Observatoire Régional de la Santé
BOURGOGNE/FRANCHE-COMTÉ

La santé observée en Bourgogne

FAITS MARQUANTS

4

COMPORTEMENT et ENVIRONNEMENT

FAITS MARQUANTS

Le document se présente sous la forme de fiches thématiques qui comprennent 5 types d'informations :

- Un contexte national
- Les faits marquants dans la région
- Les spécificités régionales (réseaux, programmes régionaux, registres...)
- Les publications éventuelles de l'ORS Bourgogne en lien
- Les principaux indicateurs, leurs définitions et des précisions méthodologiques si nécessaire.
- Les indicateurs départementaux sont présentés selon leur disponibilité et leur pertinence.

1 POPULATION ET MODES DE VIE

1.1 Population – caractéristiques générales
1.2 Naissances et fécondité
1.3 Population âgée
1.4 Education
1.5 Emploi-activité
1.6 Minima sociaux
1.7 Précarité et accès aux soins
1.8 Mode de vie des enfants
1.9 Mode de vie des personnes âgées
1.10 Logement
1.11 Revenu

2 ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS

2.1 Mortalité générale
2.2 Mortalité prématurée
2.3 État de santé des moins de 1 an
2.4 État de santé des 1-14 ans
2.5 État de santé des 15-24 ans
2.6 État de santé des 25-64 ans
2.7 État de santé des 65 ans et plus
2.8 Enfants handicapés
2.9 Adultes handicapés
2.10 Personnes détenues
2.11 Populations migrantes
2.12 Grossesse, accouchement

3 PATHOLOGIES, PROBLÈMES DE SANTÉ

3.1 Infection à VIH - SIDA
3.2 Tuberculose
3.3 Cancers
3.4 Cancer du côlon-rectum
3.5 Cancer de l'utérus
3.6 Cancer du sein
3.7 Cancer de la prostate
3.8 Mélanome
3.9 Diabète
3.10 Troubles mentaux
3.11 Maladies cardio-vasculaires
3.12 Maladies de l'appareil respiratoire

4 COMPORTEMENTS ET ENVIRONNEMENT

4.1 Alcool
4.2 Tabac
4.3 Drogues illicites
4.4 Accidents
4.5 Suicide
4.6.1 Maladies professionnelles
4.6.2 Accidents du travail
4.7 Eau
4.8 Air
4.9 Bruit
4.10 Habitat
4.11 Contraception et IVG
4.12 Violence
4.13 Surpoids-obésité

5 SOINS ET PRÉVENTION

5.1 Soins de courte durée
5.2 Soins de suite
5.3 Psychiatrie hospitalière
5.4 Urgences hospitalières
5.5 Professionnels de santé
5.6 Médecins
5.7 Généralistes
5.8 Spécialistes
5.9 Infirmiers
5.10 Pharmaciens
5.11 Métiers de la rééducation
5.12 Chirurgiens dentistes
5.13 Sages-femmes
5.14 Sapeurs-pompiers
5.15 Centres d'examens de santé
5.16 PMI
5.17 Santé scolaire
5.18 Vaccinations

1 ALCOOL

Contexte national

En 2011, la consommation d'alcool pur était de 12 litres par habitant âgé de 15 ans et plus, soit une moyenne de 2.6 unités standards (10 g d'alcool pur) par jour[1], la France reste parmi les plus grands consommateurs mondiaux[2]. On note une baisse de la consommation quotidienne au profit d'une consommation occasionnelle excessive.
Les recommandations de l'OMS sont : jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel, pas plus de 3 verres par jour pour les hommes et 2 pour les femmes pour l'usage régulier. Au regard des recommandations de l'OMS, 27 % des adultes présentent un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et 9 % un risque d'alcoolisation excessive chronique[3].

L'enquête ESCAPAD 2011 (OFDT) montre que 50.3 % des jeunes de 17 ans ont connu au moins une ivresse au cours des 12 derniers mois, 10.5 % en ont eu 10 ou plus[4]. L'API concerne au cours du mois écoulé 36.4 % des adultes en 2010 et 53.2 % des jeunes de 17 ans en 2011. Parmi les 18-64 ans, 25.9 % d'hommes déclarent consommer de l'alcool de façon régulière contre 8.5 % chez les femmes. Ces écarts sont identiques chez les adolescents de 17 ans[1].

En 2009, 49 000 décès sont directement liés à l'alcool, dont 40 % survenant avant 65 ans. Les hommes sont les plus touchés, avec 36 500 décès (soit 13 % de la mortalité totale), contre 12 500 décès chez les femmes (soit 5 % de la mortalité totale). Les décès attribuables à l'alcool sont des décès par cancers (15 000 décès) et maladies cardio-vasculaires (12 000 décès), puis les décès par maladies du système digestif (8 000 décès), les décès liés à des causes externes dont les accidents et les suicides (8 000 décès) et 3 000 décès dus à des troubles mentaux et comportementaux[5].

La consommation d'alcool durant la grossesse entraîne chez l'enfant des retards de croissance, des dysmorphies faciales et autres malformations. L'incidence du syndrome d'alcoolisation fœtale est d'environ 1 000 cas par an, en France[6].

Les personnes en situation d'alcoolisation excessive peuvent obtenir des réponses adaptées à leur situation avec les unités hospitalières d'alcoologie, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les centres de cure et de post-cure, foyers d'hébergement et de réinsertion sociale,... l'Association nationale de prévention en l'alcoologie et addictologie (Anpaa) et les associations néphalistes (mouvements d'anciens buveurs).

La politique de santé dans ce domaine est fixée dans le cadre de plans gouvernementaux : le plan cancer 2014-2019, le plan de prise en charge et de la prévention des addictions 2007-2011 et le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 (Mildeca).

Précisions

API : Alcoolisation ponctuelle importante : au moins 6 verres pour les adultes et 5 pour les adolescents en une même occasion

Usage d'alcool : consommation régulière ou occasionnelle n'entraînant pas de complication sanitaire ou sociale. Il est considéré comme nocif lorsque la consommation est associée à un dommage médical, physique ou social.

Dépendance : impossibilité de s'abstenir de consommer, malgré les dommages sanitaires et sociaux subis.

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- Les fréquences de consommation des bourguignons sont relativement proches de celles observées en France.
- Selon l'enquête Escapad (2011), à 17 ans, l'usage régulier d'alcool (≥ 10 usages / mois) des jeunes garçons de la région est supérieur à la moyenne nationale (22 % vs 15 %). Comme en France, plus de la moitié des jeunes bourguignons de 17 ans déclarent avoir bu au moins 5 verres en une même occasion au cours de l'année (56 % en Bourgogne et 53 % en France).
- Une enquête ORS réalisée en 2009 auprès de femmes de 4 Pays (Beaunois, Nevers-Sud Nivernais, Autunois-Morvan, Tonnerrois Avallonnais) montre qu'un quart déclare avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse (81 % de manière exceptionnelle, 17 % régulièrement et 2 % ont eu une consommation supérieure à 2 fois par jour)[7].
- On estime à plus de 1 600 le nombre de décès attribuables à l'alcool en Bourgogne : 560 en Saône-et-Loire, 410 en Côte-d'Or, 380 dans l'Yonne et 280 dans la Nièvre.
- Globalement, la Bourgogne se distingue par une surmortalité par cirrhose et psychose alcoolique chez les hommes par rapport à la moyenne nationale (période 2007-2009, et une surmortalité prématurée (avant 65 ans) des hommes de la région.
- On a compté 4 640 consultants ayant une addiction à l'alcool en CSAPA en 2011, soit 4 personnes pour 1 000 habitants de 20 à 70 ans.

SPÉCIFICITÉS EN BOURGOGNE

Deux objectifs sont fixés dans le Schéma régional de prévention (2012-2016) de l'ARS :

- favoriser le conseil minimal par les professionnels de santé
- assurer aux femmes enceintes une information et, si nécessaire, un accompagnement vers l'arrêt des consommations de produits psycho-actifs

PUBLICATIONS DE L'ORS BOURGOGNE

- Tableau de bord des addictions en Bourgogne – ORS Bourgogne, 2014.
- Connaissances et comportements des femmes enceintes en matière de nutrition, tabac et alcool, 2009.

ALCOOL

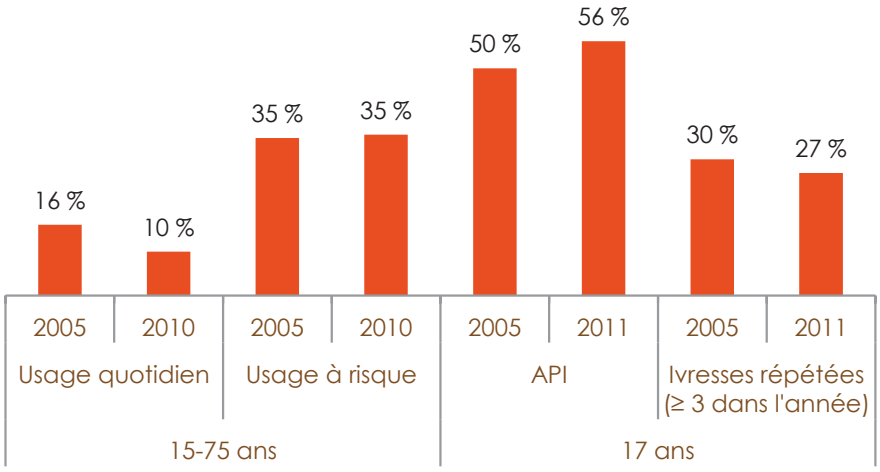
Consommation d'alcool

	Bourgogne	France hexa.
17 ans		
Usage régulier	13 %	11 %
Ivresse au cours de l'année	49 %	50 %
Au moins un épisode d'alcoolisation ponctuelle important (API) dans le mois	56 %	53 %
15-85 ans		
Usage quotidien	12 %	13 %
API au cours de l'année	33 %	34 %
Ivresse(s) au cours de l'année	17 %	19 %
Consommateurs à risque chronique ou de dépendance (Audit C)	9 %	9 %
Consommateurs à risque ponctuel (Audit C)	25 %	27 %

En 2010 chez les 15 - 85 ans et en 2011 chez les adolescents

▸ Sources : Baromètre Santé 2010, INPES, Escapad 2011, OFDT Exploitation ORS

Évolution de l'usage d'alcool



▸ Sources : Baromètre santé 2005 et 2010, Inpes, Escapad 2005 et 2011 Exploitation ORS

Estimations du nombre de décès attribuables à l'alcool

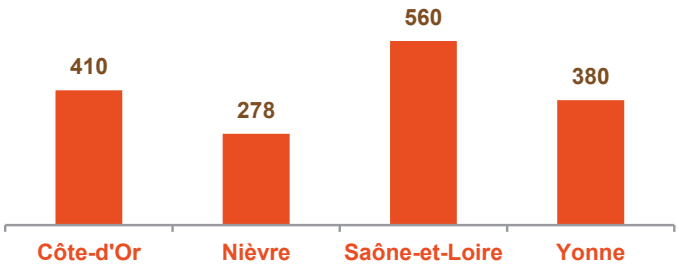
	Homme		Femme		Ensemble
	FA	Total	FA	Total	Total
Cancers	12 %	354	6 %	127	480
Maladies cardiovasculaires	14 %	331	3 %	78	410
Maladies digestives	45 %	194	20 %	66	260
Autres maladies*	6 %	118	1 %	99	217
Causes externes	25 %	173	18 %	87	260
Total	**13 %**	**1 170**	**5 %**	**457**	**1 627**

Moyenne annuelle 2007-2009 pour les personnes de 15 ans et plus
FA : Fractions attribuables de l'ensemble des décès
** Autres = diabète de type 2, maladie mentale, épilepsie*

▸ Sources : GUERIN S, LAPLANCHE A, DUMANT A, HILL C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 7 mai 2013;(16-17-18):163-168 Exploitation ORS

ALCOOL

Estimations du nombre de décès attribuables à l'alcool



Sources : GUERIN S, LAPLANCHE A, DUMANT A, HILL C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 7 mai 2013;(16-17-18):163-168 Exploitation ORS

Mortalité liés à l'alcool

		TSM hommes	TSM femmes
Côte-d'Or	Cirrhose alcoolique	15.4	4.6 *
	Psychose alcoolique	6.4	1.5
	Cancers des VADS	26.7	4.1
Nièvre	Cirrhose alcoolique	31.5 *	10.2 *
	Psychose alcoolique	9.5	3.4
	Cancers des VADS	26.9	5.3
Saône-et-Loire	Cirrhose alcoolique	21.8 *	4.0 *
	Psychose alcoolique	10.3 *	2.1
	Cancers des VADS	29.0	3.9
Yonne	Cirrhose alcoolique	22.3 *	9.0 *
	Psychose alcoolique	11.2 *	1.9
	Cancers des VADS	26.0	5.1
Bourgogne	Cirrhose alcoolique	**21.4 ***	**6.1**
	Psychose alcoolique	**9.1 ***	**2.0**
	Cancers des VADS	**27.3**	**4.4**
France	Cirrhose alcoolique	**17.9**	**6.2**
	Psychose alcoolique	**7.9**	**1.8**
	Cancers des VADS	**26.2**	**4.5**

Taux pour 100 000 personnes, entre 2007 - 2009. VADS : voies aéro-digestives supérieures

** Significativement différent de la moyenne nationale à 0.05 %*

Sources : Inserm CépiDc, Insee 2007 - 2009 Exploitation Fnors

Buveurs venus consulter dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

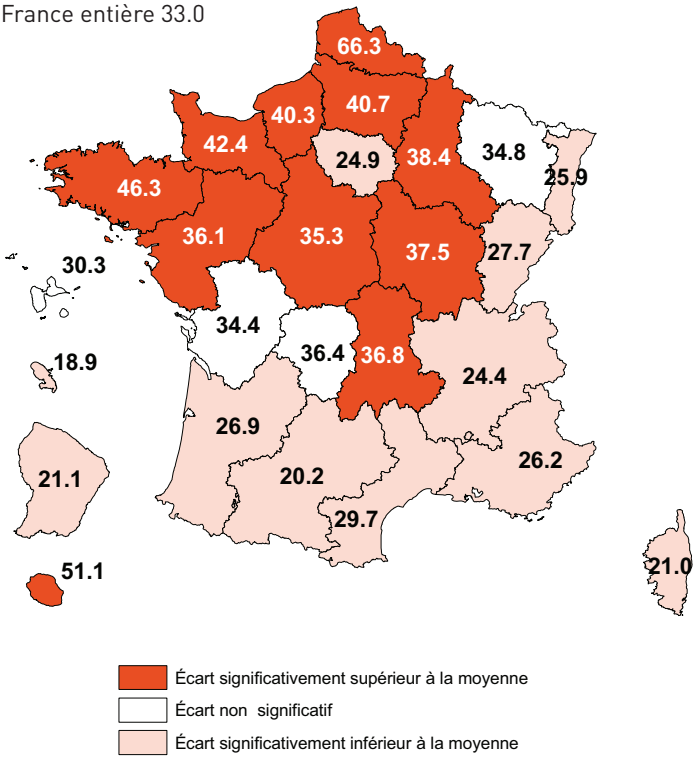
	Nombre de consultants
Côte-d'Or	1 104
Nièvre	958
Saône-et-Loire	1 337
Yonne	1 247
Bourgogne	**4 640**

Source : Rapports d'activité des CSAPA 2011 Exploitation ORS

Mortalité prématurée pour les 3 causes directement liées à l'alcool

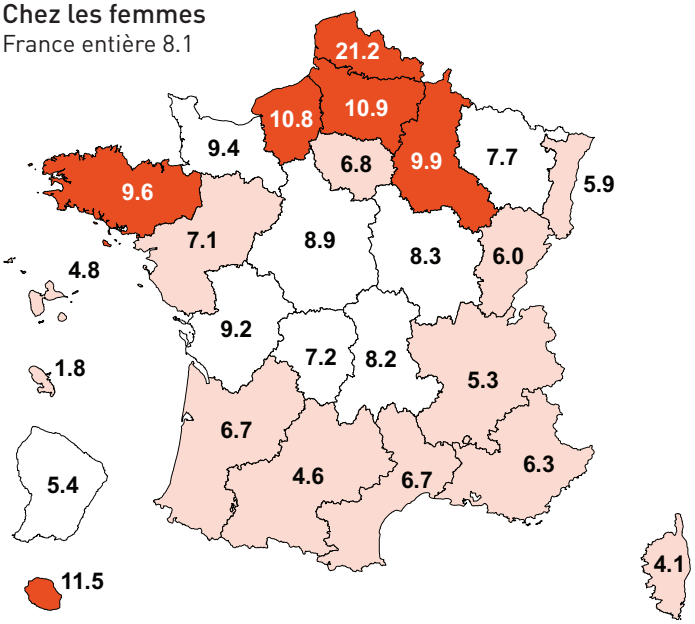
Chez les hommes

France entière 33.0



Chez les femmes

France entière 8.1



Taux pour 100 000 personnes âgées de moins de 65 ans, entre 2007 - 2009

** Significativement différent de la moyenne nationale à 0.05 %*

Sources : Inserm CépiDc, Insee 2007 - 2009 Exploitation Fnors, ORS

Éléments de bibliographie

1. OFDT. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis : OFDT ; 2013 p. 399.
2. Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. INT. Statistiques sanitaires mondiales 2013. OMS ; 2013 p. 172p.
3. BECK F, GUIGNARD R, RICHARD JB. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé. TENDANCES. 2011 ; (76) : 6p.
4. SPILKA S, LE NEZET O, TOVAR ML. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. TENDANCES. 2012 (79) : 4p.
5. GUERIN S, LAPLANCHE A, DUMANT A, HILL C. Alcohol-attributable mortality in France. European Journal of Public Health. 2013.
6. BERR C, CLAVEL-CHAPERON F, DALLY S, DAVAL J-L, FUMERON F, GIRRE C. *et al.* Alcool. Effets sur la santé. Expertise collective. Paris : INSERM ; 2001.
7. PETIGNY A, MILLOT I, LEMERY B, FIET C, NAVILLON B. Groupement Régional de Santé Publique de Bourgogne. (G.R.S.P.). Dijon. FRA / com. Connaissance et comportements des femmes enceintes en matière de nutrition, tabac et alcool : enquête réalisée dans les Pays Beaunois, Nevers-Sud Nivernais, Autunois-Morvan, et Tonnerrois Avallonnais. Dijon : ORS Bourgogne ; 2009 p. 84p.

Siglaire

OMS : Organisation mondiale de la sané
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Contexte national

Les effets sur la santé de la consommation de tabac sont nombreux : cancers, maladies respiratoires et cardiovasculaires pour les principaux. Le tabac serait responsable de 73 000 décès en France[1], et 2 500 à 6 000 décès seraient liés au tabagisme passif[2,3]. Le tabagisme est la première cause de décès évitables en France.
Le tabac est la première cause de cancer du poumon. Il partage avec l'alcool la responsabilité des cancers des voies aéro-digestives supérieures, et avec les expositions professionnelles celle des cancers de la vessie. Le risque de maladies respiratoires chroniques (bronchite chronique, emphysème) est élevé chez le fumeur tout comme les risques d'insuffisance coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, d'artérite des membres inférieurs. Chez la femme, les effets cardio-vasculaires sont accrus par l'usage de contraceptifs oraux. Le tabagisme de la mère pendant et après la grossesse ainsi que le tabagisme passif augmentent le risque de mort subite du nourrisson.

Le taux d'incidence standardisé (Europe) du cancer du poumon est passé de 5.2 pour 100 000 en 1980 à 17.2 en 2005 chez les femmes, et de 70.6 à 72.9 chez les hommes.

L'usage quotidien de tabac concerne 31 % des hommes et 24% des femmes de 15 à 85 ans (2010). L'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien entre 2005 et 2010 est particulièrement forte parmi les femmes de 18 à 75 ans, passant de 23 à 27 % alors qu'elle n'est pas significative chez les hommes[4,5].

L'usage récent (au moins une fois au cours des 30 derniers jours) concerne 38 % des adolescents français de 15-16 ans, avec une prédominance féminine (43 % chez les filles contre 34 % chez les garçons). Ce niveau est plus élevé que la moyenne européenne (28 %)[6].

Enfin, 31 % des jeunes de 17 ans sont des fumeurs quotidiens en 2011, contre 39 % en 2003[7].

Un programme national de réduction du tabagisme (PNRT) est mis en place en 2014. Il comprend des mesures autour de 3 axes prioritaires : protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac.

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- La proportion de fumeurs quotidiens est stable entre 2005 et 2010 chez les 15-75 ans en Bourgogne, proche de la moyenne nationale (30 % versus 29 %).
- À 17 ans, 29 % des jeunes sont des fumeurs quotidiens (32 % en France). Cette prévalence reste stable par rapport à 2008.
- D'après une enquête ORS menée sur 4 Pays (Beaunois, Nevers-Sud Nivernais, Autunois-Morvan, Tonnerrois Avallonnais) en 2009, 34 % des femmes enceintes ou venant d'accoucher fumaient avant d'être enceintes, la moitié ayant continué de le faire pendant leur grossesse.
- On estime à plus de 1 000 le nombre annuel de nouveaux cas de cancers du poumon (2008-2010). Entre 1980 et 2005, les taux d'incidence ont été multipliés par 4 pour les femmes et ont augmenté de 6 % pour les hommes. La mortalité associée a fortement augmenté chez les femmes.
- On estime à près de 2 000 le nombre annuels de décès attribuables au tabac en Bourgogne : environ 530 en Côte-d'Or, 330 dans la Nièvre, 680 en Saône-et-Loire, 460 dans l'Yonne (période 2007-2009).
  Pour le cancer du poumon, la fraction attribuable au tabac est de 90 % pour les hommes et 60 % pour les femmes.
- Globalement, la Bourgogne se distingue avec une surmortalité par cardiopathies ischémiques et une sous-mortalité par bronchites chroniques chez les femmes par rapport à la moyenne nationale (période 2007-2009).

SPÉCIFICITÉS EN BOURGOGNE

- Un réseau régional d'aide à l'arrêt Tab'agir : www.tabagir.fr
- Deux objectifs sont fixés dans le Schéma régional de prévention (2012-2016) de l'ARS :
  - favoriser le conseil minimal par les professionnels de santé
  - assurer aux femmes enceintes une information et, si nécessaire, un accompagnement vers l'arrêt des consommations de produits psycho-actifs

PUBLICATIONS DE L'ORS BOURGOGNE

- Tableau de bord Les addictions en Bourgogne, 2014.
- Connaissances et comportements des femmes enceintes en matière de nutrition, tabac et alcool, 2009.

TABAC

Consommation de tabac déclarée

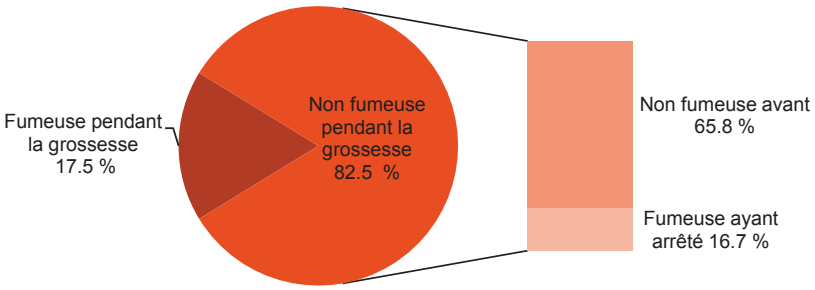
à 17 ans	Bourgogne 2008			Bourgogne 2011			France 2011		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Expérimentation*	70	69	70	66	65	65	67	70	68
Fumeurs quotidiens	32	29	31	31	27	29	33	30	32

15-75 ans	Bourgogne		France	
	2005	2010	2005	2010
Fumeurs quotidiens	30	30	27	29

** Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie*, En pourcentage

▸ Sources : Escapad 2008 et 2011, OFDT ; Baromètre santé 2010, INPES Exploitation ORS

Tabagisme des femmes avant et pendant la grossesse



n=1 101

▸ Source : Connaissances et comportements des femmes enceintes en matière de nutrition, tabac et alcool, 2009 Exploitation ORS

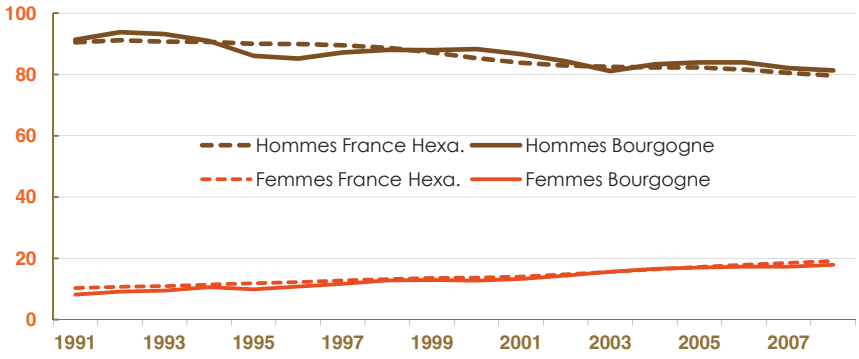
Nouveaux cas de cancers du poumon et taux d'incidence standardisés à l'Europe

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Hommes						
Effectifs en Bourgogne	528	572	616	657	693	723
Taux en Bourgogne	68	72	74.6	75.2	74.3	72.2
Taux en France hexagonale	70.6	74.4	76.2	76.5	75.2	72.9
Femmes						
Effectifs en Bourgogne	42	53	71	98	131	185
Taux en Bourgogne	4.2	5.3	7	9.3	12	16.2
Taux en France hexagonale	5.2	6.4	8	10.2	13.2	17.2

Note : les modes de calcul des estimations d'incidence ont changé, il n'est pas possible de comparer celles de 2008-2010 et celles des années précédentes.

