



## Les âges de la vie

“ Une vie ne vaut rien, mais rien ne vaut une vie.

André Malraux<sup>1</sup> ”

*Lorsqu'on se penche sur la santé aux différents âges de la vie, un élément frappant interroge.*

*Alors que les politiques de santé ont surinvesti la santé des enfants et des jeunes et celle des personnes âgées, aucune politique n'est centrée sur la population située « à l'âge actif », c'est-à-dire entre 25 et 65 ans approximativement. Certes, cette population est concernée comme d'autres par des politiques thématiques nationales : cancer, maladie cardiovasculaire, VIH, prévention de la sécurité routière, etc. Sur ces thèmes nationaux, des indicateurs de santé existent. Mais aucun sur les caractéristiques spécifiques de cette population.*

*Le constat est pourtant très sévère dans la région Nord – Pas-de-Calais. Entre 25 et 65 ans, la surmortalité est flagrante, évidente, intolérablement concentrée. Rapportés aux autres régions, les chiffres sont éloquentes : chaque année, ce sont environ 2 500 personnes âgées de 25 à 65 ans de plus qu'ailleurs qui décèdent prématurément. D'autant plus intolérable que ce sont des âges auxquels on n'est pas censé mourir. Ces âges font 35 % de la surmortalité régionale, sans que l'on sache encore pourquoi, ni que l'on ait jamais cherché à savoir pourquoi. Il s'agit du cœur de la spécificité d'une région de plus de 4 millions d'habitants, dont une part importante semble « non accessible » aux politiques de santé nationales.*

*La priorité serait donc de comprendre pourquoi cette surmortalité existe, qui elle concerne et que faire.*

*Pourtant il n'existe aucune approche régionale centrée sur la santé au milieu de vie. Est-ce parce qu'on a considéré que cette tranche d'âges, active en théorie, bénéficie du suivi de la médecine du travail et peut accéder aux soins ? Aujourd'hui, nul ne peut expliquer cette surmortalité régionale. Mais plusieurs hypothèses mériteraient d'être explorées. Les politiques thématiques n'ont eu aucun effet sur la surmortalité de cette population : est-ce parce qu'elles n'ont pas d'efficacité en général ou parce qu'elles n'ont pas su atteindre la part des habitants les plus « vulnérables » ? La médecine du travail semble ne pas avoir de prise : est-ce parce que cette population n'accède pas au travail et donc à son dispositif de suivi médical ?*

*Le fait est qu'il est temps de disposer d'indicateurs de santé du milieu de vie, dont l'absence révèle qu'il n'existe pas de politique de santé dédiée, malgré l'ampleur de la surmortalité observée. Les indicateurs mis à disposition, donc recherchés, ne sont-ils pas le miroir des politiques mises en place ?*

Si l'on considère l'ensemble de la vie, les besoins en matière de santé sont bien différents.

De la naissance à la fin de vie, un individu traverse des périodes que la société tente de codifier. Cette stratification évolue mais surtout, ces âges de la vie ne sont pas toujours définis en fonction des besoins de prévention, de prise en charge au regard de la santé, mais découlent d'autres politiques publiques. En effet, nous voyons que la scolarisation obligatoire en France de 6 à 16 ans encadre les âges de la santé de l'enfant et de l'adolescent. Que le fameux 3<sup>e</sup> âge est bien l'âge de la retraite... !

*Ces âges de la vie ne sont pas toujours définis en fonction des besoins de prévention, de prise en charge au regard de la santé.*

Le suivi de la santé se fait par la recherche d'indicateurs de santé, indicateurs qui servent à évaluer, mais surtout à suivre les politiques mises en place. Parler d'indicateurs revient à parler de la politique publique à laquelle ils se réfèrent.

Ne peut-on pas s'interroger par ricochet sur les indicateurs manquants, le manque de repères pour tel ou tel âge, ou tel ou tel segment de la santé ?

Lorsqu'on observe l'évolution de la santé en France depuis plusieurs décennies, il est indéniable

<sup>1</sup> Écrivain et homme politique français. 1901-1976.

### Les efforts de santé publique ont été concentré sur les âges extrêmes de la vie.

que les efforts de santé publique ont été concentré sur les âges extrêmes de la vie : la naissance et le vieillissement. Leurs effets se traduisent dans les chiffres : en 2005, moins de quatre nouveau-nés sur 1 000 sont décédés avant leur premier anniversaire ; au XVIII<sup>e</sup> siècle un nouveau-né sur trois

décédait avant son premier anniversaire. Tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, l'espérance de vie s'est considérablement accrue, passant en un siècle de 45 à 78 ans. Mais que peut-on dire des tranches de vie allant de l'enfance au seuil du 3<sup>e</sup> âge ? L'espérance de vie dans le Nord – Pas-de-Calais reste inexorablement plus faible qu'au niveau national : la population de la région détient de tristes records en matière de mortalité prématurée par cancer.

À quel moment de la vie la santé des habitants de la région se dégrade-t-elle pour atteindre de tels records ? La société est découpée en « strates d'âges » qui constituent le découpage social de l'existence en âges de la vie. Ces âges « sociaux » sont-ils vraiment les mêmes si on les considère en âges de santé ?

## L'enfance et l'adolescence

On ne peut aborder les âges de la vie en matière de santé en passant sous silence la période de la grossesse (que seuls les Chinois considèrent comme un âge). En tout cas il faut considérer la période péri et postnatale comme un âge de la vie en matière de santé. Cependant, cet âge fut largement couvert par d'autres domaines notamment celui de la sociologie. La baisse de la mortalité infantile a déterminé la naissance de la famille au sens moderne du terme. Ensuite, la société et le corps médical ont largement concentré leurs efforts afin de poursuivre cette tendance qui fut assez spectaculaire dans la région Nord – Pas-de-Calais :

### Mortalité périnatale pour 1 000 naissances

1965 .....	Nord – Pas-de-Calais : 32,0 .....	France : 27,5
1975 .....	Nord – Pas-de-Calais : 21,8 .....	France : 17,7
1985 .....	Nord – Pas-de-Calais : 13,1 .....	France : 11,2
2005 .....	Nord – Pas-de-Calais : 10,2 .....	France : 10,4

Source : 50/51 n°18, les naissances d'une région. ORS Nord – Pas-de-Calais, 2008.

