

---

# 1. Synthèse

---

2. Indicateurs  
de santé  
transversaux

---

3. Indicateurs  
thématiques



# Synthèse

## Un état de santé globalement bon mais de nombreuses disparités

Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon au regard de grands indicateurs comme la mortalité standardisée<sup>1</sup> ou l'espérance de vie, à la naissance ou à 65 ans, et de certains indicateurs thématiques comme la mortalité cardiovasculaire, deuxième cause de décès en France. L'espérance de vie continue d'augmenter, contribuant au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et d'incapacité fonctionnelle. Mais des disparités notables perdurent, tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou catégories sociales.

### ► Des disparités selon le genre : un écart qui se comble

Si les femmes bénéficient d'une espérance de vie supérieure à celle des hommes (85,4 ans en 2014 contre 79,2 ans pour les hommes), l'écart entre les sexes ne cesse de se réduire. Il était de 8,2 ans en 1994, puis de 7,1 ans en 2003 ; il est désormais de 6,2 ans en 2014. L'espérance de vie à 65 ans est de 23,4 ans pour les femmes en 2013, soit 2,2 ans de plus qu'en 2000, et de 19,1 ans pour les hommes, soit 2,4 ans de plus qu'en 2000. L'espérance de vie des femmes à la naissance et à 65 ans, et celle des hommes à 65 ans, font partie des plus élevées en Europe. En revanche, l'espérance de vie des hommes avant 65 ans se situe dans la moyenne européenne. Ce décalage observé chez les hommes s'explique en partie par le poids des décès prématurés.

La hiérarchie des causes de mortalité est inversée chez les hommes et chez les femmes. Ainsi, les maladies de l'appareil circulatoire restent la première cause de mortalité chez les femmes, devant les tumeurs. C'est l'inverse chez les hommes. À âge égal, on observe toutefois une surmortalité masculine : le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, standardisé sur l'âge, est 1,6 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 prématurée, dont celle attribuable à l'alcool et au tabac, mais également celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels plus favorables aux femmes. Le taux de décès prématuré des hommes standardisé sur la structure d'âge est, en effet, 2,2 fois supérieur à celui des femmes. Ce rapport est de 3,5 pour les décès liés aux troubles mentaux et du comportement, et de 3,1 pour les morts violentes (suicides, accidents...) et les maladies de l'appareil circulatoire. Mais l'évolution des comportements des femmes vis-à-vis du tabac et de l'alcool est dès à présent lisible dans l'évolution des taux standardisés de mortalité pour les tumeurs des voies aériennes supérieures, du poumon et du foie.

**1.** Le taux de mortalité standardisé est le taux de mortalité d'une population présentant une distribution standard par âge. Il permet la comparaison entre périodes et entre pays, ces taux visant à chiffrer les décès indépendamment des différences entre les pyramides des âges des populations.

Paradoxalement, les mesures de santé perçue et de recours aux soins font apparaître que les hommes, à âge égal, se sentent en meilleure santé que les femmes, déclarent moins de maladies et moins de limitations fonctionnelles. Selon l'enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2012 de l'INSEE, les hommes ont une plus grande propension que les femmes à estimer que leur santé est très bonne. La perception d'une bonne (*a fortiori* d'une « très bonne ») santé diminue avec l'âge et devient minoritaire chez les personnes de 65 ans ou plus. La santé perçue des hommes reste constamment meilleure que celle des femmes pour toutes les tranches d'âge en dessous de 75 ans et devient proche ensuite. Cependant, si la fréquentation hospitalière est majoritairement féminine (270 séjours pour 1 000 femmes, contre 241 séjours pour 1 000 hommes en 2012), en corrigeant la population féminine de sa structure par âge et en excluant les séjours pour accouchement normal, le taux d'hospitalisation féminin ainsi standardisé est équivalent à celui des hommes (240 pour 1 000).

Entre 2005 et 2010, le taux de fréquence des accidents du travail (AT) a baissé plus vite parmi les catégories de salariés les plus exposés que sont les ouvriers, les hommes et les jeunes. Mais le risque d'accident du travail n'a pas diminué pour les femmes.

La consommation d'alcool reste fortement déséquilibrée : parmi les 18-75 ans, la proportion de consommateurs quotidiens est trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. À 17 ans la consommation régulière d'alcool concerne un jeune sur dix, beaucoup plus souvent les garçons que les filles. Cette surconsommation masculine est également présente pour les drogues illicites, sauf pour les poppers, les produits à inhaler et l'héroïne, pour lesquels la différence par sexe n'est pas significative.

Les différences observées pour les troubles psychiques restent plus délicates à interpréter. Les femmes sont plus souvent prises en charge que les hommes pour des troubles dépressifs ou bipolaires quel que soit l'âge, alors que les prises en charge pour troubles psychotiques sont 1,5 fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, les informations disponibles concernent essentiellement les prises en charge et il est difficile de conclure quant aux différences de prévalence. La mesure de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) par le CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview Short Form) dans les baromètres santé met en évidence de manière répétée et assez stable une proportion plus élevée de femmes que d'hommes présentant un EDC. Mais la prévalence observée refléterait en partie une plus forte propension à les déclarer<sup>2</sup>. Dans ce sens, l'enquête décennale de santé (ou enquête Santé) montrait que l'écart entre les hommes et les femmes est sensible à la manière dont l'épisode dépressif est repéré. L'écart entre hommes et femmes est réduit par l'utilisation d'un questionnaire moins sensible au biais de sous-déclaration<sup>3</sup>.

