

Études et Résultats

N° 805 • juin 2012

L'état de santé de la population en France Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2011

Les espérances de vie à la naissance et à 65 ans continuent de progresser en Europe. La France fait partie des pays où les femmes vivent le plus longtemps (84,8 ans), les hommes se situant dans la moyenne (78,2 ans). L'espérance de vie à 65 ans est en revanche la plus élevée, tant pour les femmes (22,8 ans) que pour les hommes (18,6 ans).

Revers de la longévité, les femmes passent plus de temps avec des incapacités, dans un contexte d'isolement social plus marqué, soulignant l'importance des prises en charge sanitaires et sociales des maladies chroniques.

Pour les hommes, le décalage observé entre les résultats très favorables de l'espérance de vie après 65 ans et ceux moins bons de l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés et souligne la nécessité de renforcer les politiques publiques de prévention et de promotion de la santé.

Par catégorie sociale, les écarts d'espérance de vie à 35 ans sont également très marqués. Ils témoignent des effets combinés de comportements de santé, de niveaux d'exposition à des risques environnementaux et de conditions de travail différenciés entre groupes sociaux et soulignent l'intérêt d'une approche démographique et sociale dans l'analyse de l'état de santé de la population.

Sandrine DANET

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère de l'Économie et des Finances
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

Contributions à la rédaction du rapport : ADEME, ANSES, AFDPHE, AFSSAPS, Agence de la biomédecine, CNAMTS, CCMSA, RSI, CITEPA, CNRS, DARES, DGS, IFSTTAR, InCa, INED, INPES, INSEE, INSERM-CépiDc, INSERM unité 953, InVS, IRDES, ONISR, UFSBD.

LA LOI RELATIVE à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini pour la première fois des objectifs de santé quantifiés. Ces 100 objectifs ont été assortis d'indicateurs qui font l'objet d'un suivi annuel coordonné par la DREES¹, mobilisant l'ensemble des institutions productrices de données de santé en France. La nécessité de suivre dans le temps ces indicateurs a conduit à privilégier le choix de sources pérennes, hormis pour des objectifs très spécifiques faisant appel à des enquêtes et bases de données ad hoc. Déclinés selon les dimensions sociodémographiques et régionales chaque fois que les données sont disponibles², assortis de comparaisons européennes, ces indicateurs dessinent un panorama de l'état de santé en France (DREES, 2011).

Des enjeux de santé différents selon le sexe et les âges de la vie

Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît plutôt bon. Les situations sont cependant très différenciées entre les hommes et les femmes. Particulièrement élevée pour les femmes en France, l'espérance de vie à la naissance (84,8 ans pour les femmes et 78,2 ans pour les hommes en 2011)³ continue de progresser et l'écart entre hommes et femmes tend à se réduire: en dix ans, les hommes ont gagné 2,8 ans d'espérance de vie et les femmes 1,9 an.

En 2010, l'espérance de vie à 65 ans est la plus élevée d'Europe, tant pour les femmes que pour les hommes. Elle s'élève à 22,8 ans chez les femmes, soit 1,6 an de plus qu'en 2000, et à 18,6 ans chez les hommes, soit 1,9 an de plus qu'en 2000³. Pour les hommes, le décalage entre l'espérance de vie après 65 ans et l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés.

Toutefois si les femmes ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes, elles vivent aussi plus longtemps avec des incapacités (graphique 1). Entre 2004 et 2010, les hommes à 65 ans sont toujours dans une phase d'équilibre dynamique

entre l'augmentation de l'espérance de vie (EV) et l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), le ratio EVSI/EV étant à peu près constant, les femmes à 65 ans sont plutôt dans une phase d'expansion de l'incapacité avec un ratio EVSI/EV qui décline.

Paradoxalement, si l'espérance de vie des hommes est moins élevée que celle des femmes, les hommes, à âge égal, se sentent en meilleure santé, déclarent moins de maladies, moins de limitations fonctionnelles et moins de recours aux soins que les femmes.

Le poids relatif des pathologies diffère selon l'âge: les maladies infectieuses et allergiques prédominent dans l'enfance, tandis que les pathologies ostéo-articulaires et les troubles psychiques sont plus prégnants en milieu de vie et les maladies cardiovasculaires chez les personnes plus âgées. Passée la première année de vie, le recours aux soins est faible chez les jeunes et maximal en fin de vie.

Un bilan plutôt positif pour la santé des enfants

Les sept objectifs annexés à la loi de santé publique qui concernent plus particulièrement les enfants ont des évolutions plutôt favorables. Les fréquences de surpoids et d'obésité se sont stabilisées chez les enfants et ont même légèrement reculé chez les plus jeunes (5-6 ans). Selon les enquêtes de santé scolaire, 3,1 % des enfants de 5-6 ans et 3,7 % des 10-11 ans sont obèses. Les évolutions sont cependant contrastées selon les catégories sociales et se traduisent par un accroissement des inégalités.