La région est passée en 40 ans d'un taux de mortalité périnatale de 32 pour 1 000 naissances, à 10,2. Sur la même période, le taux en France passait de 27,5 à 10,4. Il faut signaler que la région garde un taux de natalité supérieur à celui de la France, respectivement 13,8 pour 12,7.

Viennent ensuite l'enfance et l'adolescence. Il s'agit là de périodes de développement physique et mental importantes où s'achève de se constituer le *capital santé*. Ce capital peut se voir altéré par des conditions de vie inadaptées, difficiles, ou par un comportement induisant un risque, par négligence ou ignorance. Tout ceci peut avoir des conséquences sur le stade suivant de la vie.

Les segments observés ici reprennent dans un premier temps, les tranches d'âges de la santé publique en France, dont les frontières sont parfois à trouver en dehors de la santé publique. En effet, en matière de santé publique, l'adolescence s'arrête à 16 ans – âge légal de la fin de scolarité en France. Pourtant, la notion d'adolescence peut recouvrir d'autres tranches d'âges, telles que la définition de l'OMS : 11-24 ans. La DREES<sup>2</sup> analyse la santé des adolescents entre 12-17 ans, groupe d'âges plus « homogène » car majoritairement scolarisé dans le second degré (90 %), et vivant au foyer familial (90 %).

**En matière de santé publique, l'adolescence s'arrête à 16 ans.**

Il est donc bien difficile, non pas de parler d'enfance et d'adolescence, mais de définir l'âge auquel un enfant devient un adolescent.

**Si l'enfant ou l'adolescent bénéficie de conditions favorables à leur développement, meilleure sera leur santé à l'âge supérieur.**

Quoi qu'il en soit, si l'enfant ou l'adolescent bénéficient de conditions favorables à leur développement, meilleure sera leur santé à l'âge supérieur. Là encore, il s'agit de s'attacher à observer les indicateurs, « les marqueurs » utilisés pour observer la santé de cette tranche, qui sous-tendent la politique de santé qui les concerne.

### Le système de santé

Aujourd'hui, en France, 18 % des femmes et 20 % des enfants (dont plus de 50 % de moins d'un an) sont suivis par la PMI, notamment au travers près de 250 000 séances de consultations, et plus de 400 000 personnes vues en consultations de planification. En 2006, 9 000 professionnels, dont 2 000 médecins titulaires et près de 5 000 puéricultrices, travaillent dans les services de la PMI. Dans la région Nord – Pas-de-Calais, il existe 33 services de

2 - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

la PMI et 45 lieux de consultations dans le Nord, 23 services et 25 lieux de consultations dans le Pas-de-Calais.

Une étude de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la PMI mentionne que « les principaux dysfonctionnements résident dans les disparités entre les départements et à l'intérieur des départements dans les prestations offertes et la performance des services, mais aussi dans une difficulté structurelle de positionnement ». Ces disparités sont visibles dans les normes de consultations prénatales ou infantiles, ou encore dans le nombre de sages-femmes et de puéricultrices. Ces écarts entre départements vont de 1 à 20 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 5,5 pour les puéricultrices.

**Ces disparités reflètent « la plus ou moins grande intensité de l'implication des élus départementaux dans ces politiques de l'enfance ».**

Ces disparités ne sont pas corrélées à l'état social de la population et aux besoins qui en découleraient mais reflètent le plus souvent « la plus ou moins grande intensité de l'implication des élus départementaux dans ces politiques de l'enfance ».

Après la PMI, la santé scolaire, variablement solide selon les départements, prend peu ou prou la relève. Mais qu'en est-il à l'âge du collègue ? Rien ou si peu, hormis une visite obligatoire à 14 ans, uniquement réservée aux jeunes s'orientant vers les branches professionnelles.

Quand on parle « santé des adolescents », le manque de places en consultations infanto-psychiatriques est souvent évoqué. Certes, la démographie de ces spécialistes est assez déplorable sur l'ensemble de la France. L'enfant et l'adolescent peuvent toutefois aussi être tout simplement malades ! Ces dernières décennies, les efforts ont voulu se concentrer sur la « souffrance » des ados qui – quand on y regarde de plus près – vont « plutôt bien ». Depuis le code civil, où la société mais surtout l'État tentent de « réglementer » l'approche à l'enfant par le biais de la lutte contre la délinquance, il semble que cette approche ait déteint sur la santé publique en ce qui concerne l'adolescent. Pourtant il s'agit de l'âge de la vie où les habitudes prennent leur place, habitudes qui peuvent optimiser la qualité du reste de la vie... qui est de plus en plus longue. Dans le même temps, les jeunes qui vont vraiment mal et auraient besoin d'une consultation en santé mentale ont d'abord des difficultés à la trouver, doivent faire face aux listes d'attente dans les centres spécialisés ; quant à leurs parents, ils sont totalement démunis car rien, ou si peu, est prévu pour eux.

**Il s'agit de l'âge de la vie où les habitudes prennent leur place, habitudes qui peuvent optimiser la qualité du reste de la vie.**

### **Mortalité : le nourrisson et l'adolescent vulnérables**

Sur l'ensemble de cette tranche d'âges, les plus vulnérables sont le nourrisson et l'adolescent, avec pour les jeunes un pourcentage important de morts violentes et d'accidents, premières causes de mortalité pour les 15-25 ans. Dans le Nord – Pas-de-Calais, en 2003, les décès des jeunes entre 10 et 24 ans sont pour 64 % liés à des « causes externes » selon la définition de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), c'est-à-dire par accidents, suicides... Parmi ces 64 % de décès non liés à la maladie, 30 % sont des suicides (soit 19,5 % des décès globaux). 8,7 % de la mortalité des jeunes de la même tranche d'âges est causée par le cancer.