2. Fuhrer R., Rouillon F., 1989, « La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation », *Psychiatrie & psychobiologie*, Le Plessis-Robinson.

3. Voir encadré « Sous-déclaration des hommes et/ou surexposition aux troubles dépressifs des femmes », in Leroux I., Morin T., 2006, « Facteurs de risques de l'épisode dépressif en population générale », *Études et Résultats*, DREES, n° 545.

### ► Des disparités sociales importantes et persistantes

À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liées à la position sociale et au niveau d'études. Tous les indicateurs – que ce soit l'état général de santé déclaré, la mortalité, la mortalité prématurée, l'espérance de vie, la morbidité déclarée ou mesurée, ou le recours aux soins – font apparaître un gradient selon la catégorie professionnelle ou le niveau d'études : on observe une diminution graduelle du risque tout au long de la hiérarchie sociale, sans aucun effet de seuil. Ce phénomène est connu sous le terme de « gradient social de santé ».

De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de ces inégalités. Parmi ceux qui ont été avancés, on trouve : les conditions de vie et notamment de travail ; les modes de vie et comportements à risque ; l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique et perte d'autonomie, ces facteurs ayant un rôle cumulatif au cours de la vie) ; le rôle du système de santé et de soins. Certains facteurs nationaux dont pourraient faire partie les politiques sanitaires et sociales interviennent également. La causalité inverse existe également, selon laquelle l'état de santé explique en partie les différences de revenus. Aucune de ces hypothèses ne suffit à elle seule à expliquer le phénomène, qui résulte à l'évidence de causalités combinées. Ce sont souvent les mêmes populations, les moins favorisées (faibles revenus, peu diplômées), qui cumulent les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé, que ce soit dans l'environnement professionnel

(exposition au travail physiquement pénible, au travail de nuit, aux produits toxiques, etc.) ou dans l'environnement familial (bruit, mauvaise qualité de l'air ou de l'eau, etc.). Ce sont elles aussi qui ont le plus souvent les comportements défavorables à la santé (notamment en matière de nutrition, d'activité physique, de prévention, etc.).

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 conditions de vie qui lui sont associées. De manière générale, plus l'espérance de vie est courte, plus les années d'incapacité sont nombreuses. Les agriculteurs bénéficient, quant à eux, d'une espérance de vie plus longue que la moyenne mais subissent davantage d'années avec des limitations fonctionnelles.

La santé déclarée, dans ses différentes composantes, varie selon le même gradient social illustré par le niveau d'étude ou la catégorie socioprofessionnelle, quelles que soient les sources de données. Les inégalités s'inscrivent avant même la naissance, au cours de la grossesse, entraînant un taux de prématurité et de petit poids de naissance plus important chez les femmes appartenant à des foyers dont les revenus sont les plus faibles. Elles sont ensuite observées à tous les âges de la vie. Ainsi, chez l'enfant, différents indicateurs témoignent de ces inégalités : les enfants d'ouvriers, de même que les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) ou en zone rurale ont un état de santé bucco-dentaire plus mauvais ou sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres enfants. Si des évolutions favorables peuvent être observées dans toutes les catégories sociales pour l'état de santé bucco-dentaire, les inégalités persistent. Concernant l'obésité, la proportion d'enfants et d'adolescents obèses est ainsi respectivement de 4,5 % (pour les ouvriers) contre 1,2 % (pour les cadres) en grande section de maternelle, de 5,8 % contre 0,8 % en CM2 et de 5,5 % contre 1,6 % en classe de 3<sup>e</sup>.

Ces inégalités perdurent à l'âge adulte. Ainsi, le nombre d'adultes en surcharge pondérale, et plus spécifiquement le nombre de personnes obèses, a fortement augmenté pendant les années 1990. Les évolutions plus récentes montrent un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité ; pour autant, celle-ci continue de progresser, notamment chez les femmes. Les agriculteurs et artisans présentent les prévalences de surpoids les plus élevées (70 % chez les hommes et 44 % chez les femmes d'après l'Étude nationale nutrition santé - ENNS), ainsi que, en lien avec l'âge, les retraités (respectivement 76 % et 57 %). À l'inverse, les cadres et professions intermédiaires présentent les plus faibles prévalences de surpoids (51 % chez les hommes et 27 % chez les femmes). Des variations similaires sont observées pour l'obésité. L'obésité et le surpoids diminuent également lorsque le niveau scolaire s'élève, mais de façon moins linéaire chez les hommes, pour qui le surpoids reste stable à partir du niveau collège, que chez les femmes. D'après les données mesurées par une autre enquête, l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires INCA 2 (2006-2007), la moitié des hommes et un tiers des femmes étaient en surcharge pondérale. La réalisation de l'Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) et de l'étude INCA 3 en 2014-2015 permettra d'actualiser ces informations.

Des indicateurs de santé plus spécifiques mettent en évidence des inégalités de recours entraînant des inégalités de santé. Les difficultés éprouvées pour voir de près sont par exemple en partie liées à des facteurs socio-économiques. En particulier, des différences s'observent en fonction du niveau de vie. À âge donné, les personnes au niveau de vie le plus bas sont plus nombreuses à déclarer avoir des troubles de la vision non corrigés ou mal corrigés. Parmi les plus de 60 ans appartenant au premier quartile de niveau de vie, 21 % déclarent des troubles de la vision non ou mal corrigés, contre 8 % parmi ceux du quatrième quartile de niveau de vie, au même âge.