▸ Source : Francim, Insee 1980 - 2005 Exploitation ORS

Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon



Taux standardisés pour 100 000

▸ Sources : Inserm CépiDc, Insee 1990 - 2009 Exploitation ORS / Données lissées sur 3 ans

Définitions

TSM ou taux standardisé de mortalité : nombre de décès pour 100 000 que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure d'âge que la population de référence

TABAC

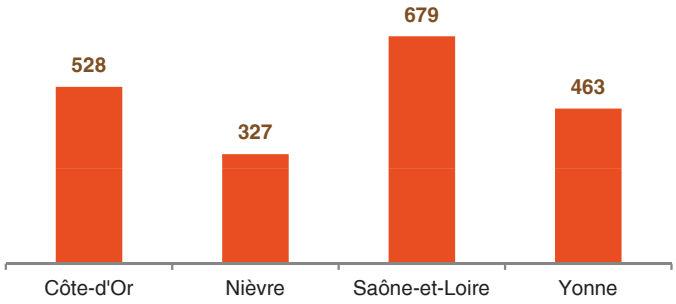
Estimations du nombre de décès attribuables au tabac en Bourgogne

	Homme		Femme		Ensemble
	FA tabac	Estimation décès	FA tabac	Estimation décès	Estimation décès
Cancer du poumon	90 %	617	60 %	113	730
Cancers des VADS	58 %	58	28 %	8	66
Autres cancers	*11 %*	*220*	*1 %*	*22*	*241*
Tous cancers	**34 %**	**895**	**8 %**	**143**	**1 038**
Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	67 %	110	39 %	46	156
Autres maladies respiratoires	11 %	39	3 %	9	48
Toutes maladies respiratoires		*149*		*55*	*204*
Maladies cardio-vasculaires	12 %	263	3 %	68	331
Autres causes médicales*	13 %	334	3 %	92	425
Toutes causes	**20 %**	**1 640**	**5 %**	**357**	**1 997**

Moyenne annuelle pour les personnes de 35 ans et plus, FA : Facteurs attribuable du nombre de décès

▸ Sources : PETO R et coll.[9] 2007 - 2009 Exploitation ORS

Estimations du nombre de décès attribuables au tabac



Moyenne annuelle pour les personnes de 35 ans et plus

▸ Sources : PETO R et coll.[8] 2007 - 2009 Exploitation ORS

Décès et tabagisme comme important facteur de risque

		TSM Hommes	TSM Femmes
Côte-d'Or	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	79.6	17.6
	Cardiopathies ischémiques	86.2	36.9
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	41.8 *	9.7 *
Nièvre	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	82.4	17.3
	Cardiopathies ischémiques	95.4	40.6
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	46.8	11.8
Saône-et-Loire	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	80.4	15.4 *
	Cardiopathies ischémiques	82.5	36.1
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	51.0	9.7 *
Yonne	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	84.4	23.3 *
	Cardiopathies ischémiques	98.7 *	47.4 *
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	51.4	16.8 *
Bourgogne	**Cancers de la trachée, des bronches et des poumons**	**81.3**	**17.9**
	Cardiopathies ischémiques	**88.9**	**39.5 ***
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	**47.9**	**11.5 ***
France entière	**Cancers de la trachée, des bronches et des poumons**	**78.8**	**19.0**
	Cardiopathies ischémiques	**87.2**	**37.1**
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	**50.0**	**12.6**

Taux standardisés pour 100 000

** Significativement différent de la moyenne nationale à 0.05 %*

▸ Sources : Inserm CépiDc, Insee 2007 - 2009 Exploitation Fnors

Éléments de bibliographie

1. HILL C. Epidémiologie du tabagisme : Tabac. LA REVUE DU PRATICIEN. 2012 ; 62 (3) : 325-9.

2. DAUTZENBERG B, ABDENNBI K, AUDUREAU G, DE BLAY F, DUBOIS G, DUROUX P. *et al.* Le tabagisme passif. Paris : La Documentation française ; 2001.

3. Smoke free partnership. Bruxelles. BEL, European respiratory society. Bruxelles. BEL / com., Institut National du Cancer. (I.N.C.). Paris. FRA / com. Lifting the Smokescreen : 10 reasons to go smoke-free Europe. Bruxelles : European respiratory society ; 2006. 146p. Report No. : 1-904097-56-1.

4. BECK F, GUIGNARD R, RICHARD JB. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé. TENDANCES. 2011 ; (76) : 6p.

5. BECK F, GUIGNARD R, RICHARD JB. Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé INPES. La Documentation Française ; 2014. 255 p.

6. SPILKA S, LE NEZET O. Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) 2011. 2012.

7. SPILKA S, LE NEZET O, TOVAR ML. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. TENDANCES. févr 2012 ; (79) : 4p.

8. PETIGNY A, MILLOT I, LEMERY B, FIET C, NAVILLON B. Groupement Régional de Santé Publique de Bourgogne. (G.R.S.P.). Dijon. FRA / com. Connaissance et comportements des femmes enceintes en matière de nutrition, tabac et alcool : enquête réalisée dans les Pays Beaunois, Nevers-Sud Nivernais, Autunois-Morvan, et Tonnerrois Avallonnais. Dijon : ORS Bourgogne ; 2009 p. 84p.

9. PETO R, D LOPEZ A, BOREHAM J, THUN M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2005 (or later), France (see also www.deathsfromsmoking.net). 2012 p. 13p.

3 DROGUES ILLICITES

Contexte national

Les drogues illicites regroupent de nombreux produits, utilisés seuls ou en polyconsommation, avec d'autres produits illicites ou le tabac, l'alcool ou les médicaments. Les toxicomanies sont mal connues sur le plan épidémiologique en raison du caractère illicite de la consommation de stupéfiants et de la difficulté de fixer la limite entre consommation et dépendance.
Le cannabis est le produit illicite le plus consommé en France. En 2010, parmi les 18-64 ans, un tiers des personnes l'ont déjà expérimenté. Au total 8 % déclarent avoir consommé du cannabis au cours de l'année (11 % des hommes et 5 % des femmes) et 2.2 % en fument régulièrement (Baromètre santé INPES 2010[1]). Les adolescents français (15-16 ans) sont les premiers usagers récents (dans le mois) de cannabis en Europe : 24 % déclarent avoir consommé du cannabis au cours du mois[2].

En 2010, un collégien sur dix dit consommer du cannabis dont la diffusion progresse fortement (1.5 % en 6e vs 23.9 % en 3e) durant les années collège [3].

Parmi les personnes de 18 à 64 ans, 3.8 % ont expérimenté la cocaïne en 2010. La consommation au cours de l'année concerne 0.9 % d'entre eux, soit 340 000 individus. Elle est en hausse (0.6 % en 2005 vs 0.9 % en 2010). Ils sont 1.2 % à avoir expérimenté l'héroïne et 0.2 % (soit 90 000 personnes) à en avoir consommé dans l'année. La consommation d'ecstasy au cours de l'année est stable sur la période 2005-2010. En 2010, 2.7 % des 18 à 64 ans ont testé l'ecstasy et la consommation dans l'année concerne 0.3 %, soit 130 000 personnes[4].

La consommation de cannabis est facteur de risque d'accidents et peut être associée à des troubles psychiatriques, des maladies respiratoires et cardiovasculaires.

Parmi les usagers de drogue ayant utilisé l'injection ou le «sniff», 11 % sont infectés par le VIH (les usagers non repérés par le système sanitaire ou répressif ne sont pas représentés). Une partie des hépatites virales B et C sont liées aux injections, ainsi qu'aux pailles utilisées pour le «sniff». Ainsi, 60 % des usagers de drogue ayant utilisé l'injection ou le «sniff» sont infectés par le virus de l'hépatite C[5].

On dénombrait 212 décès par surdoses en 2003, ce nombre atteint 322 en 2010 soit une hausse de 52 % (Sources : ODICER, OFDT).

La loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre légal de la politique française de lutte contre la toxicomanie : pour réprimer le trafic, et poser le principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants tout en proposant une alternative thérapeutique à la répression de l'usage en assurant la gratuité des soins et l'anonymat pour les usagers.

Les programmes de réduction des risques s'appuient sur : la mise à disposition de seringues, de lieux de restitution du matériel de consommation, les traitements de substitution aux opiacés et l'accès à des lieux d'accueil et d'accompagnement.

L'OFDT estime à près de 150 000 le nombre de personnes recevant un traitement de substitution en 2011 (Subutex® et ses génériques, la méthadone)[6].

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- Selon l'enquête Escapad 2011 menée lors de la journée de préparation à la défense, à 17 ans, 38 % des jeunes bourguignons déclarent avoir expérimenté le cannabis et 5 % en consommer régulièrement (≥ 10 usages dans le mois). Ces consommations sont proches de la moyenne nationale.
- En 2010, 5 % des 15-64 ans déclarent avoir fumé du cannabis au cours de l'année, consommation significativement moins fréquente qu'au niveau national (8 %). (Source : Baromètre santé 2010, Inpes, exploitation ORS).
- On compte 8 centres de soins, d'accompagnement d'accueil et de prévention en addictologie (CSAPA) généralistes (prenant en charge toutes les addictions), dont un carcéral. Ces centres disposent de 59 antennes et permanences.
- Près de 2 500 personnes ont consulté dans les CSAPA de Bourgogne pour une addiction liée à des drogues illicites. Dans 64 % des cas, les opiacés ont été le produit à l'origine de la consultation, suivis par le cannabis (34 %) et la cocaïne (2 %) en 2011.
- 386 personnes (consommateurs ou entourage) sont venues dans les consultations jeunes consommateurs (CJC) en 2011 ; ils étaient plus de 500 en 2007.
- Plus de 7 800 consultations en addictologie pour drogues illicites ont été réalisées au sein d'établissements de santé de la région.
- Les ventes de matériel d'injection stérile et de médicaments de substitution sont en hausse, avec des disparités par départements.
- Le nombre de décès par surdose varie entre 2 et 10 cas par an (5 en moyenne entre 2000 et 2010).
- Les infractions à la législation des stupéfiants rapportées à la population des 15 ans et plus sont inférieures à la moyenne nationale (186.3/100 000 vs 253.0/100 000) en 2010. Elles concernent très largement le cannabis.

SPÉCIFICITÉS EN BOURGOGNE

Il existe 2 réseaux Addictions en Bourgogne :
- réseau HEMERA en Côte-d'Or
- ReMed Addictions en Saône-et-Loire

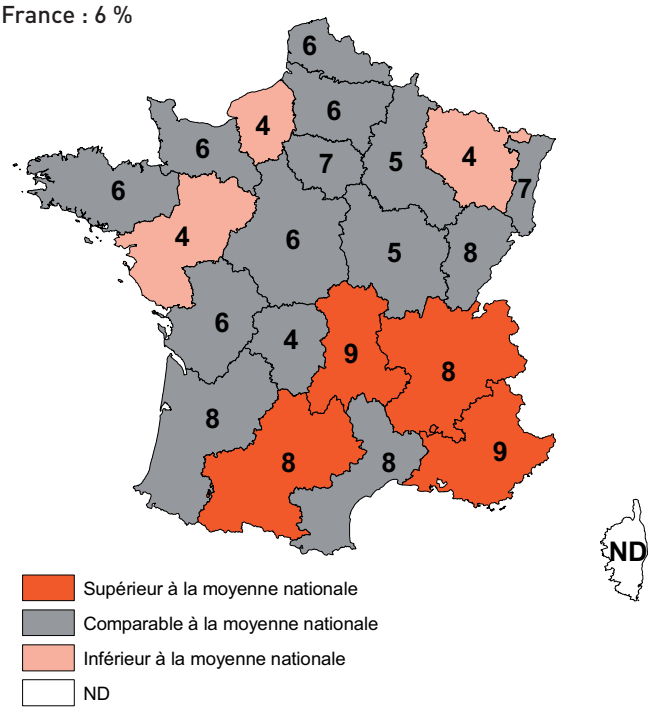
PUBLICATIONS DE L'ORS BOURGOGNE

- Tableau de bord Les addictions en Bourgogne, 2013.

DROGUES ILLICITES

Proportion de jeunes de 17 ans déclarant un usage régulier de cannabis

France : 6 %



En pourcentage, (≥10 fois dans le mois)

▸ Sources : OFDT, Escapad 2011 Exploitation ORS

Consommation de cannabis

À 17 ans

	Bourgogne 2011			France 2011		
	Garçons	Filles	Ensemble	Garçons	Filles	Ensemble
Expérimentation	41.0	35.0	38.0	44.0	38.9	41.5
Usage régulier	7.0	4.0	5.0	9.5	3.4	6.5

En pourcentage

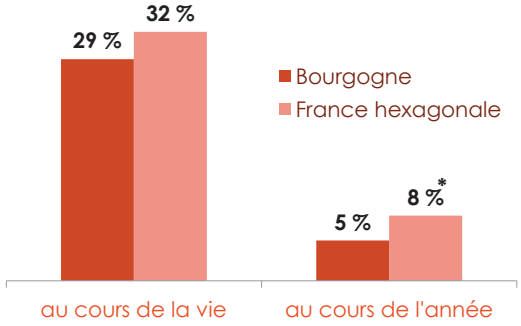
▸ Sources : OFDT, Escapad 2011 Exploitation ORS

Précisions

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie **:**
Usage régulier : au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.

Usage de cannabis

Chez les 15-64 ans

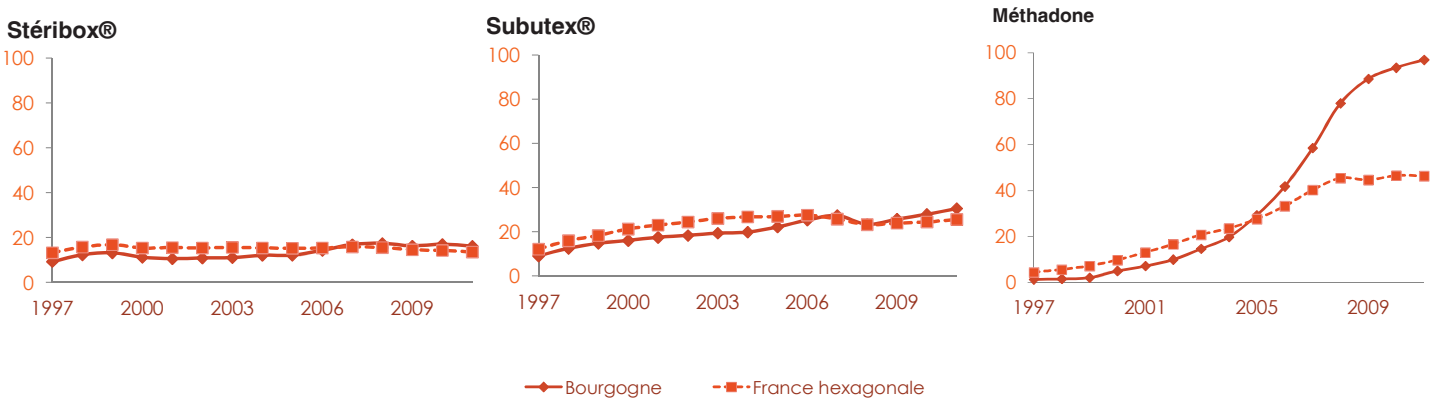


En pourcentage

** Différence statistiquement significative à 0.05 %*

▸ Sources : Baromètre santé 2010, Inpes Exploitation ORS

Vente de matériel d'injection stérile et de médicaments de substitution



Pour 100 personnes de 20-39 ans

Stéribox : kit de prévention contenant 2 seringues, de l'alcool, de l'eau stérile, un préservatif...

▸ Sources : InVS/Siamois, Insee 1997 - 2011 Exploitation ORS

DROGUES ILLICITES

Consultations dans les CSAPA pour consommation de drogues illicites

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France
Nb de personnes	932	299	938	695	2 864	111 655

Sources : OFDT-ODICER-ILIAD, Rapports d'activité des CSAPA, RECAP 2011 Exploitation ORS

Consultations jeunes consommateurs

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne
Nombre de consultants	85	14	123	164	386
Nombre de consommateurs	41	13	119	144	317
dont cannabis	*16*	*10*	*95*	*95*	*216*

Source : Rapports CSAPA 2011 Exploitation ORS

Consultations pour drogues illicites (DI)

	Nombre de consultations pour DI	Part des consultations pour DI / consultations addictologie	Taux pour 10 000 bourguignons âgés de 20 à 74 ans
Côte-d'Or	6 322	56.6 %	179.3
Nièvre	189	11.8 %	13.0
Saône-et-Loire	501	11.4 %	13.7
Yonne	825	20.0 %	36.6
Bourgogne	**7 837**	**36.9 %**	**71.8**

Sources : RIM-P, ATIH 2011 Exploitation ORS

11 établissements de santé proposent des consultations en addictologie

- Côte-d'Or : CHU de Dijon, CH la Chartreuse, CH de Semur
- Nièvre : EPSM de Nevers, clinique du Tremblay
- Saône-et-Loire : CH de Chalon-sur-Saône, CHS de Sevrey, clinique Saint Rémy
- Yonne : CHS de l'Yonne, clinique de Regennes, clinique Ker Yonnec

Quantité de produits de substitution et de kits de seringues vendus

	Côte-d'Or		Nièvre		Saône-et-Loire		Yonne		Bourgogne		France	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Boîtes de stéribox®	16 352	12.1	4 383	10.1	28 303	24.1	11 181	15.0	60 219	16.2	2 224 042	13.6
Boîtes de subutex®	31 096	23.0	11 389	26.2	52 320	44.6	18 325	24.6	113 130	30.5	4 199 845	25.6
Flacons de méthadone	102 102	75.4	64 502	148.6	133 762	114	58 743	78.8	359 109	96.9	7 594 766	46.3

Nombre et taux pour 100 personnes

Sources : InVS/Siamois, Insee 2011 Exploitation ORS

Éléments de bibliographie

1. BECK F, GUIGNARD R, RICHARD JB. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé. TENDANCES. 2011 ; (76) : 6p.

2. SPILKA S, LE NEZET O. Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) 2011. 2012.

3. SPILKA S, LE NEZET O, BECK F, EHLINGER V, GODEAU E. Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège » : Résultats du volet drogues, en France, de l'enquête Health Behaviour in School - Aged Children (HBSC) 2010. TENDANCES. 2012 ; (80) : 6p.

4. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA. Drogues, chiffres clés 2012. Saint Denis La Plaine : OFDT; 2012 p. 8p. Report No. : 2256-8611.

5. JAUFFRET ROUSTIDE M. Résultats d'une enquête sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues. Enquête Coquelicot 2004 - 2007. 2008. 6p.

6. OFDT. Données nationales - Séries statistiques - Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution (Subutex® 8 mg, Méthadone 60 mg) depuis 1995 [Internet]. 2012. Disponible sur : http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00028.xhtml

4 ACCIDENTS

Contexte national

Selon l'enquête «Baromètre Santé 2005», 10 % des 12-75 ans ont été victimes d'un accident suivi d'une consultation chez le médecin ou d'une hospitalisation dans l'année. En 2006, l'ensemble des accidents (traumatismes non intentionnels), sont à l'origine de 24 800 décès.

Les **accidents de la vie courante** (AcVC), les plus nombreux, surviennent au domicile ou dans ses abords immédiats, lors de pratiques sportives ou de loisirs, à l'école, ou dans le cadre de la vie privée. Selon l'enquête santé et protection sociale 2004 (InVS), 11.3 millions de personnes auraient eu au moins un AcVC dans l'année. D'après l'Enquête Permanente sur les AcVC, plus de la moitié des AcVC (53 %) n'entraîne aucun traitement, ou est suivi d'un retour au domicile immédiat après traitement ; 37 % font l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur par un médecin de ville, ou à l'hôpital, et 11 % nécessitent une hospitalisation.

Les campagnes d'information et de prévention diminuent la mortalité par AcVC depuis 1980. De nombreux décès sont encore évitables. La difficulté réside dans la multiplicité des circonstances et des lieux de survenue. À côté des mesures de réglementation et de contrôle, l'information et l'éducation sont essentielles.

D'après l'InVS, les accidents de la vie courante sont à l'origine de 20 000 décès par an (période 2000-2008), et sont une importante cause de mortalité chez les jeunes enfants. Les chutes et les suffocations (fausses routes alimentaires) représentent les deux tiers des décès par accidents de la vie courante. Globalement, deux tiers des décès surviennent chez les 75 ans et plus.

Les **accidents de la circulation** moins fréquents sont plus médiatisés, et viennent en première position des risques et maladies redoutés par les Français, devant les cancers (Baromètre Santé 2005 - INPES).

En 2009, 91 000 personnes ont été blessées dans des accidents de la circulation - dont 37 % ont été hospitalisés plus de 24 heures. Les accidents corporels ont provoqué près de 4 300 décès.

Les accidents sont plus fréquents en milieu urbain, mais plus graves à la campagne, surtout sur les routes départementales. Les excès de vitesse et l'alcoolisation au volant sont les premiers facteurs de risque. D'après l'ONISR, la proportion des conducteurs dépassant la dose légale d'alcoolémie estimée à environ 3 % dans le trafic, atteint 6 % parmi les conducteurs impliqués dans un accident corporel, et 18 % pour les accidents mortels. La prévention des accidents de la circulation repose sur des mesures législatives, une amélioration du réseau routier, une meilleure conception du véhicule et des campagnes d'information.

En 2009, le régime général d'assurance maladie dénombrait en France, 651 500 accidents avec arrêt de travail, 6 % (43 000) ayant entraîné une incapacité permanente et 540 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 en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- En 2006-2008, on compte en moyenne 610 décès par accidents de la vie courante chaque année en Bourgogne. Les accidents concernent 80 % des personnes âgées de 65 ans ou plus, et plus souvent des femmes (53 %).
  Les principaux AcVC entraînant le décès sont les chutes (51.2 %) et la suffocation (13.4 %).
- Près des trois quarts des 156 bourguignons décédés d'un accident de la circulation sont des hommes (moyenne 2005-2007). Plus d'1 victime sur 4 (28 %) est âgée de 15 à 24 ans.
- La Bourgogne présente toujours une surmortalité marquée par rapport à la moyenne nationale, davantage chez les hommes (+30 %) que chez les femmes (+10 %).
- L'ONISR enregistre 1 350 tués et blessés graves par accidents de circulation sur les routes de Bourgogne en moyenne par an sur la période 2006-2008. Ce nombre diminue depuis les vingt dernières années.
- Si on élimine l'effet de la structure du réseau routier, le taux d'accidentologie locale bourguignon en 2004-2008 (0.85) est inférieur au taux national (1.0), sauf dans la Nièvre (1.28) et l'Yonne (1.72).
- Entre 2008 et 2009, 408 personnes pratiquant une activité physique et sportive ont eu un accident nécessitant une hospitalisation en Côte-d'Or (enquête ORS-InVS). Le risque d'accident est 2.3 fois plus marqué chez les hommes. La moitié des accidentés ont moins de 20 ans.
  Dans près de ¾ des cas, l'accidenté pratiquait soit un sport sur roues, un sport en équipe, de l'équitation ou un sport mécanique.
  Parmi les facteurs déclencheurs de l'accident, les chutes sont le plus citées (54.9 % des citations) suivies de divers facteurs comportementaux (26.0 % à 29.4 % chacun).

VOIR AUSSI LES FICHES
- Accidents de travail
- Maladies professionnelles

Merci à G. Maitrias (ARS), C. Tillier (Cire) et B. Thélot (InVS) pour la relecture.

