

Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population

■ PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ GÉNÉRALE¹ : LES TUMEURS SONT DEPUIS 2004 LA PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ, DEVANT LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET LES MORTS VIOLENTES

En 2008, 532 474 décès ont été enregistrés en France métropolitaine². Si l'on considère l'ensemble de la population, les causes de décès les plus fréquentes sont les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire, (respectivement 29,7 % et 27,5 % des décès) puis les morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès), qui représentent un décès sur quatorze. Ces trois groupes de maladies représentent près des deux tiers de l'ensemble des causes de décès (tableau 1). Les localisations tumorales les plus fréquentes sont le poumon, le cancer colorectal et les hémopathies malignes. Un quart des décès cardiovasculaires sont dus à une cardiopathie ischémique, 20 % à une maladie cérébrovasculaire et 15 % à une insuffisance cardiaque.

La répartition de la mortalité par grands groupes de pathologies évolue peu d'une année sur l'autre mais de manière relativement régulière. On note ainsi un recul du poids relatif des maladies de l'appareil circulatoire. Les tumeurs sont depuis 2004 la première cause de mortalité pour l'ensemble de la population, devant les maladies de l'appareil circulatoire. La maladie d'Alzheimer montre la plus forte progression depuis 2000. Celle-ci pourrait s'expliquer notamment par une meilleure connaissance de la maladie et donc par une certification plus fréquente du diagnostic en tant que cause de décès (Aouba *et al.*, 2011). Pour les autres causes de décès, le rang observé est identique depuis 2000.

La hiérarchie des causes est inversée chez les hommes et chez les femmes. Chez les hommes, les tumeurs (34 %), les maladies de l'appareil circulatoire (25,1 %) et les morts violentes (causes externes, 8,2 %) constituent les trois premières causes de décès. Chez les femmes, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui représentent la première cause de décès (30,0 %), suivie par les tumeurs (25,2 %).

À âge égal, à l'exception des démences et de la maladie d'Alzheimer, on observe une surmortalité masculine pour l'ensemble des causes de décès : le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire standardisé sur l'âge est 1,8 fois plus élevé chez les hommes. Pour la mortalité par tumeurs, cette surmortalité est encore plus marquée : le taux standardisé de mortalité par tumeurs malignes est 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles spécifiquement féminines (sein, ovaire, utérus), les taux standardisés de décès sont plus élevés chez les hommes. On retrouve ici le poids de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, mais également celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels plus favorables aux femmes. Cependant, l'augmentation des taux standardisés de mortalité féminine observés entre 2000 et 2008 pour les tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon et les tumeurs du pancréas, du foie et de la vessie témoigne de la modification des comportements féminins vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac au cours des décennies précédentes.

La mortalité due aux maladies de l'appareil respiratoire reste plus importante chez l'homme, notamment pour les causes liées au tabagisme : le taux de mortalité par maladies respiratoires chroniques est près de 3 fois plus élevé chez les hommes. La surmortalité masculine reste également très marquée pour les morts violentes (2,5 fois plus élevé), particulièrement pour les accidents de transports (3,8) et pour les suicides (3,1).

Les évolutions longues sur 25 ans (1980-2004) montrent que les taux standardisés de mortalité ont diminué de 35 % toutes causes confondues. Cette baisse a été légèrement plus marquée pour les femmes. Pour les maladies cardiovasculaires, la baisse est importante (de l'ordre de 50 %), alors qu'elle est plus modérée pour les tumeurs. Les décès liés aux maladies de l'appareil digestif connaissent une réduction similaire aux décès liés aux maladies cardiovasculaires, tandis que les morts violentes régressent fortement et de façon plus marquée pour les femmes (Aouba *et al.*, 2007).

Au sein de l'Union européenne, la France se situait en 2008³ à un niveau favorable pour la mortalité globale avec le taux standardisé de mortalité le plus faible, bien au-dessous de la moyenne européenne (UE27 pays et UE15 pays) devant l'Espagne et le Luxembourg. Pour la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, la France présentait les taux standardisés de décès les plus bas, chez les hommes comme chez les femmes (de même que pour la mortalité par cardiopathies ischémiques et par maladies cérébrovasculaires). En revanche, elle enregistrait des taux de mortalité standardisés parmi les plus élevés pour les décès par suicides, chez les hommes comme chez les femmes (voir objectif 92). Pour la mortalité par tumeurs, les hommes se situaient dans une position plus défavorable que l'ensemble des hommes en Europe, en particulier pour les cancers de la bouche et des voies aérodigestives supérieures et du foie. Les femmes, au contraire, présentaient des taux standardisés de mortalité par tumeurs moins élevés que la moyenne européenne (UE27 pays et UE15 pays). Cependant le niveau français de mortalité par cancer du sein se situait légèrement au-dessus de la moyenne européenne alors que celui de la mortalité par cancer du col de l'utérus était largement au-dessous de la moyenne européenne.

■ PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE : TUMEURS ET MORTS VIOLENTES

En 2008, le nombre de décès prématurés (survenus avant 65 ans) s'élevait à 108 825 pour la France métropolitaine, ce qui représentait 20 % de l'ensemble des décès. Ces décès concernaient majoritairement des hommes : 3 décès sur 4 sont masculins.

1. Causes initiales de décès.

2. Les indicateurs qui suivent sont produits par l'INSERM-CépiDc.

3. Les données européennes 2008 étaient provisoires. Elles n'étaient pas encore disponibles pour 5 pays (Grande-Bretagne, Suède, Danemark, Belgique et Italie). En 2007, la France se classait en deuxième position derrière l'Italie et devant l'Espagne et la Suède.

Les causes de décès prématurés (causes initiales) les plus fréquentes sont les tumeurs, qui sont responsables de 41,3% des décès prématurés (un décès sur trois chez les hommes et un sur deux chez les femmes), suivies des morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès : 15,4% des décès avant 65 ans) et des maladies de l'appareil circulatoire (13,4% des décès prématurés). Les maladies de l'appareil

TABLEAU 1 • Nombre et taux standardisé de décès pour les principales causes de décès en France en 2008

Codes CIM-10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Total	Hommes	Femmes	Total	Variations** 2000-2008 (en %)	Hommes	Variations** 2000-2008 (en %)	Femmes	Variations** 2000-2008 (en %)
A00-B99	Mal. infectieuses et parasitaires	10638	5273	5365	10,4	-17	13,8	-18	7,9	-13
A15-A19, B90	Tuberculose	642	337	305	0,6	-53	0,8	-56	0,4	-52
B20-B24	Sida et VIH	646	483	163	1,0	-42	1,5	-43	0,5	-33
B15-B19	Hépatites virales	795	447	348	0,9	-22	1,3	-22	0,7	-26
C00-D48	Tumeurs	158261	92412	65849	174,2	-10	243,5	-13	123,2	-5
C00-C97	Tumeurs malignes	151572	89072	62500	167,8	-10	235,0	-13	118,1	-5
C00-C14	Tum. mal. lèvre, cavité bucc. et phar.	3904	3154	750	5,2	-27	9,2	-30	1,6	-9
C15	Tum. mal. du œsophage	3887	3121	766	4,7	-22	8,6	-24	1,4	-9
C16	Tum. mal. de l'estomac	4646	2903	1743	4,9	-21	7,5	-22	3,0	-21
C18	Tum. mal. du côlon	12498	6419	6079	12,3	-12	16,0	-13	9,6	-12
C19-C20-C21	Tum. mal. du rectum et de l'anus	4448	2503	1945	4,7	-6	6,5	-5	3,4	-11
C22	Tum. mal. du foie et des voies biliaires intrahépatiques	7567	5488	2079	8,5	-2	14,6	-7	3,7	+12
C25	Tum. mal. du pancréas	9031	4696	4335	9,8	+13	12,5	+10	7,5	+16
C32-C34	Tum. mal. lar., trac., br., poumon	30215	23247	6968	37,2	-3	63,7	-11	15,6	+43
C43	Mélanome malin de la peau	1657	910	747	2,0	+5	2,5	+9	1,6	-1
C50	Tum. mal. du sein	11827	193	11634	13,7	-9	0,5	-	24,4	-10
C53	Tum. mal. du col de l'utérus	741	-	741	1,0	-1	-	-	1,9	-1
C54-C55	Tum. mal. d'autres parties de l'utérus	2364	-	2364	2,5	-4	-	-	4,4	-4
C56	Tum. mal. de l'ovaire	3414	-	3414	3,8	-10	-	-	6,8	-10
C61	Tum. mal. de la prostate	8929	8929	-	7,9	-19	21,4	-18	-	-
C64	Tum. mal. du rein	3090	2047	1043	3,3	-13	5,3	-9	1,8	-21
C67	Tum. mal. de la vessie	4664	3501	1163	4,6	-9	8,7	-10	1,7	+1
C81-C96	Tum. mal. tissus lymph. et hémat.	12934	6931	6003	13,2	-14	17,6	-11	10,0	-17
E00-E90	Mal. endoc., nutri. et métaboliques.	19462	8569	10893	18,0	-11	22,0	-6	14,9	-15
E10-E14	Diabète	11177	5375	5802	10,3	-13	13,4	-9	8,1	-17
I00-I99	Mal. de l'app. circulatoire	146663	68278	78385	129,0	-23	172,8	-22	98,0	-23
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	37744	21525	16219	34,7	-30	54,3	-28	20,6	-31
I30-I33, I39-I52	Autres cardiopathies	45135	19364	25771	38,6	-14	50,2	-11	30,9	-14
I60-I69	Maladies cérébrovasculaires	32277	13497	18780	28,0	-28	33,3	-28	24,0	-28
J00-J99	Mal. de l'app. respiratoire	32676	17190	15486	28,4	-21	43,4	-19	19,6	-22
J10-J11	Grippe	189	76	113	0,2	-88	0,2	-88	0,2	-88
J12-J18	Pneumonie	10589	4993	5596	8,9	-17	12,9	-14	6,7	-19
J40-J47	Maladies chroniques voies resp. inf.	9145	5707	3438	8,2	-20	14,1	-18	4,8	-22
J45-J46	-Asthme	912	319	593	0,9	-52	0,9	-56	0,9	-50
R00-R99	Sympt. et états mal définis	36840	16490	20350	36,6	+2	46,5	+6	28,0	-1
R95	Mort subite nourrisson	244	145	99	0,8	-38	0,6	-43	0,4	-32
V01-Y89	Causes externes	37038	22406	14632	44,3	-21	65,4	-19	26,2	-24
V01-X59	Accidents	24250	13366	10884	26,6	-27	38,2	-24	16,9	-29
V01-V99	-Accidents de transport	4373	3353	1020	6,6	-48	10,6	-46	2,8	-56
W00-W19	-Chutes accidentelles	5563	2772	2791	5,3	-11	7,4	-4	3,7	-13
X40-X49	-Intoxications accidentelles	1376	757	619	1,8	+17	2,3	+44	1,2	-5
X60-X84	Suicides	10347	7615	2732	14,9	-11	23,2	-12	7,5	-11
X85-Y09	Homicides	442	289	153	0,7	-24	1,0	-13	0,4	-28
A00-Y89	Total	532474	271671	260803	528,6	-14	716,1	-14	388,6	-13