La participation aux dépistages des cancers chez les personnes peut également dépendre de variables socio-économiques. Ainsi, en ce qui concerne le cancer du sein, les femmes à niveau de diplôme plus bas ou disposant des revenus les moins élevés ont des taux de participation au

dépistage plus faibles. Certaines complications du diabète sont aussi plus fréquentes chez les personnes défavorisées du point de vue socio-économique.

Il est probable que d'autres indicateurs de santé pourraient également témoigner de ces inégalités mais les informations sociales sont souvent absentes des systèmes d'information en santé. Cependant, cette situation, soulignée dans différents rapports du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), connaît une certaine évolution.

### ► Des disparités territoriales liées aux inégalités sociales

Disparités territoriales et sociales sont étroitement liées : les inégalités sociales constituent un déterminant important des inégalités territoriales de santé du fait de la variabilité des catégories sociales au sein d'un territoire<sup>4</sup>. Ces situations sont le plus souvent accentuées par l'évolution du contexte économique et spatial. Mais les environnements physiques peuvent aussi agir sur certains déterminants de santé comme les expositions environnementales. Environnements géographique et social interviennent également dans la répartition de l'offre de soins, entraînant des disparités d'accès à ces soins. Enfin, la structure démographique de la population et le vieillissement plus ou moins accentué des territoires en France, s'ils ne sont pas pris en compte par une standardisation ou une analyse par groupes d'âge identiques, pourront également contribuer à ces différences. Les facteurs intervenant dans les disparités territoriales sont souvent intriqués.

L'analyse territoriale des indicateurs de santé s'est développée à des échelles de plus en plus fines depuis plusieurs années<sup>5</sup> afin de pouvoir disposer d'informations détaillées et permettre la mise en place de politiques locales. L'observation des indicateurs de santé disponibles à des échelles géographiques infranationales larges (entre métropole et départements d'outre-mer – DOM –, entre régions ou entre départements) met déjà en évidence des différences en matière de mortalité comme de morbidité pour de nombreux problèmes de santé.

Les indicateurs de mortalité illustrent ces disparités. En 2012, la mortalité infantile accuse une différence de 5 points entre métropole et DOM, à l'avantage de la métropole. Les indicateurs de mortalité périnatale et néonatale sont également très défavorables pour les DOM considérés dans leur ensemble, rendant compte d'une situation périnatale globalement plus défavorable. Ceci est confirmé par d'autres indicateurs comme la prématurité et le petit poids de naissance qui sont référencés à un niveau plus élevé que dans n'importe laquelle des régions en métropole, et ceci pour les quatre DOM pour lesquels ces données sont disponibles.

Les indicateurs synthétiques issus de la mortalité montrent également des variations régionales importantes. En 2012, les espérances de vie à la naissance varient de près de 5 points pour les hommes et d'un peu plus de 3 points chez les femmes selon les régions et, de manière un peu moins marquée, l'espérance de vie à 65 ans varie de 3 points chez les hommes et de 2 points chez les femmes. De même, pour la mortalité prématurée, il existe un gradient Nord-Sud, hors Île-de-France, particulièrement marqué pour les hommes, les régions du sud de la France connaissant une situation en général plus favorable. Parmi les départements d'outre-mer, la Martinique se situe en troisième position après l'Île-de-France et la région Rhône-Alpes alors que la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion ont des taux parmi les plus élevés.

D'autres indicateurs présentent des différences liées aux niveaux d'exposition à des agents ou polluants environnementaux comme les polluants de l'air, de l'eau ou le radon. En ce qui concerne le radon, ces expositions sont principalement en lien avec l'environnement géologique du lieu de vie. Pour les polluants de l'air, les caractéristiques sociales du lieu de résidence interviennent également.

De nombreux indicateurs spécifiques de morbidité ou de mortalité ont des niveaux variables selon les régions, où les inégalités sociales et de recours aux soins et les comportements individuels de santé interviennent de manière intriquée (par exemple la santé bucco-dentaire des adultes et des femmes enceintes). On peut également citer l'incidence des complications du diabète. De même, la probabilité d'être inscrit sur une liste d'attente de greffe rénale varie entre 40 % à 2 ans dans les régions ultramarines et 70 % pour les régions les plus favorables, la moyenne étant de 61 %. L'étude

4. « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », rapport du Haut Conseil de la santé publique, La Documentation française, décembre 2009.

5. FNORS, Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lemery B., 2010, *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2<sup>e</sup> ed., coll. « Abrégés ».

des comportements à risque montre par exemple que la consommation quotidienne d'alcool chez les personnes âgées de 18 à 75 ans est soumise à des variations régionales parfois importantes. Deux régions se distinguent par une proportion de buveurs quotidiens nettement plus élevée que la moyenne nationale : le Nord - Pas-de-Calais et le Languedoc-Roussillon, avec une prévalence de 18 % et 17 % contre 11 % en moyenne. Des différences sont également présentes pour les drogues illicites, alors que la consommation de tabac est plus homogène.

## Les déterminants de santé : enjeux de la prévention

### ► Des expositions environnementales multiples

L'environnement influe sur l'état de santé. Cependant, beaucoup d'inconnues demeurent : quantification des effets chez l'homme de toxiques connus, impact de certains nouveaux produits, effets des mélanges de substances. 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. Les systèmes de surveillance mis en place actuellement permettent de mesurer les expositions à différents polluants de l'environnement extérieur, le plus souvent sur des zones définies du territoire.