ACCIDENTS

Décès par accidents de la vie courante
en Bourgogne

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
< 15 ans	3	0.5	1	0.1	4	0.6
15-24 ans	7	1.1	2	0.3	9	1.5
25-44 ans	25	4.1	6	1.0	31	5.1
45-64 ans	52	8.5	16	2.6	68	11.1
65 ans et +	202	33.1	297	48.6	499	81.7
Total	**289**	**47.3**	**322**	**52.7**	**611**	**100.0**

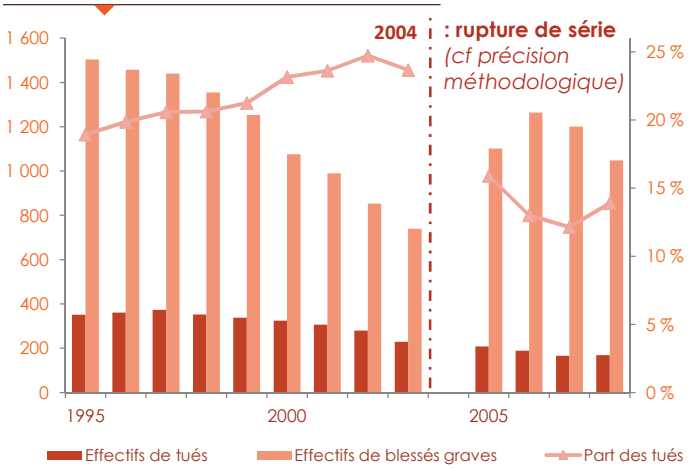
Sources : Inserm CépiDc 2006 - 2007 Exploitation ORS

Décès par accidents de la circulation
en Bourgogne

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
< 15 ans	2	1.3	1	0.4	3	1.7
15-24 ans	36	23.1	9	5.6	45	28.7
25-44 ans	34	21.8	7	4.5	41	26.3
45-64 ans	28	18.0	7	4.7	35	22.7
65 ans et +	21	13.3	11	7.3	32	20.6
Total	**121**	**77.5**	**35**	**22.5**	**156**	**100.0**

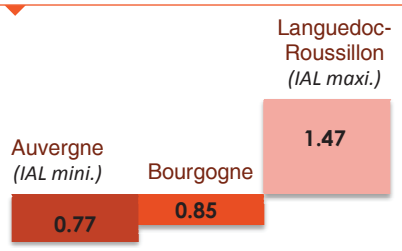
Sources : Inserm CépiDc 2005 - 2007 Exploitation ORS

Blessés graves et tués parmi les victimes d'accidents de la circulation



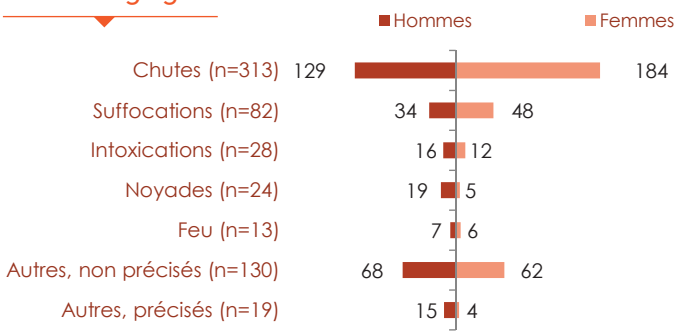
Source : Setra 1995 - 2008 Exploitation ORS

Indicateur d'accidentologie locale (IAL)
En Bourgogne et régions françaises extrêmes



Source : ONISR 2004 - 2008 Exploitation ORS

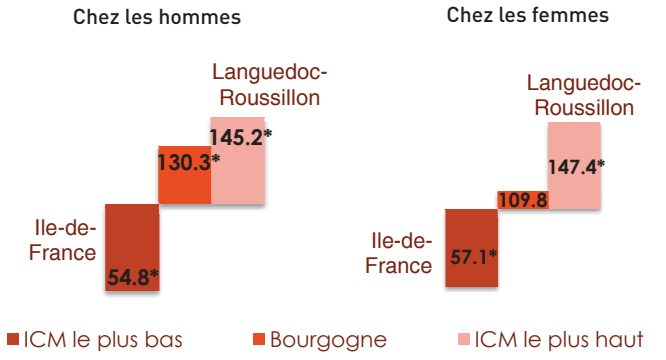
Répartition des décès* par accidents de la vie courante
en Bourgogne



** Pour les codes CIM10 pris en compte, voir : Barry Y, Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008. BEH 2011 ; (29-30) : 328-4p.*

Sources : Inserm CépiDc 2006 - 2008 Exploitation ORS

Indices comparatifs de mortalité par accidents de la circulation
En Bourgogne et régions françaises extrêmes



**significativement différent de la moyenne nationale à 0.05 %*

Sources : Inserm CépiDc, Insee 2005 - 2007 Exploitation Fnors

Précision méthodologique

Depuis le 01/01/2005, la comptabilisation du nombre des personnes tuées se fait à 30 jours et celle du nombre de blessés graves se fait à partir de 24 heures d'hospitalisation pour s'aligner sur les définitions internationales. Ces nouvelles définitions conduisent à des ruptures de séries entre 2004 et 2005, la comparaison des données avant et après le 01/01/2005 reste possible pour les tués mais pas pour les blessés graves.

Définitions

ICM ou indice comparatif de mortalité : Rapport du nombre de décès observés au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité par âge et sexe étaient identiques aux taux nationaux.

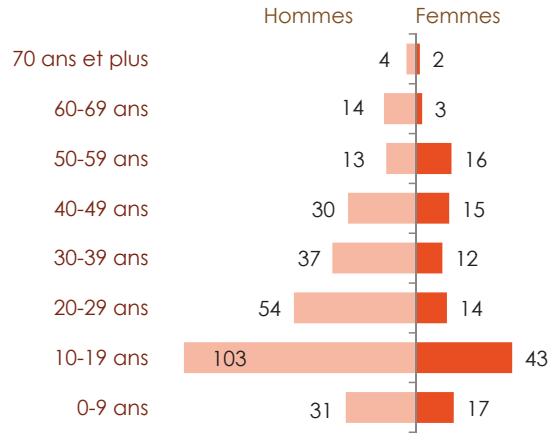
IAL ou indicateur d'accidentologie locale : Rapport du nombre de tués (par accident de circulation) observés dans une région au nombre de tués qui serait obtenu si cette région avait eu les mêmes taux de risques que la moyenne nationale sur ses réseaux routiers. Cet indicateur est calculé à partir du nombre de tués sur 5 ans.

ACCIDENTS

ACCIDENTS AVEC HOSPITALISATION SUITE À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE EN CÔTE-D'OR

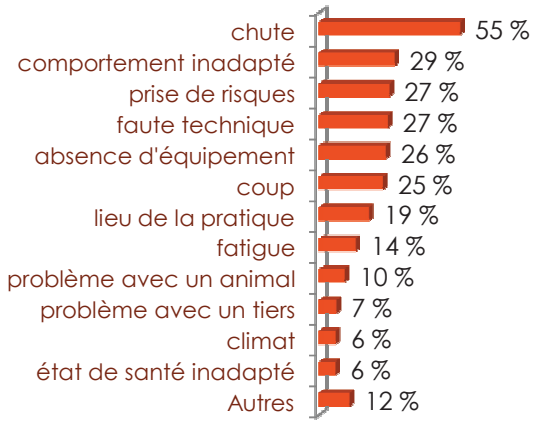
Une enquête épidémiologique prospective sur les accidents liés à la pratique d'une activité physique et sportive et ayant conduit à une hospitalisation en Côte-d'Or a été mise en place entre avril 2008 et mars 2009 par la Cire Bourgogne Franche-Comté, en collaboration avec la Direction régionale jeunesse et sport, l'Observatoire régional de la santé de Bourgogne et le département maladies chroniques et traumatismes de l'InVS. Elle a été suivie d'une enquête sur les séquelles menée entre avril 2009 et mars 2010.

Profil des accidentés (effectifs)



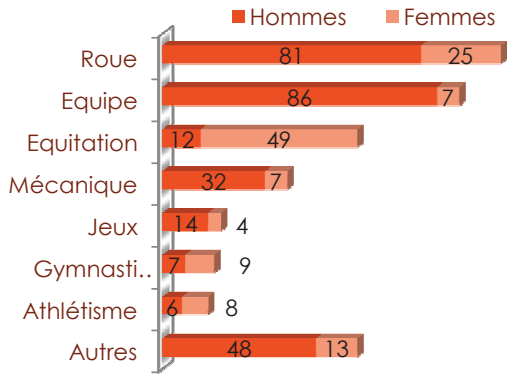
Les hommes constituent 70 % de l'échantillon (n=286) et présentent 2.3 fois plus de risque d'avoir un accident de sport par rapport aux femmes. La moitié des personnes accidentées sont âgées de moins de 20 ans (moyenne : 26.6 ans ; écart-type : 17.3 ans). Les enfants et adolescents de 10 à 19 ans représentent à eux seuls plus du tiers des accidentés.

Facteurs déclenchant les accidents (% de citations)



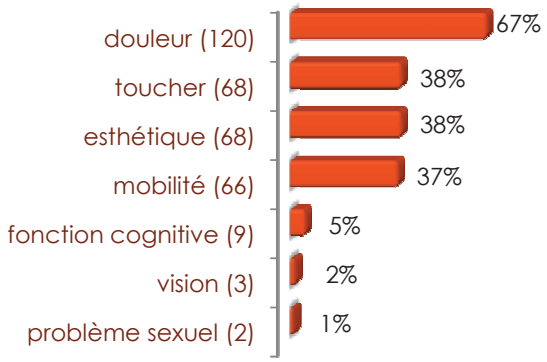
La chute est le facteur déclenchant cité dans plus de la moitié des cas (55 %), suivie des comportementaux inadaptés (29 %).

Répartition des accidentés selon le sport pratiqué au moment de l'accident



*n = 299, effectif et %

Répartition des accidentés selon la nature des séquelles



Groupes de sport accidentogènes

Près des ¾ des accidents (n=299) surviennent lors de la pratique d'un sport appartenant à l'une des catégories suivantes : les sports sur roues sans moteur (26 %), les sports d'équipe (23 %), l'équitation (15 %) et les sports mécaniques (9 %). Les sports les plus accidentogènes sont les sports sur roues sans moteur (26 %), les sports d'équipe (23 %), l'équitation (15 %) et les sports mécaniques représentant les 3/4 des accidents.

L'accident perturbe l'activité professionnelle de 85 % des accidentés âgés de plus de 16 ans (n=115), tout comme le déroulement des études pour les jeunes en formation initiale (n=34).

Des séquelles se manisfent encore un an après (n=180) pour la moitié des participants à l'enquête. Deux tiers ressentent des douleurs, plus d'un tiers subissent des séquelles relatives au toucher, à l'esthétique, ou à la mobilité.

ACCIDENTS

Pour en savoir plus

- Accidents avec hospitalisation lors de la pratique d'une Activité Physique et Sportive, Cire Bourgogne Franche-Comté, 2011. http://www.invs.sante.fr/content/download/51769/218605/version/8/file/rapport+accidents_hospitalisation_sport.pdf
- Accidents avec hospitalisation suite à la pratique d'une activité physique et sportive. PFOSS, Focus n°3, 2011.

Siglaire

ONISR : Observatoire national interministériel de sécurité routière
AcVc : Accident de la vie courante
InVS : Institut de veille sanitaire

5 SUICIDE

Contexte national

En 2011, 10 570 personnes sont décédées par suicide en France (1.9 % de l'ensemble des décès). Ce nombre serait sous-estimé d'environ 14 % en partie à cause de certains éléments (sujet tabou, condamnation religieuse, problème d'assurances et préservation de l'entourage). Après une augmentation au début des années 1990 (11 800 en 1995), le nombre de décès par suicide a diminué[1].

La France est un des pays européens les plus concernés par le suicide. Les pays de l'Europe du Sud semblent moins touchés : les écarts s'expliquent par des facteurs culturels et méthodologiques (définition du suicide, recueil d'information)[2].

Le suicide est multifactoriel[3]. Des facteurs primaires (valeur d'alerte importante) sont identifiés : troubles psychiatriques, dépendance à l'alcool, antécédents personnels ou familiaux de suicide. D'autres facteurs (faible valeur prédictive en l'absence des facteurs primaires) regroupent des situations diverses : pertes parentales précoces, isolement social, difficultés financières, professionnelles, événements de vie stressants. Enfin, des facteurs tertiaires (sexe masculin, âge) n'ont de valeur prédictive qu'en présence d'autres facteurs de risque. Des cas de suicide sur le lieu de travail sont rapportés par les médecins du travail vers la fin des années 1990, même si les liens de causalité entre activité professionnelle et risque de suicide sont difficiles à établir. Quoi qu'il en soit, la mortalité par suicide est trois fois plus élevée chez les salariés et surtout chez les ouvriers que chez les cadres[4]. Les chômeurs présentent par ailleurs un risque de décès par suicide deux fois supérieur à celui des actifs occupés.

Les tentatives de suicide ne sont pas systématiquement recensées. L'InVS a dénombré entre 84 000 et 98 000 hospitalisations annuelles en court séjour pour tentatives de suicide (sur la période 2004-2007)[5]. En 2010, d'après l'enquête Baromètre santé INPES[6], 5.5% des 15-85 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (7.6 % des femmes et 3.2 % des hommes). Le profil des personnes ayant fait une tentative de suicide (le plus souvent des femmes et des personnes relativement jeunes) diffère de celui des personnes décédées par suicide (pour près de 3/4 des hommes et pour 1/4 des personnes de plus de 65 ans)[7].

Une journée nationale pour la prévention du suicide, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, est organisée chaque année en février. Un programme national d'actions interministériel contre le suicide 2011-2014 se décline selon 6 axes[8] : développement de la prévention et de la postvention, amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire, information et communication, formation des professionnels, études et recherches en particulier pour améliorer la qualité des données, suivi et animation du programme dans ses déclinaisons régionales avec les ARS.

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- Chaque année, 340 Bourguignons (265 hommes et 75 femmes) décèdent chaque année par suicide : 72 en Côte-d'Or, 61 dans la Nièvre, 130 en Saône-et-Loire, 77 dans l'Yonne - période 2009-2011.
- La Bourgogne présente une surmortalité par suicide chez les hommes par rapport à la moyenne nationale. A structure d'âge égale, l'écart est de +24 % pour les hommes, avec une surmortalité marquée dans la Nièvre et, dans une moindre mesure, en Saône-et-Loire et dans l'Yonne.
- Le suicide représente 8 % des décès de Bourguignons avant 65 ans. C'est la cause principale d'un quart des décès des hommes entre 25 et 34 ans, les jeunes adultes.

  Cependant le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge, surtout au-delà de 70 ans. Il est ainsi 2.5 fois plus élevé chez les 65 ans et plus, que chez les 15-34 ans.
- Depuis le début des années 80, la mortalité par suicide a diminué en Bourgogne comme en France. Les taux standardisés de mortalité (à structure d'âge égale) ont diminué de respectivement -27 % et -22 %.
- Entre 2005 et 2009, on a dénombré 11 décès par suicide dans des établissements pénitentiaires de la région.
- On compte environ 3 300 séjours hospitaliers pour tentatives de suicide chaque année (1 240 hommes et 2 050 femmes) - période 2007-2011.
- Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes. Le taux de tentatives de suicide est maximal chez les 35-44 ans.
- En Bourgogne, comme dans les régions du nord de la France, les taux d'hospitalisation en services de court séjour pour tentative de suicide sont supérieurs à la moyenne nationale, pour les hommes. – source InVS PMSI MCO 2007.
- En 2010, 2 800 patients bourguignons ont été hospitalisés pour tentative de suicide en établissement de court séjour. Parmi eux, 1 150 (41 %) ont été pris en charge en secteur psychiatrique dans l'année qui a suivi.

VOIR AUSSI LES FICHES

- Mortalité prématurée
- Troubles mentaux

PUBLICATIONS DE L'ORS BOURGOGNE

- Regards croisés sur La santé mentale. De la prise en charge des troubles mentaux à la promotion de la bonne santé psychique. Septembre 2010.
- Évaluation du PRS «prévention du suicide et de la tentative de suicide en Bourgogne» - Évaluation du processus et des résultats, 2003.

Merci à P. BESSE (CH La Chartreuse Dijon) pour la relecture

SUICIDE

Nombre de décès moyen annuel par suicide et part dans l'ensemble des décès

	Bourgogne				France métropolitaine			
	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 15 ans	1	1.2	-	0.5	24	1.1	14	0.8
15-24 ans	10	14.4	3	13.9	381	16.7	120	15.4
25-34 ans	24	25.1	6	14.9	798	23.4	186	14.2
35-44 ans	42	20.0	12	11.1	1 439	18.9	420	11.2
45-54 ans	62	11.0	13	6.2	1 677	8.7	618	6.4
55-64 ans	48	4.0	21	3.1	1 244	3.2	555	3.1
65 ans et plus	78	1.2	20	0.3	2 136	1.1	773	0.3
Tout âge	**265**	**3.0**	**75**	**0.9**	**7699**	**2.8**	**2686**	**1.0**

Sources : Inserm CépiDc 2009-2011, Insee Exploitation ORS

Mortalité par suicide

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côte-d'Or	57	23.0 *	16	5.6 *
Nièvre	48	43.0 *	12	9.8
Saône-et-Loire	100	36.4 *	30	9.9
Yonne	60	35.1 *	17	8.7
Bourgogne	**265**	**32.9 ***	**75**	**8.2**
France hexa.	**7 699**	**26.5**	**2 686**	**8.0**

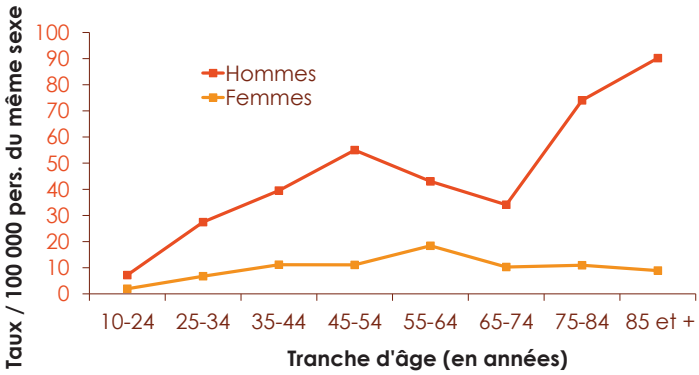
Nombre et taux standardisés pour 100 000 personnes de même sexe

** Significativement différent de la moyenne nationale à 0.05 %*

Sources : Inserm CépiDc 2009-2011, Insee Exploitation ORS

Taux de mortalité annuels par suicide

Selon l'âge

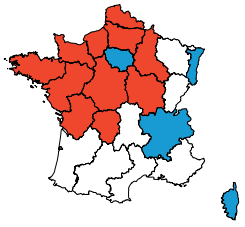


Sources : Inserm CépiDc 2009-2011, Insee Exploitation ORS

Taux standardisés de mortalité par suicide

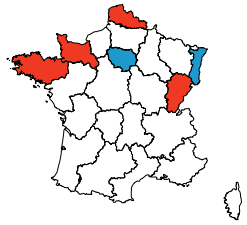
Par région, période 2009-2011

Chez les hommes



Taux France hexagonale : 26.2

Chez les femmes



Taux France hexagonale : 7.9

Variation par rapport au taux national

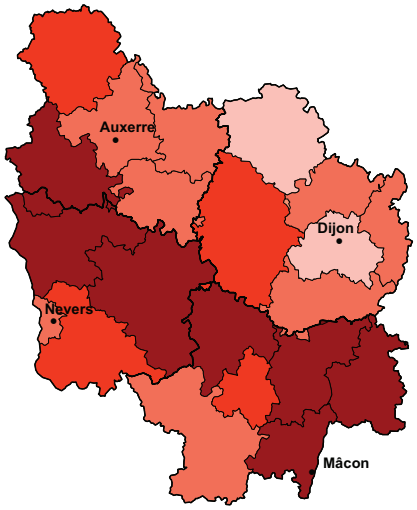
- > +20 %
- -20 % à+20 %
- < -20 %

Taux standardisés pour 100 000 personnes

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation ORS

Par territoire de proximité en Bourgogne, période 2001-2010

Hommes et femmes confondus



- 24.2 - 28.4
- 20.3 - 24.1
- 15.4 - 20.2
- 13.3 - 15.3

SUICIDE

Séjours hospitaliers pour tentative de suicide

	Hommes		Femmes	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côte-d'Or	360	17.2 *	630	27.1 *
Nièvre	180	21.2 *	310	34.2 *
Saône-et-Loire	450	22.0 *	750	33.0 *
Yonne	250	19.0	360	25.7 *
Bourgogne	**1 240**	**19.6**	**2 050**	**29.6**

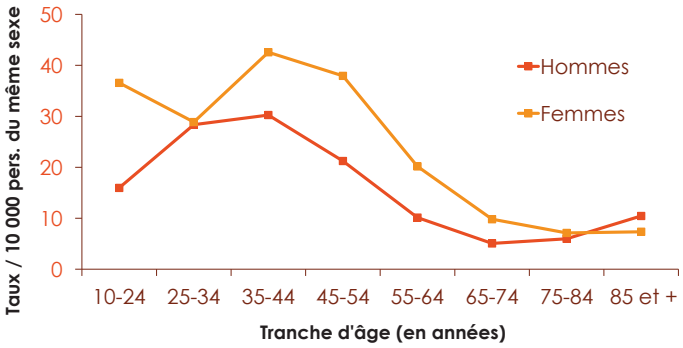
Nombre et taux standardisés de séjours pour 10 000 personnes de même sexe

** Significativement différent de la moyenne régionale à 0.05 %*

Sources : ATIH (PMSI-MCO 2007-2011), Insee Exploitation ORS

Taux de séjours hospitaliers pour tentative

Selon l'âge

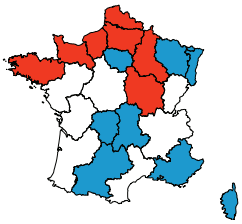


Sources : ATIH (PMSI-MCO 2007-2011), Insee Exploitation ORS

Taux standardisés de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide

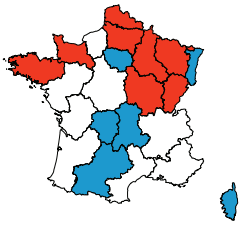
Par région, année 2007

Chez les hommes



Taux France hexagonale : 13.6

Chez les femmes



Taux France hexagonale : 22.8

Variation par rapport au taux national

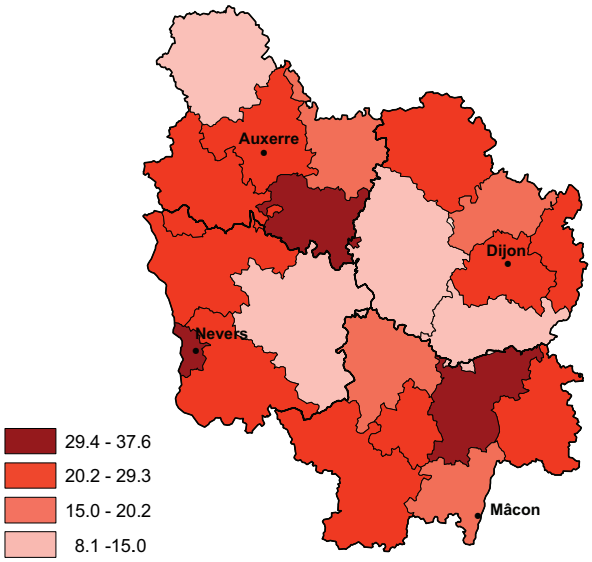
- > +20 %
- -20 % à+20 %
- < -20 %

Taux standardisés pour 100 000 personnes

Sources : ATIH (PMSI-MCO 2007-2011), Insee Exploitation ORS

Par territoires de proximité en Bourgogne, période 2007-2011

Hommes et femmes confondus



Définitions

TSM ou taux standardisé de mortalité :
nombre de décès pour 100 000 que l'on observerait dans la zone géographique considérée si elle avait la même structure d'âge que la population de référence (ici ensemble de la population de France hexagonale au recensement de 2006).

Taux standardisés de séjours hospitaliers : nombre de séjours pour 10 000 habitants que l'on observerait dans la zone géographique considérée si elle avait la même structure d'âge que la population de référence (ici ensemble de la population de France hexagonale aux recensements, de 1999 pour les cartes nationales, et de 2006 pour la carte de Bourgogne).

Éléments de bibliographie

1. DANET S (dir.). L'état de santé de la population en France : rapport 2009-2010. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Drees. Paris. FRA, 2010.
2. Décès par traumatisme en Europe : situation en 2005 et perspectives. Institut national de veille sanitaire (InVS). Département des maladies chroniques et traumatismes. Saint-Maurice. FRA, 2008.
3. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Paris. FRA, 2000.
4. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations des données disponibles. Institut national de veille sanitaire (InVS). Département des maladies chroniques et traumatismes. Saint-Maurice. FRA, 2010.
5. CHAN-CHEE C, JEZEWSKI D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO, BEH n°47-48 / 13 décembre 2011.
6. BECK F, GUIGNARD R, DU ROSCOÄT E, SAÏAS T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. BEH n°47-48, numéro thématique - Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. Saint Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011. 24 p.
7. Plan Psychiatrie - Santé mentale 2005-2008. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.
8. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, septembre 2011.