De même, l'état de santé bucco-dentaire s'améliore globalement. Ces évolutions très favorables résultent probablement de nombreux facteurs dont l'analyse fine reste à faire (habitudes alimentaires, progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, etc.). Cependant, si cette amélioration d'ensemble concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités entre catégories sociales restent là aussi marquées.

L'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour certaines maladies (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche) mais pas pour d'autres, en particulier la

1. Danet S., Cocagne N., Fourcade A., 2011, *L'état de santé de la population en France*, DREES, *Études et Résultats*, n° 747, janvier. Voir encadré 1.
2. Voir l'encadré 2 de la publication susnommée.
3. Données provisoires.

Attention

Des données ont été mises à jour depuis la publication par la DREES du rapport en novembre 2011 « L'état de santé de la population en France ». Les sources sont référencées page 8 dans l'encadré « Pour en savoir plus ».

rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons, dont la couverture vaccinale est nettement insuffisante.

L'intoxication par le plomb, ou saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Les populations exposées sont surtout celles dont l'habitat est dégradé : c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb. L'enquête de prévalence réalisée par l'InVS en 2008-2009 a permis de constater que l'objectif fixé par la loi de santé publique a été largement atteint : 0,1 % des enfants de 1 à 6 ans seraient atteints de saturnisme, une prévalence divisée par 20 depuis l'enquête menée en 1995-1996. La prévalence a aussi été réduite dans les groupes à risque. Les mesures de réduction de l'exposition mises en place depuis une quinzaine d'années semblent donc avoir porté leurs fruits.

En revanche, les taux d'hospitalisation pour asthme chez les enfants les plus jeunes sont en augmentation ces dernières années. Selon les enquêtes de santé en milieu scolaire, environ 9 % des enfants seraient asthmatiques en France. Le contrôle et le traitement

de l'asthme paraissent insuffisants avec près d'un tiers des enfants dont l'asthme serait non contrôlé.

Enfin, les accidents de la vie courante des enfants de moins de 15 ans sont une des principales causes de décès à ces âges. Globalement, la mortalité a diminué de 11 % entre 2004 et 2008. Ce sont essentiellement les décès par noyade et par suffocation qui ont décliné durant cette période.

Des jeunes en bonne santé et plutôt bien informés

Représentant 12,4 % de la population française, les jeunes âgés de 15 à 24 ans se déclarent pour une très large majorité d'entre eux en « bonne » ou « très bonne » santé. Leur perception de la santé est proche de la notion de bien-être. Leurs modes de vie se caractérisent cependant parfois par l'adoption de comportements à risque. Chez les jeunes de 17 ans, les résultats de l'enquête ESCAPAD ont révélé une légère reprise de la consommation régulière de tabac et d'alcool entre 2008 et 2011. Sur plus longue période, on constate cependant que l'usage régulier d'alcool (≥ 10 usages dans le mois) en population adolescente est sur une tendance relativement stable (10,5 % en 2011 contre 8,9 % en 2008 et 10,9 %

en 2000). L'usage quotidien de tabac marque également une baisse persistante et importante malgré la reprise enregistrée en 2011 (31,5 %) par rapport à 2008 (28,9 % contre 41,1 % en 2000). En revanche, la modification des comportements d'alcoolisation avec une augmentation des ivresses ou des alcoolisations ponctuelles importantes se confirme à chaque nouvel exercice de l'enquête.

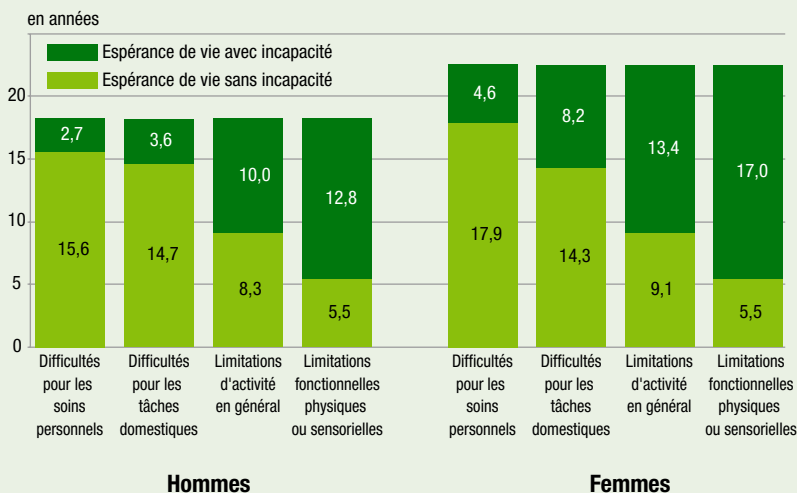
Si les jeunes se considèrent globalement bien informés des risques pour leur santé, ils se sentent peu informés de tout ce qui a trait à l'équilibre alimentaire, malgré les nombreuses campagnes d'information menées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). La prévalence de l'obésité chez les 18-24 ans continue d'augmenter : elle a doublé entre 1997 et 2009 selon l'enquête Obépi. D'autres enjeux concernent les questions liées à une sexualité non ou mal protégée. Parmi les facteurs qui permettent de rendre compte de la survenue d'échecs de contraception, le manque d'informations ou de connaissances apparaît surtout marqué chez les très jeunes femmes. Mais c'est surtout la non-reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes dans certains groupes sociaux qui rend problématique leur inscription dans une démarche contraceptive.