Concernant la **qualité de l'air**, de nombreuses études montrent que le bénéfice sanitaire d'une diminution des niveaux d'exposition pourrait être tout à fait substantiel en termes de mortalité et de morbidité. Dans les villes du projet de surveillance APHEKOM, en moyenne, chaque citoyen européen pourrait gagner 8 mois d'espérance de vie si la pollution était ramenée aux concentrations préconisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En 2013, l'OMS a classé la pollution de l'air extérieur et, de manière distincte de cet aspect générique et spécifiquement, les particules de l'air extérieur, comme cancérigènes certains pour l'homme. L'augmentation des niveaux de particules fines (PM10 et PM2.5) est corrélée à une augmentation à court terme de la mortalité et des hospitalisations pour pathologies cardio-vasculaires et respiratoires. Chez des enfants asthmatiques, un certain nombre d'études mettent en évidence une augmentation de la toux et de la fréquence des crises d'asthme lors d'une augmentation des niveaux d'ozone. L'augmentation des niveaux de dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>) ou d'ozone est corrélée à une augmentation de la mortalité et des hospitalisations pour pathologies respiratoires. Les insuffisants respiratoires et les personnes porteuses de broncho-pneumopathie chronique obstructive (bronchite chronique, emphysème, asthme) sont particulièrement sensibles aux polluants atmosphériques et notamment au NO<sub>2</sub>. Le NO<sub>2</sub> est souvent émis en même temps que les particules en suspension qui en potentialisent les effets.

Les polluants traceurs communément mesurés par les réseaux de surveillance de la pollution atmosphérique sont le dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>), les fumées noires ou particules de moins de 10 et celles de moins de 2,5 micromètres de diamètre (PM10 et PM2,5), le dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>) et l'ozone (O<sub>3</sub>). Malgré la réduction des émissions nationales des principaux polluants, les concentrations mesurées dans l'air ambiant de nombreux polluants atmosphériques (notamment les particules, le NO<sub>2</sub> et l'O<sub>3</sub>) dépassent généralement les lignes directrices établies par l'OMS en 2005 et les valeurs réglementaires européennes comme nationales. L'année 2012 reflète une tendance à l'amélioration de la qualité de l'air par rapport à l'année précédente pour les polluants réglementés, avec une diminution des concentrations annuelles pour le NO<sub>2</sub>, les particules fines, le SO<sub>2</sub> et le CO. Pour les particules et l'ozone, même si l'évolution est en moyenne favorable entre 2011 et 2012, on ne constate pas de tendance à la baisse depuis le début des années 2000, des facteurs externes tels que la météorologie pouvant expliquer les sensibles hausses ou baisses constatées d'une année sur l'autre<sup>6</sup>.

La **qualité de l'eau** est, quant à elle, encadrée par des normes européennes qui concernent les contaminants biologiques (bactéries traceuses) et chimiques (pesticides, par exemple). Ces paramètres font l'objet d'une surveillance régulière par les responsables de la production et de la distribution des eaux des agences régionales de santé (ARS). La proportion de la population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme pour les paramètres microbiologiques au cours de l'année a diminué de 5,5 points entre 2000 et 2012. Toutefois, cette baisse a connu une stagnation sur les

6. [www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan\\_de\\_la\\_qualite\\_de\\_l\\_air\\_2012\\_v\\_finale\\_corrige\\_.pdf](http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_de_la_qualite_de_l_air_2012_v_finale_corrige_.pdf)

5 dernières années. La poursuite des travaux de mise en conformité des installations de production et de distribution d'eau potable et l'amélioration des traitements de désinfection doivent être encouragés. S'agissant des pesticides, le pourcentage de population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme dans l'année a été divisé par deux entre 2003 et 2012. Si ce pourcentage a légèrement augmenté entre 2011 et 2012, le nombre de personnes concernées par des restrictions de consommation a en revanche diminué.

Le **radon** est un gaz d'origine naturelle, radioactif et inodore, présent dans le sol et pouvant s'accumuler dans l'air à l'intérieur des bâtiments. Il s'agit d'un cancérigène pulmonaire certain, identifié comme le second facteur de risque de cancer de poumon derrière le tabac. Des actions de prévention simples permettent de réduire sa concentration au sein des bâtiments (aération et étanchéité). Pourtant, le radon et les risques sanitaires qui lui sont liés sont largement méconnus de la population. Parmi l'ensemble des mesures de la campagne 2011-2012 dans des établissements recevant du public et dans les 31 départements prioritaires, la proportion de valeurs excédant 300 Bq.m<sup>-3</sup> était de 28 %, pour 21 % de valeurs dépassant 400 Bq.m<sup>-3</sup>.

D'autres préoccupations de santé publique liées à l'environnement sont maintenant bien identifiées mais on ne dispose pas encore de données de suivi concernant les expositions ou les imprégnations en population générale ou pour des populations spécifiques : polluants intérieurs chimiques, exposition au bruit, perturbateurs endocriniens, etc. En outre, les nombreux travaux menés dans le champ de la « justice environnementale » soulignent le caractère en général inégal de l'exposition des populations aux facteurs de risque environnementaux, et les inégalités de risques pour leur santé qui en résultent. Les parcours de vie des personnes voient s'accumuler dès la prime enfance les effets inégaux de cette « pression environnementale ». Il serait donc également souhaitable de disposer d'informations permettant de mesurer les inégalités d'exposition et de caractériser les personnes les plus exposées.

### ► Les déterminants liés aux comportements individuels

L'excès de **consommation d'alcool** est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée. La quantité moyenne d'alcool pur mise à disposition des consommateurs sur le territoire français en 2012, s'établit à 11,8 l par habitant âgé de 15 ans et plus. Cette quantité équivaut à une moyenne de 2,6 verres standards (verres d'alcool contenant 10 g d'alcool pur) par habitant de 15 ans et plus, et par jour.