6.1 MALADIES PROFESSIONNELLES

Contexte national

Les risques professionnels sont souvent générateurs d'invalidités, de handicaps sévères et de décès. Les expositions aux nuisances et risques multiples, l'apparition d'une pathologie plusieurs années après la fin de l'exposition, rendent l'origine professionnelle d'une maladie difficile à identifier.
En 2010, plus de 50 000 maladies professionnelles[1] ont été reconnues en France dont troubles musculo-squelettiques représentent plus de 85 % de l'ensemble.

Le nombre global de maladies professionnelles reconnues a très fortement augmenté ces 10 dernières années (x 2.5 et x 3 pour les TMS), par l'élargissement du champ des maladies reconnues et par une meilleure information des médecins et des salariés. Les maladies causées par les poussières d'amiante, après une très forte progression entre 2000 et 2005 sont en décroissance (-27 %)[2].

Une part non négligeable de maladies professionnelles est sous-déclarée, par méconnaissance de l'origine professionnelle, par suite d'un changement de poste ou de produit qui suffit à les enrayer, ou du fait du salarié (crainte de la perte d'un emploi) ou de l'employeur (coût engendré important). La sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles se traduit par un coût de 0.5 à 1.1 milliard d'euros par an imputé à tort à la branche maladie de la Sécurité sociale[3].

De fortes disparités régionales des déclarations sont notées pour les maladies à forte latence de développement comme les cancers. Le tissu économique et les risques professionnels spécifiques à chaque région n'expliquent à eux seuls ces différences régionales.

Selon l'INCa, l'incidence de cancers d'origine professionnelle est estimée entre 11 000 et 23 000 nouveaux cas par an (InVs 2003). En 2009, 1 830 cas de cancers ont été indemnisés par la Caisse nationale d'assurance maladie (en hausse de 9.1 % par rapport à 2008).

De fortes inégalités d'exposition aux cancérogènes existent : 84 % des salariés exposés sont des hommes, 70 % sont des ouvriers, et 20 % des professions intermédiaires de l'industrie et de la santé[4].

Les secteurs de la métallurgie, du BTP et de l'alimentation et des services (travail temporaire, santé, nettoyage...) représentent plus de la moitié des maladies professionnelles reconnues[5].

Les bouleversements de l'environnement professionnel (changement des modes de production, flexibilité, recours à l'intérim...) génèrent des contraintes et des effets sur l'état de santé (physique et mental) des travailleurs et sont difficiles à cerner et à quantifier. Selon les résultats de l'enquête «SAMOTRACE» (menée par des médecins du travail des régions Centre, Poitou-Charentes, Pays-de-la-Loire et Rhône-Alpes auprès de 6 000 salariés), la prévalence du mal-être est de 24 % chez les hommes et 37 % chez les femmes. Ce mal-être est associé au déséquilibre entre l'implication professionnelle, la reconnaissance du travail, et le surinvestissement au travail auxquels s'ajoutent les violences physiques ou psychologiques au travail (16 % des femmes interrogées ont subi humiliations ou menaces, contre 11.6 % chez les hommes)[6, 7].

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- En 2010, 1 316 maladies professionnelles ont été déclarées parmi les 408 000 salariés du régime général de Bourgogne dont les affections péri articulaires (86.4 %), celles du rachis lombaire (5.2 %), les maladies dues à l'amiante (3.4 %) et les surdités (1 %).
- Plus de la moitié des affections péri articulaires concernent les salariés de 4 secteurs d'activité : commerce-réparation automobile (17 %), construction (11 %), action sociale-hébergement médico-social (10 %) et industrie agro-alimentaire (9 %).
- Dans le secteur agricole, 198 maladies professionnelles sont dénombrées en 2010 parmi les 19 175 salariés : 9 ont donné lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité permanente.
- L'indice de fréquence des maladies professionnelles (nombre de maladies avec arrêt pour 1 000 salariés) en Bourgogne (4) est supérieur à l'indice national[3], surtout en Saône-et-Loire et dans l'Yonne[5].
- Plus du tiers des maladies professionnelles indemnisées le sont en Saône-et-Loire (1 salarié sur 264, contre 1 sur 440 en Côte-d'Or et dans la Nièvre).
- Les secteurs d'activité sont diversement touchés (558 maladies professionnelles déclarées en 2010 pour l'industrie, 154 pour la construction, et 577 pour le tertiaire), Les maladies professionnelles augmentent fortement dans le secteur de la construction (+27 % entre 2009 et 2010). Dans le secteur tertiaire, elles diminuent, sauf dans ceux de l'action sociale-hébergement médico-social (+18 %), de l'hébergement-restauration (+11.4 %) et du transport-entreposage (+11.6 %).
- En 2010, le coût des maladies professionnelles des salariés bourguignons affiliés au régime général s'élève à 69.4 millions d'euros.
- Les maladies professionnelles mortelles causent 12 décès en Bourgogne en 2010. Les affections consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante et les cancers broncho-pulmonaires sont les principales causes de ces décès (plus de 8 sur 10).

*Source : Directe de Bourgogne, Service Études, prospective, évaluation et statistiques, Tableau de bord Santé et Sécurité au Travail, **Bourgogne, décembre 2011, Indicateurs statistiques. par département et secteur d'activité.***

PUBLICATIONS DE L'ORS BOURGOGNE

- Santé et travail en Bourgogne - État des lieux 2006-2007, 2007.
- Inaptitude au poste dans l'entreprise de salariés relevant du service de santé au travail AIST 21, 2007.

ORS BOURGOGNE

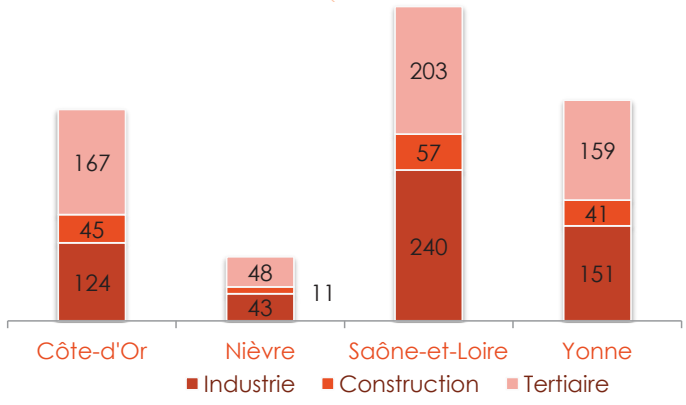
MALADIES PROFESSIONNELLES

Principales causes de maladies professionnelles
en Bourgogne

	Nombre	%	Evolution 2010/2009
Affections péri-articulaires	1 137	86.4	-1.0
Aff chroniques du rachis lombaire dues à la manutention manuelle habituelle de charges lourdes	69	5.2	+30.2
Affections dues à l'inhalation de poussières d'amiante	45	3.4	+73.1
Surdité provoquée par les bruits lésionnels	13	1.0	-31.6
Affections dues aux poussières de bois	9	0.7	+125.0
Autres	43	3.3	-
Total	**1 316**	**100.0**	**+2.0**

Sources : SEPES, CARSAT Bourgogne Franche-Comté 2010 Exploitation ORS

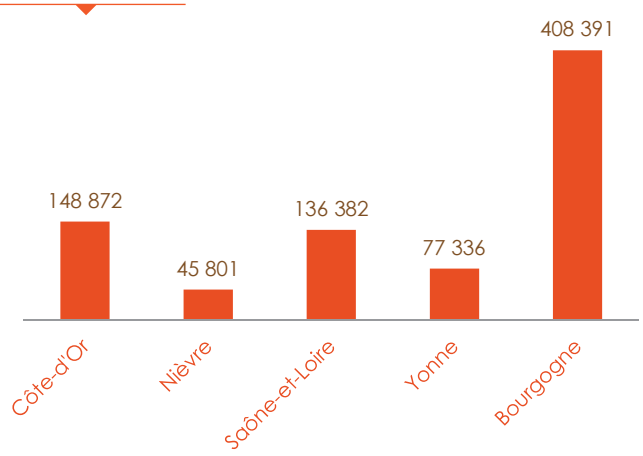
Maladies professionnelles déclarées
en Bourgogne



Nombre de MP

Sources : SEPES, CARSAT Bourgogne Franche-Comté 2010 Exploitation ORS

Nombres de salariés en maladies professionnelles
en Bourgogne



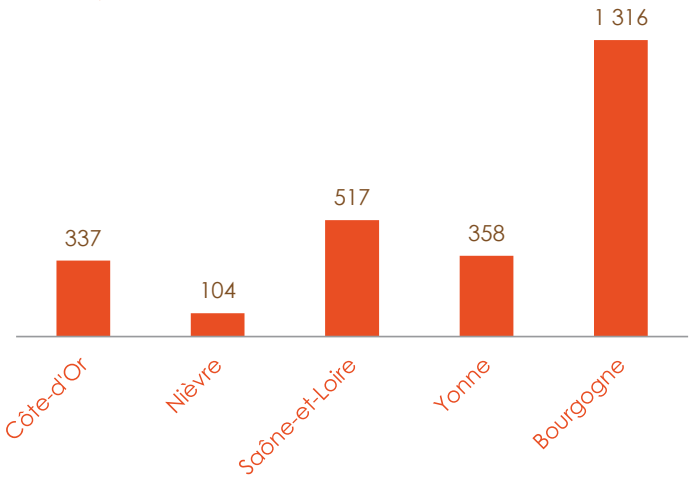
Sources : SEPES, CARSAT Bourgogne Franche-Comté 2010 Exploitation ORS

Affections péri articulaires et secteurs d'activité
en Bourgogne

	Nombre	%
Industrie dont :	**481**	**42.3**
industie agro-alimentaire	107	9.4
industrie plastique	83	7.3
Métallurgie	54	4.7
Fabrication d'équipements électriques	43	3.8
Bois papier	33	2.9
Habillement-textile-cuir	28	2.5
Construction	**120**	**10.6**
Tertiaire dont :	**528**	**46.4**
Commerce, réparation automobile	190	16.7
Action sociale, hébergement médico-social	112	9.9
services y compris intérim	62	5.5
Hébergement, restauration	48	4.2
Transport, entreposage	42	3.7
Tous secteurs	**1 137**	**100.0**

Sources : SEPES, CARSAT Bourgogne Franche-Comté 2010 Exploitation ORS

Indemnisations de maladies professionnelles
en Bourgogne



Sources : SEPES, CARSAT Bourgogne Franche-Comté 2010 Exploitation ORS

MALADIES PROFESSIONNELLES

Définitions

Maladie professionnelle (MP) : maladie considérée comme professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité[8].

Maladie professionnelle reconnue : celles qui figurent sur des «tableaux de maladies professionnelles» précisant les conditions médicales, techniques et administratives nécessaires et suffisantes pour qu'une maladie soit reconnue par présomption comme professionnelle. D'autres maladies dites « hors tableaux » peuvent depuis 1994 être par ailleurs reconnues, après expertise individuelle des dossiers par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

Maladie professionnelle indemnisée : celles qui répondent aux critères de reconnaissance et qui ouvrent droit à réparation (sous la forme d'un capital si taux IP<10% ou d'une rente si taux d'IP≥10%, lorsqu'elles correspondent à un taux d'incapacité permanente (IP) fixé par le médecin conseil après consolidation, en référence au guide barème AT/MP annexé au code de la sécurité sociale.

Maladie à caractère professionnel (MCP) : maladie non reconnue comme « professionnelle » par la sécurité sociale et non consécutive à un accident du travail, mais présentant un lien, selon l'expertise du médecin du travail, avec l'activité professionnelle[9].

Indice de fréquence : nombre de maladies professionnelles avec arrêt pour 1 000 salariés.

Éléments de bibliographie

1. Cnamts-Direction des risques professionnels (2011). Statistiques régionales des maladies professionnelles. Année 2006 à 2010. 95 p.
2. Cnamts-Direction des risques professionnels (2011). Faits marquants et chiffres clés 2010, 22 p.
3. Rapport-de la commission Diricq, instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, juin 2011,171 p.
4. La situation du cancer en France en 2011, Collection Rapports et synthèses, ouvrage collectif édité par l'Institut National du Cancer, Boulogne-Billancourt, octobre 2011.
5. Cnamts-Direction des risques professionnels (2011). Risque MP 2010 : sinistralité détaillée par CTN, n° de risque, n° de tableau MP et syndrome. 38 p.
6. Inégalités sociales de santé mentale, résultats issus de l'enquête Samotrace, Marie Murcia, Christine Cohidon, Isabelle Niedhammer, et le comité de pilote Samotrace*, présentation 13ème Colloque de l'Aderest, 23-24 septembre 2010, Pont-à-Mousson, Lorraine.
7. BEH Numéro thématique - Santé mentale et travail : comprendre pour surveiller, n°25-26, 2009, Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France, Cohidon C, Arnaudo B, Murcia M. et le comité de pilotage de Samotrace Centre, p265.
8. Article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale.
9. Valenty M, Chevalier A, Homère J. *et al.* (2008).Surveillance des maladies à caractère professionnel par un réseau de médecins du travail en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 32. pp. 281-284.

Pour en savoir plus

- Goldberg M, Imbernon E, Arnaudo B. *et al.* (2006). La place de la santé au travail dans la santé publique. Actualité et dossier en santé publique. HCSP, n° 57. pp. 17-70.
- ORS Centre, ORS Haute-Normandie, ORS Languedoc- Roussillon, ORS Picardie, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2008). La santé au travail dans les régions de France : contexte socio-économique, répartition de l'offre de médecine du travail en France, conditions de travail, accidents du travail, maladies professionnelles, risques psychosociaux au travail. Fnors. 108 p
- Euzenat D. (2010). L'exposition des salariés aux maladies professionnelles en 2007. Analyses. Dares, n° 056, 11 p.

Siglaire

BTP : Bâtiment et travaux publics
Inca : Institut national du cancer
InVS : Institut de veille sanitaire

6.2 ACCIDENTS DU TRAVAIL

Contexte national

Le nombre d'accidents du travail (accidents du trajet compris) diminue depuis trente ans sous l'effet d'une amélioration de l'organisation et des conditions de travail, des mutations de certains secteurs (automatisation, transformations structurelles de l'emploi, fermeture de sites dangereux dans le secteur industriel...) ainsi que des actions de prévention.
Cependant, depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, une stagnation, voire une reprise, du nombre d'accidents sont observées. La croissance économique (avec croissance du nombre d'heures travaillées et donc des occasions d'accidents), l'augmentation du nombre de salariés, l'émergence de nouveaux risques, la dégradation des conditions de travail (organisation et cadences astreignants, période d'adaptation réduite et formation à la sécurité négligée dans les situations de sous-traitance en cascade...) sont des déterminants de cette détérioration.

En 2010, on dénombre 665 363 accidents du travail (AT) avec arrêt, 42 248 incapacités permanentes et 549 mortels pour les 18.9 millions de salariés couverts par la branche « risques professionnels » du régime général[1].

Les trois principales causes d'AT avec arrêt ou incapacité permanente (IP) sont la manutention manuelle, les chutes de plain-pied et les chutes avec dénivellation.

Les AT touchent plus des hommes, jeunes, ouvriers du bâtiment et des travaux publics (taux de fréquence de 48 AT versus 3 pour les cadres et chefs d'entreprise), salariés d'établissements de taille intermédiaire (taux de fréquence supérieur à 25 pour les établissements de 10 500 salariés).

Les trois secteurs d'activité les plus inducteurs d'AT avec arrêt, relativement à l'effectif des salariés, sont ceux du bâtiment travaux publics (BTP), des industries du bois et du papier, et les activités de services et travail temporaire avec un taux de fréquence respectif de 49.8, 38.6 et 37.4 en 2007.

Les salariés les plus âgés subissent des accidents générant plus fréquemment des séquelles (14 % des AT chez les 50-59 ans ouvrent droit à une IP contre 2 % pour les moins de 20 ans.

Deux accidents mortels sur cinq surviennent dans trois secteurs : le BTP (1 AT sur 4 imputable à une chute de hauteur), puis les transports (1 AT sur 2 imputable à un accident de la route) et enfin les activités de services comprenant l'intérim[2].

Depuis 2002, le nombre des accidents du travail au sens strict diminue (- 13 % entre 2002 et 2010).

En revanche, on observe une hausse du nombre d'accidents de trajet (+9 % de 2002 à 2010)[3] associée à l'augmentation des trajets domicile-travail, les actifs résidant moins dans la commune où ils travaillent.

En 2010, les accidents de trajet ont été à l'origine de 95 262 arrêts du travail, 8 047 incapacités permanentes et 359 décès[4].

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- Pour l'année 2010, on dénombre 18 150 accidents avec arrêt de salariés du régime général en Bourgogne dont 1 046 accidents graves (dans la construction, le commerce-réparation automobile, les services et travail temporaire), et 15 accidents mortels (la moitié pour le BTP et les activités de services et travail temporaire). Le nombre d'AT en Bourgogne augmente par rapport à 2009 (+2 %), davantage dans les activités de services (+6.9 %) et plus particulièrement celles incluant l'intérim (+22.2 %) ainsi que dans le secteur industriel (en particulier l'industrie du bois, les industries agro-alimentaires, et l'industrie textile).

- On compte, la même année, 2 154 accidents de trajet, dont 167 graves et 13 mortels, touchant des salariés bourguignons du régime général.

- Les AT, toutes catégories, entraînent des arrêts de travail de 56 jours en moyenne en 2010.

- L'indice de fréquence des accidents avec arrêt est de 43 pour 1 000 salariés dans l'ensemble de secteurs et varie de 13 pour les services à 88 pour le BTP.
Depuis le début des années 80, l'indice de fréquence des AT diminue, en Bourgogne comme en France mais reste supérieur à la moyenne nationale, l'écart s'étant accru dans la dernière décennie. En 2010, l'indice de fréquence est significativement plus élevé en Bourgogne (43 pour 1 000 salariés) qu'en France (35), en particulier dans le BTP, les transports, ou la chimie-plasturgie, mais également dans les services.

- En région, l'indice de fréquence diffère selon les départements, variant de 37 pour la Nièvre à 50 pour l'Yonne. Entre 2006 et 2010, l'indice de fréquence a globalement diminué dans la région (- 10 %), mais la baisse est plus marquée dans l'Yonne (- 15 %) qu'en Côte d'Or (- 9 %).

- Deux causes d'accidents du travail prédominent : la manutention (34.5 % des AT) et les chutes de plain-pied (23.1 % des AT). Les secteurs les plus touchés sont dans les deux cas le commerce-réparation automobile, la construction, l'action sociale hébergement médico-social, les services.

- Dans le secteur agricole, 3 618 accidents du travail sont déclarés en 2010 parmi les 19 175 salariés : 88 ont donné lieu à l'attribution d'un taux d'IP, dont 26 avec un taux supérieur ou égal à 10 %, 60 684 journées ont été indemnisées, 11 décès.

*Source : Directe de Bourgogne, Service Études, prospective, évaluation et statistiques, Tableau de bord Santé et Sécurité au Travail, **Bourgogne**, décembre 2011, Indicateurs statistiques. par département et secteur d'activité.*

PUBLICATIONS DE L'ORS BOURGOGNE

- Santé et travail en Bourgogne - État des lieux 2006-2007, 2007.

ORS BOURGOGNE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Accidents du travail avec arrêt en Bourgogne

Par secteurs d'activité

	2006	2007	2008	2009	2010
Métallurgie	2 893	2 970	2 982	2 412	2 268
BTP	3 561	3 715	3 747	3 386	3 263
Transports, eau, gaz, électricité	2 176	2 354	2 369	2 085	2 342
Services, commerces et industries de l'alimentation	3 161	3 336	3 064	2 922	2 970
Industrie de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie	686	626	614	514	526
Industrie du bois et de l'ameublement	1 211	1 199	1 137	930	965
Commerce non alimentaire	1 333	1 365	1 344	1 259	1 281
Activités de service 1 (1)	944	1 013	980	895	1 038
Activités de service 2 (2) et travail temporaire	3 958	4 552	4 281	3 367	3 732
Total	**19 923**	**21 130**	**20 518**	**17 770**	**18 385**

Nombre d'AT

Sources : CNAMTS-DRP 2006 - 2010 Exploitation ORS

(1) Les activités de service 1 correspondent aux activités financières et cabinets d'études, assurances, recherche publique, administrations locales (collectivités territoriales et administration hospitalière, uniquement pour les salariés contractuels), autres administrations, autres activités, accueil à domicile, bureaux d'essai, organismes de formation (personnel enseignant et administratif).

(2) Les activités de service 2 et travail temporaire correspondent aux activités de travail temporaire, nettoyage et désinfection, professions de santé, vétérinaires, action sociale sous toutes ses formes (dont une partie de l'activité des services d'aide à la personne), formation (stagiaires des centres de formation professionnelle), organisations économiques, sociales et culturelles, services aux personnes et à la collectivité, activités autres

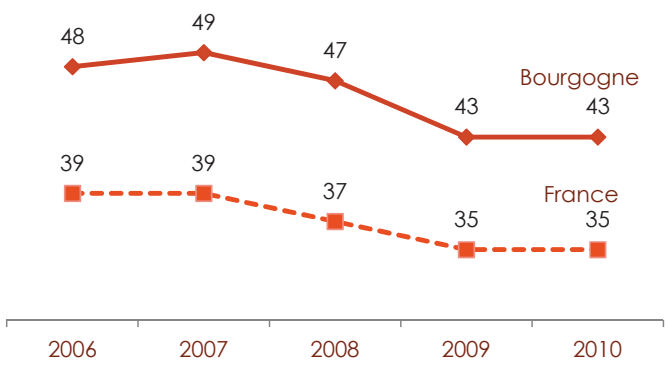
Évolution d'accidents du travail avec arrêt

	2006	2007	2008	2009	2010
Côte-d'Or	6 414	7 217	6 797	6 093	6 323
Nièvre	2 002	1 863	1 820	1 613	1 762
Saône-et-Loire	6 755	7 009	6 900	6 078	6 059
Yonne	4 800	4 835	4 762	3 971	4 006
Bourgogne	**19 971**	**20 924**	**20 279**	**17 755**	**18 150**

Nombre d'AT

Sources : CNAMTS-DRP 2006 - 2010 Exploitation ORS

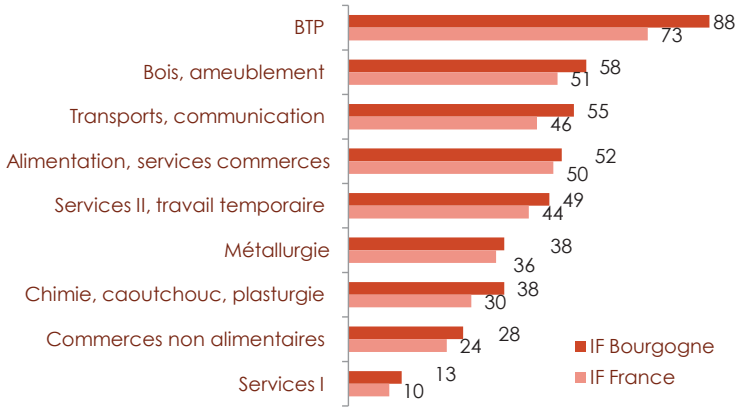
Évolution de l'indice de fréquence des accidents du travail des salariés du régime général



Sources : CNAMTS-DRP 2006 - 2010 Exploitation ORS

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Indice de fréquence (IF) des accidents du travail avec arrêt



Sources : CNAMTS-DRP 2006 - 2010 Exploitation ORS

Définitions

Accidents de travail (AT) : accident survenu par le fait, ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise[5].

Accident du trajet (ATr) : accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et de retour entre le domicile et le lieu de travail, entre le lieu de travail et le lieu habituel des repas[6].

Accident avec arrêt : accident ayant donné lieu à un premier versement d'indemnité journalière, lorsque le salarié a été en arrêt de travail au moins vingt quatre heures.

Accident grave : accident ayant entraîné une incapacité permanente (IP) et par suite l'attribution d'une indemnité en capital (si taux d'IP<10 %) ou d'une rente (si taux d'IP ≥ 10 %).

Accident mortel : décès réglés pendant l'année et intervenus avant consolidation, c'est-à-dire avant fixation d'un taux d'IP.

Indice de fréquence : nombre d'accident avec arrêt pour 1 000 salariés.