Des enjeux autour de la naissance et de l'âge à la maternité

Avec 832 800 naissances en 2010, la France fait partie des pays industrialisés dans lesquels la fécondité est particulièrement soutenue. L'âge moyen à la maternité s'établit aujourd'hui à 30 ans et 22 % des naissances concernent des femmes âgées de 35 ans ou plus, contre 17,4 % dix ans auparavant. Avec l'augmentation continue de l'âge à la maternité et les évolutions économiques et sociales de la société française, il faut rester vigilant quant à l'émergence ou au développement de nouveaux problèmes de santé pour les femmes : le nombre de grossesses à risque et les difficultés à concevoir sont susceptibles de s'accroître. En France, le taux de mortalité maternelle tend à stagner depuis le milieu des années 2000 et s'établit à 8,1 pour 100 000

■ GRAPHIQUE 1

Espérance de vie avec et sans incapacité à 65 ans, selon quatre indicateurs d'incapacité en 2008



Champ • France métropolitaine, population des ménages ordinaires, de 65 ans ou plus.
Sources • Enquête Santé-Handicap ménage, INSEE, 2008.

naissances vivantes en 2007-2008. La part des décès maternels évitables, soit une vingtaine de décès par an, notamment par la prise en charge adaptée des hémorragies du post-partum, est estimée à 44 % pour la période 2003-2007.

En 2008, le taux de mortalité périnatale s'établit à 12,3 pour 1000 naissances (enfants nés vivants ou sans vie) et le taux de mortalité infantile à 3,5 décès d'enfant de moins d'un an pour 1000 enfants nés vivants en 2011. La prématurité (particulière-

ment la grande prématurité) et ses complications constituent une part importante des situations périnatales responsables de handicaps à long terme. En 2010, 6,6 % des naissances vivantes survenues en France métropolitaine sont prématurées (tableau 1), cette proportion étant beaucoup plus importante pour les naissances multiples (41,7 %). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2 500 g) est de 6,4 % parmi les naissances vivantes et de 49,5 % en cas de naissances multiples (tableau 2). Les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion, puisque les taux de prématurité et d'enfant de petit poids y sont près de deux fois plus élevés qu'en métropole. Entre 2003 et 2010, les taux de prématurité et d'enfants de petit poids de naissance ont suivi des tendances légèrement différentes. Parmi l'ensemble des naissances vivantes, le taux de prématurité a très légèrement augmenté, alors que le taux d'enfant de petit poids a diminué. Cette différence de tendance est difficile à interpréter. Elle pourrait être le fait du hasard ou traduire les effets de l'augmentation de la corpulence des femmes ou de la baisse de la consommation de tabac.

■ TABLEAU 1

Taux de prématurité selon l'état à la naissance et le nombre d'enfants* en 2003 et 2010

Prématurité (< 37 sem)	2003	2010
	%	% [IC à 95%]
Toutes naissances		
Total (1)	7,2	7,4 [7,0 – 7,8]
uniques	5,8	6,3 [5,9 – 6,7]
gémellaires	44,9	42,7 [38,0 – 43,4]
Naissances vivantes		
Total (1)	6,3	6,6 [6,2 – 7,0]
uniques	5,0	5,5 [5,1 – 5,9]
gémellaires	44,0	41,7 [37,0 – 42,4]

(1) y compris les triplés

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine.

Sources : Enquêtes nationales périnatales - 2003 et 2010.

* Le taux de prématurité et la proportion d'enfants de petit poids varient fortement suivant la population sur laquelle ils sont calculés. Si l'estimation porte non pas sur la totalité des naissances mais seulement sur les naissances vivantes, le taux de prématurité passe de 7,4 % à 6,6 %, et celui des enfants de petit poids de 7,1 % à 6,4 %, du fait d'une proportion élevée d'enfants prématurés et de faible poids chez les mort-nés. L'influence des naissances multiples est plus marquée que celle de l'état vital à la naissance. Parmi les naissances vivantes par exemple, le taux de prématurité passe de 6,6 % pour l'ensemble de la population à 5,5 % parmi les enfants uniques ; de même le taux d'enfants de moins de 2 500 grammes varie de 6,4 à 5,1 % entre ces deux populations. Ceci s'explique par le fait que 19 % des prématurés et 23 % des enfants de petit poids sont des jumeaux.