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge - Réf: Eurostat - Pop Europe - IARC-1976.

** (Taux 2008 - Taux 2000) * 100 / Taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Source : Inserm-CépiDc.

digestif, les troubles mentaux ou du comportement et les maladies du système nerveux et des organes des sens représentent ensuite respectivement 6,1%, 3,1% et 2,9% de ces décès (tableau 2). Le taux de décès prématuré des hommes standardisé sur la structure d'âge est 2,2 fois supérieur à celui des femmes. Ce ratio est plus faible pour les tumeurs (1,7), qui ont un poids important dans la mortalité prématurée féminine, mais il est de 3,5 pour les décès liés aux troubles mentaux et du comportement et de 3 pour les morts violentes et les maladies de l'appareil circulatoire. Au total, les tumeurs sont responsables de 38,1% des décès prématurés masculins, les morts violentes de 17,1%, et les maladies de l'appareil circulatoire de 14,6%, alors que ces proportions s'élèvent à respectivement 48,2%, 11,8% et 10,8% chez les femmes.

Pour la mortalité prématurée par tumeurs malignes, le niveau chez les hommes vivant en France est supérieur à celui de la moyenne des 27 pays de l'Union européenne (UE) et la France a le taux le plus défavorable des pays de l'UE à 15. Ce constat vaut aussi pour les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, les tumeurs des voies aérodigestives supérieures. Chez les femmes, le cancer du sein représente la cause la plus fréquente de mortalité prématurée (12,1 % de la mortalité prématurée en 2008). Cependant, alors que la position des femmes françaises en Europe est globalement favorable pour la mortalité par tumeurs, la France est plutôt mal située pour ce qui concerne la mortalité prématurée par cancer du sein : les taux standardisés de mortalité prématurée par cancer du sein chez les femmes sont de 14,4 pour la France métropolitaine contre 13,8 pour l'Europe à 27 comme à 15. Les taux de décès par suicide sont également très élevés pour les hommes comme pour les femmes comparativement aux autres pays.

■ PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE « ÉVITABLE » LIÉE AUX PRATIQUES DE PRÉVENTION PRIMAIRE : CANCERS DU POU MON, SUICIDES, MALADIES DU FOIE ET ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Au sein de la mortalité prématurée, un sous-ensemble de causes de décès a été constitué : la « mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire » dénommée ici plus simplement « mortalité prématurée évitable » (voir article « Données synthétiques de mortalité », p.89). Cet indicateur regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque. Les causes de décès « évita-

TABLEAU 2 • Nombre et taux de décès standardisé avant 65 ans selon les causes de décès en France en 2008

Codes CIM-10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Total	Hommes	Femmes	Total	Variations** 2000-2008 (en %)	Hommes	Variations** 2000-2008 (en %)	Femmes	Variations** 2000-2008 (en %)
A00-B99	Mal. infectieuses et parasitaires	2206	1501	705	3,9	-23	5,4	-27	2,5	-15
B20-B24	Sida et VIH	574	436	138	1,0	-43	1,6	-46	0,5	-31
C00-D48	Tumeurs	44980	28136	16844	77,8	-12	99,3	-16	57,3	-5
C00-C97	Tumeurs malignes	43861	27467	16394	75,8	-12	96,9	-15	55,8	-5
C00-C14	Tum. mal. lèvre, cavité bucc. et phar.	2172	1863	309	3,8	-27	6,6	-29	1,1	-18
C18	Tum. mal. du côlon	2130	1270	860	3,7	-13	4,4	-13	2,9	-12
C32-C34	Tum. mal. lar., trac., br., poumon	12276	9348	2928	21,2	-4	32,9	-14	10,0	+56
C50	Tum. mal. du sein	4304	59	4245	7,5	-13	0,2	-	14,4	-15
C81-C96	Tum. mal. tissus lymph. et hémat.	2575	1569	1006	4,5	-23	5,6	-22	3,4	-25
E00-E90	Mal. endoc., nutri. et métaboliques.	2473	1609	864	4,3	-4	5,7	-3	3,0	-6
E10-E14	Diabète	1340	924	416	2,3	-8	3,2	-5	1,4	-6
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement.	3377	2602	775	6,0	+1	9,4	+2	2,7	-1
F10	Abus alcool (y compris psychose alc.)	2270	1846	424	4,0	-5	6,6	-1	1,5	-9
G00-H95	Mal. du système nerveux et des organes des sens	3142	1901	1241	5,6	-4	7,0	-5	4,4	-5
I00-I99	Mal. de l'app. circulatoire	14576	10797	3779	25,1	-22	37,9	-23	12,8	-15
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	5115	4317	798	8,7	-27	15,0	-28	2,7	-16
I60-I69	Maladies cérébrovasculaires	2833	1795	1038	4,9	-23	6,3	-24	3,6	-21
J00-J99	Mal. de l'app. respiratoire	2672	1893	779	4,6	-19	6,7	-17	2,7	-23
J40-J47	Maladies chroniques voies resp. inf.	936	678	258	1,6	-26	2,4	-20	0,9	-37
J45-J46	-Asthme	194	116	78	0,3	-57	0,4	-47	0,3	-66
K00-K93	Mal. de l'app. digestif	6685	4782	1903	11,6	-16	17,0	-14	6,5	-20
K70, K73-K74	Maladie chronique du foie	4517	3266	1251	7,9	-22	11,6	-19	4,3	-27
V01-Y89	Causes externes	16768	12627	4141	30,4	-23	46,4	-22	14,8	-25
V01-X59	Accidents	8420	6490	1930	15,2	-33	23,7	-32	6,9	-37
V01-V99	-Accidents de transport	3507	2825	682	6,5	-48	10,4	-45	2,5	-57
W00-W19	-Chutes accidentelles	1012	775	237	1,8	-16	2,7	-19	0,8	-9
X60-X84	Suicides	7423	5468	1955	13,5	-9	20,2	-9	7,0	-9
A00-Y89	Total	108825	73854	34971	191,6	-15	264,4	-16	121,6	-11

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge - Réf: Eurostat - Pop Europe - IARC-1976.

** (Taux 2008 - Taux 2000) *100 / Taux 2000.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de moins de 65 ans.

Source : Inserm-CépiDc.

bles» comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida.