Taux de fréquence : nombre d'accident avec arrêt pour un million d'heures travaillées.

Éléments de bibliographie

1. Cnamts- Direction des risques professionnels. (2011). Statistiques régionales des accidents du travail. Année 2006 à 2010. 138 p.
2. Euzenat D. (2009). L'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007. Premières informations et premières synthèses. Dares. N° 50.2. 8 p.
3. Cnamts-Direction des risques professionnels. (2011). Faits marquants et chiffres clés 2010, 22 p.
4. Cnamts- Direction des risques professionnels. (2011). Statistiques régionales des accidents de trajet. Année 2006 à 2010. 86 p.
5. Article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale.
6. Article L. 411-2 du Code de la sécurité sociale.

Pour en savoir plus

- Goldberg M, Imbernon E, Arnaudo B. *et al.* (2006). La place de la santé au travail dans la santé publique. Actualité et dossier en santé publique. HCSP, n° 57. pp. 17-70.
- ORS Centre, ORS Haute-Normandie, ORS Languedoc- Roussillon, ORS Picardie, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2008). La santé au travail dans les régions de France : contexte socio-économique, répartition de l'offre de médecine du travail en France, conditions de travail, accidents du travail, maladies professionnelles, risques psychosociaux au travail. Fnors. 108 p

Contexte national

Le principal risque sanitaire lié à la consommation d'eau est le risque microbiologique. Aujourd'hui, en France, les effets sur la santé se traduisent généralement par des gastroentérites aiguës pour les agents bactériens et viraux et par des pathologies parasitaires spécifiques (leptospirose, cryptosporidiose...) dont la prévalence est encore mal évaluée.
Les problèmes sanitaires autres que digestifs sont moins fréquents mais parfois graves : affections ophtalmologiques et oto-rhino-laryngologiques, légionelles.

Le risque chimique est lié à l'exposition, notamment par ingestion, à faible ou très faible dose, d'éléments toxiques pendant une longue période, qui peut être responsable de la survenue d'effets sur la santé à moyen ou long terme. Plomb, nitrates, pesticides, fluor sont les plus étudiés.

L'eau du robinet est un produit très contrôlé. Les ARS ont pour mission d'en contrôler la qualité sanitaire, 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.

Le suivi de la qualité des eaux de baignade est sous la responsabilité des maires, sous le contrôle des représentants de l'état dans le département, et les ARS ont des missions de contrôle, d'évaluation et d'information.

Selon le baromètre santé environnement 2007 (INPES), 40 % des individus voient dans la consommation de l'eau du robinet un risque élevé pour leur santé. Les nitrates sont les éléments les plus souvent cités (30 %), devant les pesticides et le plomb (19 %), les bactéries ou microbes (12 %), le chlore (10 %) et le calcaire (9 %). Globalement, 77 % des personnes sont satisfaites de la qualité de l'eau du robinet sur leur lieu de vie, sentiment de satisfaction qui augmente avec les niveaux de diplôme et de revenu.

Deux pathologies liées à l'eau, la légionellose et la leptospirose, font l'objet d'une surveillance en France. La recrudescence de la légionellose s'explique par le développement des systèmes modernes d'alimentation en eau (systèmes de climatisation à eau stagnante, tours aéro-réfrigérantes humides, réseaux d'eau chaude sanitaire...). La leptospirose peut être transmise directement par simple contact avec les animaux infectés ou par morsure, mais, le plus souvent, au contact d'une eau contaminée par les déjections d'animaux.

Le 3e Plan National Santé Environnement (2015-2019) poursuit la dynamique de protection des captages utilisés pour l'alimentation en eau potable, notamment par l'instauration de périmètres de protection. Il projette de mieux évaluer les effets des micropolluants (substances potentiellement toxiques à doses très faibles, comme les nitrosamines, perchlorates, perfluorés), ainsi que la toxicité des résidus de médicaments.

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- La Bourgogne dispose d'un patrimoine aquatique remarquable mais les eaux superficielles sont largement sollicitées par de nombreux usages localement conflictuels et sont soumises à une gestion fragmentée des cours d'eau. Les principales altérations de la qualité physico-chimique des eaux superficielles sont liées aux rejets de nature diverse : urbains, agricoles, industriels.
  Elle a la particularité d'être le siège de trois bassins versant (Loire Bretagne, Seine Normandie, Rhône Méditerranée Corse), donc d'être en lien avec trois agences de l'eau.
- 1 254 captages sont répertoriés en Bourgogne. Plus de 68 % disposent d'une protection réglementaire et près de 25 % ont une procédure en cours. Les non-conformités bactériologiques concernent 1 % de la population régionale, située au sein de petites collectivités au service de l'eau souvent déficient. Les non-conformités sur les pesticides affectent environ 5 % des habitants.
- En 2013, 3 cas de leptospirose ont été déclarés dans la région (1 % de l'ensemble des cas en France métropolitaine), soit 0.2 cas pour 100 000 habitants (0.6 pour 100 000 en France métropolitaine).
- En 2012-2013, la Bourgogne enregistre en moyenne 52 cas de légionellose par an, soit 2.9 cas pour 100 000 habitants. Etant une source de contamination potentielle, les installations qui disposent de tours aéro-réfrigérantes doivent être déclarées. (Institut Pasteur CNR des Leptospires).
- En 2013, en région Bourgogne, 54 points de baignade ont fait l'objet d'un suivi analytique par l'ARS. 87 % de ces points se sont révélés de qualité excellente à suffisante.
- On dénombre 29 décès annuels par noyade (moyenne 2009-2011).
- Concernant les usages non alimentaires (eaux de loisirs, eau chaude sanitaire), les problèmes de santé autres que digestifs sont moins fréquents (affections ophtalmologiques et oto-rhinolaryngologiques en cas de non-conformité de l'eau...) et parfois graves (légionelloses liés à la prolifération des légionelles dans certains réseaux d'eau chaudes par exemple...).
- Le suivi de la qualité des eaux de baignade est sous la responsabilité des gestionnaires, sous le contrôle du représentant de l'état dans le département. Les ARS élaborent un contrôle sanitaire des eaux de baignades et ont une mission d'évaluation et d'information.

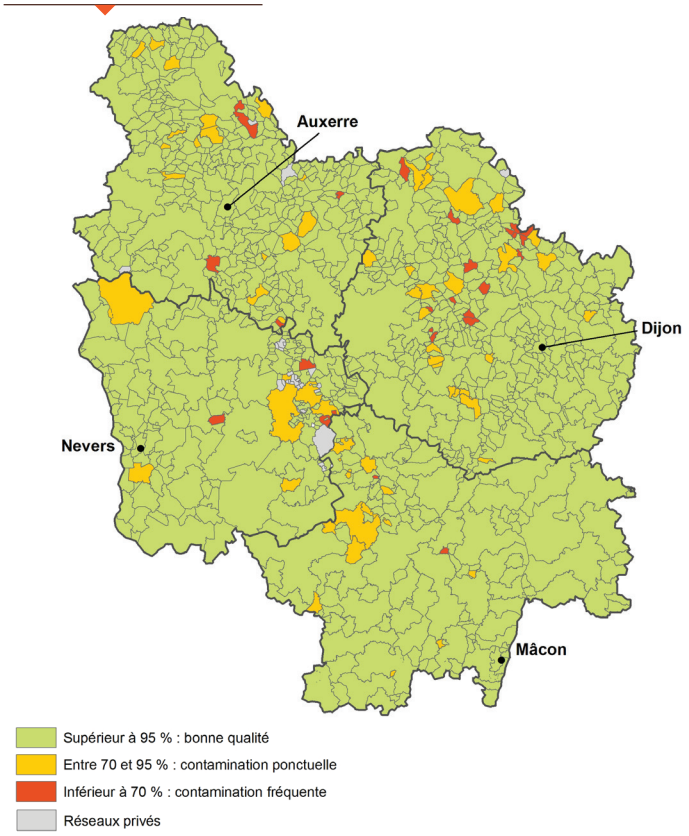
POUR EN SAVOIR PLUS

Contexte national complet sur Score-Santé :
http : //www.score-santé.org
Code de Santé Publique : Art. L 1321-5 et Art. L 1332-1 à L 1332-9.

Merci à Bruno MAESTRI (ARS) pour la relecture.

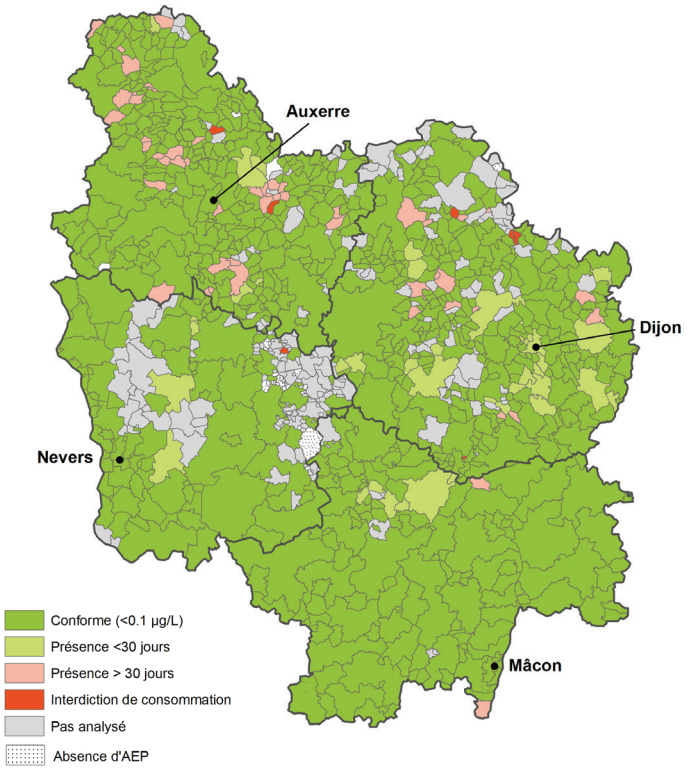
EAU

Conformité des eaux distribuées aux normes bactériologiques



Sources : ARS, service santé et environnement 2013 Exploitation ORS

Conformité des eaux distribuées aux normes vis-à-vis des produits phytosanitaires («pesticides»)



Sources : ARS, service santé et environnement 2013 Exploitation ORS

Définitions

La leptospirose : est l'une des zoonoses les plus répandues dans le monde, principalement dans les zones tropicales. Les symptômes évoquent ceux d'une septicémie mais l'évolution est le plus souvent favorable après antibiothérapie.

La légionellose : est une infection respiratoire provoquée par des bactéries du genre Legionella. La forme grave est une infection pulmonaire aiguë qui peut être efficacement combattue par des antibiotiques s'ils sont prescrits à temps.

Nombre de mesures et proportion de non-conformité de plusieurs paramètres dans le cadre du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine

		Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France hexagonale
Aluminium	Nb de mesures	317	456	602	225	1 600	53 807
	Mesures non conformes	0.9 %	7.2 %	1.5 %	2.2 %	3.1 %	0.9 %
Arsenic	Nb de mesures	139	79	185	215	618	17 306
	Mesures non conformes	0.0 %	25.3 %	4.9 %	0.0 %	4.7 %	2.3 %
Fluor	Nb de mesures	139	77	167	218	601	16 558
	Mesures non conformes	0.0 %	20.8 %	5.4 %	0.9 %	4.5 %	1.6 %
Turbidité	Nb de points de prélèvement	3 029	1 193	1 981	2 507	8 710	236 668
	Mesures non conformes	3.2 %	6.7 %	2.3 %	4.8 %	3.9 %	1.4 %
Paramètres microbiologiques	Nb de points de prélèvement	3 357	1 287	2 144	2 962	9 750	298 676
	Mesures non conformes	1.9 %	2.7 %	1.2 %	1.8 %	2.4 %	2.4 %
Paramètres chimiques	Nb de points de prélèvement	3 357	1 287	2 144	2 962	9 750	298 676
	Mesures non conformes	5.2 %	4.0 %	1.9 %	4.3 %	4.0 %	3.1 %

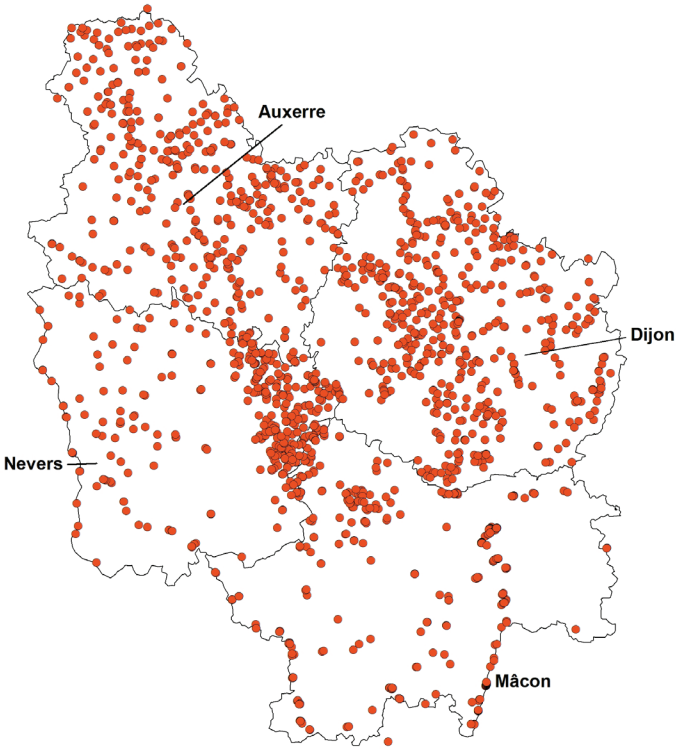
Sources : Ministère chargé de la santé – ARS – SISE-Eaux – 2013 – Exploitation Fnors

Précisions

Nombre d'unités de distribution (UDI) où les paramètres chimiques ont fait l'objet de mesures dans le cadre du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine, selon le nombre de personnes desservies par l'UDI. Les paramètres chimiques sont ceux réglementés par les limites de qualité, en référence à l'arrêté du 11-01-2007 relatif aux limites et références de qualité des eaux brutes et des eaux destinées à la consommation humaine..

EAU

Les captages d'eau potable



Sources : ARS, service santé et environnement 2013 Exploitation ORS

Précisions

Une eau est qualifiée de conforme lorsque :

- Vis-à-vis des nitrates, la teneur en nitrates est inférieure à 50mg/l d'eau.
- Vis-à-vis des paramètres microbiologiques, moins de 5 % des prélèvements révèlent la présence de coliformes thermotolérants (Escherichia coli) et de streptocoques fécaux. Un seul germe de contamination suffit à déclarer l'eau non-conforme.
- Vis-à-vis des pesticides, la limite de 0.1 µg/l pour chaque pesticide (mais 0.03 µg/l pour l'aldrine, la dieldrine, l'heptachlore et l'heptachloroépoxyde) et 0.5 µg/l pour le total des substances mesurées dans l'eau de consommation n'est pas dépassée dans la totalité des prélèvements.

Les contrôles de qualité de l'eau de distribution concernent plus de 650 paramètres, dont les seuils admissibles sont fixés par la réglementation française (décret n° 2001-1220 du 20 décembre 2001 relatif aux eaux destinées à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux minérales naturelles) conformément aux directives européennes.

Les analyses courantes des échantillons d'eau de distribution prélevés portent sur la recherche de trois types de bactéries : les coliformes totaux, les coliformes fécaux et les streptocoques fécaux. Ces germes microbiens, bien qu'indésirables, constituent rarement en eux-mêmes un danger pour la santé mais sont des indicateurs de la charge en organismes pathogènes de l'eau.

Classement des eaux de baignade

	Bourgogne		France	
	Nb de points de prélèvements	%	Nb de points de prélèvements	%
A*	32	56.1	727	57.5
B**	18	31.6	511	40.4
C***	7	12.3	23	1.8
D****	0	0.0	3	0.3

** bonne qualité ; ** qualité moyenne ; *** eaux pouvant être momentanément polluées ; **** mauvaise qualité*

Sources : DGS, Résultats d'analyses de qualité (Système SISE-Eaux) 2011 – Exploitation Fnors

Pour en savoir plus

- Plan national santé environnement 3. 2015-2019. 106 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE3_v_finale.pdf
- Cartographie des eaux de baignades. http://www.ars.bourgogne.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/publications/ARS/DSP/eaux_de_loisirs/ARSAN12-DepliantBaignades2014-VERSO.pdf

Siglaire

ARS : Agence régionale de Santé
INPES : Accident de la vie courante
InVS : Institut de veille sanitaire

Contexte national

L'exposition à la pollution atmosphérique concerne l'ensemble de la population française. Ce sont essentiellement les pollutions locales, particulièrement urbaines, qui font courir le plus de risques sur la santé humaine à court ou moyen terme. En effet, la qualité de l'air des agglomérations change au cours des dernières décennies, et l'urbanisation et la croissance du trafic automobile provoquent des expositions locales parfois très élevées. Hors agglomération, l'agriculture et la sylviculture sont des activités participant à l'emission de particules en suspension, de pesticides, d'amoniac et de méthane Les polluants émis par les activités humaines retombent en partie à proximité des sources, mais aussi à des milliers de kilomètres de leur émission. Les principaux problèmes de cette pollution à longue distance sont une acidification, une eutrophisation et une pollution photochimique (dont l'ozone)

Malgré la baisse des émissions primaires depuis les années soixante-dix, la pollution de l'air demeure un facteur de risque sanitaire important, impliqué dans la genèse d'insuffisances respiratoires, de maladies cardio-vasculaires, de l'asthme et de certains cancers. Les troubles se manifestent principalement chez les personnes sensibles : enfants, personnes âgées, femmes enceintes, personnes présentant déjà certaines pathologies (asthme, insuffisance respiratoire, bronchite chronique, maladies cardiaques...) et fumeurs.

Les études conduites à l'échelle mondiale, européenne ou nationale retrouvent de nombreuses conséquences en termes de mortalité (décès prématurés) et de morbidité (hospitalisations)[1, 2, 3, 4]. Ainsi par exemple, d'après l'InVS, il existe des effets à court et long terme des particules fines inférieures à 10 µm (PM10) sur la mortalité, même à des concentrations conformes à la réglementation de l'Union européenne et proches des valeurs guides de l'Organisation mondiale de la santé.

À l'échelle des grandes agglomérations qui disposent d'un système de surveillance de la qualité de l'air, des évaluations d'impact sanitaire de la pollution atmosphérique peuvent être réalisées. Une réduction globale de la pollution de fond, et pas seulement des pics, peut permettre un bénéfice sanitaire notable.

Selon le baromètre IRSN 2014, la pollution de l'air est la première préoccupation des Français par rapport aux problèmes liés à l'environnement[5]. Les deux tiers considèrent que le risque pour les Français est élevé, et la moitié ne fait pas confiance aux Autorités françaises pour les protéger.

Le troisième Plan national santé environnement (PNSE 3)[6] (2015-2019) installe un nouveau Programme de Réduction des Émissions des Polluants Atmosphériques (PREPA). Il s'appuiera sur des outils déjà existants (plans de protection de l'atmosphère – PPA, Schéma Régional Climat Air Énergie – SRCAE...). Il est prévu de renforcer les actions concernant les transports et la réduction des émissions liées aux chauffages domestiques au bois peu performants.

Plusieurs actions concernent les pollens et moisissures allergisants, dont l'ambroisie.

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- En Bourgogne, l'association de surveillance de la qualité de l'air, ATMOSF'air Bourgogne, est agréée par le ministère chargé de l'environnement. Elle disposait en 2014 d'un parc de 53 capteurs automatiques répartis sur 17 sites, 6 stations météo fixes, 3 laboratoires mobiles.
- L'IQA (Indice de Qualité de l'Air) mesure la qualité de l'air au jour le jour. Le polluant qui donne le plus souvent l'indice est l'ozone, avec plus de 70 % des cas. Les particules fines (PM10) donnent l'indice dans 10 % à 50 % des cas, et les oxydes d'azote dans 20 à 40 % des cas. En 2014, les zones urbaines de la moitié sud/est de la Bourgogne enregistrent globalement plus d'indices moyens à très mauvais que celles du nord/ouest. [7]
- L'agglomération dijonnaise a fait l'objet d'une évaluation d'impact sanitaire en 2007. D'après celle-ci, 95 hospitalisations pour motif cardiovasculaire attribuables à la pollution atmosphérique chaque année, ainsi que de 8 hospitalisations pour motif respiratoire chez les 65 ans ou plus. La pollution serait responsable de 24 décès par an en moyenne. Cette étude est en cours d'actualisation à l'échelle de la région.[8]
- L'impact sanitaire de la pollution atmosphérique est davantage lié aux niveaux habituels qu'à des pics de pollution : dans l'agglomération dijonnaise, une baisse de 25 % de la moyenne annuelle de chaque polluant s'accompagnerait d'une baisse de l'ordre de 37 % de la mortalité due à la pollution atmosphérique, et d'un recul de 34 % à 73 % du nombre d'hospitalisations de même cause.[9]
- Parmi les pollens, l'ambroisie fait l'objet d'une attention particulière.[3] Les départements de Saône-et-Loire et de la Nièvre sont les plus touchés, devant la Côte-d'Or ; l'Yonne est pour l'instant épargnée.[10]

VOIR AUSSI LA FICHE

- Habitat

SPÉCIFICITÉS EN BOURGOGNE

- Pour localiser les stations de mesure, les résultats de l'indice Atmo, les manifestations... : www.atmosfair-bourgogne.org
- Pour connaître l'état de la situation aéropollinique : www.rnsa.asso.fr
- Consulter les priorités du PRSE 2 sur le site de l'ARS : http://www.ars.bourgogne.sante.fr/Sante-environnement-consulte.123873.0.html

PUBLICATIONS DE L'ORS BOURGOGNE

- État des lieux des connaissances et perspectives de lutte contre l'ambroisie en Bourgogne. 2013.