### **La Protection Maternelle et Infantile : plus d'un demi-siècle au service des plus jeunes**

Après guerre se met en place un système de prévention protégeant les enfants et adolescents jusqu'à 21 ans. De 1945 à 1983, les missions de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) évoluent de la survie infantile à la surveillance de l'état de santé des enfants et des femmes enceintes.

Le but poursuivi n'est pas seulement de lutter contre la maladie, mais aussi de réaliser une véritable promotion de la santé, considérée globalement.

Créée en 1946 à la Réunion, la PMI a aujourd'hui plus de 60 ans. Durant une phase incluant les vingt premières années de son existence, elle est principalement orientée vers la réduction de la mortalité infantile, dans un contexte de carences multiples. La PMI intervient là en complément de l'hospitalier.

À l'aube des années 60, la survie des nouveau-nés est maîtrisée, aidée par l'augmentation du niveau de vie et le recours massif à la vaccination. 1962 puis 1964 voient une nouvelle évolution de la PMI qui se déconcentre par la création de circonscriptions, divisées en secteurs de 6 à 9 000 habitants, confiées à une assistante sociale. En 1967, la PMI investit le champ de la planification et de l'éducation familiale. On assiste à un développement grâce à un financement croisé, l'État remboursant les départements d'une partie des dépenses d'aides sociales. Le premier plan concernant la périnatalité 1970-1975 amorce la rationalisation de l'organisation du suivi des grossesses et des naissances. Enfin en 1983, la PMI s'oriente vers « la promotion de la santé individuelle et collective prise globalement » et insiste sur « la lutte contre les inégalités et les handicaps et les inadaptations de tous ordres ». La PMI s'ancre fondamentalement dans le médical et le social. Elle a connu une restructuration avec la création de la Direction de la Santé Publique en 2005.

### Mortalité par classes d'âges.

France = 100

Nord			
Pas-de-Calais	Hommes	Femmes	Ensemble
0 - 4 ans	107,6	108,9	108,1
5 - 14 ans	109,0	99,7	105,3
15 - 24 ans	82,1	82,9	82,3
25 - 44 ans	120,2	119,3	119,9
45 - 64 ans	148,5	139,3	145,6
65 ans et plus	125,4	116,1	120,2

### Mortalité « liée au système de soins » par classes d'âges. France = 100

Nord			
Pas-de-Calais	Hommes	Femmes	Ensemble
0 - 4 ans	61,8	79,1	69,4
5 - 14 ans	128,3	97,6	115,6
15 - 24 ans	108,7	91,4	101,9
25 - 44 ans	134,8	126	129,9
45 - 64 ans	142,3	143,3	142,8
65 ans et plus	123,1	123,2	123,2

### Mortalité « liée aux comportements » par classes d'âges. France = 100

Nord			
Pas-de-Calais	Hommes	Femmes	Ensemble
0 - 4 ans	104,2	64,4	88,4
5 - 14 ans	98,6	100,5	99,3
15 - 24 ans	77,8	71	76,4
25 - 44 ans	129,7	121,7	127,8
45 - 64 ans	161	156,4	160
65 ans et plus	137,9	118,1	132,1

Source : INSEE. Estimations de population - État Civil, INSERM Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

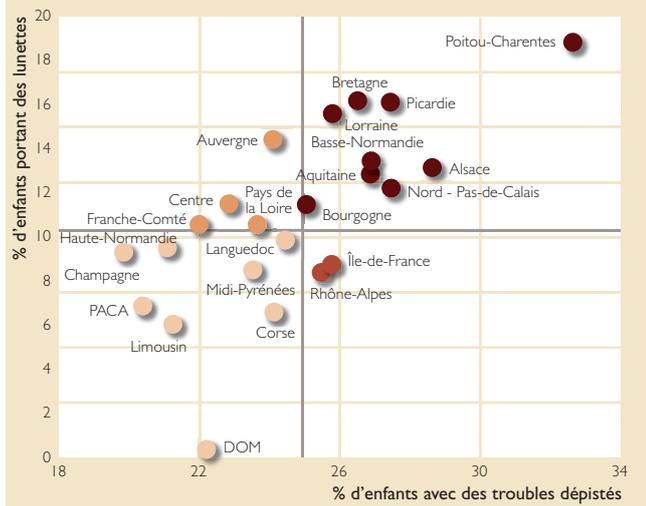
Ces trois tableaux de mortalité par classes d'âges nous montrent une sous-mortalité des 15-24 ans de - 17,7 % et une surmortalité importante + 45,6 % pour les 45-64 ans par rapport à l'indice 100 de la France. On peut observer également un écart important entre la sous-mortalité 15-24 ans et la surmortalité des 25-44 ans passant de 82,3 à 119,9.

On trouve une « constante » dans les trois tableaux, avec les 45-64 ans présentant le plus fort indice de mortalité. Cette tendance est d'autant plus marquée dans le tableau de la mortalité « liée aux comportements » atteignant + 60 % par rapport à la France.

### Morbidité : des bilans éclairants

L'entrée à l'école primaire est précédée par un bilan de santé des enfants, effectué par les infirmières et médecins de l'Éducation Nationale. Comme pour les adultes, l'étude des enquêtes déclaratives ou l'analyse des indicateurs de mortalité ne sont pas suffisantes pour appréhender l'état de santé d'une tranche d'âges. Afin d'étudier des phénomènes de santé courants, importants pour le développement harmonieux de l'enfant, l'Éducation Nationale a initié un examen de santé périodique, dans le cadre d'un cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire démarré en 1999-2000. L'examen de santé porte sur les marqueurs importants pour le développement de l'enfant : vision, audition, langage, dentition et suivi de la prévalence de l'asthme et de l'obésité.

### Pourcentage d'enfants de CM2 portant des lunettes par région en 2004



Source : DREES-DESCO(EL3)-InVS<sup>1</sup> - enquête auprès des enfants scolarisés en grande section maternelle 1999-2000.