Le nombre de décès correspondant à la sélection « mortalité prématurée évitable » est de 35 147 en 2008 pour la France métropolitaine, soit environ un tiers des décès prématurés (tableau 3). La mortalité est plus élevée chez les hommes : les trois-quarts des décès observés concernent des hommes et les taux de décès standardisés sont multipliés par près de 3,5 par rapport aux femmes. La part de la mortalité « évitable » dans la mortalité prématurée est de 36,6 % chez les hommes et de 23,2 % 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. En revanche, les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon augmentent de 56 % chez les femmes et ne diminuent que faiblement chez les hommes (-14 %). Ces cancers ont connu un développement important chez les femmes : en vingt ans, les taux de décès par cancer du poumon ont doublé et cette augmentation a davantage touché la classe d'âge 25-44 ans. Le suicide reste aussi une cause de mortalité « évitable » préoccupante : il baisse peu chez les hommes comme chez les femmes.

Parmi les 27 pays de l'UE, les taux standardisés par causes de décès prématurés « évitables » enregistrés en France sont constamment supérieurs à la moyenne européenne, à l'exception des maladies chroniques du foie et des accidents de transports pour les deux sexes, des chutes accidentelles pour les hommes, ainsi que des tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon et des tumeurs malignes de l'œsophage pour les femmes. Le taux de suicides est particulièrement élevé dans notre pays.

TABLEAU 3 • Nombre et taux standardisé* de mortalité prématurée « évitable » selon les causes de décès en France en 2008

Codes CIM-10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Total	Hommes	Femmes	Total	Variations** 2000-2008 (en %)	Hommes	Variations** 2000-2008 (en %)	Femmes	Variations** 2000-2008 (en %)
B20-B24	Sida et infections par le VIH	574	436	138	1,0	-43	1,6	-46	0,5	-31
C00-C14	Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du Pharynx	2 172	1 863	309	3,8	-27	6,6	-29	1,1	-18
C15	Tumeur maligne de l'œsophage	1 509	1 314	195	2,6	-25	4,7	-27	0,7	-19
C32-C34	Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	12 276	9 348	2 928	21,2	-4	32,9	-14	10,0	+56
F10	Psychose alcoolique et alcoolisme	2 270	1 846	424	4,0	-5	6,6	-1	1,5	-9
K70., K74.6	Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie	4 484	3 249	1 235	7,8	-22	11,6	-20	4,2	-28
V01-V89	Accidents de la circulation	3 422	2 745	677	6,4	-47	10,2	-44	2,5	-55
W00-W19	Chutes accidentelles	1 012	775	237	1,8	-16	2,7	-19	0,8	-9
X60-X84, Y87.0	Suicides et séquelles de suicides	7 428	5 471	1 957	13,5	-9	20,2	-9	7,0	-8
A00-Y89	Total mortalité prématurée évitable	35 147	27 047	8 100	62,0	-18	97,2	-20	28,1	-8
	Total mortalité prématurée	108 825	73 854	34 971	191,6	-15	264,4	-16	121,6	-11

* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge - Réf: Eurostat - Pop Europe - IARC-1976.

** (Taux 2008 - Taux 2000) *100 / Taux 2000.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de moins de 65 ans.

Source : Inserm-CépiDc.

■ PRINCIPALES CAUSES D'ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES DUES AUX DÉCÈS PRÉMATURÉS : CANCERS ET MORTS VIOLENTES, PUIS À MOINDRE DEGRÉ MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET AFFECTIONS PÉRINATALES

Les années potentielles de vie perdues (APVP) correspondent aux années de vie supplémentaires qu'une personne aurait vécues si elle n'était pas morte « prématurément ». Elles sont ici définies pour chaque décès comme la différence entre l'âge au décès et 65 ans. L'âge de 65 ans a été largement discuté par le groupe de définition des indicateurs de suivi des objectifs de la loi de santé publique. Le choix est bien entendu conventionnel et d'autres approches pourraient être retenues. Les APVP donnent un poids important aux décès intervenant aux âges les plus jeunes. À titre d'exemple, le décès d'un nouveau-né conduira à un nombre d'APVP deux fois plus élevé que le décès d'un adulte de 33 ans, et à cinq fois plus d'APVP que le décès d'un adulte de 52 ans. Pour calculer les APVP au niveau d'une population, on ajoute les APVP de l'ensemble des décès. Cette analyse permet de souligner la prépondérance des pathologies « évitables » accessibles à la prévention (suicides, cancers du sein et du poumon, accidents de transport).

La structure par âge des effectifs d'APVP met en évidence la prédominance des décès des personnes âgées de 45-54 ans, aussi bien pour les hommes que les femmes (respectivement 28 % et 27 % de l'ensemble des APVP). À noter également que les nourrissons (décès dans la première année de vie) représentent une part importante dans la structure générale des effectifs, puisqu'ils représentent respectivement 10 % et 15 % des APVP totales masculines et féminines.

Les cancers représentent la catégorie de causes pour laquelle les APVP ont le plus grand poids, devant les morts violentes. Les maladies cardiovasculaires représentent quant à elles une part relativement modeste des APVP (environ 10 %), qui équivaut à la part représentée par les suicides et les accidents de transport. Les infections périnatales représentent quant à elles 6 % du total des APVP, du fait du mode de calcul de l'indicateur, qui concerne quasi exclusivement des enfants de moins d'un an (tableau 4). Au cours de la période 2003-2005, les hommes enregistrent près de deux fois plus d'APVP que les femmes (3,7 millions contre 1,8 million). La surmortalité masculine est particulièrement marquée pour les personnes âgées de 15 à 34 ans, où le ratio est supérieur à 2,5. Alors que pour les femmes, la première cause de décès responsables d'APVP est le cancer, ce sont les morts violentes qui occupent la première place pour les hommes. Chez l'homme, les cancers du poumon, des bronches et du larynx et les cancers des voies aérodigestives supérieures et, chez la femme, le cancer du sein représentent respectivement 30 % et 26 % des APVP par cancers.

TABLEAU 4 • Répartition des années potentielles de vie perdues par sexe et cause de décès entre 2003 et 2005

Causes	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Effectifs	%	Effectifs	%	effectifs	%
Appareil digestif	258 893	4,7	180 468	4,9	78 425	4,4
Appareil respiratoire	102 930	1,9	67 507	1,8	35 423	2,0
Cancers	1 513 464	27,8	909 217	24,7	604 247	34,0
Poumon, bronches, larynx	355 964	6,5	272 977	7,4	82 987	4,7
Sein	156 155	2,9	1 565	0,0	154 590	8,7
Certaines infections de la période périnatale	303 920	5,6	173 272	4,7	130 648	7,4
États morbides mal définis	491 890	9,0	347 933	9,5	143 957	8,1
Maladies cardiovasculaires	546 603	10,0	396 342	10,8	150 261	8,5
Cardiopathies ischémiques	175 420	3,2	149 916	4,1	25 504	1,4
Maladies cérébrovasculaires	114 899	2,1	70 621	1,9	44 278	2,5
Autres cardiopathies	139 568	2,6	100 233	2,7	39 335	2,2
Maladies endocriniennes	113 154	2,1	69 855	1,9	43 299	2,4
Maladies infectieuses	140 408	2,6	95 592	2,6	44 816	2,5
SIDA et maladies à VIH	58 956	1,1	43 122	1,2	15 834	0,9
Malformations congén. et anom. chromosomiques	188 006	3,4	103 861	2,8	84 145	4,7
Morts violentes	1 385 768	25,4	1 065 463	29,0	320 305	18,0
Suicides	525 962	9,6	398 078	10,8	127 884	7,2
Accidents transport	449 313	8,2	358 458	9,8	90 855	5,1
Autres causes externes	249 912	4,6	190 540	5,2	59 372	3,3
Système nerveux	186 733	3,4	115 126	3,1	71 607	4,0
Troubles mentaux	151 481	2,8	117 607	3,2	33 874	1,9
Autres*	53 512	1,0	27 702	0,8	25 810	1,5
Total	5 450 898	100	3 676 293	100	1 774 605	100

* Les causes représentant moins de 1 % du total ont été regroupées dans la rubrique «Autres» (appareil génito-urinaire, maladies de la peau, maladies du sang, système ostéo-articulaire, complication de grossesse, accouchement et puerpéralité).

** Causes inconnues ou non précisées ; syndrome de mort subite du nourrisson.

Champ : France métropolitaine, 2003-2005.

Source : Inserm-CépiDc.