■ TABLEAU 2

Prématurité et petit poids de naissance selon le statut vital et le nombre d'enfants en 1995, 1998, 2003 et 2010

	En %			
	1995	1998	2003	2010
Prématurité (<37 semaines)				
toutes naissances	5,9	6,8	7,2	7,4
uniques	4,9	5,3	5,8	6,3
gémellaires	40,7	47,8	44,9	42,7
naissances vivantes	5,4	6,2	6,3	6,6
uniques	4,5	4,7	5,0	5,5
gémellaires	39,2	46,8	44,0	41,7
Poids inférieur à 2 500 grammes				
toutes naissances	6,2	7,2	8,0	7,1
uniques	5,0	5,4	6,2	5,8
gémellaires	48,6	57,1	56,3	50,1
naissances vivantes	5,7	6,8	7,2	6,4
uniques	4,6	5,0	5,5	5,1
gémellaires	47,5	56,4	55,9	49,5

Champ : Échantillon de naissances en métropole.

Sources : Enquêtes nationales périnatales 1995-1998-2003 et 2010.

Adaptation des méthodes de contraception : un enjeu essentiel

Les Françaises occupent l'une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales réversibles de contraception telles que la pilule et le stérilet. En 2010, 7,7 % des femmes de 15 à 49 ans à risque de grossesse non prévue, déclarent ne pas utiliser de moyen de contraception. Pourtant, le recours croissant à la contraception et le développement de la contraception d'urgence n'ont pas fait chuter le nombre d'IVG : depuis leur autorisation en 1975, le nombre d'IVG varie peu et les IVG chez les mineures représentent 5 à 6 % du nombre total d'IVG depuis 2000. Globalement le taux d'IVG est estimé à 14,5 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2009. Les conditions et les modalités de réalisation de l'IVG ont beaucoup

évolué au cours des dernières années : la moitié des IVG sont désormais médicamenteuses. Parallèlement, l'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2010, la proportion de femmes de 15 à 49 ans, sexuellement actives et déclarant l'avoir déjà utilisé au cours de leur vie, passant de 9 % à 24 %. Chez les 15-24 ans, c'est plus de deux jeunes femmes sur cinq qui déclarent en 2010 y avoir eu déjà recours contre environ une sur sept en 2000.

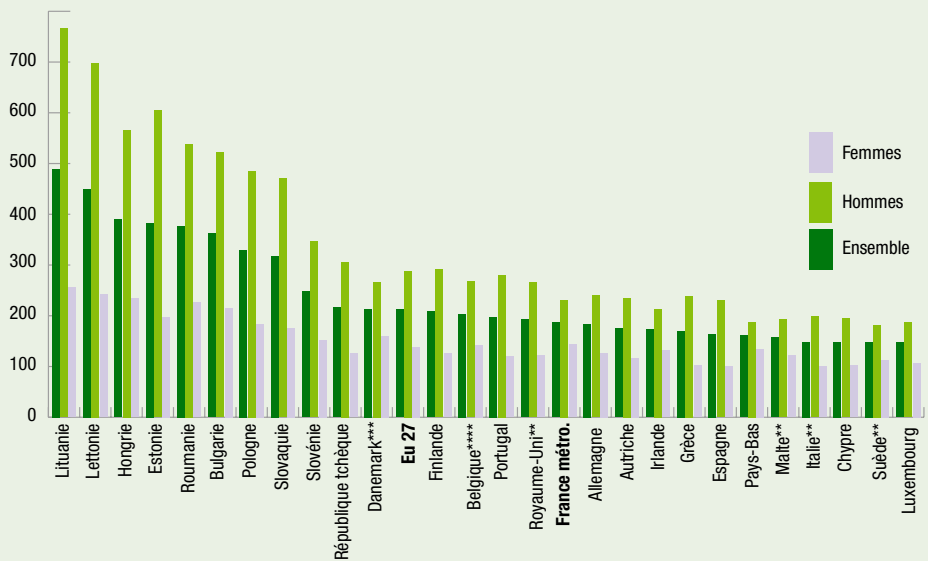
Un enjeu essentiel reste donc celui de l'adaptation des méthodes de contraception aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. Parmi les méthodes de contraception, la pilule demeure la plus utilisée dans toutes les tranches d'âge. En 2010, 55,5 % des femmes âgées de 15 à 49 ans déclarent y avoir recours. La prévalence d'utilisation des autres méthodes reste très normée selon l'âge : préservatif en début de vie sexuelle, passage à la pilule dès que la vie sexuelle est « stabilisée » et au stérilet lorsque la femme a eu le nombre d'enfants souhaité.