### La vision

La vision est une cause importante de difficultés d'apprentissage. En 2002, 13 % des élèves français présentaient une anomalie de vision à un ou aux deux yeux, connue avant le bilan de santé. L'examen permet de dépister 8 % des élèves présentant une hypermétropie, 8 % présentant une acuité visuelle inférieure à 8/10<sup>e</sup>, 4 % un strabisme et 5 % un trouble de vision binoculaire. L'enquête révèle un moindre équipement optique pour les enfants scolarisés en Zone d'Éducation Prioritaire (ZEP). Si les troubles de la vision sont connus ou observés lors de l'examen, seuls 21 % des enfants en ZEP portent des lunettes, contre 26 % hors ZEP. On peut se demander d'où vient cet écart : du dépistage ou de l'accès aux soins ?

### Le bucco-dentaire

La région Nord - Pas-de-Calais ainsi que la Haute-Normandie, la Champagne-Ardenne et la Picardie présentent une plus forte proportion d'enfants de 6 ans avec au moins deux caries non soignées. Cette proportion est corrélée à la fréquence du recours aux soins, apparemment plus

importante là où la proportion d'élèves sans caries non soignées est repérée : en Bretagne, Pays-de-Loire, Île-de-France, Centre et Rhône-Alpes. Ce même phénomène est observé au niveau du bilan bucco-dentaire effectué la même année auprès d'adolescents de 15 ans : dents obstruées, dents absentes dans le grand Nord et l'Est, contre une situation plus favorable en Île-de-France et Sud-Ouest. Fait non négligeable, ces tendances ne sont aucunement en rapport avec la densité régionale de dentistes.

Les résultats de l'enquête triennale de juin 2004 mettent en évidence un gradient social concernant

la prévalence de dents cariées non soignées. Cette prévalence est deux fois plus élevée chez les enfants d'ouvriers non qualifiés que dans les familles dont le père est cadre. Cependant, d'autres facteurs favorables sont mis en évidence : l'activité professionnelle de la mère, ainsi que le fait que l'enfant prenne ou non ses repas en restauration scolaire.

### Problèmes dentaires des élèves de CM2 en 2001-2002

	France métropolitaine	Activité de la mère			Fréquentation de la cantine		École	
		Active	Chômage	Au foyer	0 jour /semaine	4 jours /semaine	ZEP	Hors ZEP public
Nombre moyen de dents cariées (soignées ou non)	1,3	1,2	1,8	1,5	1,4	1,2	1,7	1,2
Au moins 2 dents cariées soignées (en %)	29,3	28,7	25,9	30	31,2	27,3	34,6	26,9
Au moins 2 dents cariées non soignées (en %)	8	6,1	10,9	13	10,8	6,5	15,2	7,3
Effectifs	7390	5107	287	2505	3403	3167	2912	4312

	Profession du père						Sexe	
	Agriculteur	Artisan	Cadre	Profession intermédiaire	Employé	Ouvrier qualifié	Fille	Garçon
Nombre moyen de dents cariées (soignées ou non)	1,4	1,3	0,9	1,1	1,2	1,5	1,2	1,4
Au moins 2 dents cariées soignées (en %)	32,8	28,6	22,5	25,2	25,4	34,5	27,6	30,4
Au moins 2 dents cariées non soignées (en %)	6,3	7,6	2,7	5,1	6,2	11	7,5	8,7
Effectifs	206	646	835	907	1304	2545	4097	4105

Source : Enquête sur la santé des élèves de CM2 – DREES, DESCO, INVS, DGS ; Dep

### L'obésité

Dans le Nord – Pas-de-Calais, en 2005, 16 % des enfants scolarisés en CM2 étaient en surpoids, et 3,7 % étaient atteints d'obésité. Les inégalités sociales ont creusé un écart entre 2002 et 2005 entre les enfants dont le père est « ouvrier » et les enfants dans le père est « cadre ». On ne note pas de différenciation par sexe. Le surpoids modéré touche 19,9 % d'enfants fréquentant les écoles en ZEP contre 15,6 % hors ZEP, et respectivement 6,8 % et 3,2 % pour l'obésité. Là encore les régions du Nord et de l'Est sont moins favorables à la santé des enfants, avec une proportion d'enfants obèses de 7,9 % dans le Nord pour 1,7 % dans l'Ouest.

Globalement, la proportion d'enfants en surcharge pondérale est stable et le pourcentage d'enfants obèses a sensiblement baissé de 2002 à 2005 dans toutes les catégories socioprofessionnelles, excepté chez les enfants dont le père est ouvrier, où le pourcentage a augmenté de 1 point (5,1 % à 6,1 %). Ainsi, en 2005, on dénombre dix fois plus d'enfants obèses dans les familles dont le père est ouvrier : ils étaient quatre fois plus en 2002.

### L'asthme

16,9 % des garçons et 12,5 % des filles déclarent un épisode asthmatique au cours de leur vie. Un élève sur dix déclare un asthme actuel (traité au cours des 12 derniers mois). Ces chiffres sont stables et corroborent d'autres études dont celle de l'INSERM en 2002.

### Couverture vaccinale

La couverture vaccinale est assez élevée sur tout le territoire métropolitain et les départements d'outre-mer, allant de 95 % à 98,1 % selon les vaccinations (98,1 % pour le BCG, 90,6 % DTP + coqueluche). On observe peu de variations territoriales, même si pour le ROR la moitié nord est très bien située (98,1 %). Seule la vaccination contre l'hépatite B reste faible (38,9 %) malgré la recommandation de vaccination pour les nourrissons depuis 1994, année où les enfants enquêtés étaient nés.

### Adolescents : un manque criant d'indicateurs

Nous avons vu qu'il est tout à fait probable qu'un enfant aborde l'adolescence avec des troubles de vision non corrigés, des caries non soignées ou encore un problème de surpoids, 3 indicateurs de défaveur de santé avec un fort gradient social.