■ PRINCIPALES CAUSES DE MORBIDITÉ DÉCLARÉE : TROUBLES DE LA VUE, AFFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES ENTRE 25 ET 64 ANS, MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE APRÈS 65 ANS

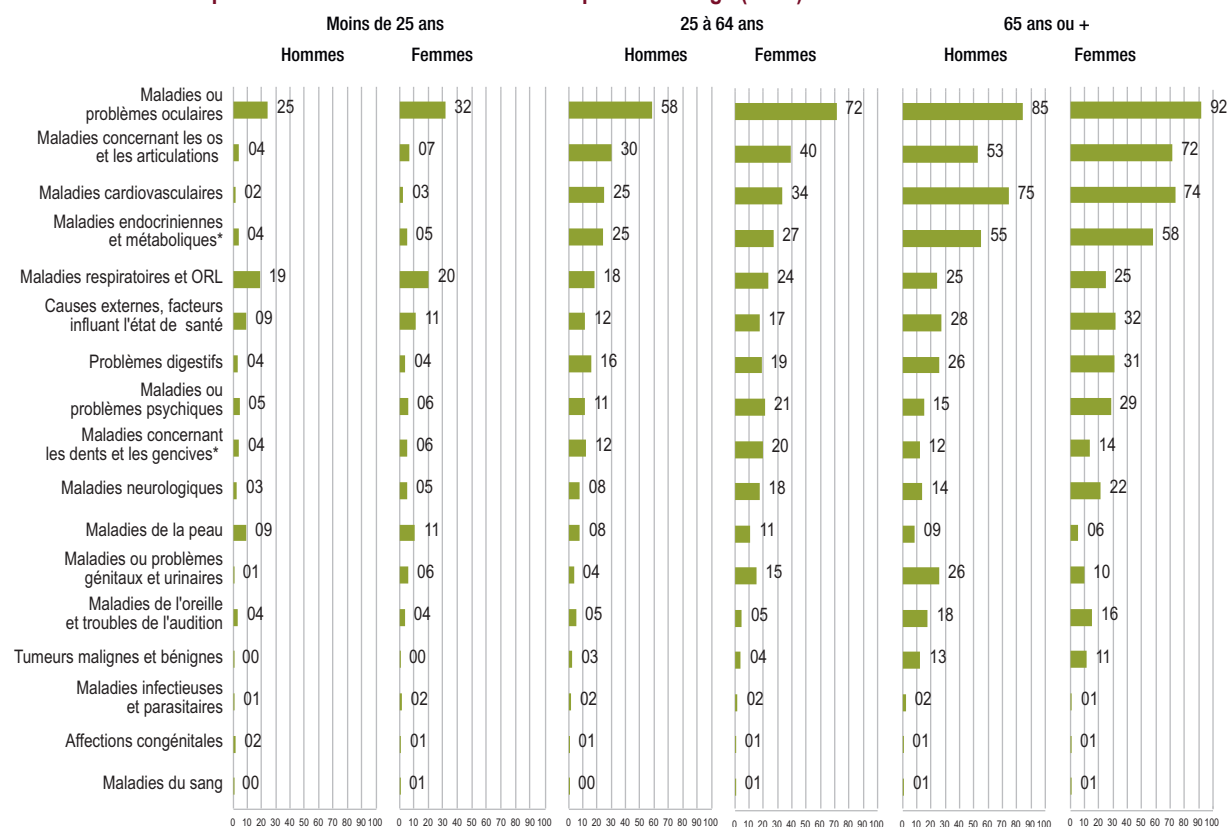
L'enquête Santé protection sociale de l'IRDES permet d'apprécier la prévalence de la morbidité déclarée en population générale. En principe, la morbidité déclarée correspond aux affections présentes le jour de l'enquête, connues et effectivement déclarées par la personne interrogée (ou, pour les enfants, par leurs parents). Compte tenu des oublis et omissions possibles, les déclarations sont vérifiées par des médecins et confrontées à divers éléments des questionnaires (consommation médicamenteuse la veille, interventions chirurgicales, port de prothèse, etc.) et corrigées si besoin après nouvelle interrogation des personnes par les enquêteurs. Les données commentées sont issues de l'enquête 2008.

Quel que soit l'âge, les femmes font état de problèmes de santé nettement plus fréquents que les hommes. En effet, elles déclarent en moyenne plus de maladies ou de troubles de la santé que les hommes (3,3 contre 2,3 en 2008 hors caries ou prothèses dentaires et troubles de la vue). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces différences. On peut d'une part penser que les femmes présentent effectivement davantage de problèmes de santé, notamment de moindre gravité, et d'autre part qu'elles ont une plus grande propension à les déclarer. Par ailleurs, elles auraient une meilleure perception de leur état de santé, compte tenu d'un recours aux soins plus fréquent et d'une plus forte implication dans la prévention.

Comparés à l'ensemble de la population, les jeunes âgés de moins de 25 ans déclarent peu de maladies (graphique 1). La plupart sont bénignes et accompagnent le développement normal de l'individu : troubles de la vision, dont la plupart sont aisément corrigés, pathologies infectieuses de l'appareil respiratoire, maladies de la peau dominées par l'eczéma. Entre 25 et 64 ans, les affections le plus souvent déclarées sont les maladies de l'œil et les troubles de la vue (58 % des hommes et 72 % des femmes en déclarent). Puis viennent les affections ostéo-articulaires, qui touchent plus de 35 % des personnes, et les maladies de l'appareil circulatoire, dominées par l'hypertension artérielle, et, chez les femmes, par des troubles veineux trois fois plus fréquents que chez les hommes. Les maladies psychiques, comprenant notamment l'anxiété et les troubles dépressifs, sont ici encore plus fréquemment déclarées par les femmes (21 % contre 11 % chez les hommes). Enfin, c'est évidemment dans cette classe d'âge que se retrouvent toutes les préoccupations de santé liées à la maternité et à la contraception pour les femmes. Au-delà de 64 ans, les enquêtés déclarent 6,4 affections en moyenne pour les femmes et 5,5 pour les hommes, exception faite des problèmes dentaires et des troubles de la vue. Ces derniers sont déclarés dans cette tranche d'âge par 89 % des personnes. Presque les trois quarts des enquêtés présentent au moins une maladie de l'appareil circulatoire ; la seule hypertension artérielle est déclarée par la moitié des personnes de cette tranche d'âge, tandis

que les maladies du système ostéo-articulaire (arthropathies, ostéoporose, lombalgies, etc.) viennent au troisième rang de fréquence des maladies déclarées (53% chez les hommes et 72% chez les femmes), et que les maladies endocriniennes et métaboliques incluant l'obésité sont déclarées par 55% des hommes et 58% des femmes (le diabète à lui seul est déclaré par 12% des femmes et 19% des hommes) [tableau 5].

GRAPHIQUE 1 • Principales causes de morbidité déclarées par sexe et âge (en %)



* Dont obésité calculée à partir de BMI (P/T2) déclaré ** Hors prothèses dentaires.

Champ : Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des 3 régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM).

Source : Enquête ESPS 2008, IRDES.

TABLEAU 5 • Principales causes de morbidité déclarées par sexe et âge en % en 2008 (classées par ordre de fréquence décroissante dans la population totale)

Grands groupes de pathologies (CIM10)	< 25 ans			De 25 à 64 ans			65 ans ou plus			Ensemble
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
Maladies ou problèmes oculaires	24,7	31,7	28,1	58,5	71,6	65,4	84,5	92,2	88,9	58,3
Maladies concernant les os et les articulations	4,4	7,0	5,7	30,3	39,6	35,2	52,9	71,8	63,8	31,3
Maladies cardiovasculaires	1,8	2,8	2,3	25,1	33,7	29,6	74,6	73,6	74,0	29,1
Maladies endocriniennes et métaboliques*	3,8	5,2	4,5	24,6	27,2	26,0	55,5	58,3	57,1	24,9
Maladies respiratoires et ORL	18,9	20,5	19,7	18,3	23,7	21,2	24,6	24,8	24,7	21,3
Causes externes, facteurs influant l'état de santé	9,5	11,3	10,4	11,8	17,4	14,7	27,7	31,7	30,0	16,1
Problèmes digestifs	3,6	4,2	3,9	15,9	18,8	17,5	25,9	31,5	29,1	15,4
Maladies ou problèmes psychiques	4,6	6,0	5,3	11,4	21,4	16,7	15,0	28,6	22,8	14,3
Maladies concernant les dents et les gencives**	4,2	5,6	4,9	12,3	19,7	16,2	12,1	14,0	13,2	12,3
Maladies neurologiques	3,0	5,3	4,1	8,0	17,6	13,1	14,2	21,7	18,5	11,3
Maladies de la peau	9,2	10,9	10,1	8,1	11,2	9,8	8,8	5,9	7,1	9,4
Maladies ou problèmes génitaux et urinaires	0,6	6,1	3,3	3,8	15,2	9,9	25,8	9,9	16,6	9,1
Maladies de l'oreille et troubles de l'audition	3,5	3,8	3,7	5,4	5,2	5,3	17,8	15,5	16,5	6,8
Symptômes, maladies illisibles	3,6	4,4	4,0	4,0	7,3	5,8	8,9	14,5	12,1	6,3
Tumeurs malignes et bénignes	0,2	0,5	0,4	2,7	4,5	3,7	12,7	11,4	12,0	4,1
Maladies infectieuses et parasitaires	1,2	1,7	1,4	1,9	2,1	2,0	2,3	1,5	1,8	1,8
Affections congénitales	1,8	1,3	1,5	0,8	0,9	0,9	0,8	0,9	0,8	1,1
Maladies du sang	0,2	0,5	0,4	0,5	0,8	0,7	1,2	1,1	1,1	0,7

* Dont obésité calculé à partir du BMI (P/T2) déclaré.