La diminution de la consommation d'alcool sur le territoire français, assez rapide au début des années 2000, s'est ralentie depuis 2005 mais la baisse se poursuit. Elle s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin. 20 % de la population française adulte consomme régulièrement de l'alcool et 12 % en consomme quotidiennement. En cohérence avec la diminution des quantités, la proportion de consommateurs quotidiens a nettement diminué au cours des années 2000. Parmi les 18-75 ans, la proportion de consommateurs quotidiens est trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes et augmente fortement avec l'âge pour les deux sexes. Il existe également des différences de prévalence de la consommation quotidienne suivant les professions et catégories sociales : dans les catégories des agriculteurs, des artisans, commerçants, chefs d'entreprise et des inactifs âgés de 18 à 64 ans, 16 à 17 % sont des consommateurs quotidiens contre 2 % chez les étudiants, 5 % parmi les employés, 6 % parmi les professions intermédiaires. À 17 ans la consommation régulière d'alcool concerne un jeune sur dix, beaucoup plus souvent les garçons que les filles. Depuis 2000, la prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 ans connaît une alternance de phases d'augmentation et de diminution, ce qui la situe en 2011 presque au même niveau qu'en 2000. La tendance à la baisse de la consommation d'alcool observée chez les adultes n'apparaît donc pas chez les jeunes de 17 ans.

La stratégie de l'État en matière de prise en charge de l'alcoolodépendance est définie par le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Il met l'accent



de manière générale sur l'observation, la recherche et l'évaluation comme fondements de l'action publique, ainsi que la prise en compte des populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux.

En France, le nombre annuel de décès attribués au **tabagisme** a été estimé à 73 000<sup>7</sup>. La mortalité par cancer du poumon est l'indicateur le plus spécifique des effets du tabac sur la santé. Si, à la suite de l'importante baisse du tabagisme en France, notamment parmi les hommes, on observe actuellement une diminution du taux standardisé de décès pour les tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, la consommation de tabac constitue la première cause de mortalité évitable, loin devant l'alcool. Si le nombre de décès continue de progresser, le taux standardisé de décès a continué de diminuer entre 1990 et 2011 chez les hommes (- 23 %), alors qu'il progresse toujours chez les femmes durant cette période (+ 100 %), en lien direct avec le développement du tabagisme féminin au cours des dernières décennies. Si l'on considère l'ensemble des deux sexes, il existe une baisse globale de 7 %<sup>8</sup>.

En 2010, 26,0 % des femmes et 32,4 % des hommes de 15-75 ans déclarent fumer quotidiennement. Après une longue période de baisse depuis la fin des années 1970, la prévalence du tabagisme quotidien est en légère hausse entre 2005 et 2010 (+ 7 %). Cependant, la proportion de fumeurs de plus de 10 cigarettes a diminué, passant de 72 % à 68 % entre 2005 et 2010. La consommation chez les adolescents a aussi considérablement baissé et la hausse des niveaux d'usage observée entre 2008 et 2011 ne remet pas en cause à ce stade la forte baisse du tabagisme enregistrée dans cette population depuis plus d'une décennie. Parallèlement, les ventes de tabac ont amorcé, après une période de relative stabilité entre 2005 et 2010, une diminution qui s'est nettement accentuée entre 2012 et 2013.

Selon le Baromètre santé 2010, un non-fumeur sur cinq (19,4 %) est exposé régulièrement ou de temps en temps à la fumée de tabac de la part d'au moins un membre de son foyer. La présence d'enfants en bas âge vient modifier les habitudes de consommation des fumeurs au domicile. Le pourcentage de répondants fumeurs déclarant que personne ne fume au domicile passe ainsi de 37 % à 59 % en présence d'enfants de moins de 4 ans dans le foyer. L'évolution successive de la réglementation a conduit à faire maintenant apparaître les lieux de travail et les lieux de convivialité (bars, restaurants, discothèques...) comme effectivement sans exposition à la fumée de tabac.

Le terme de **drogues illicites** recouvre un ensemble de substances très différentes en termes d'effets sur la santé et de niveaux de consommation. Le cannabis est celle qui est la plus fréquemment consommée : on évalue, à l'aide d'enquêtes auprès de l'ensemble de la population française, à 3,8 millions le nombre de personnes qui en consomment dans l'année et à 1,2 million les usagers réguliers (10 fois dans le mois). L'usage des autres substances touche un nombre beaucoup plus faible de personnes (400 000 dans l'année pour la cocaïne, 90 000 pour l'héroïne).

En 2011, l'usage régulier de cannabis à 17 ans (au moins 10 usages dans le mois) fléchit et concerne 6,5 % des jeunes contre 7,3 % en 2008. En 2010, la consommation régulière de cannabis chez les adultes de 18 à 64 ans s'élève à 2,1 % et est stable par rapport à 2005. La consommation régulière est le fait des jeunes générations et devient très rare au-delà de 35 ans. C'est parmi les étudiants et les chômeurs qu'elle est la plus répandue, parmi les inactifs qu'elle est la plus faible. L'expérimentation d'une substance illicite autre que le cannabis à 17 ans concerne 14 % des jeunes en 2011. La plupart de ces expérimentations sont en baisse sur la période 2008-2011, particulièrement celles de poppers et d'ecstasy.