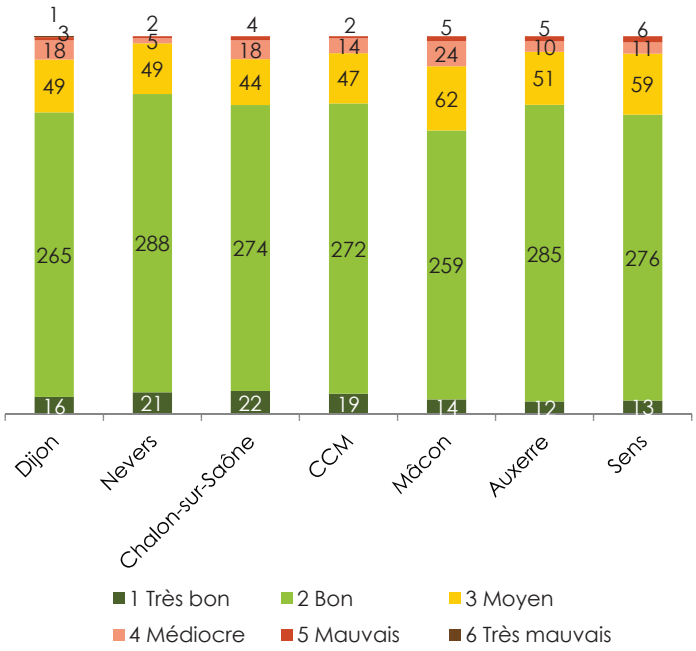
AIR

Volume d'émission de différents polluants atmosphériques
Par habitant

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne	Bourgogne	France hexa.
Dioxyde de soufre (SO2) - kg/hab.	7.6	8.5	28.7	7.0	14.8	16.0
Oxydes d'azote (NOx) - kg/hab.	37.7	32.8	39.7	46.2	39.4	29.5
Oxyde de carbone (CO) - kg/hab.	170.6	157.8	145.4	164.4	158.9	160.1
COVNM - kg/hab.	70.0	89.0	56.5	71.4	68.4	44.4
Ammoniac (NH3) - kg/hab.	12.1	29.0	24.6	16.8	19.7	13.8
Dioxyde de carbone (CO2) - kg/hab.	8 909.8	6 427.8	9 685.2	8 238.4	8 685.6	8 024.8
Dioxine et furane - µg ITEQ/hab.	7.5	14.6	1.8	8.6	6.8	29.8
Polychlorobiphényls (PCB) - mg/hab.	0.7	0.6	0.5	0.5	0.5	1.0
Plomb (Pb) - g/hab.	29.0	26.5	30.3	28.4	29.0	27.6

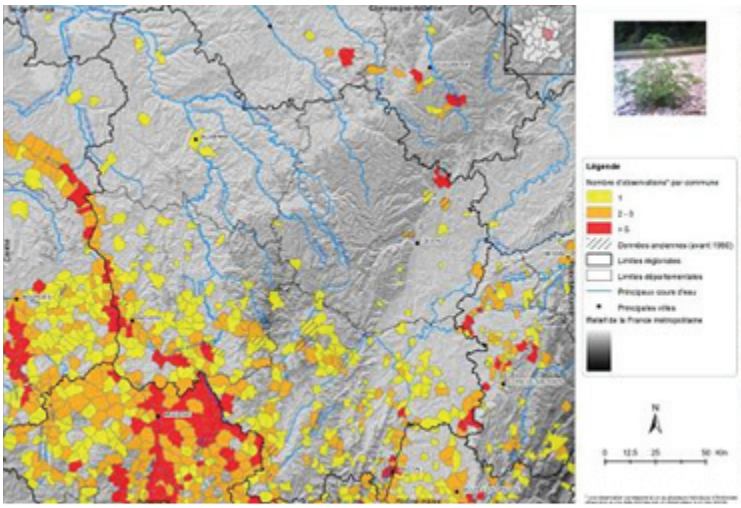
Sources : Inventaire des émissions CITEPA, inventaire 2000 mis à jour en 2005 Exploitation ORS

Bilan de l'IQA (Indice de la qualité de l'air)
en Bourgogne, en nombre de jours



Sources : ATMOSF'air Bourgogne – Rapport d'activité 2014

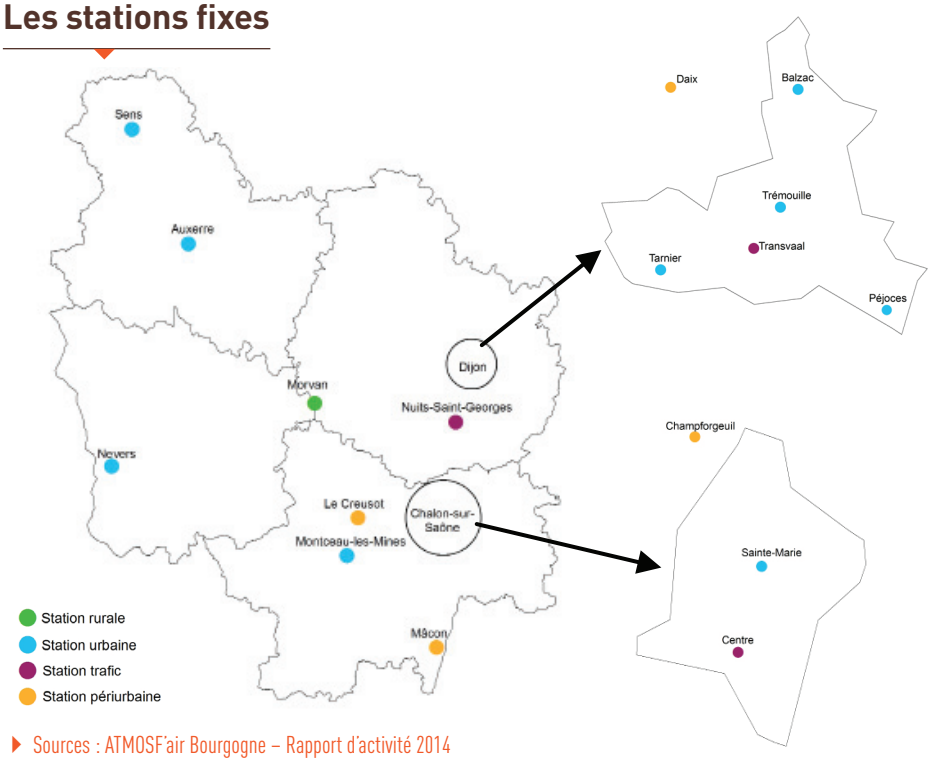
Répartition de l'ambroisie
en Bourgogne



Sources : FCBN. Cartographie nationale de l'Ambroisie (Ambrosia artemisiifolia L.). sante.gouv.fr. [En ligne]. 2011. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cart0111.pdf

AIR

Dispositifs d'évaluation de la qualité de l'air : Les stations fixes



Sources : ATMOSF'air Bourgogne – Rapport d'activité 2014

Impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine dans l'agglomération de Dijon

Hospitalisations dues à la polution et hospitalisations évitables

	Morbidité respiratoire parmi les >64 ans	Morbidité cardiovasculaire tous âges
Admissions hospitalières attribuables à la pollution atmosphérique		
- Nombre moyen par an	7.8	95
- *Taux pour 100 000 hab.*	*27*	*50*
Admissions hospitalières potentiellement évitables en cas de :		
- Réduction des seuls pics de pollution	0.7	6.8
- Diminution de 25% de la moyenne annuelle de chaque polluant	4.5	36

Décès dus à la pollution atmosphérique et décès évitables

	Toutes causes	dont motif cardio-vasculaire	dont motif respiratoire
Décès attribuables à la pollution atmosphérique			
- Nombre moyen par an	24	7	2
- *Taux pour 100 000 hab.*	*13*	-	-
Nombre de décès potentiellement évitables en cas de :			
- Réduction des seuls pics de pollution	1.8	0.5	0.2
- Diminution de 25% de la moyenne annuelle de chaque polluant	9.1	2.5	0.8

Nombre d'hospitalisations et de décès ** Période étudiée : 1999 - 2003* Sources : Invs 2007 Exploitation ORS

Précisions

- La loi sur l'air de 1996 définit la pollution atmosphérique comme «l'introduction par l'homme, directement ou indirectement, dans l'atmosphère et les espaces clos, de substances ayant des conséquences préjudiciables, de nature à mettre en danger la santé humaine, à nuire aux ressources biologiques et aux écosystèmes, à influer sur les changements climatiques, à détériorer les biens matériels, à provoquer des nuisances olfactives excessives».
- Elle a mis en avant le droit de chacun à respirer un air qui ne nuise pas à sa santé. Réparties sur l'ensemble du territoire français, 36 associations agréées sont chargées de la surveillance de la qualité de l'air à partir de stations fixes de surveillance et de moyens mobiles (camions laboratoires, remorques). La loi prévoit une information du public en cas de dépassement des seuils d'alerte. Le préfet doit alors informer la population et prendre les mesures d'urgence appropriées, par exemple imposer des restrictions à la circulation automobile et encourager l'utilisation des transports en commun (gratuité). En dehors des situations d'alerte, l'information du public sur la qualité de l'air est assurée sous la forme d'un indice synthétique, l'indice ATMO.

Éléments de bibliographie

1. Charpin D. L'air et la santé. Médecine Sciences. Flammarion, 2004, 305 p.
2. ORS Île-de-France. Host S, Karusisi N. Erpurs : 20 ans de surveillance et d'évaluation des risques de la pollution urbaine sur la santé. Bilan et perspectives. Paris : ORSIF 2014, 6 p.
3. Corso M, Pascal M, Wagner V, et al. Impact à court terme des particules en suspension (PM10) sur la mortalité dans 17 villes françaises, 2007-2010. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 1-2, 2015, p14-20.
4. Krzyzanowski M, Pascal L, Médina S. et al. Épidémiologie et pollution atmosphérique urbaine : l'observation au service de l'action. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, n° 1-2, janv. 2013, p1-20.
5. Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire. La perception des risques et de la sécurité par les Français. Baromètre IRSN 2014 ; 156 p. Téléchargeable : http://www.irsn.fr/FR/IRSN/Publications/barometre/Documents/IRSN_Barometre_2014.pdf.
6. Plan national santé environnement 3. 2015-2019. 106 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE3_v_finale.pdf.
7. Rapport d'activité 2014 – Atmosf'air Bourgogne.
8. Besancenot JP. Évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine. Agglomération de Dijon. Impact à court et long terme. Institut de Veille Sanitaire. (I.V.S.). Département Santé Environnement. Saint-Maurice. FRA, 2007.
9. ANSES. L'état des connaissances sur l'impact sanitaire lié à l'exposition de la population générale aux pollens présents dans l'air ambiant. AVIS et rapport de l'Anses. 2014 ; 236p.
10. ORS Bourgogne. État des lieux des connaissances et perspectives de lutte contre l'ambroisie en Bourgogne. 2013 ; 45p.

Pour en savoir plus

- Atmosf'ai. Air et Bourgogne, mars 2015.

Siglaire

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS : Institut de veille sanitaire
IQA : Indice de qualité de l'air
PNSE : Plan national santé environnement

9 BRUIT

Contexte national

Les différentes sources d'exposition sont les transports, le voisinage, la musique amplifiée (baladeurs, discothèques, concerts, raves), le travail... Pour les zones urbaines, l'intensification de la circulation automobile en zone urbaine entraine une concentration des bruits et une augmentation des populations exposées.
L'Inrets estime que, pour les transports terrestres, environ 7 millions de Français (soit près de 12 % de la population), sont exposés à leur domicile à des niveaux de bruit diurnes extérieurs générant une forte gêne. Les populations les moins favorisées sont les plus exposées (logements sociaux (HLM) situés dans des zones bruyantes).

Selon le baromètre santé environnement 2007 de l'INPES, une personne sur sept (14.6 %) se déclare gênée, souvent ou en permanence, par le bruit à son domicile, surtout dans les habitats collectifs urbains. Au total, plus du quart des personnes sont indisposées par les bruits de la circulation en général, et plus d'une sur cinq par ceux de voisinage (conversations, cris, pas, télévision, musique, aboiements, appareils électroménagers, etc.). Viennent ensuite les autres bruits de la rue, les avions et les transports ferroviaires.

De manière plus spécifique, en France, 500 000 riverains d'aéroports et d'aérodromes sont gênés par le trafic aérien, dont près de 300 000 en Île-de-France. En 2007, 190 aérodromes sur 270 (France entière) ont un plan d'exposition au bruit établi par le Préfet. Les riverains des 10 principaux aéroports, domiciliés dans plus de 141 000 logements, peuvent prétendre à une aide pour des travaux d'insonorisation.

Les plaintes enregistrées concernant le bruit augmentent mais sont peu nombreuses (environ 100 000 par an) et concernent surtout le bruit de voisinage.

Chez les jeunes, l'écoute de musique amplifiée expose à un abaissement auditif significatif. Selon le baromètre santé environnement 2007, un jeune (18 à 25 ans) sur dix écoute fort ou très fort de la musique sur son baladeur. Les personnes exposées à une musique forte (concerts, discothèque, en jouant soi-même) ne prennent pas de précautions particulières lors de ces expositions.

Au travail, l'exposition au bruit à plus de 85 décibels croît de 13.0 % des travailleurs en 1994 à 18.2 % en 2003 selon l'enquête Sumer. Les ouvriers sont les plus exposés. En 2005, avec 1 197 cas en France hexagonale, la surdité est la quatrième cause de maladies professionnelles reconnues chez les assurés du régime général de sécurité sociale.

Concernant les transports aériens, selon les prévisions de développement des aérodromes des zones diversement exposées au bruit sont définies : les constructions sont interdites ou autorisées moyennant des mesures d'isolation acoustique.

L'organisation institutionnelle de la lutte contre le bruit est complexe et tient compte des sources. Le Plan Bruit 2003 relance l'action de l'État selon trois axes : isolation phonique des logements soumis à un bruit excessif, lutte contre le bruit au quotidien notamment en réhabilitant des bâtiments, soutien à la recherche, étude de l'exposition au bruit et de ses conséquences... Le Plan National Santé Environnement 2009-2013, dans les suites du PNSE 1 et du Grenelle de l'environnement (2007) continue la lutte contre le bruit : insonoriser des logements les plus exposés pour résorber les points noirs, assurer la qualité acoustique des bâtiments neufs, se doter d'outils permettant d'appréhender l'impact sanitaire du bruit (études d'exposition au bruit, de son impact sanitaire et économique, mise en place des observatoires départementaux du bruit...).

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- Les départements de Bourgogne font partie des 79 départements possédant des observatoires départementaux du bruit et ont recensé 4 300 points noirs du bruit en 2007.
- Sept aérodromes sont dotés d'un plan d'exposition au bruit approuvé par le Préfet dans la région en 2007 : 2 en Côte-d'Or et 5 en Saône-et-Loire.
- En 2001, 46 % des bourguignons sont gênés par le bruit (51 % en France hexagonale).
- En 2008, la surdité représente 2.3 % des maladies professionnelles indemnisées. A ce titre, 56 salariés ont reçu leur premier versement d'indemnité journalière.
- D'après l'enquête EVREST, 42 % des salariés ressentent une gêne sonore sur leur lieu de travail et le bruit dépasse 80 décibels (db) pour 26 %. Les hommes sont davantage exposés que les femmes.
  Par ailleurs, 8 % des salariés déclarent un problème d'audition, qui n'occasionne que rarement une gêne au travail ou une consommation médicamenteuse. Les troubles de l'audition sont globalement plus fréquents parmi les personnes de plus de 45 ans.
- Les concerts pédagogiques organisés en Bourgogne ont contribué à l'amélioration des connaissances des élèves sur les conséquences du bruit et les moyens de prévention. Cette action suscite un changement de comportement pour 29 % des élèves interrogés, tandis que 20 % déclarent qu'ils faisaient déjà attention avant.

ORS BOURGOGNE

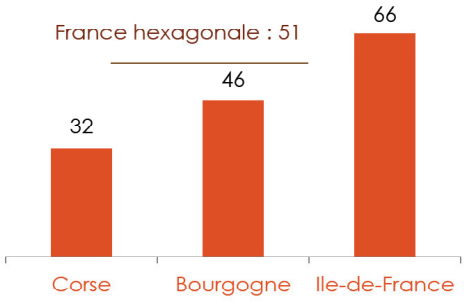
BRUIT

« Points noirs du bruit »
Sur le réseau routier national

	1994	2007
Côte d'Or	nd	1 503
Nièvre	nd	23
Saône et Loire	nd	1 459
Yonne	nd	1 334
Bourgogne	**53**	**4 319**
Région la plus concernée	Ile de France 228	Ile de France 15 454
Région la moins concernée	Corse 0	Corse 0
France hexagonale	**1 495**	**91 578**

Sources : Ministère de l'équipement, des transports et du logement (Certu), Observatoires départementaux du bruit 1994, 2007 Exploitation ORS

Population gênée par le bruit
Bourgogne et régions extrêmes



Sources : Enquête OIP 2001 – Insee, RP 1999 Exploitation ORS

Plans d'exposition au bruit (PEB)

	Nb de PNB approuvés
Côte d'Or	1 503
Nièvre	23
Saône-et-Loire	1 459
Yonne	1 334
Bourgogne	**4 319**
France hexa.	**91 578**

Nombre

Source : Direction de l'aviation civile 2007 Exploitation ORS

Surdités reconnues comme maladie professionnelle

	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de salariés	56	69	48	62	56
Part dans l'ensemble des maladies	2.9 %	3.5 %	2.4 %	2.7 %	2.3 %

Sources : Cnam Bourgogne – Franche –Comté 2004 - 2008 Exploitation ORS

Définitions

Point noir : zone sur laquelle une route provoque, en façade des bâtiments, des niveaux sonores supérieurs à 70 décibels acoustiques (dB(A)) le jour et 65 dB(A) la nuit.

Le **recensement des points noirs** sur la France entière (métropole et outre-mer) a été réalisé en 1982, puis réactualisé partiellement en 1994. Renouvelé en 2007, il concerne le réseau routier national actuel, les routes nationales transférées aux conseils généraux et le réseau concédé. Les directions départementales de l'équipement (DDE) n'en sont pas toutes au même stade de l'analyse. Au total, 73 départements fournissent des informations.

Chaque aérodrome est doté d'un plan d'exposition au bruit (PEB) qui définit 3 zones, de la plus bruyante à la plus calme, dans lesquelles les constructions sont réglementées, afin de protéger les riverains.

LE DISPOSITIF « EVREST »

Il s'agit d'un observatoire pluriannuel, construit par des médecins du travail, analyse et suit différents aspects du travail et de la santé des salariés. Il traduit au moins partiellement, et sous une forme standardisée adaptée à une exploitation quantitative, des informations élaborées au cours des entretiens médicaux. Il contribue à la visibilité, au niveau collectif, de certaines informations restant le plus souvent limitées au cadre du colloque singulier entre le salarié et le médecin.

Le dispositif est implanté dans 7 régions : la Bourgogne, le Centre, l'Île-de-France, la Lorraine, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie et la Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Les premiers résultats ont été publiés en 2008. L'interprétation des chiffres doit se faire avec prudence, ils ne constituent en aucun cas une norme mais permettent de situer le ressenti des conditions de travail et la santé perçue des salariés « en moyenne ».

Exposition au bruit sur le lieu de travail

	Hommes (n=674)	Femmes (n=564)	Ensemble
Gêne sonore	53.2 %	29.2 %	42.3 %
Bruit > 80db	38.7 %	11.8 %	26.4 %

Source : EVREST : Évolutions et relations en santé au travail, rapport 2007-2008 Bourgogne Exploitation ORS

Troubles de l'audition connus ou constatés au cours de l'examen médical

	<45 ans	>=45 ans	Ensemble
Existence d'un problème	5.4 %	12.2 %	7.9 %
Plainte ou signes cliniques	4.8 %	11.6 %	7.3 %
Gêne au travail	1.0 %	2.9 %	1.7 %
Consommation médicamenteuse	0.4 %	0.7 %	0.5 %
Pathologie diagnostiquée	3.4 %	8.0 %	5.1 %

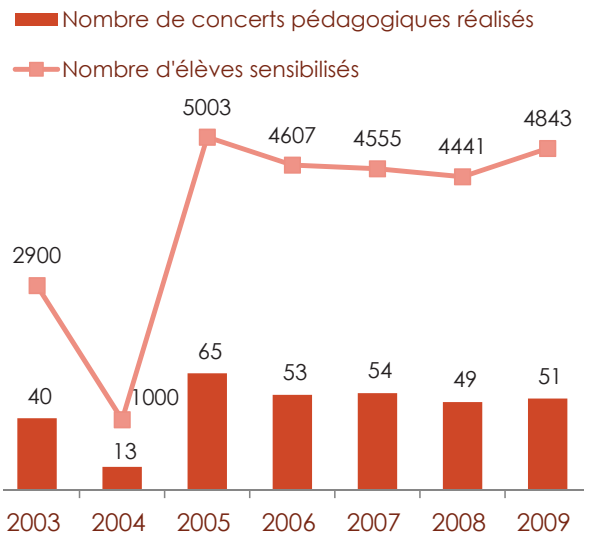
BRUIT

LES SPECTACLES « PEACE & LOBE »

Depuis 2003, les spectacles « Peace & Lobe – Musique amplifiée et risques auditifs » sensibilisent les élèves de collèges et lycées aux risques auditifs liés aux musiques amplifiées, pour une meilleure gestion de leur environnement sonore. Cette sensibilisation passe par un apport de connaissances, pour inciter les élèves à changer d'attitude et de comportement face aux risques auditifs.

L'association Peace & Lobe a ainsi organisé 325 concerts pédagogiques depuis 2003 et sensibilisé 27 400 élèves de collèges et lycées de la région. Financement par le GRSP de Bourgogne, le Conseil Régional de Bourgogne, le Conseil Général de Saône-et-Loire, la Ville de Mâcon, et les partenaires publics du CUCS de la Ville de Mâcon.

Concerts organisés / élèves sensibilisés



Nombre de concerts et d'élèves

▸ Source : ARS Bourgogne, Service Santé-Environnement 2003 - 2009 Exploitation ORS

Concerts organisés / élèves sensibilisés

	Nb de spectacles	Nb de collégiens	Nb de lycéens
Côte-d'Or	9	0	1 355
Nièvre	7	0	350
Saône-et-Loire	28	1 895	608
Yonne	7	0	635
Bourgogne	**51**	**1 895**	**2 948**

Nombre de concerts et d'élèves

▸ Source : ARS Bourgogne, Service Santé-Environnement 2009 Exploitation ORS

Bilans pédagogiques Peace & Lobe
Organisés en 2008

	Avant le spectacle	Après le spectacle
Savoir ce qu'est un acouphène	83 %	92 %
Savoir que les lésions de l'oreille interne sont irréversibles (NS*)	72 %	80 %
Pour se protéger les oreilles	64 %	87 %
mettre des bouchons		
faire des pauses	8 %	25 %
Le spectacle a-t-il changé votre comportement face à votre environnement sonore ?		
Oui		**29 %**
Ecouter moins fort leur		72 %
S'exposer moins souvent à de forts volumes sonores		18 %
Mettre les bouchons		3 %
faire une pauses		3 %
Non		**51 %**
Faisait déjà attention avant		**20 %**

** NS : la différence avant/après n'est pas significative à 0.05 %*

▸ Source : ARS Bourgogne, Service Santé-Environnement 2008 Exploitation ORS

Précision

Selon l'OMS, le bruit est «une énergie acoustique audible, qui est, ou peut être, néfaste à la santé de l'homme et à son bien-être physique, mental et social». La nocivité d'un bruit dépend de l'intensité du son et de la durée d'exposition. Les effets auditifs du bruit sur la santé sont bien connus, surtout au travail, mais les autres conséquences du bruit sont plus difficiles à étudier, comme les effets sur le sommeil, les systèmes cardiovasculaire et psychophysiologique, la performance, la productivité et le comportement social. La gêne est modulée selon la réactivité individuelle, les facteurs liés à l'histoire de l'individu, le bruit lui-même...

BRUIT

Siglaire

CUCS : Contrats urbains de cohésion sociale
Evrest : Évolutions et relations en santé au travail
GRSP : Groupement régional de santé publique
Inrets : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Sumer : Surveillance médicale des risques professionnels

ORS BOURGOGNE

10 HABITAT

Contexte national

La qualité de l'habitat peut avoir des effets importants sur la santé, l'homme vivant 85 % de son temps en espace clos. Ces troubles vont de la simple gêne à l'apparition ou l'aggravation de pathologies toxiques, infectieuses, allergiques... :

Les intoxications au **monoxyde de carbone** (CO) font l'objet d'une surveillance sanitaire via le système national « Siroco » qui permet de définir et évaluer les stratégies de prévention[1]. Pendant la période de chauffe 2013-2014, plus de 1 000 épisodes d'intoxication ont été déclarés[2]. Leur fréquence est associée au contexte climatique (durée de la période de chauffe), économique (précarisation de la population) et culturel (chauffage domestique au charbon).

Le **radon** est un agent cancérigène du poumon, loin derrière le tabac et représente le tiers de l'exposition à la radioactivité reçue chaque année par la population française[3]. Sa présence dans les habitations dépend de l'étanchéité des murs et des planchers et des comportements individuels (aération).

Les expositions chroniques au **plomb** (dans les peintures notamment), même à de faibles doses, sont irréversibles avec des atteintes neurologiques, digestives et hématologiques. Le jeune enfant est plus exposé et le système national de surveillance des plombémies chez l'enfant, basé sur la déclaration obligatoire des cas de saturnisme (plombémie ≥ 100 µg/L), cible les enfants de 6 ans et moins présentant des facteurs de risque. Sur une période de 4 an (2008-2011), 1 132 nouveaux cas de saturnisme infantile ont ainsi été répertoriés[4].

De nombreux **allergènes** (acariens, animaux domestiques, moisissures...) et des **polluants chimiques** (tabac, produits d'entretien...) présents à l'intérieur des locaux peuvent être en lien avec des pathologies respiratoires (asthme et allergies). Dans ce cadre, des visites au domicile peuvent être réalisées par des Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur (CMEI) sur prescription médicale.

L'Observatoire de la Qualité de l'Air Intérieur améliore les connaissances sur les polluants et organise des campagnes de mesure. Une surveillance obligatoire est instaurée dans les crèches et écoles maternelles depuis 2015.

Enfin, l'**habitat indigne** concernerait 400 000 à 600 000 logements occupés dans le parc privé en métropole[5]. La lutte contre cet habitat est déléguée aux Pôles Départementaux de Lutte contre l'Habitat Indigne.

L'habitat est une préoccupation majeure du 3ème Plan National Santé Environnement : meilleure prise en compte du risque radon dans les bâtiments, plan d'action sur le plomb, mise en œuvre du Plan d'actions sur la Qualité de l'Air Intérieur[6].

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- Depuis 2010, le nombre d'intoxications au CO varie de 30 à 35 événements par an impliquant entre 50 et 75 personnes. La maintenance du matériel (chauffe-eau, chaudière) et la qualité du système de ventilation sont souvent mises en cause. Chaque automne, les campagnes de prévention ont donc un rôle important pour limiter leur nombre[3].

- En région, 561 mesures de radon ont été réalisées dans des habitations sur une période de 1982 à 2000. La concentration moyenne en radon mesurée est de 100 Bq/m^3, proche de celle observée en France métropolitaine (90 Bq/m^3). Cependant, près de 3 % des mesures effectuées sont supérieures à 400 Bq/m^3, avec des pourcentages plus élevés en Saône-et-Loire (4.1 %) et dans la Nièvre (2.7 %) que dans les deux autres départements. Les valeurs les plus élevées sont pour la plupart relevées dans le Morvan, ce qui est lié à la nature granitique des roches du sous-sol et à leur utilisation comme matériau de construction.
  La Nièvre et la Saône-et-Loire font partie des 31 départements de France identifiés à risque radon (enregistrements de concentration moyenne supérieure à 100 Bq/m^3).