** Prothèses dentaires et caries exclues.

Lecture : 2% des garçons de moins de 25 ans déclarent une maladie de l'appareil circulatoire.

Champ : Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM).

Source : Enquête ESPS, 2008.

Le nombre de maladies déclarées fluctue également selon l'âge et le niveau socio-économique, mettant en évidence un gradient social chez les hommes comme chez les femmes. Ces dernières déclarent toujours plus de maladie que les hommes quel que soit le critère socio-économique retenu. Ce sont les femmes qui vivent dans un ménage de cadres qui déclarent le moins de maladies⁴ (2,7 en moyenne) et celles des ménages d'employés du commerce et d'ouvriers non qualifiés qui en déclarent le plus (respectivement 4,2 et 4,1 en moyenne). Les femmes comme les hommes vivant dans des ménages d'agriculteurs déclarent beaucoup de maladies, mais cela s'explique par leur âge plus élevé. Chez les hommes, les différences entre milieux sociaux sont moins sensibles. Le revenu des ménages influence aussi le nombre de maladies déclarées pour les femmes comme pour les hommes, les personnes ayant les revenus les plus faibles déclarant plus de maladies que ceux déclarant des revenus plus élevés. Enfin, plus le niveau d'études est élevé, plus le nombre de maladies déclarées est faible. Ainsi, les personnes ayant suivi des études supérieures déclarent en moyenne respectivement 5,6 maladies, 4,2 et 2,8 pour les femmes et 3,6, 2,7 et 2,2 pour les hommes (IRDES, 2008 et 2009).

Au total, le suivi de la morbidité déclarée provenant des enquêtes ESPS 2004, 2006 et 2008 met en évidence une grande stabilité de la fréquence des affections déclarées dans le temps, en particulier pour les maladies chroniques. En dehors d'épisodes épidémiques spécifiques, il ne faut donc pas s'attendre à observer des évolutions rapides dans la déclaration des maladies, sauf évolutions importantes en termes de progrès techniques. On peut ainsi envisager la disparition de certaines affections grâce à l'apparition de nouveaux traitements ou au contraire à l'apparition de nouveaux troubles liés par exemple à la mise en place de nouvelles mesures de dépistage ou de diagnostic.

■ PRINCIPALES CAUSES D'ADMISSION EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD) : MALADIES CARDIOVASCULAIRES, CANCERS, DIABÈTES ET PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet de prendre en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé ou une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste de trente affections (ALD 30) ouvre droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladies coronaires, etc.). À cette liste, s'ajoutent les formes évolutives ou invalidantes d'affections graves caractérisées hors liste (ALD 31) et les polyopathologies invalidantes (ALD 32). La connaissance du nombre de malades nouvellement admis en ALD pour une année donnée permet donc d'approcher l'incidence de ces pathologies chroniques coûteuses en population générale.

Trois grands régimes de couverture du risque maladie existent en France et assurent la prise en charge des ALD : le régime général des salariés et travailleurs assimilés à des salariés (CNAMTS), qui couvre 56,9 millions de personnes en 2009, le régime social des indépendants (RSI), qui couvre 3,5 millions de personnes, et le régime agricole (MSA) qui couvre 3,5 millions de personnes. Il existe également d'autres régimes « spéciaux », propres à certaines professions (SNCF, RATP, militaires, sénateurs, parlementaires, etc.), qui prennent en charge une part plus faible de la population.

En 2009, 1,4 million de personnes, nouvelles ALD, ont été prises en charge par l'ensemble des trois principales caisses françaises (tableau 6), soit une augmentation d'environ 40 % depuis 2000. Par ailleurs, le nombre d'ALD progresse plus vite que le nombre de personnes en ALD, en raison de l'augmentation du nombre moyen d'ALD par personne.

Les quatre causes de nouvelle admission les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, valvulopathies, artériopathies chroniques, accident vasculaire cérébral) qui, avec un total de 513 653 nouveaux cas, représentent 35,7 % des nouvelles ALD, les tumeurs malignes (21,7 %), le diabète (15,5 %) et les pathologies psychiatriques (psychoses, troubles graves de la personnalité, arriération mentale, maladie d'Alzheimer et autres démences) totalisant 177 610 nouvelles mises en ALD soit 12,3 % d'entre elles. Viennent ensuite l'insuffisance respiratoire chronique grave (46 944 ALD), l'ensemble des maladies ostéo-articulaires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, scoliose graves) soit 30 839 ALD, les formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave (25 248), les maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (22 993), la maladie de Parkinson (15 494), l'insuffisance rénale (16 975), les maladies inflammatoires chroniques intestinales (12 055), le sida (8 361) et la tuberculose (4 453).

Depuis 2000, on note une augmentation globale du nombre total d'ALD annuellement délivrées. Les facteurs explicatifs de cette croissance sont variables selon les pathologies : augmentation de nouveaux cas (caractère épidémiologique ou dépistage plus performant), augmentation de la propension à demander l'ALD, impact des modifications réglementaires ou des critères d'admission dans la définition des ALD (par exemple, abaissement du seuil du taux de glycémie définissant le diabète), impact du vieillissement de la population. La hausse est particulièrement marquée pour les cancers, le diabète, l'hypertension artérielle sévère ainsi que pour l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme ou les cardiopathies valvulaires graves. Les démences, qui ne sont individualisées que depuis 2004, continuent leur augmentation en 2009, après une phase de stabilité entre 2005 et 2006. Les affections psychiatriques de longue durée enregistrent également une augmentation du nombre d'ALD en 2009. Après une augmentation ponctuelle du nombre d'ALD pour maladies chroniques du foie et cirrhose entre 2003 et 2007, on observe un retour dans une dynamique de diminution dès 2008.

