser plus de 24 heures par an (application au 1er janvier 2005)
 Valeur limite journalière : 125 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{j}$ à ne pas dépasser plus de 3 jours par an
 Seuil de recommandations population : 300 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{h}$
 Seuil d'alerte : 500 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{h}$ à ne pas dépasser plus de 3 heures consécutives

Dioxyde d'azote (NO₂)

Station	Moyenne annuelle en $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Percentile 98 des valeurs horaires	Nb heures >135 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Nb heures >200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Max horaire en $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Date du max horaire
Marseille Paradis	47	110	41	0	173	12-févr
Marseille Timone	50	105	17	0	179	28-mai
Marseille Plombières	83	172	858	51	292	13-déc
Marseille Rabatau	54	121	76	0	188	21-déc
Marseille Thiers/Noailles	41	95	8	0	142	13-déc
Marseille Saint-Louis	43	112	30	0	179	26-juil
Marseille Sainte Marguerite	29	93	9	0	164	13-déc
Marseille Cinq-Avenues	36	93	8	0	161	13-déc
Marseille Prado Castellane	45	105	19	0	171	07-déc

Valeurs de références pour la protection de la santé (décret 2002-213 du 15/02/2002) relatives au NO₂

Objectif de qualité (pollution de fond) : 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{an}$
 Valeur limite : 200 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{h}$ à ne pas dépasser plus de 175 heures par an
 Seuil de recommandations population : 200 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{h}$
 Seuil d'alerte : 400 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{h}$

Particules en suspension*				
Station	Moyenne annuelle en $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Nb jours $>50 \mu\text{g}/\text{m}^3$	Max journalier en $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Date du max journalier
Marseille Timone	34	27	64	21-déc
Marseille Saint-Louis	32	23	68	06-juil
Marseille Cinq-Avenues	25	7	71	16-déc
Marseille Thiers/Noailles	29	11	63	06-juil

* PM10 (particules dont le diamètre est inférieur à 10 μm)

Valeurs de références pour la protection de la santé (décret 2002-213 du 15/02/2002) relatives aux particules en suspension

Objectif de qualité (pollution de fond) : 30 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{an}$
 Valeur limite : 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{jour}$ à ne pas dépasser plus de 35 jours par an

Ozone						
Station	Nb heures $>180 \mu\text{g}/\text{m}^3$	Nb jours avec une moy. sur 8h glissantes $>110 \mu\text{g}/\text{m}^3$	Nb jours $>65 \mu\text{g}/\text{m}^3$	Max horaire en $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Max des moy. sur 8h glissantes en $\mu\text{g}/\text{m}^3$	Date du max horaire
Marseille Cinq-Avenues	15	41	95	256	186	28-mai / 25-juil
Marseille Sainte Marguerite	23	78	151	266	202	28-mai

Valeurs de références pour la protection de la santé (décret 2002-213 du 15/02/2002) relatives à l'ozone

Objectif de qualité (pollution de fond) : 110 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en moyenne sur 8 heures
 Valeur limite : 120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en moyenne sur 8 heures à ne pas dépasser plus de 25 jours par an (calculé sur 3 ans)
 Seuil de recommandations population : 180 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{h}$
 Seuil d'alerte : 360 $\mu\text{g}/\text{m}^3/\text{h}$
 Objectif de qualité pour la végétation : 65 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en moyenne sur 24 heures

Source : Airmaraix

3. QUALITÉ DE L'AIR DANS LES PLUS GRANDES VILLES DE FRANCE EN 2001

	SO ₂ (en $\mu\text{g}/\text{m}^3$)	NO _x (en $\mu\text{g}/\text{m}^3$)	Particules en suspension (en $\mu\text{g}/\text{m}^3$)	Ozone (nb jours $> 180 \mu\text{g}/\text{m}^3$)*
Marseille	9	39	29	14
Marseille (rang)	6ème	5ème	2ème	2ème
Ville valeur max (valeur)	Le Havre (14)	Paris (43)	Cannes-Grasse-Antibes (30)	Aix en Provence (27)
Paris	9	43	23	4
Lyon	6	42	22	2
Toulouse	3	28	22	1
Nice	7	39	/	2
Nantes	3	23	18	0
Strasbourg	7	37	21	7
Rennes	2	20	20	0
Montpellier	6	27	21	7
Bordeaux	5	22	21	1
Lille	8	36	21	1

* Nombre moyen de jours avec au moins une valeur horaire dépassant 180 $\mu\text{g}/\text{m}^3$

** Rang de Marseille parmi les 60 plus grandes agglomérations de France, le rang 1 correspondant à l'agglomération la plus polluée.

Source : Ministère de l'écologie et du développement durable

4. ÉMISSIONS DE POLLUANTS PAR LES PRINCIPALES INDUSTRIES EN 2001

Secteur	Entreprise	Commune	Emissions (tonnes/an)			
			Composés soufrés	Composés azotés	COV*	CO ₂
Agroalimentaire	Brasserie Heineken	Marseille		6,0		
	Nestlé France	Marseille	4,0	114,0		
Chimie fine	Provalis	Marseille	0,6	4,0	1,0	3 575,0
Stockage de produits pétroliers	Port autonome de Marseille	Lavéra / Fos-sur-Mer / Marseille			4 800,0	
Total			4,6	124,0	4 801,0	3 575,0

* Composés organiques volatils

Source : DRIRE - Etat de l'environnement industriel - 2002

5. NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS SOUMIS À LA DIRECTIVE 'SEVESO 2'

En 2002, deux entreprises sont soumises à la directive SEVESO 2 à Marseille : Atofina (risque d'émission de gaz toxiques) et Provalis (risque d'incendie et d'émission de gaz toxiques).