*Il est tout à fait probable qu'un enfant aborde l'adolescence avec des troubles de vision non corrigés, des caries non soignées ou encore un problème de surpoids.*

En ce qui concerne la morbidité des adolescents, il est bien plus difficile de l'observer, vu le manque criant de recherches d'indicateurs.

Les tableaux ci-dessous tentent de faire une synthèse de diverses sources de données, qui sont pour la plupart des enquêtes de populations « déclaratives » ; excepté les informations recueillies par le service des consultations pour adolescents en rupture de l'Hôtel-Dieu à Paris, les autres données émanent des Baromètres santé 2000 et 2005.

Ces indicateurs ne sont pas des indicateurs directs de santé, mais font partie des indicateurs de comportements à risque qui mettent la santé de l'individu en danger.

On remarque une forte baisse du nombre de consommateurs réguliers de tabac entre les Baromètres France 2000 et 2005 ; baisse qui devra être confirmée par d'autres enquêtes. Les filles sont plus exposées aux tentatives de suicide surtout avant 20 ans, alors que les garçons le sont moins,

### Consommateurs réguliers de tabac chez les jeunes selon différentes enquêtes (en %)

Baromètre santé 2000 Nord - Pas-de-Calais		Baromètre santé 2005 France		Baromètre santé 2000 France		Consultation Hôtel-Dieu	
Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
27,2	33,5	16,7	15,6	26,4	20,9	54	56

### Tentative de suicide chez les jeunes (en %)

	Baromètre santé 2000 Nord - Pas-de-Calais		Baromètre santé 2000 France		Consultation Hôtel-Dieu	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
15-19 ans	16,2	5,6	7	1,9	21,2	5,5
20-25 ans	6,9	6,8	7,7	4,9		

### Expérimentation du cannabis chez les jeunes (en %)

	Baromètre santé 2000 Nord - Pas-de-Calais		Baromètre santé 2005 France		Baromètre santé 2000 France		Consultation Hôtel-Dieu	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
15-19 ans	30,3	15,6	38	31,9	39,4	58,9		
20-25 ans	45,7	26,7	57,4	39,6	30,9	30,2	31	40

Sources : Baromètre santé 2000, Baromètre santé 2005 Hôtel-Dieu Consultation ados

même en situation de rupture familiale et sociale (chiffres consultation Hôtel-Dieu). Quant à l'expérience du cannabis, la tendance se dessine d'une expérimentation chez plus d'une fille sur deux entre 20 et 25 ans (57,5 %).

### Globalement les jeunes vont bien.

Diverses enquêtes autour des adolescents abordent la prévention et la perception qu'ont les jeunes de leur santé et de leur moral : globalement les jeunes vont bien (93 % des étudiants, 91 % des apprentis du Nord – Pas-de-Calais) ; les pathologies lourdes apparaissent en effet à l'âge adulte, conséquence ou non d'un comportement inadapté à la bonne santé. Les jeunes interrogés déclarent avoir été informés sur différents aspects de prévention, mais aucune enquête ne cherche à comprendre comment les messages sont compris et surtout intégrés dans la vie quotidienne, et enfin si les jeunes perçoivent la portée de ces messages.

Peut-être serait-il pertinent de demander aux adolescents de quelle prévention ils auraient besoin ? Où s'attendraient-ils à avoir de l'information ? Quand seraient-ils plus réceptifs ?

La prévention ciblée vers les adolescents se résume aux campagnes de prévention « grand public » organisées régulièrement sur la contraception et le sida, qui se trouvent à la jonction de l'adolescence et de l'âge adulte.

## L'âge adulte

Les comparatifs de mortalité de la région et les indices de mortalité évitable montrent une situation préoccupante pour la population de la région. Cette surmortalité est due essentiellement aux cancers et aux maladies et pathologies cardiovasculaires, ce qui – somme toute – ne distingue pas le Nord – Pas-de-Calais des autres régions françaises.

La mortalité régionale par suicide touche, chez les femmes, les tranches d'âges des 34-64 ans, et chez les hommes, celles des 20-44 ans.

*Une situation préoccupante pour la population de la région.*

## La prévention organisée

La prévention organisée a pour cible les adultes en premier lieu.

En France, en matière de prévention, seuls deux dépistages sont organisés : cancer du sein et cancer colorectal. Les femmes de 50 à 74 ans reçoivent un courrier de sollicitation afin de réaliser une mammographie tous les deux ans. Toutes les personnes de plus de 50 ans sont sensibilisées au dépistage du cancer colorectal par une recherche de sang dans les selles.

Ces deux cancers sont ceux qui atteignent de forts taux de guérison à condition d'être dépistés très tôt : 100 % pour le colorectal.