4. Hors affections des dents ou du parodonte et troubles de la réfraction.

TABEAU 6 • Nouveaux cas d'ALD entre 2000 et 2009

Nature de l'affection	2000 (1)	2001	2002 (2)	2003	2004 (3)	2005	2006	2007	2008	2009
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	35 907	38 152	38 283	38 287	36 176	36 838	39 032	42 244	45 658	49 918
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	1 253	1 290	1 403	1 618	2 072	2 452	2 676	3 026	3 256	3 425
3. Artériopathie chronique et évolutive (y.c. coronarienne) avec manifestations cliniques ischémiques (4)	101 934	108 643	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Artériopathie chronique avec manifestations ischémiques (4)	0	0	43 425	42 285	42 494	45 586	54 738	58 106	58 464	63 600
4. Bilharziose compliquée	22	13	17	29	16	20	8	14	20	36
5. Cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave (5)	72 392	71 566	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves cardiopathies congénitales graves (5)	0	0	75 802	78 513	79 216	87 172	104 357	110 075	116 350	126 123
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	20 216	22 475	23 476	24 474	22 951	22 288	21 828	23 267	22 987	22 993
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH	6 614	6 491	7 125	8 128	8 467	8 559	7 233	7 909	8 279	8 361
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2 (6)	139 384	141 848	148 804	157 957	155 810	172 108	184 030	208 210	216 247	223 548
9. Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave (7)	16 062	17 732	18 735	21 553	20 900	21 036	22 325	23 885	24 582	25 248
10. Hémoglobinopathie homozygote (8)	658	668	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères (8)	0	0	788	1 069	1 423	1 482	1 355	1 356	1 489	1 578
11. Hémophilie (9)	873	886	0	0	0	0	0	0	0	0
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (9)	0	0	1 113	1 671	2 658	2 828	2 959	3 066	3 227	3 441
12. Hypertension artérielle sévère	111 119	115 134	117 354	110 340	102 784	112 617	144 843	154 276	154 916	170 586
13. Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois (10)	28 680	26 613	0	0	0	0	0	0	0	0
13. Maladie coronaire (10)	0	0	88 483	88 080	83 729	84 666	94 169	97 298	97 855	103 426
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	36 946	37 179	36 245	36 024	33 391	32 888	38 143	41 968	41 811	46 944
15. Lèpre (11)	57	30	35	47	0	0	0	0	0	0
15. Maladie d'Alzheimer et autres démences (11)	0	0	0	0	50 963	53 640	53 288	60 294	61 222	63 219
16. Maladie de Parkinson	13 419	13 036	12 656	12 673	11 685	12 151	13 793	14 699	14 439	15 494
17. Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	2 736	2 537	2 562	3 237	4 866	4 607	5 789	5 893	5 882	5 966
18. Mucoviscidose	255	280	317	418	385	382	367	343	398	373
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	7 006	8 129	8 988	10 515	11 487	12 069	13 036	14 349	14 828	16 975
20. Paraplégie	2 311	2 460	2 412	2 523	2 234	2 170	2 090	2 114	1 972	2 135
21. Périorité noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodémie généralisée évolutive	5 783	6 103	6 485	7 187	5 268	5 313	5 566	6 008	6 264	6 763
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	12 389	13 018	13 404	14 711	14 584	14 917	16 217	17 322	18 313	19 156
23. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale (12)	133 106	138 661	145 971	157 870	0	0	0	0	0	0
23. Affections psychiatriques de longue durée (12)	0	0	0	0	107 924	93 772	91 638	102 857	109 017	114 391
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	8 644	8 818	9 376	10 145	10 032	9 979	10 152	11 006	11 533	12 055
25. Sclérose en plaques (13)	4 346	4 647	4 752	5 026	4 958	4 667	4 826	5 028	5 021	5 276
26. Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne	2 559	2 616	2 830	3 013	3 306	3 238	3 285	3 437	3 764	3 978
27. Spondylarthrite ankylosante grave	4 195	4 719	4 784	5 177	5 588	5 572	5 530	6 499	6 951	7 705
28. Suites de transplantation d'organe (14)	283	327	374	524	475	495	484	582	554	675
29. Tuberculose active (15)	6 182	5 768	5 972	5 566	0	0	0	0	0	0
29. Tuberculose active, Lèpre (15)	0	0	0	0	5 619	5 298	4 628	4 651	4 719	4 453
30. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	246 892	258 452	262 704	272 330	286 557	288 219	287 557	302 768	303 542	311 743
Total	1 025 428	1 060 303	1 086 981	1 123 434	1 118 018	1 147 331	1 235 942	1 332 617	1 363 688	1 439 666

- (1) L'instauration de la majoration du maintien à domicile pour les visites réalisées auprès des personnes âgées de 75 ans et plus (arrêté du 28 avril 2000) a entraîné une augmentation des demandes et des accords pour ALD 30 à partir de 2000 pour les personnes de 75 ans et plus.
- (2) En avril 2002, modification de la liste des affections de longue durée (décret 2002-594 du 22 avril 2002).
- (3) En octobre 2004, modification de la liste des affections de longue durée (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).
- (4) En 2002, les insuffisances coronariennes et cardiopathies ischémiques ont été exclues des artériopathies chroniques pour être regroupées dans le libellé « maladie coronaire » (ALD 13) (décret 2002-594 du 22 avril 2002).
- (5) En 2002, les troubles du rythme graves ont été intégrés dans le libellé « Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves cardiopathies congénitales graves » (décret 2002-594 du 22 avril 2002).
- (6) En 1999, le critère biologique pour le diagnostic du diabète a été modifié (« constatation à deux reprises d'une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l » contre 1,40 g/l auparavant).
- (7) À partir de décembre 1999, l'épilepsie grave a été intégrée dans le libellé « forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave » (décret 1999-1035 du 6 décembre 1999).
- (8) En 2002, les hémolyses ont été intégrées dans le libellé « Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères » (décret 2002-594 du 22 avril 2002).
- (9) En 2002, les affections constitutionnelles de l'hémostase graves ont été intégrées dans le libellé « Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves » (décret 2002-594 du 22 avril 2002).
- (10) En 2002, le libellé « infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois » a été remplacé par le libellé « maladie coronaire » (décret 2002-594 du 22 avril 2002).
- (11) En 2004, le mot « lèpre » est remplacé par les mots « maladie d'Alzheimer et autres démences » (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).
- (12) Toutes les formes de démences entraînent dans ce cadre, notamment la maladie d'Alzheimer jusqu'en 2004. En octobre 2004, la « maladie d'Alzheimer et autres démences » ont été regroupées dans l'ALD 15. À cette date, les mots « psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale » sont remplacés par les mots « affections psychiatriques de longue durée » (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).
- (13) En 1996, l'introduction du traitement par interféron-bêta (thérapeutique innovante et très coûteuse) dans la sclérose en plaques a entraîné des demandes plus précoces et plus nombreuses d'admissions en ALD 30.
- (14) Les transplantations d'organe font, la plupart du temps, déjà l'objet d'une ALD pour une affection initiale (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire chronique grave...).
- (15) En 2004, après les mots « tuberculose active » est ajouté le mot « lèpre » (décret 2004-1049 du 4 octobre 2004).

Champ : Assurés sociaux des trois régimes principaux : CNAMTS, RSI, MSA.

Sources : CNAMTS, RSI, MSA.

En 2009, 51,2 % des nouvelles ALD prises en charge par la CNAMTS concernent des hommes. Une surmortalité masculine est observée pour certaines pathologies. C'est le cas des maladies coronaires (2,2 fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes), ainsi que des artériopathies chroniques à manifestation ischémique (1,9 fois plus fréquente), de la cirrhose (1,7) et de la paraplégie (1,6). À l'inverse, certaines affections se retrouvent majoritairement chez des femmes, soit du fait du poids démographique des femmes aux âges élevés dans le cas de la maladie d'Alzheimer, soit du fait de caractéristiques épidémiologiques connues de la maladie (maladies plus fréquentes chez les femmes), notamment pour la polyarthrite rhumatoïde évolutive, le lupus érythémateux disséminé, la sclérodermie ou la sclérose en plaques.

Plus de 70 % des nouveaux cas d'ALD pris en charge par la CNAMTS concernent des patients âgés de 50 à 84 ans. La répartition par âge est très hétérogène selon les maladies : presque tous les nouveaux cas de mucoviscidose concernent des sujets de moins de 25 ans (51 % entre 0 et 4 ans) ; à l'opposé, 94 % des nouveaux cas de maladie d'Alzheimer concernent une population âgée (plus de 69 ans). On peut néanmoins constater que, pour les maladies les plus représentées (maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes et diabète), près de 80 % des personnes atteintes sont âgées de 50 à 84 ans.

La répartition pour les affections psychiatriques est quant à elle plus équilibrée : environ 20 % touchent des personnes âgées de moins de 25 ans, 50 % des personnes âgées de 25 à 54 ans et 30 % des personnes de plus de 54 ans.

La répartition géographique des ALD apparaît paradoxale. En effet, le taux global d'ALD (prévalence) est plus élevé dans le sud et le centre que dans le nord de la France, où l'on observe un état de santé moins bon et une surmortalité. L'analyse détaillée par maladie fournit des éléments de réponse : pour les pathologies graves, avec des critères d'admission indiscutables, la géographie des ALD est bien corrélée avec celle de la mortalité et des facteurs de risque, mise en évidence par les données épidémiologiques. C'est le cas du diabète, du cancer du poumon, de la cirrhose du foie, de la sclérose en plaques, pathologies dont les fréquences sont élevées dans la moitié nord du territoire métropolitain. En revanche, pour l'hypertension artérielle sévère ou les affections psychiatriques, qui prédominent dans le sud, la corrélation avec les données épidémiologiques est moins évidente. Les critères d'admission en ALD laissent sans doute une marge d'interprétation plus importante pour ces pathologies, et des effets d'offre de soins peuvent également se faire sentir. De plus, les prévalences de ces deux maladies restent mal connues, et leurs variations géographiques peuvent ne pas recouper celles de la mortalité (Vallier *et al.*, 2006).

En 2009, le nombre de personnes en ALD pour les trois principaux régimes a atteint 9,8 millions d'individus (sachant qu'un même individu peut cumuler plusieurs ALD) soit une évolution d'environ +3,2 % par rapport à 2008.

■ PRINCIPAUX MOTIFS DE RECOURS AUX SOINS AMBULATOIRES : LES PATHOLOGIES RESPIRATOIRES POUR LES PLUS JEUNES, LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES POUR LES PLUS ÂGÉS

Le nombre de motifs de consultation augmente avec l'âge. Avant 25 ans, selon l'enquête permanente sur la prescription médicale⁵ la consultation porte fréquemment sur un seul motif : pour cette tranche d'âge, on enregistre 128,4 motifs de recours pour 100 séances contre 150,5 motifs entre 25 et 64 ans et 210,8 à partir de 65 ans.