En 2012, près de 150 000 personnes ont eu un remboursement de médicament de substitution aux opiacés délivré en officine de ville. Les patients bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés ont en moyenne 36,2 ans et sont aux trois quarts des hommes. En 2010, 20 000 personnes ont reçu une dispensation de méthadone dans un Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire (CSAPA). La consommation de traitements de substitution aux opiacés rapportée à la population âgée de 20 à 39 ans est en augmentation de près de 30 % sur la période 2006-2011.

7. Hill C., 2012, « Épidémiologie du tabagisme », *La Revue du Praticien*, 20 mars.

8. Les données présentées dans les fiches sont les dernières publiées et ne correspondent pas nécessairement aux dernières enquêtes réalisées. En particulier, pour le Baromètre santé de l'INPES et l'enquête Escapad de l'OFDT, les derniers exercices ont été menés dans le courant de l'année 2014. Les premiers résultats devraient être publiés au premier trimestre 2015.

Le **surpoids et l'obésité**, qui correspondent à un excès de masse grasse, sont fréquemment associés à un risque accru de morbidité et de mortalité. Même si la France connaît une situation plus favorable que celle observée dans la plupart des autres pays occidentaux, l'augmentation des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis le début des années 1980 en a fait un problème de santé publique majeur. Le surpoids et l'obésité sont généralement identifiés en utilisant l'indice de masse corporelle (IMC = poids en kg/taille<sup>2</sup> en m) ; chez les adultes, un IMC supérieur ou égal à 30 définit l'obésité, le surpoids étant défini par un IMC compris entre 25 et 30. Après de fortes augmentations des prévalences de surpoids et d'obésité chez les adultes depuis les années 1980 jusqu'au début des années 2000, actuellement la moitié des adultes est en surpoids ou obèse (un adulte sur six est obèse). D'importantes disparités socio-économiques sont observées, notamment en ce qui concerne les femmes. Les évolutions récentes, fondées sur des données de poids et de taille déclarées, laissent penser que ces prévalences continuent d'augmenter, même si cet accroissement semble ralenti.

En raison de ses bénéfices démontrés pour la prévention de certaines maladies chroniques, une **consommation de fruits et légumes** suffisante est un objectif prioritaire de santé publique depuis 2001 dans le cadre du Programme national nutrition santé. Actuellement, les niveaux de consommation observés en population sont insuffisants par rapport aux recommandations (au moins 400 g par jour, soit l'équivalent de cinq portions), 40 % seulement des consommations sont conformes à celles-ci. D'importantes disparités socio-économiques sont observées.

Une **activité physique** régulière et un temps faible passé à des activités sédentaires sont associés à une réduction significative du risque de maladies chroniques. Les recommandations actuelles, établies de façon plutôt ancienne, préconisent une pratique d'activité physique au moins modérée et la réduction du temps sédentaire. Une actualisation de ces recommandations est en cours. Les niveaux d'activité physique observés, qu'elle soit mesurée de façon globale ou par la pratique d'un sport de façon habituelle, apparaissent insuffisants par rapport aux recommandations. La pratique semble en effet suffisante pour seulement trois à cinq adultes sur dix. Le temps passé devant des écrans est quant à lui élevé : la majorité de la population adulte et entre 30 % et 50 % des enfants passent plus de trois heures par jour devant un écran, en dehors des temps de travail ou scolaire.

La **vitamine D** intervient dans de nombreuses fonctions métaboliques, en particulier en lien avec l'absorption et l'utilisation du calcium ; elle est ainsi fortement impliquée dans la santé osseuse. Elle peut être apportée par l'alimentation, notamment les poissons gras, mais le statut biologique des individus est plutôt déterminé par la part issue de la synthèse endogène, grâce à l'exposition de la peau aux rayonnements UVB. L'insuffisance du statut en vitamine D (<30 ng/ml) est très répandue en population, sans que ses effets sur la santé soient clairement connus. En revanche, le déficit sévère (<10 ng/ml) est estimé à près de 5 %, avec des variations importantes selon les lieux et les modes de vie. Si certains de ces facteurs de risque ne peuvent être modifiés, l'incitation à des activités physiques de plein air et à une alimentation pourvoyeuse de vitamine D constitue une perspective majeure d'amélioration du statut de la population.

### ► L'environnement professionnel et les conditions de travail

Les conditions de travail sont susceptibles d'influencer l'évolution de la santé à plus ou moins long terme, avec des effets potentiellement négatifs sur la longévité ou sur la qualité de la vie. Les contraintes ou nuisances vécues au fil du parcours professionnel jouent ainsi un rôle dans les différences d'espérance de vie, ou d'espérance de vie sans incapacité, entre catégories sociales. Inversement, une santé déficiente, qu'elle ait été ou non altérée par les expositions professionnelles, a une influence sur la position des individus sur le marché du travail.

Quatre thèmes de la santé au travail sont présentés ici. Le domaine des risques psychosociaux n'est pas abordé, bien que ceux-ci soient actuellement reconnus pour leur importance et leurs conséquences sur la santé mentale et physique des personnes. En effet, selon les recommandations du collège d'expertise<sup>9</sup> sur les risques psychosociaux en 2011, leur suivi nécessite la prise en compte simultanée d'une quarantaine d'indicateurs. Un premier bilan a été réalisé à partir des données de

9. [www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/index.cfm](http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/index.cfm)

l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) en 2010 et une enquête nationale sur le sujet est prévue en 2015.