Source : DRIRE PACA

LES PRINCIPAUX POLLUANTS DE L'AIR ET LEURS EFFETS SUR LA SANTÉ

Le dioxyde de soufre (SO₂) émis par la combustion des fiouls, gazoles et charbons, est lié essentiellement au chauffage et aux activités industrielles. C'est un gaz irritant. Il est associé à une altération de la fonction pulmonaire chez les enfants et à une exacerbation des symptômes respiratoires aigus chez l'adulte (toux, gêne respiratoire).

Les oxydes d'azote (NO_x) sont émis par des combustions à hautes températures, notamment les moteurs des véhicules. Parmi les oxydes d'azote, le NO₂ est un gaz irritant qui pénètre dans les plus fines ramifications des voies respiratoires provoquant une hyper-réactivité bronchique chez les patients asthmatiques et un accroissement de la sensibilité des bronches aux infections chez l'enfant.

Les particules fines en suspension sont dues aux activités de combustion industrielle, chauffage, incinération et circulation automobile. Elles peuvent pénétrer jusqu'aux voies respiratoires inférieures, véhiculant à leur surface d'autres polluants potentiellement toxiques.

L'ozone (O₃) est un constituant normal de l'air, mais il est aussi formé dans l'atmosphère à partir des composés organiques volatils et des oxydes d'azote sous l'effet du rayonnement solaire. Ses taux atmosphériques augmentent proportionnellement avec la température et l'ensoleillement. On le mesure en quantité plus importante en périphérie des villes qu'en leur centre. L'ozone de la basse atmosphère provoque des irritations oculaires, de la toux et une altération de la fonction pulmonaire, surtout chez les enfants et les patients asthmatiques. Ses effets sont majorés par l'exercice physique.

L'oxyde de carbone (CO) est un gaz incolore et inodore résultant de la combustion incomplète des composés carbonés. Il provient essentiellement du transport routier et de certains procédés industriels. Il présente une grande affinité pour l'hémoglobine avec laquelle il forme la carboxyhémoglobine causant un défaut d'oxygénation des organes (cerveau, cœur...).

Le plomb (Pb) atmosphérique provient de l'essence et se fixe aux particules en suspension. C'est un toxique nerveux, hématologique et rénal.

Les hydrocarbures et autres composés organiques volatils sont libérés par évaporation ou formés lors de la combustion, notamment des carburants. Leurs effets sur la santé vont d'une gêne olfactive à une irritation et une diminution de la fonction respiratoire, certains (benzène) ayant des effets cancérogènes.

Les pollens sont des aérocontaminants biologiques à l'origine de réactions allergiques de l'appareil respiratoire (rhinite allergiques, asthme...). Les polluants chimiques, notamment l'ozone, peuvent abaisser le seuil de sensibilité à ces allergènes.

IMPACT SANITAIRE DE LA VAGUE DE CHALEUR D'AOÛT 2003 À MARSEILLE

Suite à la vague de chaleur survenue en France en août 2003, l'InVS a rédigé un rapport sur les conséquences sanitaires. Ce rapport contient certaines données relatives à la ville de Marseille.

Tout d'abord, il est noté que, sur la période du 1er au 13 août, le SAMU 13 a observé une augmentation du nombre de ses interventions (sorties SMUR et médecins libéraux) en 2003 par rapport à 2002, avec un pic le 3, le 8 et le 13 août.

L'analyse de la mortalité hospitalière montre, qu'à Marseille, il n'apparaît pas clairement d'augmentation de la mortalité en comparaison avec l'année 2002, en dehors d'un pic unique le 5 août. Cette journée, la température moyenne était de 30 °C. Elle allait atteindre son maximum deux jours plus tard.

Une autre analyse a été réalisée à partir des décès enregistrés par l'état civil. A Marseille, sur la période du 25 juin au 19 août 2003, on n'observe pas de pic de surmortalité, contrairement à ce qui est observé dans d'autres grandes villes comme Paris et Lyon.

L'INSERM a également réalisé une étude visant à estimer la surmortalité liée à la canicule d'août 2003. Les résultats de ce travail montrent que la surmortalité en région PACA est restée modérée, malgré des températures élevées sur l'ensemble du mois d'août. En région PACA, la surmortalité est estimée à +35 % alors qu'elle atteint +134 % dans la région Ile-de-France, région la plus touchée.

Sources : Impact sanitaire de la vague de chaleur en France survenue en août 2003. Rapport d'étape -InVS- 29 août 2003.
Hémon D. et Jouglu E. Estimation de la surmortalité et principales caractéristiques épidémiologiques-Surmortalité liée à la canicule d'août 2003, rapport d'étape (1/3). INSERM, septembre 2003.