Avant 15 ans, le nombre de motifs de recours est équivalent chez les filles et les garçons (respectivement 127,9 et 127,2 pour 100 séances). On retrouve cette tendance chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans (respectivement 150,1 et 150,6 motifs de recours pour 100 séances). À l'inverse, chez les 15-24 ans, le nombre de motifs de recours est plus élevé chez les filles : il s'élève à 133,8 motifs de recours pour 100 séances contre 122,2 chez les garçons. Il en est de même, dans une moindre mesure, à partir de 65 ans (211,1 motifs de recours pour 100 séances chez les femmes contre 209,9 chez les hommes). Les raisons qui ont amené à consulter sont différentes selon l'âge (tableau 7). Les pathologies respiratoires sont la principale cause de consultations médicales pour les jeunes : elles représentent 27 motifs pour 100 séances chez les nourrissons de moins d'un an, 36,6 entre 1 et 14 ans et 21,2 entre 15 et 24 ans. Viennent ensuite les actes de prévention et les motifs administratifs (visites obligatoires, certificats médicaux, etc.), qui représentent une part considérable des consultations : 59,4 motifs pour 100 séances pour les enfants de moins d'un an, 26,2 motifs pour les enfants âgés de 1 à 14 ans et 33,6 pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans. À cela, s'ajoutent les consultations organisées par les services de protection maternelle et infantile (PMI) pour les enfants de moins de 6 ans. Ces services assurent également une activité importante de prévention : environ 2 millions d'examen cliniques ont été réalisés auprès des enfants, pour 777 750 enfants consultant dans la France entière⁶ (DREES, 2009). On trouve ensuite, pour l'ensemble des moins de 25 ans, les symptômes et états de santé mal définis et les maladies infectieuses (respectivement 13,3 pour les garçons et 13,9 pour les filles et 10,5 pour les garçons et 10,1 pour les filles). Les maladies de la peau représentent également une part importante des motifs de recours, en particulier chez les 15-24 ans (8,9 % des motifs de séances).

Entre 25 et 64 ans, les motifs de recours aux soins de ville diffèrent entre les hommes et les femmes. Pour les hommes, 18,8 séances sur 100 sont motivées par un problème cardiovasculaire et 16,5 par une pathologie ostéo-articulaire ou une maladie respiratoire. Les troubles mentaux se situent juste après, avec 15,8 motifs pour 100 séances. Pour les femmes, les actes administratifs et préventifs sont le motif le plus fréquent de recours (23,2 pour 100 séances), suivis des troubles mentaux (17,5 pour 100 séances). À partir de 65 ans, les pathologies cardiovascu-

5. L'Enquête permanente sur la prescription médicale de la société IMS-Health (EPPM) a pour objet de suivre de manière détaillée l'évolution des prescriptions des médecins libéraux en France. Chaque trimestre, 835 médecins (dont 435 spécialistes) sont interrogés pendant sept jours consécutifs. Pour un an, l'EPPM porte sur les ordonnances d'environ 2 000 praticiens médecins généralistes ou spécialistes exerçant en pratique libérale en France métropolitaine. Elle enregistre le(s) diagnostic(s) d'une prescription médicamenteuse ainsi que des informations complémentaires telles que la date et le lieu de la séance, le sexe, l'âge et la profession du patient. Les résultats bruts sont ensuite redressés afin de les étendre à l'ensemble des médecins français. Ne sont conservés que les diagnostics ayant donné lieu, dans les classes thérapeutiques considérées, à plus de 50 prescriptions annuelles auprès de l'échantillon de médecins. Les autres diagnostics sont classés « comme non significatifs ».

6. Activité de la Protection maternelle et infantile, consultations infantiles, résultats 2009, exploitation DREES.

laïres prédominent nettement chez les hommes (59 motifs de recours pour 100 séances) comme chez les femmes (51,6). Viennent ensuite les maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques (27,3 motifs pour 100 séances), plus fréquentes chez les hommes (28,8) que chez les femmes (26,2), les états de santé mal définis, particulièrement nombreux chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, avec 21,5 motifs pour 100 séances, et les maladies ostéo-articulaires (23), plus fréquentes chez les femmes (27,2 contre 16,8 chez les hommes) (Labarthe, 2004)].

TABLEAU 7 • Motifs de recours ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe (1^{er} septembre 2008-31 août 2009)

	Nombre de motifs pour 100 séances	
	HOMMES	FEMMES
MOINS DE 25 ANS		
Ensemble des pathologies	126,2	130,1
Maladies de l'appareil respiratoire	33,7	26,9
Prévention et motifs administratifs	28,1	35,6
dont: Symptômes et états morbides mal définis	13,3	13,9
Maladies infectieuses et parasitaires	10,5	10,1
Maladies de la peau	6,6	7,4
Maladies ophtalmologiques	7,3	7,2
ORL	7,1	5,7
Lésions traumatiques	5,8	4,0
Maladies ostéoarticulaires	3,9	3,7
Troubles mentaux	3,0	3,4
Maladies de l'appareil digestif	2,9	3,0
Maladies des organes génito-urinaires	0,8	4,1
DE 25 À 64 ANS		
Ensemble des pathologies	150,1	150,6
Prévention et motifs administratifs	13,0	23,2
Troubles mentaux	15,8	17,5
dont: Maladies de l'appareil cardio-vasculaires	18,8	12,8
Maladies ostéoarticulaires	16,5	14,0
Symptômes et états morbides mal définis	13,5	14,1
Maladies de l'appareil respiratoire	16,5	13,5
Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme	13,4	9,6
Maladies ophtalmologiques	8,0	7,2
Maladies de l'appareil digestif	7,1	6,0
Maladies des organes génito-urinaires	2,3	7,5
Maladies du système nerveux	5,3	5,5
Maladies infectieuses et parasitaires	5,7	5,7
65 ANS OU PLUS		
Ensemble des pathologies	209,9	211,1
Maladies cardio-vasculaires	59,0	51,6
Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme	28,8	26,2
dont: Symptômes et états morbides mal définis	20,6	21,9
Maladies ostéoarticulaires	16,8	27,2
Prévention et motifs administratifs	11,5	10,5
Troubles mentaux	7,4	12,2
Maladies de l'appareil digestif	10,2	10,8
Maladies de l'appareil respiratoire	12,9	9,2
Maladies du système nerveux	8,4	10,7
Maladies ophtalmologiques	8,4	9,3
Maladies des organes génito-urinaires	8,8	3,8
Maladies de la peau	4,6	4,7

Note : Les motifs de recours ont été classés, dans chaque groupe d'âges, par ordre décroissant d'importance deux sexes réunis.

Champ : France métropolitaine (hors Corse).

Sources : IMS-HEALTH, étude permanente de la prescription médicale, exploitation DREES.

7. Les résumés de sortie anonymes (RSA) des nouveau-nés restés auprès de leur mère, dits « nouveau-nés non hospitalisés », ne sont pas clairement identifiés dans la base nationale support de l'exploitation et le taux d'hospitalisation élevé observé pour les enfants de moins d'un an laisse à penser qu'un certain nombre d'entre eux présentant une pathologie peu grave ne nécessitant pas une hospitalisation mais entraînant la dispensation de soins médicaux spécifiques et donc l'affectation d'un diagnostic principal de maladie sont considérés dans l'exploitation comme des nouveau-nés hospitalisés.