Sont définis comme **accidents du travail (AT)** les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail. On distingue habituellement les AT avec arrêt de travail des AT sans arrêt de travail et ceux entraînant une incapacité permanente. En partie du fait de la crise économique, le risque d'accidents du travail a fortement chuté dans le secteur marchand non agricole entre 2005 et 2010. La baisse a été plus rapide parmi les secteurs et les catégories de salariés les plus exposés, notamment dans la construction et parmi les ouvriers, les hommes et les jeunes. *A contrario*, le risque d'accident du travail n'a pas diminué pour les femmes. La part des accidents ayant occasionné des séquelles permanentes diminue au fil des années, mais ceux-ci ont des conséquences de plus en plus graves. Les accidents sont les plus graves dans la construction, les industries extractives ainsi que dans la production et distribution d'eau, l'assainissement, la gestion des déchets et la dépollution.

Les **troubles musculo-squelettiques (TMS)** constituent de loin la première cause de maladies professionnelles indemnisées. Ils sont estimés soit en fonction du nombre de personnes soumises à « la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée » et à « la manutention manuelle de charges », soit d'après le nombre de salariés exposés au moment des enquêtes à « des postures pénibles ou fatigantes durant leur travail » (station debout prolongée, accroupi, courbé, bras en l'air, etc.). Selon l'enquête SUMER en 2010, 8,3 % des salariés (soit 1,8 million) sont soumis à des gestes répétitifs à une cadence élevée au moins 20 heures par semaine, et 10,1 % à la manutention manuelle de charges. En 2013, selon l'enquête Conditions de travail, 35 % des salariés déclarent devoir « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue ». Plus élevés chez les jeunes et les ouvriers, et très variables entre secteurs d'activité, ces indicateurs ne se sont pas améliorés d'une édition à l'autre de ces enquêtes.

En 2010, 2,2 millions de salariés sont exposés à des **produits chimiques classés comme cancérigènes** certains ou probables par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) ou l'Union européenne. Les hommes, les ouvriers et les salariés des secteurs de la construction et de l'industrie sont les plus exposés. 1,9 million de salariés sont exposés à au moins un des huit produits les plus fréquents, chiffre en baisse par rapport à 2003. Le CIRC classe le travail de nuit posté dans la liste des agents « probablement cancérigènes » (groupe 2 A), car le travail de nuit augmenterait le risque de cancer dans des proportions modestes mais néanmoins réelles. En 2012, le nombre de salariés travaillant de nuit, même occasionnellement, s'élève à 3,5 millions, soit 15 % des salariés, comme en 2009.

**L'exposition chronique à des niveaux sonores importants** peut être responsable de surdité et augmenterait la prévalence de certaines maladies, en particulier cardio-vasculaires. Selon l'enquête SUMER de 2010, 4,8 % des salariés sont exposés au bruit – supérieur à 85 dB(A) – pendant 20 heures ou plus par semaine, et pour près d'un quart d'entre eux sans protection auditive. Par ailleurs, 1,9 % des salariés sont exposés à du bruit comportant des chocs ou des impulsions pendant 20 heures ou plus par semaine, pour plus du tiers sans protection auditive. Dans les enquêtes Conditions de travail, l'exposition à un bruit intense est établie par le fait qu'un salarié déclare « qu'il ne peut entendre une personne à 2 ou 3 mètres de lui qui lui adresse la parole, même si elle élève la voix ». La proportion de salariés concernés diminue, passant de respectivement 3,5 % et 3,3 % en 1998 et 2005, à 2,4 % en 2013.

### ► Les déterminants liés aux soins

Dans l'expression **iatrogénie hospitalière**, le terme iatrogène présume que l'on peut imputer un trouble, une maladie, un effet secondaire aux soins eux-mêmes, avec un niveau de preuve suffisant. Sans impliquer la notion d'erreur ou de faute, l'imputabilité reste souvent difficile à établir.

En France, les données relatives aux événements iatrogènes en cours d'hospitalisation sont issues des enquêtes ENEIS réalisées en 2004 et 2009 (dernière réalisation) et des enquêtes et réseaux de surveillance conduits dans le cadre du Réseau d'alerte et d'investigation des infections nosocomiales (Raisin), associant les centres interrégionaux de lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et

l'Institut de veille sanitaire (InVS). Les enquêtes ENEIS rapportent une stabilité de la fréquence des « événements indésirables graves (EIG) » autour de 6 EIG pour 1 000 journées d'hospitalisation. Or, au cours de la même période, plusieurs modifications de nature à accroître le nombre d'EIG sont intervenues, notamment l'augmentation de l'âge moyen des patients hospitalisés et de la complexité technique des actes et des prises en charge. Dans le même temps, le Raisin a rapporté des progrès suggérant un impact positif des programmes de lutte contre les infections nosocomiales. En 2012, les différents indicateurs retenus pour illustrer les événements iatrogènes en cours d'hospitalisation restent orientés à la baisse mais montrent un ralentissement par rapport aux années antérieures. Ainsi, la plupart des objectifs quantifiés du Programme de lutte contre les infections associées aux soins (Propin) 2009-2013, ne sont pas atteints et les efforts restent à poursuivre. Néanmoins, pour les infections du site opératoire comme pour les bactériémies liées aux cathéters veineux centraux et la prévalence des infections nosocomiales, la France se situe dans les valeurs basses observées à travers l'Europe.

**10.** Une pression de sélection est une contrainte environnementale qui tend à orienter l'évolution d'une espèce dans une direction donnée. Ici, il s'agit de la sélection de bactéries naturellement résistantes aux antibiotiques prescrits qui deviennent prédominantes à la suite de la disparition des bactéries sensibles.