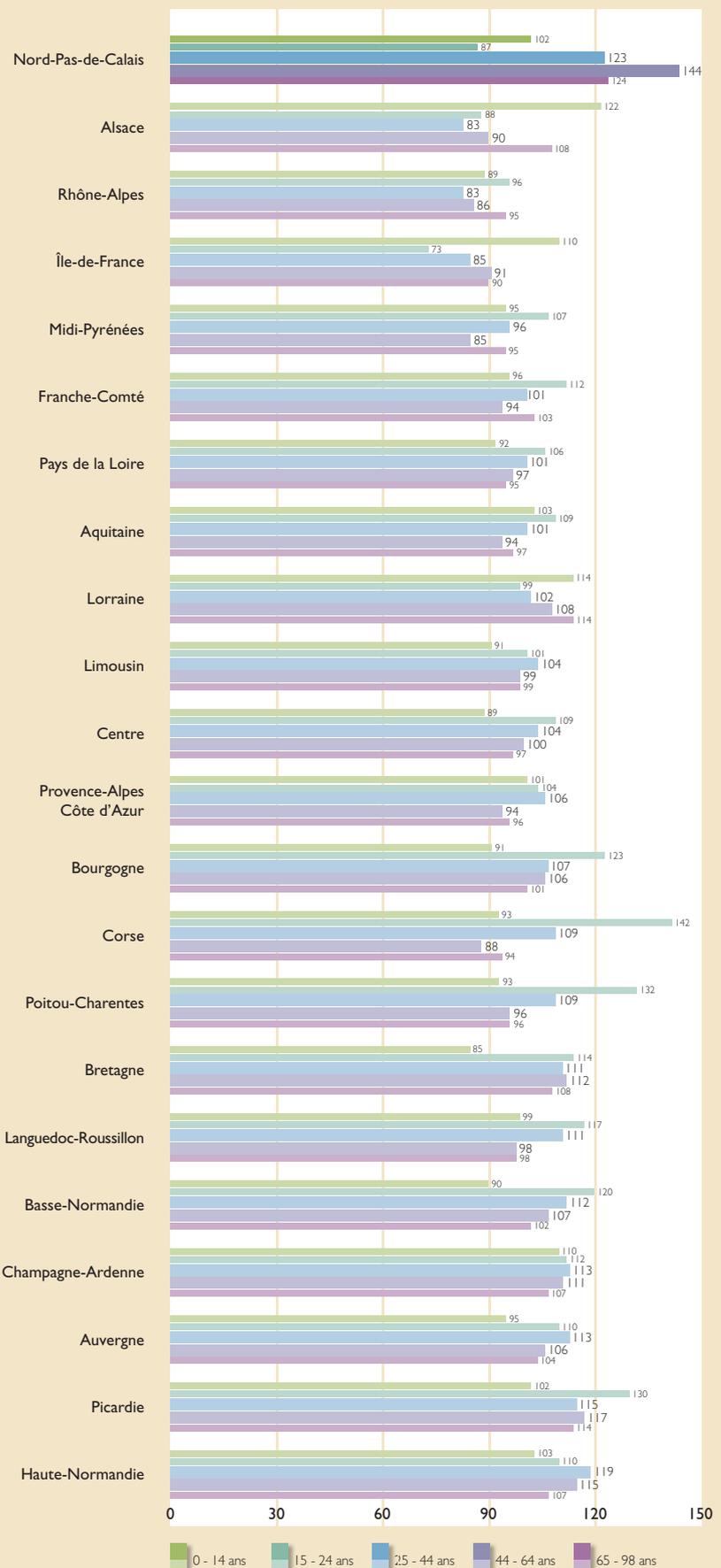
Avec moins d'incitation directe au dépistage, le SIDA est l'objet de campagnes de prévention massives. En France, depuis 1988, des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH ont été mises en place dans chaque département, pour permettre une démarche individuelle et volontaire de dépistage de l'infection par le VIH. Il existe actuellement plus de 380 CDAG, dont 29 dans le Nord et 3 dans le Pas-de-Calais.

S'ajoutent à ces dispositifs les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), structures alcoologiques d'accueil, de soins et de prévention, ouvertes aux individus sujets à une alcoolisation excessive.

L'âge adulte est bien sûr caractérisé par la classification « d'actif », à savoir selon la définition du Bureau International du Travail (BIT). « La population active occupée<sup>5</sup> », au sens du BIT, comprend les personnes âgées de 15 ans ou plus ayant travaillé – ne serait-ce qu'une heure au cours d'une semaine de référence – qu'elles soient salariées, à leur compte, employeurs ou aides dans l'entreprise ou l'exploitation familiale. Pour ces personnes salariées, existe la médecine du travail qui mue progressivement vers la définition de la santé au travail.

Le graphique ci-contre présente une comparaison de la mortalité par classes d'âges sur l'ensemble de la population (pas de distinction hommes et femmes) entre toutes les régions de France

## Comparaison de la mortalité par classes d'âges sur l'ensemble de la population entre toutes les régions de France métropolitaine



5 - « La population active occupée regroupe l'ensemble des personnes qui ont un emploi mais sa mesure diffère selon l'observation statistique qui en est faite. On peut actuellement distinguer trois approches principales : au sens du BIT, au sens du recensement de la population, au sens de la Comptabilité nationale ». Source INSEE.

métropolitaine pour la période 2004-2007. Lorsque la mortalité est égale à la mortalité moyenne nationale, la valeur de l'indice comparatif de mortalité est 100.

La variation entre région, et plus encore les spécificités du Nord – Pas-de-Calais y sont patentes. La mortalité des moins de 14 ans est élevée en Île-de-France et dans l'est de la France, faible dans l'ouest et le sud-ouest. Elle est très proche de la valeur nationale dans le Nord – Pas-de-Calais. Là, dans cette même région il faut insister sur la sous mortalité des 15-24 ans qui perdure au moins depuis les années 1960. Le contraste avec d'autres régions, y compris les plus proches comme la Picardie, la Haute-Normandie ou Champagne-Ardenne est très marqué. L'indice n'est que de 87 soit 13 % de sous-mortalité par rapport aux jeunes français du même âge. Il y a bien là un fait régional propre qui caractérise avec force la mortalité et au-delà l'état de santé des adolescents et jeunes adultes. Une fois passé le seuil des 25 années de vie, apparaît avec beaucoup de brutalité le second particularisme majeur du Nord – Pas-de-Calais, la surmortalité des âges adultes. Dès cette classe d'âge, le Nord – Pas-de-Calais trouve son rang de région confrontée aux plus fortes difficultés sanitaires, de dernière région française. Mais c'est pour les 44-65 ans que l'inégalité est la plus forte puisque l'indice est de 144 (l'indice moyen de la région étant de 127). En moyenne, il y a donc près 15 décès dans la région lorsque l'on en observe 10 en France. La spécificité régionale reste aussi forte, elle s'accroît même, puisque la Picardie qui lui succède a un indice de 117. Chez les plus de 65 ans, la surmortalité persiste mais il faut signaler que cet état de fait fluctue selon les périodes retenues.