■ PRINCIPALES PATHOLOGIES ENTRAÎNANT UN SÉJOUR HOSPITALIER : LES TRAUMATISMES POUR LES ENFANTS, LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE POUR LES PLUS DE 64 ANS

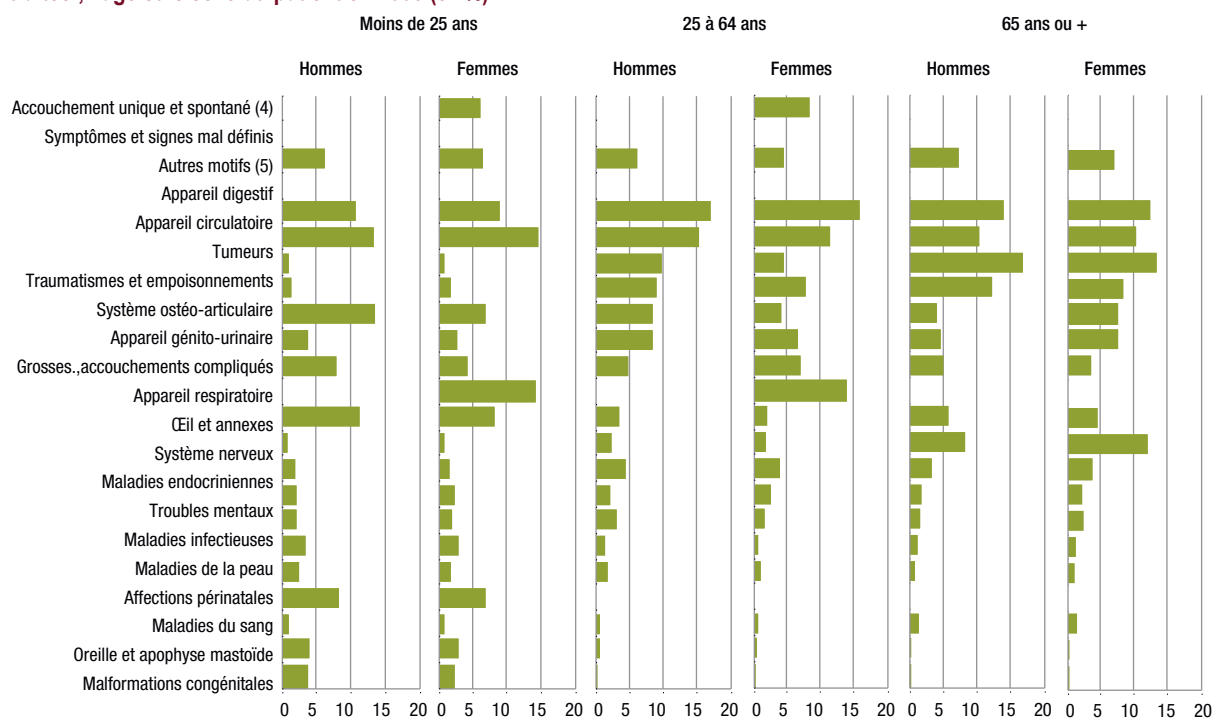
En 2008, ce sont, comme les années précédentes, les enfants de moins d'un an, les hommes à partir de 55 ans et les femmes à partir de 65 ans qui présentaient les risques d'hospitalisation les plus élevés dans les services hospitaliers de soins de courte durée publics et privés en France entière (métropole et DOM). La fréquentation hospitalière était majoritairement féminine (268 séjours pour 1 000 femmes, contre 241 séjours pour 1 000 hommes). Mais en corrigeant la population féminine de sa structure par âge et en excluant les séjours pour accouchement normal, les taux d'hospitalisation standardisés étaient équivalents pour les hommes et les femmes (respectivement 235 et 234) (Mouquet, 2011).

En 2008, l'hospitalisation des personnes de moins de 25 ans a représenté 17% des séjours dans les services hospitaliers de soins de courte durée. Si l'on exclut les nourrissons (moins d'un an), le taux de recours à l'hôpital des enfants était nettement plus faible que celui des autres groupes d'âge, tout particulièrement pour les 5-14 ans. Avec un taux de recours de 566⁷ pour 1 000 en 2008, la fréquentation hospitalière des enfants de

moins d'un an se situait nettement au-dessus de la moyenne tous âges (255 pour 1 000), mais elle restait inférieure à celle des personnes de plus de 74 ans (585 pour 1 000 pour les personnes de 75 à 84 ans et 682 pour 1 000 pour celles de 85 ans ou plus). Avant un an, ce sont naturellement les affections périnatales qui génèrent le plus d'hospitalisations, avec un peu plus de 47% des séjours, suivies par les maladies de l'appareil respiratoire, avec un peu plus de 12% des séjours.

Avant 25 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient, pour les garçons, les traumatismes (13,6 pour 100 séjours) et, pour les filles, les séjours liés à la maternité (20,5 pour 100 séjours) (graphique 2). Pour les deux sexes, les pathologies digestives (maladies des dents et appendicite notamment) arrivaient au deuxième rang des causes d'hospitalisation (13,4 pour 100 séjours pour les garçons et 14,8 pour les filles). Les atteintes respiratoires (pathologies des amygdales, des végétations adénoïdes, asthme), au nombre de 11,4 pour 100 séjours chez les garçons et de 8,2 chez les filles, et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention (10,7 chez les garçons contre 9 chez les filles) venaient ensuite, respectivement au 3^e et 4^e rang pour les garçons et au 4^e et 3^e rang pour les filles. Chez ces dernières, les traumatismes ne constituaient que le 5^e motif de recours à l'hospitalisation entre 0 et 24 ans (6,9 pour 100 séjours).

GRAPHIQUE 2 • Répartition des séjours¹ annuels dans les services de soins de courte durée MCO² selon la pathologie traitée³, l'âge et le sexe du patient en 2008 (en %)



Note : En dehors de l'accouchement unique et spontané et des symptômes, signes et états morbides mal définis, les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquences pour les deux sexes, tous âges réunis.

1. Hospitalisations d'une durée supérieure ou égale à 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins de 24 heures pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).

2. Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

3. Diagnostic principal manifestation clinique, regroupement selon les chapitres de la CIM10 de l'OMS.

4. Code O80 de la CIM10.

5. Motifs de recours aux services de santé autres que maladies ou traumatismes, tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.

Champ : Établissements publics et privés. Résidents de France métropolitaine.

Sources : Base nationale PMSI-MCO, exploitation DREES.

Entre 25 et 64 ans, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (22,5 pour 100 séjours), les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention arrivaient en tête des motifs de recours à l'hôpital pour les hommes comme pour les femmes (17,1 pour 100 séjours chez les hommes et 16 chez les femmes). Venaient ensuite les maladies de l'appareil digestif (15,4 pour 100 séjours chez les hommes et 11,5 chez les femmes). Avant 45 ans, les traumatismes et empoisonnements constituaient un motif fréquent de recours chez les hommes (à rapprocher de la mortalité par morts violentes : accidents, suicides dans cette tranche d'âge) : ils représentaient le 1^{er} motif pour les 25-34 ans et le 3^e pour les 35-44 ans. Chez les femmes, les maladies de l'appareil génito-urinaire étaient également un motif fréquent de recours aux établissements de santé avant 45 ans. Après 44 ans, les tumeurs pour les hommes comme pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes et les maladies ostéo-articulaires pour les femmes augmentaient pour se rapprocher des taux d'hospitalisation causés par les maladies digestives. À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil cir-

culatoire étaient la première cause de recours à l'hôpital : elles représentent près de 1 séjour hospitalier sur 7 (17 pour 100 séjours chez les hommes et 13,5 chez les femmes). Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention étaient également très fréquents (respectivement 14,1 et 12,5 pour 100 séjours). Pour les femmes, les maladies de l'œil motivaient 12,1 séjours pour 100, avec notamment la cataracte qui était responsable à elle seule de 10,7 % des hospitalisations des femmes âgées ; trois groupes intervenaient ensuite dans des proportions proches : les maladies de l'appareil digestif (10,3 pour 100 séjours), les tumeurs (8,5 pour 100 séjours) et les traumatismes en raison de la grande fréquence des fractures du col fémoral (7,7 pour 100 séjours). Pour les hommes, les affections les plus représentées après les maladies cardiovasculaires et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention étaient les tumeurs, les maladies de l'appareil digestif et les maladies de l'œil (respectivement 12,3, 10,4 et 8,4 pour 100 séjours).

Références bibliographiques

- AOUBA A., MIREILLE EB., REY G., PAVILLON G. ET JOUGLA E.**, 2011, « Données sur la mortalité en France : principales causes de décès et évolutions depuis 2000 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 22, InVS
- AOUBA A., PÉQUIGNOT F., LE TOULLEC A., JOUGLA E.**, 2007, « Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS.
- AUVRAY L., LE FUR P.**, 2002, « Adolescents : état de santé et recours aux soins », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 49, mars.
- CNAMTS**, 2006, Fréquence des affections de longue durée (ALD30) au régime général - premiers résultats de l'étude fréquence et coût des ALD, Direction de la stratégie, des études et des statistiques, avril.
- DANET S.** (sous la dir. de), 2009, *La santé des femmes en France*, DREES, La Documentation française.
- IRDES**, 2008, *Premiers résultats de l'enquête ESPS 2006* (<http://www.irdes.fr>).
- LABARTHE G.**, 2004, « Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie », *Études et Résultats*, DREES, n° 315, juin.
- MOUQUET M.-C.**, 2011, « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008 », *Études et Résultats*, DREES, à paraître.
- PÉQUIGNOT F., LE TOULLEC A., BOVET M., JOUGLA E.**, 2003, « La mortalité évitable liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France », in « La mortalité prématurée en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 30, juillet.
- VALLIER N., SALANAVE B., WEILL A.**, 2006, « Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée », *Points de repère*, Caisse nationale d'assurance maladie, n° 1, août.