- En 2013, le bureau d'études SQUARE a estimé à 38 400 le nombre de parcs privés potentiellement indignes (4% du parc régional de logements).

- Entre 2008 et 2011, 172 enfants ont été primodépistés par le système de surveillance du saturnisme infantile en Bourgogne ; 8 ont présenté une plombémie supérieure à 100µg/l[6].

- Les territoires bourguignons présentant une plus forte «vulnérabilité des ménages» pour la consommation d'énergie dans les logements sont principalement les petites communes rurales. La quasi-totalité du territoire nivernais présente ainsi une vulnérabilité énergétique élevée.

- Depuis 2009, un service de Conseil Médical en Environnement Intérieur (CMEI) a été développé par la Mutualité Française Bourgogne. Les visites s'effectuent par 2 CMEI après prescription d'un spécialiste (allergologue, pneumologue, dermatologue, ORL ou pédiatre) renseignant symptômes cliniques et allergènes testés positifs. La visite permet le recueil des prises de médicaments (antihistaminiques, traitements d'asthme, de rhinite, conjonctivite et dermatite), l'évaluation de l'habitat avec des prélèvements biologiques et chimiques. En 50 mois d'activité, on compte 61 médecins prescripteurs et 1 348 visites réalisées. Parmi celles-ci, 57 % ont eu une visite et un suivi et 29 % une visite sans suivi.

HABITAT

Plombémies de primodépistage et nombre de cas incidents de saturnisme

	Enfants primodépistés	Cas de saturnisme
Bourgogne	172	8
France entière	**23 793**	**972**

Nombre

▸ Source : InVS, Système national de surveillance du saturnisme infantile sur la période 2008-2011 (avril 2014)

Émission annuelle moyenne de radon dans l'habitat

	Concentration moyenne en Bq/m3	Habitations avec concentration > 200 Bq/m3	Habitations avec concentration > 400 Bq/m3
Côte-d'Or	76	8.3 %	2.1 %
Nièvre	115	16.9 %	2.7 %
Saône-et-Loire	116	12.2 %	4.1 %
Yonne	85	4.2 %	0.7 %
Bourgogne	**100**	**11.1 %**	**2.7 %**
France hexa.	**90**	**9.0 %**	**2.3 %**

▸ Sources : IPSN/DPHD-SEGR-LEADS, Anah, Activité volumique du radon dans les habitations. Bilan de 1982 à 2000 Exploitation ORS

Bénéficiaires du dispositif de prévention individualisée CMEI*

En Bourgogne

	Nombre
Visites, sans suivi	387
Visites et suivi	768
Pas de contact pour suivi téléphonique	193
Total des visites CMEI	1 348
Prescriptions sans intervention CMEI	231
	1 579

▸ Source : Enquête CMEI 2010-2015 Exploitation ORS

* CMEI : Conseil médical en environnement intérieur

Intoxication au CO et personnes intoxiquées

En Bourgogne

	Nombre d'affaires	Nombre de personnes
2010-2011	33	58
2011-2012	30	67
2012-2013	35	75
2013-2014	53	133

▸ Source : Bulletin de veille sanitaire - CIRE Bourgogne/Franche-Comté octobre 2014 (données sur la période du 1er juillet 2010 au 30 juin)

Établissements contrôlés selon les concentrations de radon mesurées

Dans les départements à risque

	Nb d'établiissements contrôlés	Concentrations de radon		
		100 à 400 Bq/m3	400 à 1 000 Bq/m3	>1 000 Bq/m3
Nièvre	71	97 %	0 %	3 %
Saône-et-Loire	257	95 %	5 %	0 %

▸ Sources : Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN), Drees 2005 - 2006 Exploitation ORS

Définitions

Radon : gaz radioactif d'origine naturelle, agent inducteur du cancer du poumon, loin derrière le tabac. Il s'accumule dans les espaces clos et notamment dans les maisons.
Saturnisme infantile : « constatation chez une personne âgée de moins de 18 ans d'une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/l » (arrêté du 5 février 2004). Plombémie : concentration de plomb dans le sang. Il peut entraîner une déficience persistante des fonctions cognitives et une altération du développement staturo-pondéral.
Enfants primodépistés : qui ont fait l'objet d'un test de dépistage pour la première fois.
Logement indigne : locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres à cet usage ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils se situent, exposent les habitants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé.
PPPI (Parc Privé Potentiellement Indigne) : Données obtenues par une méthode de pré-repérage des logements indignes en croisant la catégorie cadastrale d'un logement avec le revenu de l'occupant à partir des données FILICOM (développée par le bureau d'étude SQUARE).

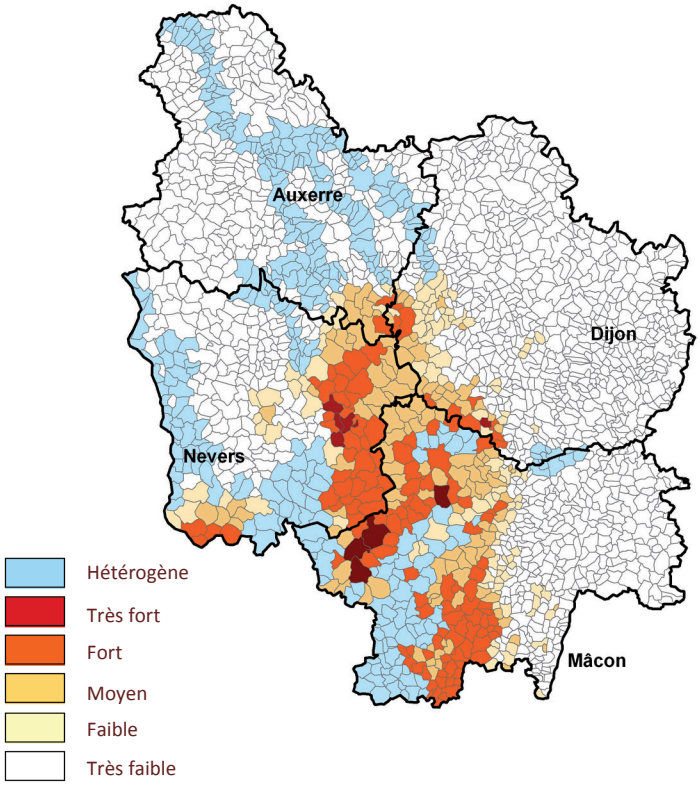
HABITAT

Logements potentiellement indignes

	Parc privé potentiellement indigne	2007	2009	2011
Côte-d'Or	En situation de PPPI	9 288	9 254	8 874
	Hors PPPI	188 465	193 611	195 339
	Sans signification	75 182	75 423	78 918
Nièvre	En situation de PPPI	9 803	9 711	9 344
	Hors PPPI	81 657	82 469	83 195
	Sans signification	52 187	52 701	53 689
Saône-et-Loire	En situation de PPPI	11 834	11 525	11 750
	Hors PPPI	193 719	198 763	226 640
	Sans signification	98 917	99 388	75 776
Yonne	En situation de PPPI	10 583	10 681	11 003
	Hors PPPI	120 400	123 167	125 412
	Sans signification	63 249	63 997	63 490
Bourgogne	En situation de PPPI	41 508	41 171	40 971
	Hors PPPI	584 241	598 010	630 586
	Sans signification	289 535	291 509	271 873
France hexa.	En situation de PPPI	1 380 883	1 321 389	1 307 670
	Hors PPPI	20 495 138	21 110 911	21 576 778
	Sans signification	10 149 556	10 412 052	10 682 083

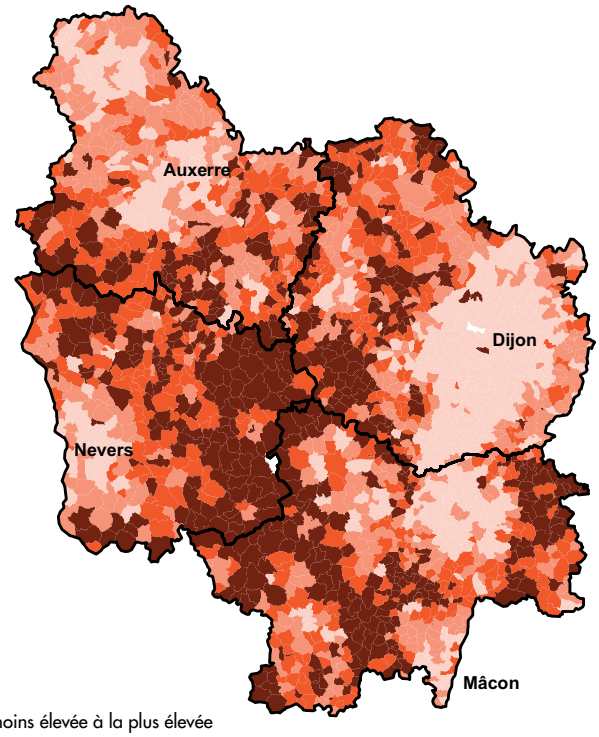
Source : FILICOM 2013, MEDDE d'après DGFiP

Estimation du potentiel géologique d'exhalation de radon
par commune



Source : Cellule d'Application en Ecologie 2000 Exploitation ORS

Part des dépenses d'énergie pour le logement dans le revenu des ménages
par commune



de la moins élevée à la plus élevée

En 2002

Source : ALTERRE, Repères n°44, Septembre 2007 Exploitation ORS

Éléments de bibliographie

1. SALINES G. Surveiller les intoxications dues au monoxyde de carbone. Rapport du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. 2002 juin.
2. InVS-Unité toxicovigilance et surveillance des intoxications. Bulletin de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone Synthèse de la période de chauffe. 2013-2014.
3. Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire. Le radon. 2012.
4. Lecoffre C, Ménard E. Saturnisme chez l'enfant France 2008-2011, résultats Institut de Veille Sanitaire. 2014.
5. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DiHAL). Le pôle national de lutte contre l'habitat indigne (PNLHI).
6. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie. Santé Environnement, 3e Plan national 2015-2019. 2014.

Siglaire

Bq/m^3 : Becquerel par mètre cube
CMEI : Conseil médical en environnement intérieur
CO : Monoxyde de carbone
InVS : Institut de veille sanitaire
ORL : Oto-rhino-laryngologie
PPPI : Parc privé potentiellement indigne

• 11 CONTRACEPTION ET IVG

Contexte national

Le recours à la pilule recule depuis le début des années 2000[2] suite au développement de nouvelles méthodes hormonales (implant, patch, anneau vaginal) et à la controverse sur le risque de thrombose veineuse profonde associé à l'utilisation des pilules de 3e et 4e génération : 1 femme sur 5 opte pour une autre méthode contraceptive.
Ainsi, le recours à la pilule est passé de 50 % à 41 % entre 2010 et 2013. La réticence des médecins à prescrire le stérilet aux femmes jeunes et sans enfants semble pour la première fois avoir diminué[1].

La contraception définitive (ligature des trompes pour les femmes, des canaux déférents pour les hommes, loi Aubry du 4 juillet 2001) concerne 4 % des femmes de 15-49 ans, et jusqu'à 12 % de celles âgées entre 45 et 49 ans[3].

La contraception d'urgence est accessible en pharmacie sans prescription médicale depuis 1999, et peut être délivrée gratuitement aux mineures. Cependant, le délai maximal dans lequel la pilule du lendemain doit être prise n'est connu que par une minorité de personnes (10 % des 15-54 ans), tandis que le message de son accès libre en pharmacie est assez bien passé, surtout auprès des plus jeunes[3].

En 2005, 17 % des femmes de 17-49 ans déclarent l'avoir utilisée au moins une fois, le plus souvent à cause d'une erreur de prise de la contraception régulière[3].

En 2012, environ 219 200 interruptions volontaires de grossesse (IVG, dont IVG médicamenteuses) sont dénombrées dans les établissements de santé en France[4]. Le taux de recours est de 14.5 pour 1 000 femmes âgées de 15-49 ans. Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées (taux de recours de 27 IVG pour 1 000 femmes), tandis que les taux diminuent légèrement chez les moins de 20 ans. Depuis 2002, le nombre d'IVG est relativement stable, après avoir diminué de 5 % entre 1997 et 2007. La part des IVG médicamenteuses augmente et représente 57 % des IVG réalisées en 2012 (16 % en 1995).

Huit ans après la loi du 4 juillet 2001, les délais d'accès à l'IVG se sont rapprochés des 5 jours recommandés par la Haute Autorité de Santé[5]. Néanmoins, la valorisation tarifaire insuffisante de l'activité la rend peu attractive et suscite le désengagement des établissements privés.

La prévention des grossesses non désirées s'appuie sur plusieurs éléments : l'accès gratuit et confidentiel des jeunes au conseil, la prescription et à la délivrance des produits contraceptifs, la promotion de la diversité des méthodes contraceptives pouvant s'adapter au mode de vie des femmes, la mise en place de campagnes de communication régulières pour garantir la qualité des informations reçues par les femmes, la réduction des inégalités sociales dans l'accès et le recours à la contraception et à l'IVG.

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- Parmi les bourguignons de 15 à 54 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois, sept sur dix utilisent un moyen de contraception, proportion similaire à celle de l'échelle nationale. Le recours à la contraception diminue avec l'âge : 89 % entre 15 et 25 ans, 75 % entre 26 et 44 ans et 48 % chez les 45-54 ans.
- La pilule représente quel que soit l'âge la principale méthode utilisée (61 %), devant le stérilet (20 %) et le préservatif masculin (20 %), résultats comparables à ceux observés au plan national.
- En Bourgogne, plus d'une femme sur dix (11 %) a recours à la contraception d'urgence. Seuls 9 % des bourguignonnes connaissent son délai d'efficacité (72 heures) ; la possibilité d'achat sans ordonnance est bien mieux connue (84 % des bourguignons).
- Parmi les femmes de 15-75 ans ayant déjà eu des rapports sexuels, 14 % ont déclaré avoir déjà eu une IVG (taux étant inférieur au taux national : 17.3 %).
- En 2008, on a dénombré 3 900 IVG classant la Bourgogne comme une des régions françaises ayant le plus faible taux d'IVG. Ce nombre varie peu ces dernières années en Bourgogne comme en France. Les quatre départements ont un taux plus faible que la moyenne nationale, la Côte-d'Or le plus bas (9.9‰) et la Nièvre le plus élevé (12.2 ‰).
- La part des IVG médicamenteuses est plus faible dans la région (35 % en 2008) que dans le reste de la France mais augmente régulièrement chaque année. Leur utilisation varie selon les départements : 24 % en Côte-d'Or, 54 % dans la Nièvre, 36 % dans l'Yonne et 45 % en Saône-et-Loire.
En 2007, 7.5 % des IVG pratiquées dans la région concernaient des jeunes filles mineures (6.6 % en France).

VOIR AUSSI LES FICHES

- Naissances et fécondité
- Grossesse et accouchement

SPÉCIFICITÉS EN BOURGOGNE

- ACTIV'g, réseau de prévention des IVG et d'actions sur la sexualité et la contraception mis en place en 2007 dans la Nièvre.
- Parcours santé contraception, financé par le Conseil Régional dès la rentrée scolaire 2014 : dispositif d'information et accompagnement des lycéen-ne-s sur des questions de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles.
- Parcours santé des jeunes et des adolescents, programmation d'actions pour traiter les points de rupture identifiés par l'Agence Régionale de santé (ARS) dans le cadre PRS 2012-2016.

PUBLICATIONS DE L'ORS BOURGOGNE

- IVG : tenter de comprendre la répétition, 2005.
- Interruptions volontaires de grossesse en Bourgogne - Une expression du ressenti des femmes et des professionnels, 2002.

AUTRES PUBLICATIONS

- ARS Bourgogne, Interruption volontaire de grossesse , 2012.

ORS BOURGOGNE

CONTRACEPTION ET IVG

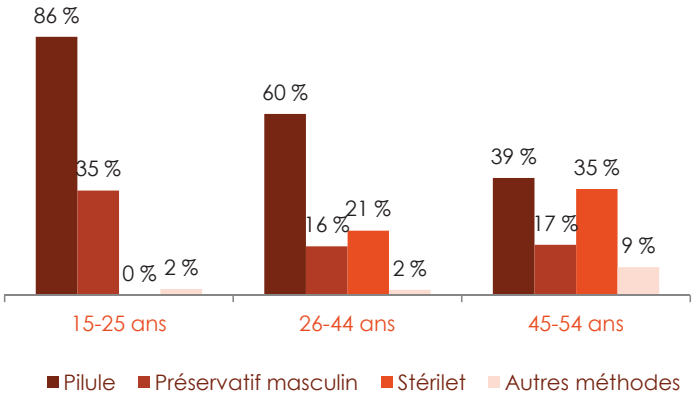
Personnes utilisant un moyen de contraception

	Bourgogne	France hexagonale
15-25 ans	89	85
26-44 ans	75	77
45-54 ans	48	51
Ensemble	**70**	**71**

En pourcentage

▸ Source : Baromètre santé, INPES 2005 Exploitation ORS

Méthodes de contraception utilisées



Plusieurs méthodes associées possibles

▸ Source : Baromètre santé, INPES 2005 Exploitation ORS

Contraception d'urgence* et IVG** : Connaissances et recours

	Bourgogne	France hexagonale
Contraception d'urgence		
Connaissance délai max. de recours	9.3 %	9.5 %
Connaissance possibilité d'achat sans ordonnance	83.7 %	80.5 %
Recours au moins une fois dans la vie	11.2 %	12.5 %
Recours à l'IVG	**13.7 %**	**17.3 %**

En pourcentage

** chez les 15-54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels*

*** chez les femmes de 15-75 ans ayant déjà eu des rapports sexuels*

▸ Source : Baromètre santé, INPES 2005 Exploitation ORS

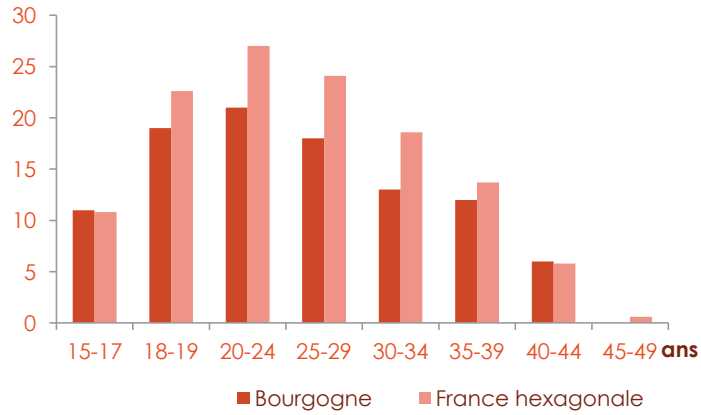
Interruptions volontaires de grossesses (IVG)

	Nombre d'IVG	Part d'IVG médicamen-teuses	Taux d'IVG* / 1 000 femmes
Côte-d'Or	1 105	27.0 %	8.9
Nièvre	391	72.4 %	9.2
Saône-et-Loire	1 236	46.5 %	11.0
Yonne	855	36.5 %	11.9
Bourgogne	**3 587**	**35.4 %**	**11.7**
France hexa.	**187 423**	**45.1 %**	**14.7**

** Taux d'IVG : Nombre d'IVG domiciliées rapporté au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans (RP 2006).*

▸ Source : Insee- SAE-PMSI, Drees 2008 Exploitation ORS

Taux d'IVG*



2006 en Bourgogne et 2007 en France hexagonale - taux pour 1000 femmes

▸ Sources : Insee- SAE-PMSI, Drees 2006, 2007 Exploitation ORS

IVG enregistrées

	1995	2002	2007
Bourgogne			
Nombre d'IVG	3 300	3 924	4 124
dont IVG chez les mineures		220	305
Taux* d'IVG	8.6	10.7	11.7
Taux d'IVG chez les mineures		7.3	10.2
France hexagonale			
Taux* d'IVG	12.3	14.2	14.7
Taux d'IVG chez les mineures	7.5	9.3	11.6

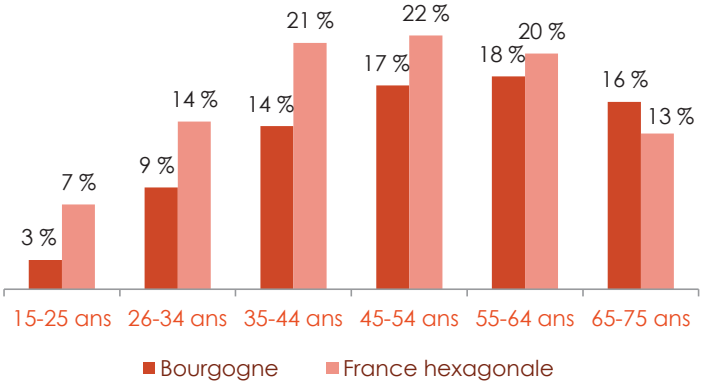
Nombre et Taux

** pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans*

▸ Source : Insee- SAE-PMSI, Drees 1995, 2002, 2007 Exploitation ORS

CONTRACEPTION ET IVG

Femmes ayant eu une IVG au cours de leur vie en 2005



Sources : Baromètre santé, INPES 2005 Exploitation ORS

Définitions

Contraception d'urgence : méthode exclusivement composée de progestatifs, vendue sans ordonnance en pharmacie, accessible également dans les infirmeries scolaires et les centres de planification familiale. Elle est gratuite pour les mineures.
IVG : Interruption volontaire de grossesse pratiquée à la demande d'une femme enceinte par un médecin dans un établissement public ou privé, ou par un médecin de ville conventionné avec un centre.
En France, elle doit être pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse (soit quatorze semaines d'aménorrhée) depuis la loi de juillet 2001, et elle est remboursée par la sécurité sociale. Deux méthodes existent, l'une chirurgicale et l'autre médicamenteuse (RU 486). La loi de juillet 2001 ne rend plus obligatoire l'entretien psychosocial avant l'IVG pour les femmes majeures. Les mineures peuvent déroger à l'obligation du consentement parental (ou du représentant légal) et doivent dans ce cas se faire accompagner par une autre personne majeure de leur choix.
IVG enregistrée : Interruption volontaire de grossesse comptabilisée à partir de l'établissement pratiquant l'IVG.

CONTRACEPTION ET IVG

Éléments de bibliographie

1. BAJOS N, ROUZAUD-CORNABAS M, PANJOS H. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Soc. mai 2014 ; (511) : 4p.

2. BAJOS N, BOHET P, LE GUEN M. Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.). La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Soc. sept 2012 ; (492) : 4p.

3. MOREAU C, LYDIÉ N, WARSZAWSKI J, BAJOS N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. Baromètre santé 2005 : attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : éditions Inpes ; 2008.

4. VILAIN A, MOUQUET M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. ETUDES Result. juin 2014 ; (884) : 6p.

5. JOURDAIN MENNINGER D, AUBIN C. Avec la participation du Dr. L. CHAMBAUD. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Igas ; 2010.

12 VIOLENCE

Contexte national

La France présente un taux de criminalité (62 pour 1 000 habitants) dans la moyenne des pays européens (59 ‰), loin derrière la Suède (138 ‰), le Royaume Uni (98 ‰) ou la Belgique (94 ‰). L'observatoire national de la délinquance (OND) dénombre 7.1 faits d'atteinte à l'intégrité physique pour 1 000 habitants en 2007 (contre 3.9 pour 1 000 en 1996).

L'OND estime les violences volontaires sur les femmes par le conjoint ; en 2007 le taux moyen en France s'élève à 18.7 pour 10 000 femmes et varie selon les départements (de 6.1 à 50.1). D'après l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (2000), 10 % des femmes subissent des violences conjugales au cours de la dernière année. Lors du lancement de la campagne de communication contre les violences faites aux femmes début octobre 2008, l'aggravation des faits a été soulignée : 166 femmes décédées en 2007 (contre 137 en 2006) sous les coups de leurs conjoints, soit une femme tuée tous les 2.5 jours. En 2006, une étude menée par le CRESGE estimait le coût des violences conjugales à 1 milliards d'euros.

L'ODAS dénombre 98 000 enfants en danger en 2006, en progression de 19 % par rapport à 1998. Parmi ces signalements, 19 000 portent sur des enfants en danger et 79 000 en risque de danger ; c'est essentiellement cette catégorie qui a progressé en 8 ans (+23 %).

Enfin, la moitié des appels passés à Allo maltraitance personnes âgées (ALMA) correspond à des situations de maltraitance. 70 % concernent des personnes vivant à domicile et 30 % des personnes hébergées en établissement.