La mortalité avant 65 ans concerne en majorité des hommes

La situation de la France apparaît beaucoup moins favorable en matière de mortalité prématurée que dans les pays européens comparables (graphique 2). Les décès avant 65 ans représentent 20 % de l'ensemble des décès et concernent à 70 % des hommes. Un tiers sont associés à des causes de décès considérées comme « évitables par des actions de prévention primaire ». La part de la mortalité « évitable » dans la mortalité prématurée est de 37 % chez les hommes et de 23 % chez les femmes. Entre 2000 et 2008, les diminutions les plus importantes s'observent pour les accidents de la circulation, le sida et les causes de décès liées à la consommation d'alcool. Le suicide reste une cause de mortalité préoccupante. Au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à forte fréquence de suicides, avec près de 10 500 décès en 2008. Les taux standardisés de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps

■ GRAPHIQUE 2

Taux standardisés de mortalité prématurée dans l'Union européenne en 2008



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC1976).

** Données 2007.

*** Données 2006.

**** Données 2005.

Champ • Europe 27 pays.

Sources • Eurostat, INSERM-CépiDc.

(-11 % chez les hommes comme chez les femmes entre 2000 et 2008), mais cette diminution ne concerne pas toutes les classes d'âge. Ainsi le taux de suicide des 45-54 ans a augmenté légèrement pour les hommes sur la même période (+5 %).

L'objectif de réduction du nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation bénéficie des actions conduites par les pouvoirs publics en ce domaine depuis plusieurs années. En 2009, 4 443 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route. En cinq ans, le taux de mortalité à 30 jours a continué de baisser et chuté de 20 %. Les jeunes de 15-24 ans, en particulier les hommes, restent les plus exposés. La moto est le mode de déplacement le plus dangereux. La part de blessés graves, c'est-à-dire hospitalisés plus de 24 heures, a diminué de 15 % sur la même période. Enfin, on estime que 1,4 % des victimes corporelles d'accidents de la route décèdent dans les 6 jours qui suivent leur accident et qu'autant gardent des séquelles graves un an après leur accident.

L'avantage des femmes en matière de santé s'érode

Bien que la mortalité prématurée reste principalement masculine, on observe des évolutions défavorables chez les femmes. Ainsi, les décès par tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ont doublé chez les femmes depuis les années 1990, en lien direct avec le développement du tabagisme féminin depuis des décennies, alors qu'ils ont diminué chez les hommes (-20 %). Les décès restent cependant majoritairement masculins (8 décès sur 10).

En 2010, 26 % des femmes et 32 % des hommes de 15-75 ans déclarent fumer quotidiennement. Après une longue période de baisse depuis la fin des années 1970 très marquée chez les hommes, la prévalence du tabagisme quotidien se révèle en hausse entre 2005 et 2010 pour les femmes (de 23 % à 26 %) et stable pour les hommes.

En 2010, près de quatre adultes sur dix entre 18 et 75 ans déclarent une consommation d'alcool à risque, les trois quarts d'entre eux présentant un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et un quart, un risque d'alcoolisation excessive chronique.

Les risques apparaissent deux à trois fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. La prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool a peu augmenté entre 2005 et 2010. On observe cependant chez les plus jeunes, un accroissement des usages à risque, en particulier chez les femmes jeunes, entre 18 et 24 ans. Pour les femmes, la proportion de cadres qui déclarent une consommation à risque ponctuel est nettement plus élevée que les autres catégories professionnelles. Elles présentent également le risque d'alcoolisation chronique le plus élevé. Avec l'élévation du niveau de diplôme et de la catégorie sociale, la consommation régulière d'alcool des hommes et des femmes se rapproche. Elle suggère que la prévention, si elle a à gagner à prendre le sexe en considération, doit accorder une attention importante aux contextes sociaux de consommation.

La prise en charge des maladies chroniques: un enjeu de santé publique majeur

Les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète représentent, avec les maladies psychiques, plus des trois quarts des personnes en affection longue durée (ALD). Le suivi des maladies chroniques tel qu'il est prévu dans la loi porte à la fois sur la description quantitative de ces pathologies (incidence et prévalence), leur prise en charge (qualité du suivi) et leurs répercussions (restrictions d'activité, altération de leur qualité de vie, dépendance).

En 2008, 15 % des hommes et 22 % des femmes de 18 ans ou plus vivant à leur domicile déclarent des limitations fonctionnelles, soit 3,5 millions d'hommes et 5,5 millions de femmes. Avec l'avancée en âge, ces limitations deviennent multidimensionnelles, associant des problèmes physiques, sensoriels et cognitifs. Si elles ne sont pas compensées, ces limitations peuvent engendrer des gênes dans les activités de tous les jours. 20 % des hommes et des femmes atteints de limitations fonctionnelles, soit 1,7 million de personnes, déclarent ainsi des difficultés pour réaliser les soins personnels (se lever du lit, se laver, se nourrir).