*La surmortalité des 25-64 ans correspond au centre de gravité fondamental du retard sanitaire de la région.*

Pour conclure, la surmortalité des 25-64 ans constitue bien la grande spécificité régionale. Cette anomalie résiste dans le temps, cette classe d'âge, quel que soit le sexe d'ailleurs, correspond au centre de gravité fondamental du retard sanitaire de la région.

## Le vieillissement

Le seuil de la vieillesse est fixé encore aujourd'hui à 60 ans... et ces 60 ans résonnent en chacun de nous du mot « retraite ». Mais est-ce l'âge de la vieillesse ?

Le XX<sup>e</sup> siècle marque la création d'un âge jusqu'alors inconnu : l'adolescence voire aujourd'hui la pré-adolescence. Ce siècle a vu aussi apparaître la nécessité de définir d'autres âges : le 3<sup>e</sup>, le 4<sup>e</sup> âge, jusqu'à une classe d'âges de centaines de plus en plus importante dans la société.

L'allongement de la vie est la conséquence d'un siècle de progrès de la science, d'élévation du niveau de vie, de vaccination obligatoire. Ce qui a augmenté le plus ces dernières décennies, c'est l'allongement de la vie sans incapacité, à savoir le recul indéniable de l'âge de la dépendance physique. En parallèle, on constate l'augmentation de l'incidence des maladies dégénératives, comme la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson. Sans doute est-ce là la conséquence visible de la diminution de la mortalité prématurée avant 65 ans. Ce phénomène d'augmentation du nombre de personnes âgées est appelé gérontocroissance : il ne s'agit pas d'un vieillissement de la population, mais d'une augmentation du nombre de personnes âgées.

*Ce qui a augmenté le plus ces dernières décennies, c'est l'allongement de la vie sans incapacité.*

La mortalité observée en taux bruts reste assez stable entre la France et la région Nord – Pas-de-Calais. Cette proximité de mortalité est liée à la structure par âge : en effet la population vieillit aussi bien en France que dans la région. Si on élimine cette structure par âge dans les indices comparatifs de mortalité, on observe une mortalité plus élevée dans la région Nord – Pas-de-Calais. Cet effet est plus accentué chez les femmes, qui vivent plus longtemps et donc développent plus de pathologies.

Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de décès, 36 % des décès entre 2002 et 2004 ; viennent ensuite les cancers pour 19 %, puis les maladies de l'appareil respiratoire pour 8 %.

*La vieillesse se caractérise par un état de polyopathologies.*

La vieillesse se caractérise par un état de polyopathologies, corrélées ou non aux situations d'incapacités dans la vie quotidienne (locomotion, vue, audition).

L'allongement de la vie – l'espérance de vie stagne aujourd'hui à 85 ans dans l'ensemble des pays européens – a des conséquences multiples. C'est d'abord un facteur de déséquilibre démographique, situation jamais connue en Europe, liée notamment à l'absence de grande guerre depuis 1945. Mais il a aussi des conséquences sur les différentes branches de protection sociale : assurance vieillesse, maladie et dépendance.

*L'allongement de la vie a des conséquences multiples.*

Une étude SHARE européenne dresse un panorama des pathologies des personnes de plus de 50 ans. Le premier constat porte sur la santé perçue : les Français de plus de 50 ans sont 65 % à se déclarer en bonne santé ; les Suisses sont 80 % et les Espagnols seulement 50 %.

Cette enquête révèle les grandes pathologies au niveau européen :

- Les maladies ostéo-articulaires – maladies chroniques, arthroses et rhumatismes – touchent 18 % des Européens de plus de 50 ans. La France est la plus touchée avec 30 % de sa population atteinte de ces affections.
- Les maladies cardiovasculaires touchent entre 9 et 13 % de la population. Il faut signaler que pour ces pathologies, les déclarations ne correspondent pas aux données de mortalité, notamment en France et en Italie, deux pays qui présentent la mortalité cardiovasculaire globale la plus basse, alors que ces pays se situent plutôt dans la moyenne en termes de déclarations de pathologies cardiovasculaires. Plusieurs explications sont avancées : le biais du type de déclarations par pays, biais lié aux enquêtes où des données similaires sont récoltées dans des pays au système de recueil différent, mais aussi la capacité des pays à prendre en charge ce type de pathologies et à augmenter le pourcentage de survie des patients qui en sont atteints, peuvent expliquer ces écarts.
- On trouve également un pourcentage assez significatif de pathologies pulmonaires chroniques et d'asthme avec des écarts entre pays : 2 % en Allemagne, France et Italie autour de 3, % et le Danemark à 6,7 %.

En Europe, 6,4 % des personnes de 65 ans et plus sont concernées par la démence. La prévalence augmente avec l'âge : de 0,8 % chez les 65-69 ans à 28,5 % pour les 90 ans et plus. La démence touche plus les femmes que les hommes. Chez les personnes âgées de 90 ans et plus, elle concernerait 14,3 % de la population italienne et 26 % des Français (40,7 % des Japonais).

*6,4 % des personnes de 65 ans et plus sont concernées par la démence.*

On constate un doublement de l'incidence entre 85-89 ans. On estime que 225 000 nouveaux cas de maladie d'Alzheimer seront diagnostiqués chaque année. À l'horizon 2020, 54 % de personnes supplémentaires en seront victimes par rapport à 2004.

Selon une étude européenne, la prévalence de la maladie de Parkinson et du syndrome parkinsonien sera multipliée par cinq entre les 65-69 ans et les 85-89 ans. Il semblerait qu'à partir de 85 ans, cette prévalence diminue et contrairement à la maladie d'Alzheimer, on constate peu d'écart entre les sexes. Dans ce type de maladie, les Français semblent moins touchés que d'autres Européens.

L'étude SHARE définit cinq critères de risque de l'état de santé de la population en matière de vieillissement :

- obésité,
- hypertension,
- hypercholestérolémie,
- diabète,
- alcool et tabac.