Le déni entourant les situations de maltraitance et la peur de représailles incitent les témoins ou les victimes au silence favorisant ainsi la sous déclaration et le sous enregistrement des faits de violence et/ou de leurs conséquences. Les causes des violences sont complexes. Certains facteurs sociaux (exclusion ou précarisation des conditions de vie) peuvent créer un climat favorisant l'émergence de comportements violents chez certains individus. Néanmoins, pour les violences envers les femmes, ce ne sont pas des facteurs déterminants. Quel que soit le type de violences, certains facteurs liés à l'histoire familiale (familles violentes et/ou négligentes, abusives...), relationnels (rupture des liens sociaux, isolement...) ou situationnels (la grossesse, l'alcool, la séparation) favorisent des comportements violents.

Le plan «Violence et Santé» prévu par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique vise à limiter l'impact de la violence sur la santé en développant la connaissance statistique et scientifique insuffisante, en améliorant la sensibilisation, l'information et la formation de l'ensemble des acteurs du secteur médico-social et du grand public, et en renforçant les dispositifs spécifiques concourant à la prise en charge des victimes de violences (unités médico-psychologiques et médico-judiciaires).

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- En 2009, l'OND dénombre près de 7 500 faits d'atteinte à l'intégrité physique dans l'ensemble de la Bourgogne. Ce nombre progresse avec le temps dans la région et au niveau national.
  Rapporté à la population le taux correspondant en Bourgogne (4.6/1 000) est inférieur au taux national (7.5/1 000). En région, il varie de 3.6/1 000 en Saône-et-Loire à 6.2/1 000 dans l'Yonne, département en forte hausse entre 1996 et 2009.

- D'après les résultats du Baromètre Santé 2005, 2 % des bourguignons de 12-25 ans, 4 % des 26-34 ans, 2 % des 35-44 ans déclarent avoir été frappés ou blessés physiquement au cours des douze derniers mois.

- L'OND estime par ailleurs à près de 1 000 le nombre annuel de faits de violences de conjoints envers des femmes majeures en Bourgogne en 2007. Rapportés à la population, les taux dans trois des départements bourguignons sont inférieurs à 15 pour 10 000, comme dans la majorité des départements du centre de la France. Le taux dans l'Yonne (21.3/10 000) est supérieur à la moyenne hexagonale (18.7) et l'augmentation des faits estimés entre 2004 et 2007 y est par ailleurs la plus forte.

- L'ODAS a enregistré en 2006 un peu plus de 2 500 signalements enfants en danger en Bourgogne (363 enfants en danger et 2 161 enfants en risque de danger). Rapporté aux nombres d'enfants de moins de 21 ans, le taux est plus élevé dans l'Yonne (9.0 pour 1 000 contre 6.4 pour l'ensemble de la région), celui des signalements d'enfants en risque surtout (7.9 contre 5.4/1 000).

SPÉCIFICITÉS EN BOURGOGNE

Conformément à la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, la Côte-d'Or a été l'un des premiers départements à disposer d'un Observatoire départemental de l'enfance en danger.
En Saône-et-Loire, un observatoire des violences intrafamiliales est mis en place à l'initiative de la délégation départementale aux droits des femmes.

PUBLICATIONS DE L'ORS BOURGOGNE

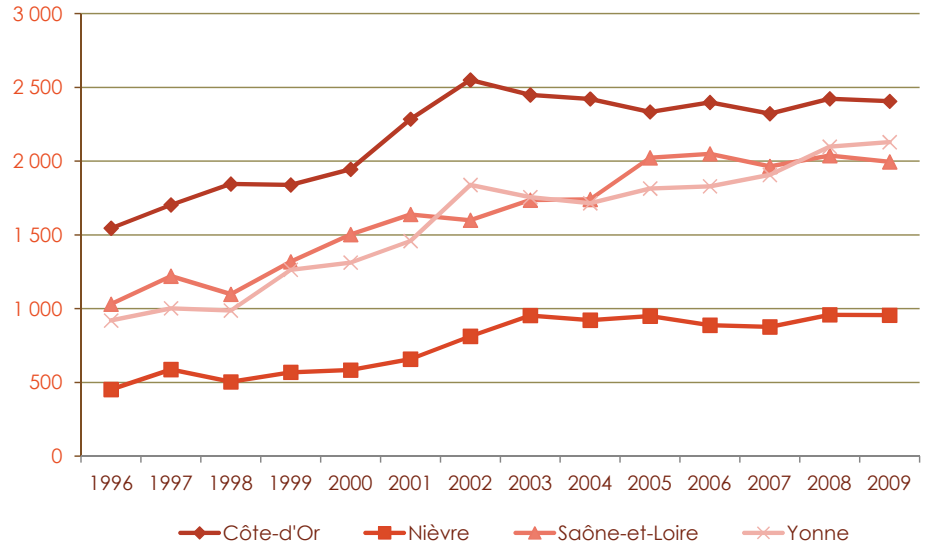
- L'observation de l'enfance en danger dans le département de Côte-d'Or, Rapport annuel depuis 1999.
- Violences subies en Bourgogne. État des lieux 2007-2008.

ORS BOURGOGNE

VIOLENCE

Faits d'atteintes à l'intégrité physique enregistrés par les services de gendarmerie et de police

En effectifs



Source : Observatoire National de la Délinquance 1996 - 2009 Exploitation ORS

En taux

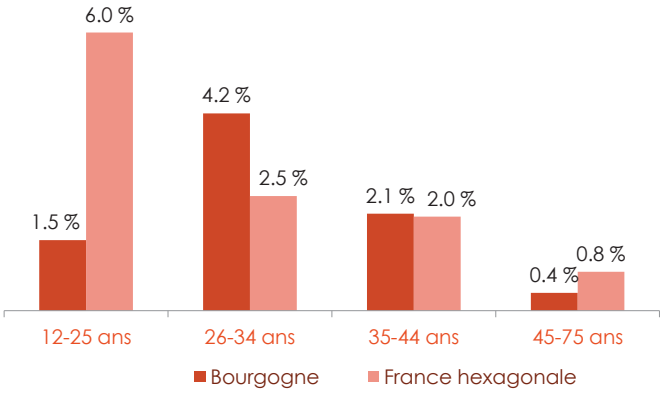
	1999	2009
Côte-d'Or	3.6	4.6
Nièvre	2.5	4.3
Saône-et-Loire	2.4	3.6
Yonne	3.8	6.2
Bourgogne	**3.1**	**4.6**
France hexa.	**5.4**	**7.5**

Taux pour 1 000 habitants

Source : Observatoire National de la Délinquance 1999, 2009 Exploitation ORS

Proportion de personnes déclarant avoir été frappées ou blessées physiquement

Au cours des douze derniers mois



En pourcentage

Source : Baromètre Santé 2005 Exploitation ORS

Violences volontaires sur femmes majeures par leur conjoint

	Faits estimés en 2007	Taux /10 000 femmes majeures en 2007	Faits estimés en 2004	% évolution des faits estimés 2004-2007
Côte-d'Or	325	15.3	268	21.3
Nièvre	140	14.9	108	29.6
Saône-et-Loire	239	10.6	232	3.0
Yonne	294	21.3	212	38.7
Bourgogne	**998**	**14.9**	**820**	**21.7**
France hexa.	**47 573**	**18.7**	**36 231**	**31.3**

Sources : DGSP, DGGN, Préfecture de Police de Paris (extractions sur les violences par conjoint) ; OND (Estimation du nombre de faits constatés sur femmes majeures) ; Insee (estimations de population) 2004 - 2007 Exploitation ORS

Signalements d'enfants en danger

	Enfants maltraités		Enfants en risque	
	Effectifs	Taux*	Effectifs	Taux*
Côte-d'Or	195	1.5	586	4.4
Nièvre	29	0.6	292	6.1
Saône-et-Loire	42	0.3	619	4.8
Yonne	97	1.1	664	7.9
Bourgogne	**363**	**0.9**	**2 161**	**5.5**
France hexa.	**19 000**	**1.2**	**79 000**	**5.0**

** Taux pour 1 000 enfants de moins de 21 ans*

Source : Odas 2006 Exploitation ORS

VIOLENCE

Définitions

La violence peut être vécue au travers de conditions de vie et de travail délétères et peut être définie comme le fait d'agir sur une personne vulnérable ou de la faire agir contre sa volonté par une contrainte physique, psychologique, matérielle ou morale.

Enfant en danger (auparavant «maltraité») : victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique ou psychologique.

Enfant en risque de danger (auparavant «en risque») : enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.

VIOLENCE

1. OFDT. Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis : OFDT ; 2013 p. 399.
2. Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. INT. Statistiques sanitaires mondiales 2013. OMS ; 2013 p. 172p.
3. BECK F, GUIGNARD R, RICHARD JB. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé. TENDANCES. 2011 ; (76) : 6p.
4. SPILKA S, LE NEZET O, TOVAR ML. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. TENDANCES. 2012 (79) : 4p.
5. GUERIN S, LAPLANCHE A, DUMANT A, HILL C. Alcohol-attributable mortality in France. European Journal of Public Health. 2013.
6. BERR C, CLAVEL-CHAPERON F, DALLY S, DAVAL J-L, FUMERON F, GIRRE C. *et al.* Alcool. Effets sur la santé. Expertise collective. Paris : INSERM ; 2001.
7. PETIGNY A, MILLOT I, LEMERY B, FIET C, NAVILLON B. Groupement Régional de Santé Publique de Bourgogne. (G.R.S.P.). Dijon. FRA / com. Connaissance et comportements des femmes enceintes en matière de nutrition, tabac et alcool : enquête réalisée dans les Pays Beaunois, Nevers-Sud Nivernais, Autunois-Morvan, et Tonnerrois Avallonnais. Dijon : ORS Bourgogne ; 2009 p. 84p.

Siglaire

CRESGE : Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion
ODAS : Observatoire de l'action sociale décentralisée
OND: Observatoire national de la délinquance

13 SURPOIDS ET OBÉSITÉ

Contexte national

L'obésité, problème de santé majeur et commun à de nombreux pays, augmente le risque de survenue de nombreuses pathologies (diabète de type 2, maladies cardio-vasculaires, cancers, problèmes articulaires, etc.) et a un fort retentissement sur le bien-être psychosocial de l'individu (stigmatisation, mésestime de soi, etc.). Dans la quasi-totalité des cas, cette maladie est probablement la conséquence d'interactions entre des facteurs génétiques, liés au développement in-utéro, environnementaux (alimentation, activité physique) et psychosociaux.
Chez l'adulte, la prévalence de l'obésité, à partir de données déclaratives sur le poids et la taille, atteint 14.5 % en 2009 (enquête ObEpi). La France hexagonale compte donc 6.5 millions d'obèses de 18 ans et plus. S'y ajoute 14.3 millions de personnes en surpoids (32 % de la population). Au total, actuellement 46 % de la population de 18 ans et plus, soit plus de 20 millions de personnes sont en situation de surpoids ou d'obésité.

La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge, elle est plus élevée chez les femmes. Mais la prévalence du surpoids est, à tout âge, beaucoup plus importante chez les hommes. Des disparités sociales existent et sont un peu plus marquées chez les femmes : l'obésité touche particulièrement les populations les moins favorisées.

La prévalence de l'obésité a fortement progressé au cours de la dernière décennie. De 8.5 % en 1997, elle est passée à 14.5 % en 2009. Cette tendance est constatée pour les deux sexes et toutes les tranches d'âge. Elle touche tous les milieux sociaux, mais de façon plus ou moins marquée, les écarts se creusant entre les groupes sociaux les plus favorisés (moins touchés) et ceux qui le sont moins.

Chez les enfants, des enquêtes sur la santé en milieu scolaire permettent d'appréhender la fréquence du surpoids et de l'obésité, à partir de données mesurées. Ainsi, en grande section de maternelle en 2005-2006, le pourcentage d'enfants en surpoids ou en obésité était de 12 %. Chez les enfants en CM2 en 2001-2002, ce pourcentage atteignait 19.6 %, et chez les adolescents scolarisés en troisième en 2003-2004, 16.7 %. La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte est de 20 à 50 % si l'obésité est constatée avant la puberté et de 50 à 70 % si elle est constatée après.

Après une progression de la prévalence du surpoids chez les enfants au cours des années 1990 (10.5 % des enfants nés entre 1985 et 1987 étaient en surpoids à 5-6 ans, contre 14.3 % de ceux nés en 1994), la situation semble actuellement se stabiliser.

Une progression de la prévalence de l'obésité s'observe dans la plupart des pays d'Europe chez les enfants. La France occupe actuellement pour ce problème une position moyenne dans l'union européenne. Chez les adultes, la France occupe une position relativement favorable.

La réduction de la surcharge pondérale constitue un objectif prioritaire du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Outre la prévention primaire, qui constitue sa dimension essentielle, ce programme prévoit l'amélioration du dépistage précoce et de la prise en charge de l'obésité, notamment dans le cadre de réseaux pluridisciplinaires.

Situation en Bourgogne
FAITS MARQUANTS

- Selon l'enquête ObEpi, la prévalence de l'obésité chez les bourguignons de 18 ans et plus est de 15.5 % en 2009 (14.5 % en France). La Bourgogne présentait, entre 2000 et 2006, un taux de prévalence de l'obésité comparable voire inférieur à la moyenne nationale. En dix ans, la prévalence de l'obésité a donc augmenté plus rapidement en Bourgogne qu'en France (+58 % versus +44 % en France).

- D'après le Baromètre santé 2005, les hommes sont plus nombreux, au vu de leurs déclarations, à présenter un surpoids et/ou une obésité (51 %) que les femmes (30 %) en Bourgogne comme en France. Par ailleurs, les hommes bourguignons sont plus obèses que la moyenne des Français (15 % versus 9 %).
  Une petite moitié des bourguignons enquêtés (45 %) estiment être «à peu près du bon poids». En outre, 18 % des personnes en surpoids et 5% des personnes obèses déclarent être «à peu près du bon poids» et n'ont donc pas conscience de leur excès pondéral ou hésitent à le déclarer.

- On estime à 11.4 % la part des enfants en surpoids ou obèses en Bourgogne (dont 1.8 % d'obèses) selon l'enquête réalisée auprès des enfants de 5-6 ans scolarisés en 2005-2006. Ces proportions sont proches de celles observées à l'échelle nationale.
  Le cycle d'enquête triennale en milieu scolaire permet également d'estimer les proportions d'enfants de 10-11 ans et 14-15 ans en surpoids ou obèses par ZEAT. Les résultats de la Bourgogne sont regroupés avec ceux des régions Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute Normandie et Picardie dans le «bassin parisien». Dans ce regroupement de régions, les enquêtes réalisées en CM2 et en classe de 3e montre que 19 % des enfants de 10-11 ans et 18 % des adolescents de 14-15 ans présentent une surcharge pondérale (respectivement 20 % et 17 % en France).

- Les bilans de santé réalisés par les centres d'examens de santé de la région montrent que la fréquence de l'obésité est significativement plus élevée chez les précaires que chez les autres personnes (19.7 % versus 12.1 %).

SPÉCIFICITÉS EN BOURGOGNE

Le CRAN : Collectif Régional Autour de la nutrition, regroupe un ensemble de partenaires professionnels et bénévoles pluridisciplinaires. Il a pour vocation de promouvoir des comportements favorables à la santé, dans le champ de l'activité physique et de l'alimentation et de développer et renforcer des dynamiques locales entre les acteurs concernés par la nutrition.

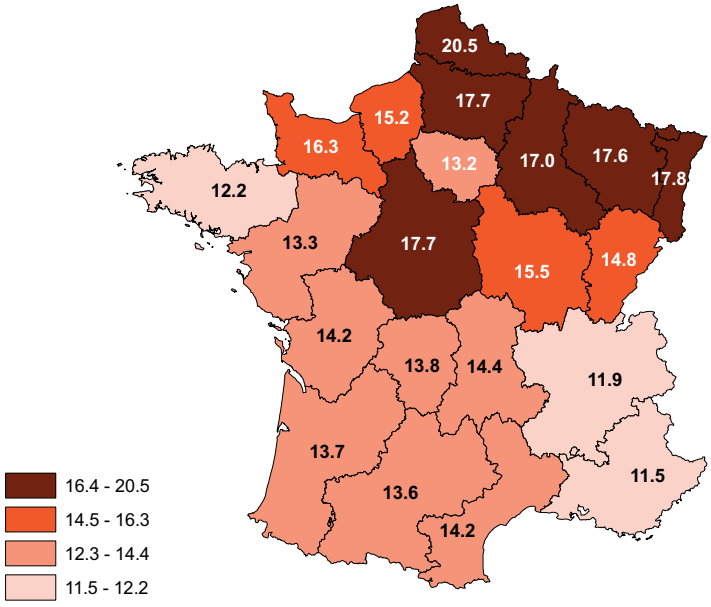
Définitions

Indice de Masse Corporelle (IMC) = poids (kg) / taille² (m). Cet indice est utilisé pour mesurer l'excès de poids et l'obésité.
Surpoids et obésité :
Chez l'adulte, l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30 et le surpoids par un IMC compris entre 25 et 29.9.
Chez l'enfant, les références IOTF sont utilisées pour définir le surpoids et l'obésité. La définition du surpoids et de l'obésité repose sur des courbes de centiles de l'IMC établies à partir de données de différents pays. Les seuils sont constitués par les courbes de centiles passant à 18 ans par les valeurs de l'IMC égales à 25 (pour le surpoids) et 30 (pour l'obésité).

ORS BOURGOGNE

SURPOIDS ET OBÉSITÉ

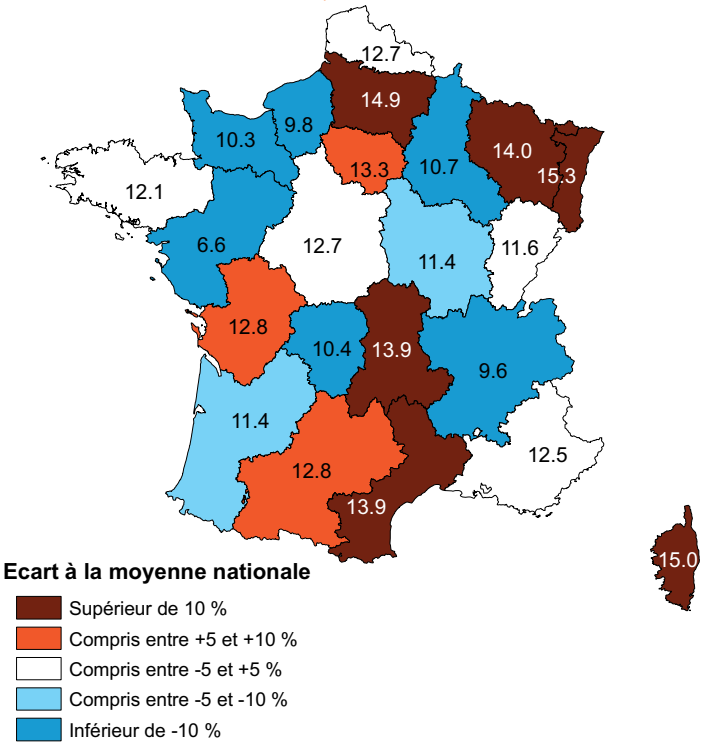
Prévalence de l'obésité
Chez les plus de 18 ans



En Pourcentage

▸ Sources : Enquête ObEpi, Inserm-Institut Roche-Sofres 2009 Exploitation ORS

Prévalence du surpoids et de l'obésité
Chez les enfants de 5-6 ans



En Pourcentage

▸ Sources : Enquête 2005-2006 auprès des enfants scolarisés en grande section de maternelle, Drees-DGS-Dgesco-DEPP-Invs 2005 - 2006 Exploitation ORS

Évolution de la prévalence de l'obésité
Chez les plus de 18 ans

	2000	2003	2006	2009	Evolution 2000/2009
Bourgogne	9.8	12	11.7	15.5	+58.2 %
France hexagonale	10.1	11.9	13.1	14.5	+43.6 %

▸ Sources : Enquête ObEpi, Inserm-Institut Roche-SOFRES 2000, 2003, 2006, 2009 Exploitation ORS

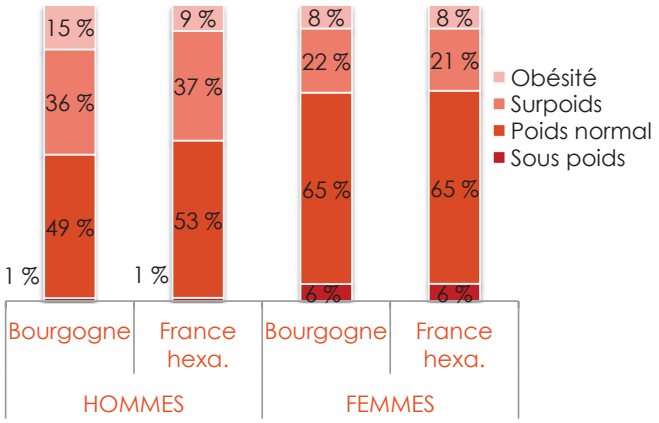
Prévalence du surpoids et de l'obésité
Chez les enfants scolarisés en CM2 et 3e

	Classes de CM2 (2001-2002)		Classes de 3ème (2003-2004)	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Bassin parisien	14.9 %	4.2 %	12.7 %	4.9 %
France	15.8 %	4.1 %	12.4 %	4.4 %

** La zone d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) du bassin parisien regroupe les régions Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute Normandie, Picardie*

▸ Source : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire – enquêtes 2001-2002 (CM2), 2003-2004 (3e) Exploitation ORS

Indice de Masse Corporelle (IMC)
Chez les 18-75 ans



** significativement supérieur à la moyenne nationale à 0.05%*

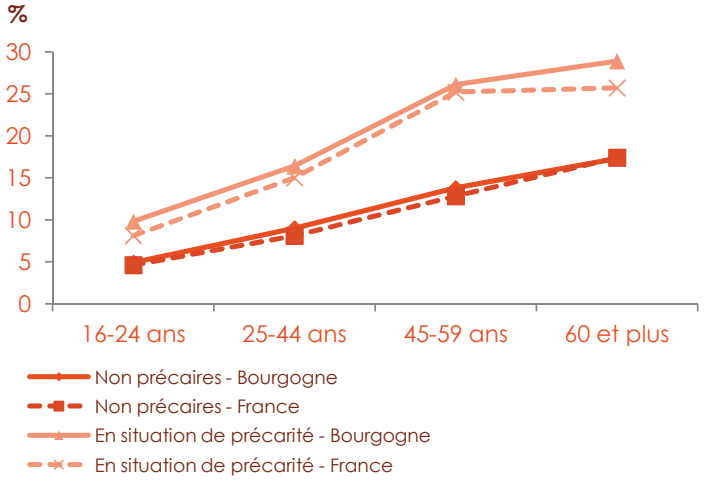
▸ Source : Exploitation régionale du Baromètre santé, INPES 2005 Exploitation ORS

RAPPEL

L'enquête ObEpi et le Baromètre santé produisent des données déclaratives. Le poids et la taille peuvent différer de la réalité soit par manque de connaissance (volontaire ou non) soit par minimisation du poids réel.
La pression sociale qui s'exerce pourrait pousser les interviewés à orienter leur réponse de façon à être «dans la norme», et ce notamment chez les femmes.

SURPOIDS ET OBÉSITÉ

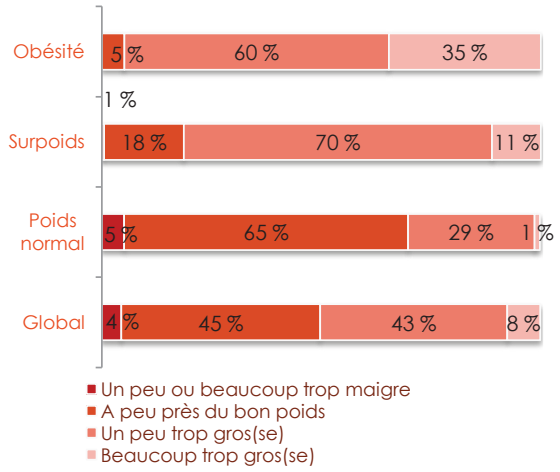
Prévalence de l'obésité parmi les consultants des centres d'examens de santé



En pourcentage

Source : Cnamts – CETAF 2006 - 2007 Exploitation ORS

Image corporelle des 18-75 ans
En fonction de leur IMC



En pourcentage

Source : Baromètre santé 2005, INPES Exploitation ORS

SURPOIDS ET OBÉSITÉ

ORS BOURGOGNE

ORS

ORS BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

Le Diapason
2 place des savoirs
21000 DIJON
Tél. 03 80 65 08 10
contact@orsbfc.org

WWW.ORSBFC.ORG

Création graphique : www.fredericbay.com