Le traitement et la prévention de certaines de ces maladies ont bénéficié de mesures, de programmes ou de

plans ciblés sur des pathologies spécifiques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, insuffisance rénale chronique, maladie d'Alzheimer, maladies rares, etc.). La qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques est considérée de façon spécifique par le plan « Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 », qui est l'un des cinq plans stratégiques de la loi de santé publique de 2004. Cette dernière a également identifié des objectifs de réduction de troubles propres aux personnes âgées: les atteintes sensorielles (non spécifiques mais dont la prévalence augmente fortement avec le grand âge), l'ostéoporose et les chutes.

La prévalence du surpoids et de l'obésité en progression chez les adultes

L'excès de poids est associé à un risque important de maladies chroniques. L'obésité, estimée par des données déclaratives de poids et de taille, concerne en 2009 13,9 % des hommes de 18 ans ou plus et 15,1 % des femmes (enquête Obépi). Le surpoids touche deux hommes sur cinq et une femme sur quatre. La prévalence de l'obésité continue de croître, notamment chez les femmes, mais à un rythme moins soutenu, tandis que les disparités sociales semblent s'accroître. Le Plan national nutrition santé (PNNS 3) (2011-2015), qui fait suite aux deux premiers programmes accorde une large place à la réduction des inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition. De nouveaux objectifs quantifiés ont été proposés et s'articulent avec le PO (plan Obésité) et le PNA (Plan national pour l'alimentation).

La qualité des aliments et l'exercice physique ont des répercussions sur la santé des individus. Une consommation suffisante de fruits et légumes et des apports modérés en sel sont associés à une diminution de certaines maladies chroniques. La faible consommation de fruits et légumes semble diminuer depuis le début des années 2000, chez les hommes comme chez les femmes. Si ces consommations diffèrent relativement peu selon le sexe, elles varient

très fortement selon l'âge – les plus jeunes étant très fréquemment de petits consommateurs de fruits et légumes –, le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle.

Diabète: un suivi encore insuffisant

Le diabète est une maladie métabolique chronique fréquente au traitement complexe. Il constitue un important problème de santé publique en raison de l'augmentation de sa prévalence liée aux comportements alimentaires et à la sédentarité, de ses conséquences handicapantes, mais aussi parce qu'il est à l'origine d'autres états pathologiques. En 2009, 4,4 % des Français présentaient un diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline, soit 2,9 millions de personnes.

L'augmentation moyenne de la prévalence du diabète traité entre 2000 et 2009 est de 6 % par an parmi les assurés du régime général de l'Assurance maladie. La surveillance des personnes diabétiques conformément aux recommandations de bonnes pratiques cliniques reste encore très insuffisante. Selon les types d'examen de surveillance, de 26 % à 80 % des personnes diabétiques traitées bénéficient des modalités de suivi recommandées.

Certains facteurs de risque cardiovasculaires orientés à la baisse

Les maladies de l'appareil circulatoire, en particulier les maladies cérébrovasculaires, constituent une cause importante de mortalité et de handicap. Les séquelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC) représenteraient la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte et la deuxième cause de démence. Réduire leur fréquence et leur sévérité constitue l'un des objectifs de la loi de santé publique. En 2008, les AVC représentent 6,1 % de l'ensemble des décès (en cause initiale) et ils ont motivé près de 100 000 séjours hospitaliers.

L'hypertension artérielle (HTA) et l'hypercholestérolémie sont deux facteurs de risque cardiovasculaire majeurs et fréquents qui représentent une part conséquente des motifs de consultation après 45 ans, pour les hommes comme pour les femmes.

La prévalence de l'hypertension est estimée à 31 % entre 18 et 74 ans. Les valeurs moyennes de la pression artérielle ont diminué ces dix dernières années, surtout chez les femmes, mais la détection et le contrôle de l'HTA demeurent insuffisants, particulièrement pour les hommes. Pour le cholestérol, les données des registres de cardiopathies ischémiques montrent une baisse sensible du niveau de cholestérol LDL dans la population en dix ans (-6 %).

Insuffisance rénale chronique terminale: une qualité de vie altérée

Le diabète et l'hypertension artérielle représentent les principales causes d'insuffisance rénale chronique terminale. Le taux d'incidence annuel moyen de l'insuffisance rénale terminale traitée, standardisé sur l'âge et le sexe, est estimé à 150 par million d'habitants en 2009. Sur les cinq dernières années, l'incidence est restée stable chez les personnes de moins de 75 ans alors qu'elle a crû chez les plus âgés. Pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale, la dialyse est particulièrement contraignante. Des questionnaires de santé perçue permettent de mieux cerner leur qualité de vie. Cette dernière apparaît ainsi très altérée par rapport à celle de la population générale, surtout dans les dimensions à composante physique. La qualité de vie des patients greffés apparaît nettement meilleure que celle des patients dialysés.