## La santé aux différents âges de la vie : adapter les politiques

Les âges de la vie, en matière de santé, sont sous « influence » d'autres politiques qui ne sont pas prises en compte dans les indicateurs de santé. Si certaines tranches d'âges de la vie ont fait des progrès importants ces dernières décennies, on constate toutefois que l'âge adulte reste problématique et révélateur d'un fort gradient social. Ce gradient social influe sur toutes les tranches d'âges, mais est réellement visible à la maturité physique d'un individu, lorsque se développent des pathologies, notamment des cancers ou des accidents cardiovasculaires.

Les caractéristiques de la santé aux différents âges de la vie sont en constante évolution, tandis que les indicateurs de santé ne s'y réadaptent pas.

*Les caractéristiques de la santé aux différents âges de la vie sont en constante évolution, tandis que les indicateurs de santé ne s'y réadaptent pas.*

Après avoir fait considérablement baisser la mortalité infantile, même s'il reste beaucoup à faire au niveau international, la société s'est trouvée confrontée à

une nouvelle tranche d'âges primaires, à savoir les 0-3 ans. Il s'agit, *grosso modo*, de l'âge de la vie que l'on appelle communément la « petite enfance », âge de pré scolarisation où, à la rentrée scolaire 2005-2006, 25,1 % des enfants de deux ans étaient scolarisés en maternelle (et 100 % des 3 ans) et âge où ils sont 47 % à fréquenter les modes de gardes temporaires ou à temps plein (halte-garderie, crèche, ou assistante maternelle). Si l'on cherche une correspondance d'indicateurs de santé, il n'y en a pas. Cette tranche d'âges est « coincée » entre les indicateurs de périnatalité jusqu'au premier anniversaire de l'enfant et ses vaccinations obligatoires à l'entrée en collectivité, et les 6 ans avec l'examen obligatoire pour entrer en CP.

Puis l'enfant entre dans un « tunnel sanitaire » où son suivi est, certes, prévu par les PMI mais aucun indicateur spécifique n'accompagne cette tranche d'âges pourtant importante, par exemple pour la bonne prise d'habitudes alimentaires et la prévention du « fameux rebond adipeux » qui, plus il intervient jeune, augmente les risques d'obésité à l'âge adulte.

Vient ensuite l'adolescence, durant laquelle l'approche de la santé prend si peu en compte les attentes des jeunes. De nombreux professionnels proposent :

- un examen clinique complet à l'entrée au collège ;
- un examen clinique complet lors des journées d'appel de la défense ;
- de renforcer le nombre de médecins et infirmières scolaires ;
- de créer dans les hôpitaux un service de consultations pour adolescents, placé au centre d'un réseau de personnel socio-éducatif du département (Assistance sociale, Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), Médecine scolaire, Associations, etc.) sans oublier les réponses spécifiques à la sexualité adolescente ;
- un suivi médical de tout adolescent suivi par la PJJ ou l'Aide sociale à l'enfance ou dans un parcours d'insertion ;
- la gratuité jusqu'à 21 ans de la contraception, des soins dentaires et ophtalmologiques ;
- la création universitaire d'une médecine de l'adolescence.

En fait, ces professionnels de santé proposent la création d'une médecine adolescente. Des mutuelles étudiantes proposent des consultations « de santé sexuelle » afin de répondre sur les lieux d'études (lycée et université). Quels sont les réels besoins de santé des adolescents ? Quelles sont leurs attentes ? Dans les enquêtes déclaratives, ils nous disent être informés mais quels sont vraiment leurs comportements de santé ? Nul ne semble s'y être encore sérieusement penché.

L'âge adulte pourrait être scindé en « jeune adulte » de 16 à 25 ans et en adulte de 26 à 65 ans, sachant que l'âge de la vie active recule et que, de plus, les indicateurs de mortalité prématurée sont situés à 65 ans car statistiquement les pathologies de la vieillesse apparaissent vers 68 ans.

Cet âge adulte est le grand oublié dans l'étude du comportement en santé, dissimulé par des politiques de santé axées sur des pathologies et l'existence de la médecine du travail, mais tout le monde ne travaille pas. Dans la région, ces dispositifs n'ont pas produit leurs effets. La surmortalité prématurée au milieu de vie perdure et aucune information disponible ne permet de l'expliquer. Là où une politique s'imposera, les indicateurs permettront de mieux comprendre et de mieux agir sur cette intolérable spécificité régionale.

***Cet âge adulte est le grand oublié dans l'étude du comportement en santé.***

Pour les personnes âgées, les 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> âges semblent ne poser que peu de problèmes puisqu'ils sont plutôt vécus par le biais de l'avant et l'après perte d'autonomie. Mais tout simplement ne peut-on pas s'interroger sur ce qu'est la vieillesse et ce qui la caractérise ? Ces questions ne font pas consensus. Quels seraient les indicateurs pertinents pour compléter une politique du vieillissement ?

# 3 idées clés :

- *La périnatalité est surinvestie par les politiques de santé.*
- *Une fois passée la petite enfance, on sait peu de la santé des âges de la vie.*
- *Il est paradoxal que le cœur de cible de la surmortalité régionale –l'âge adulte– soit si peu décrit et n'ait pas été analysé.*

## La bibliographie

- Jourdain-Menninger D, Roussille B, Vienne P, Lannelongue C. Étude sur la protection maternelle et infantile en France. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2006 ; 165 p.
- Guignon N. La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire. Études et résultats 2002 ; 155 : 8 p.
- INSERM. Asthme : dépistage et prévention chez l'enfant. Paris : INSERM, 2002 ; 76 p.
- SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe [en ligne]. Disponible sur : <http://www.share-project.org/> et <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/SHARE/EnqueteSHARE.html> (consulté en 2009).

## Le lexique

AS : assistance sociale

ASE : Aide sociale à l'enfance

CCAA : Centres de cure ambulatoire en alcoologie

CDAG : Consultations de dépistage anonyme et gratuit

CP : cours préparatoire (école primaire)

DESCO : Département sciences et comportements, direction générale de l'enseignement.

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : Institut de veille sanitaire PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PMI : Protection maternelle et infantile

ZEP : Zone d'éducation prioritaire