Cancers: amélioration de la survie

Les tumeurs sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population: elles sont à l'origine d'un tiers des décès et de quatre décès prématurés sur dix. Les cancers sont aussi la deuxième cause de reconnaissance d'ALD après les maladies cardiovasculaires et l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation après 45 ans. En France, la survie relative dépasse 50 % à cinq ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer mais avec des disparités considérables suivant les cancers. Sensiblement plus élevée pour les femmes (63 %) que pour les hommes (44 %), la survie relative

diminue avec l'âge en raison de la plus grande fragilité des sujets âgés, des stades de diagnostic plus évolués, de thérapeutiques moins agressives ou moins efficaces, mais aussi de la nature des tumeurs. À l'exception de quelques cancers, notamment celui du poumon, on observe une amélioration de la survie due aux progrès thérapeutiques, mais aussi à une amélioration du diagnostic et du dépistage précoce. Pour ce qui est de la prise en charge, la pluridisciplinarité fait désormais partie de la culture majoritaire en cancérologie.

Maladies psychiques: une prévention à développer

Les maladies psychiques, à l'origine d'altérations notables de la qualité de vie à la fois pour le malade et pour son entourage, recouvrent un continuum d'états pathologiques allant de troubles relativement mineurs ou passagers (dépression légère, trouble du comportement passager, etc.) à des états chroniques graves (psychose chronique) ou à des troubles aigus sévères avec risques de passage à l'acte (suicide, mise en danger d'autrui). Première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle, elles ont une répercussion économique considérable, tant par leur poids au sein du système de soins que par leurs conséquences sur le travail et la vie sociale.

Les objectifs spécifiques aux maladies psychiques retenus dans la loi de santé publique restent cependant difficiles à évaluer dans l'état actuel de notre système d'information: le manque de données épidémiologiques dans le domaine des pathologies psychiatriques est crucial.

Parmi les maladies psychiques, les troubles anxieux et dépressifs ont un poids tout particulier en santé publique du fait de l'importance de leur prévalence. La prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est restée stable en population générale entre 2005 et 2010. Environ 10 % des femmes et 6 % des hommes ont souffert d'un épisode dépressif au cours des 12 derniers mois. En revanche, la part de personnes ayant des troubles dépressifs, mais qui n'ont pas eu recours aux services d'un organisme, n'ont pas consulté un professionnel de la santé ni suivi une

psychothérapie, a franchement baissé puisque cette proportion est passée de 63 % en 2005 à 39 % en 2010. Il est probable que la campagne nationale sur la dépression lancée en 2007 ait largement contribué à cette meilleure proportion de recours aux soins pour faire face à la souffrance psychique.

Environnement et conditions de travail: un retentissement important sur l'état de santé

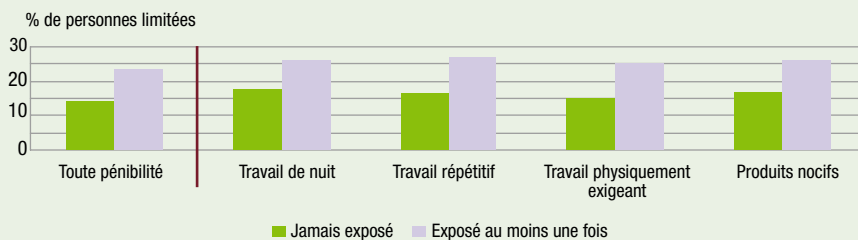
Même s'ils sont loin de couvrir le champ très large de la santé au travail, quatre indicateurs de la loi de santé publique de 2004 permettent de suivre dans le temps la répercussion des conditions de travail sur la santé: ces indicateurs concernent les accidents routiers mortels liés au travail, les contraintes articulaires, le bruit et l'exposition aux agents cancérigènes. De nouvelles enquêtes devraient permettre de quantifier précisément les évolutions ces dernières années.

D'après l'enquête « santé et itinéraire professionnel », les quinquagénaires exposés à des contraintes physiques (travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant ou exposition à des produits toxiques) sont moins souvent en bonne santé que les personnes du même âge jamais exposées: 23 % se déclarent limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème de santé (contre 14 % des quinquagénaires jamais exposés) [graphiques 3 et 4]. Ils sont également moins souvent en emploi après 50 ans, notamment après un cumul de pénibilités physiques.

L'environnement influe également sur l'état de santé. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition en population générale, certains facteurs sont préoccupants car le grand nombre de personnes exposées conduit à des impacts sanitaires potentiellement importants. Ainsi, huit objectifs de la loi de santé publique sont consacrés à la surveillance de facteurs environnementaux et à leur impact sur la santé de la population. Cependant, beaucoup d'inconnues demeurent: quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances, etc.

■ GRAPHIQUE 3

Limitations d'activité et existence d'une période d'exposition



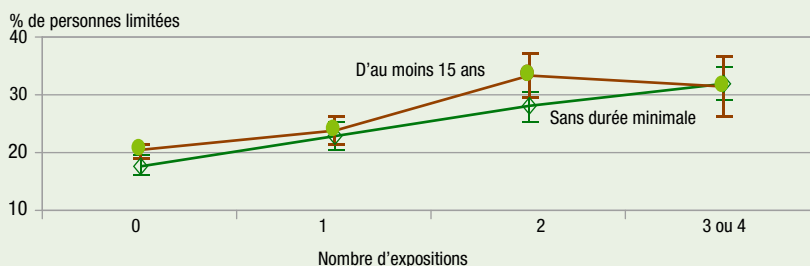
Lecture • Parmi ceux qui ont connu au moins 10 ans d'emploi, 26 % des quinquagénaires qui ont connu une période de travail de nuit, quelle qu'en soit la durée, déclarent des limitations dans leurs activités habituelles, contre 17 % de ceux qui n'ont pas vécu cette exposition.

Champ • Ensemble des personnes de 50 à 59 ans ayant au moins 10 ans d'emploi.

Sources • Enquête Santé et itinéraire professionnel 2007.

■ GRAPHIQUE 4

Limitation d'activité et cumul d'expositions



Lecture • 18 % des personnes jamais exposées à du travail de nuit se déclarent limitées dans les activités habituelles. 28 % des personnes exposées à 2 contraintes physiques quelle que soit la durée de l'exposition se déclarent limitées. 32 % des personnes exposées à 2 contraintes physiques durant au moins 15 ans pour chaque contrainte se déclarent limitées. Chaque point est associé à son intervalle de confiance à 95 % (trait fin vertical).

Champ • Ensemble des personnes de 50 à 59 ans ayant au moins 10 ans d'emploi.

Sources • Enquête Santé et itinéraire professionnel 2007.

■ Pour en savoir plus

- Danet S. (dir.), 2011, L'état de santé de la population en France, Rapport 2011, DREES, novembre. http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011_9985.html
- EHLEIS, Système d'information sur les espérances de vie et espérances de santé européennes <http://www.eurohex.eu/>
- Pla A., Beaumel C., « Bilan démographique 2011 - La fécondité reste élevée », INSEE, *Insee première*, n° 1385, janvier. <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1385/ip1385.pdf>
- Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.L., 2012, « Les drogues à 17 ans: premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », OFDT, *Tendances*, n° 79, février. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxsp2.pdf>

Des disparités sociales et territoriales persistantes

Les inégalités sociales de mortalité sont importantes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,3 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. En outre, plus l'espérance de vie est courte, plus elle est grevée d'incapacités fonctionnelles.

Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité perdurent après 60 ans, témoignant d'un effet de long terme de la catégorie socioprofessionnelle et des condi-

tions de vie qui lui sont associées.

À âge égal et pour les personnes de même sexe l'existence et l'importance des problèmes de santé sont corrélées à la position sociale et au niveau d'études. Ces disparités sont liées à un ensemble de facteurs combinés, qui tiennent à des différences tant en matière d'exposition aux risques que d'environnement ou de comportements socioculturels. Les inégalités s'inscrivent dès le plus jeune âge.

La proportion d'enfants obèses a diminué de façon plus ou moins

importante dans toutes les catégories, excepté pour les enfants d'ouvriers: en 2005, les ouvriers comptent dix fois plus d'enfants obèses que les cadres, contre quatre fois plus en 2002.

Certains dispositifs comme le dépistage organisé peuvent contribuer à réduire les inégalités de santé. En 2010, d'après l'enquête du Baromètre santé, plus de 80 % des femmes déclarent avoir réalisé une mammographie récemment (dans les deux ans précédant l'enquête). Depuis la généralisation du dépistage en 2004, les écarts entre les classes d'âge se sont atténués et, dans les classes sociales les moins favorisées, si le taux de couverture reste plus faible, les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement.

Les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation précaire. Des obstacles financiers peuvent toutefois persister en population générale. En 2008, 15 % des personnes adultes de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les renoncements sont toujours concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge du ménage sont les plus importantes. Ainsi, 47 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes et 12 % les soins de spécialistes. Ce renoncement est plus fréquent pour les femmes (18 %) que pour les hommes (12 %). L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement.

Quand les données régionales ou départementales existent, on constate des différences territoriales sensibles en matière de mortalité et de morbidité pour de nombreux problèmes de santé. Ces disparités, qui sont en partie liées à des différences territoriales, de structures démographiques ou sociales, témoignent toutefois de besoins de santé différenciés. ■