**11.** La transmission croisée définit la transmission de certains micro-organismes (bactéries, virus, champignons) de patient à patient ou de l'environnement à un patient.

**12.** Le péril fécal désigne la transmission d'agents infectieux par l'intermédiaire des excréta (selles, urines). La transmission s'opère par ingestion d'eau ou d'aliments non cuits (crudités...) ou mal cuits souillés, et par les mains sales portées à la bouche. L'hygiène alimentaire, individuelle et collective, est un élément clé de la prévention des maladies liées au péril fécal.

L'apparition et la diffusion de bactéries **résistantes aux antibiotiques** constituent un problème de santé publique majeur. Le développement de la résistance bactérienne aux antibiotiques (RATB) se traduit par une réduction de l'arsenal thérapeutique et peut conduire, par l'émergence de multirésistances, à des impasses thérapeutiques. Le développement de la RATB est lié à la pression de sélection des antibiotiques<sup>10</sup> et à la diffusion des bactéries résistantes. La diminution de l'exposition des populations aux antibiotiques est ainsi un point majeur dans la lutte contre la RATB. Les surveillances de la RATB et de la consommation d'antibiotiques sont, depuis le début des années 2000, des actions cibles des plans nationaux successifs d'alerte sur les antibiotiques. Le Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 fixe l'objectif quantifié national de réduction de 25 % de la consommation d'antibiotiques et met l'accent sur la surveillance de la RATB en ville. Renforcer la maîtrise de la RATB et promouvoir le bon usage des antibiotiques sont également des objectifs du Programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-2013.

Après plusieurs années de diminution de la résistance à la pénicilline chez *Staphylococcus aureus*, les données de 2012 montrent une poursuite de cette baisse, suggérant un impact positif des mesures de prévention de la transmission croisée<sup>11</sup>. La proportion d'entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) se maintient à un niveau faible autour de 1 %. Ces résultats illustrent la maîtrise de cette émergence, apparue en France en 2004, grâce à l'application des mesures de contrôle très strictes, définies en 2005 par un avis du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins, puis par des recommandations du Haut Conseil de la santé publique.

En revanche, les données de consommation des antibiotiques et l'évolution de la RATB, notamment chez les gonocoques et les entérobactéries, sont inquiétantes. Concernant les gonocoques, le respect des recommandations de traitement est majeur pour limiter l'émergence des résistances aux C3G (céphalosporines de troisième génération). Concernant les entérobactéries, la diffusion de ces bactéries commensales du tube digestif est très liée au péril fécal<sup>12</sup>. La limitation de la diffusion des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) et la lutte contre l'émergence des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) font l'objet de recommandations spécifiques du Haut Conseil de la santé publique et de plusieurs axes de travail du Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.

## Des enjeux de santé publique différents selon les âges de la vie

### ► Santé de la reproduction et périnatalité : des mères plus âgées et un plus grand nombre de grossesses à risque

En 2013, selon les résultats de l'enquête Fécond, 97 % des femmes de 15 à 49 ans ni enceintes ni stériles, sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête et ne voulant pas d'enfant utilisent un moyen de **contraception**, soit la même proportion qu'en 2010 selon la même source. Le débat médiatique concernant les risques associés aux pilules de troisième et quatrième générations a conduit certaines femmes à changer de méthode

de contraception, mais la pilule demeure la méthode la plus utilisée, pour les femmes qui ont recours à un moyen contraceptif, suivie par le stérilet et le préservatif. L'utilisation de la **contraception d'urgence** a fortement progressé entre 2000 et 2010, en particulier parmi les plus jeunes, passant de 9 % à 24 % chez les femmes sexuellement actives.

Le nombre d'**interruptions volontaires de grossesse** (IVG) varie peu et près de 210 000 femmes sont concernées chaque année par une IVG, soit 14,5 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2012. Ces taux varient selon les régions et sont beaucoup plus élevés dans les DOM, en Île-de-France et dans le Sud de la France.

Avec plus de 800 000 **naissances** annuelles depuis 2005, la France fait partie des pays industrialisés où la fécondité est particulièrement soutenue. Elle est, avec l'Irlande, le pays où les femmes sont les plus fécondes en Europe, largement au-dessus de la moyenne européenne. En France entière hors Mayotte, en 2014, 813 000 enfants sont nés, dont 783 000 en métropole. Le nombre de naissances, bien que très légèrement supérieur à celui de 2013 (+ 1 500), est plus faible qu'en 2012 (- 8 000) : après une augmentation continue depuis 1994 jusqu'au pic de 2010, une baisse est observée sur les dernières années.

En 2013, l'**âge (atteint dans l'année) moyen des mères à l'accouchement** est de 30,1 ans, soit une progression de 0,6 ans en dix ans et de 1 an et 3 mois en 20 ans. En 2012, la part des mères de 35 ans ou plus dans l'ensemble des naissances atteint 22 %, contre 14 % dix ans auparavant, et a presque quadruplé depuis 1980. À l'inverse, seulement 45 % des bébés nés en 2013 ont une mère de moins de 30 ans, alors qu'ils étaient 62 % en 1990. Avec l'augmentation continue de l'âge à la maternité et les mutations économiques et sociales que connaît la société française, il faut donc rester vigilant quant à l'émergence ou au développement de nouveaux problèmes de santé pour les femmes. Le nombre de grossesses à risque est en augmentation. Les difficultés des femmes à concevoir risquent de s'accroître, tandis que les décès des enfants en période périnatale et les décès maternels évitables demeurent trop fréquents.

En 2012, la proportion d'**accouchements multiples** est de 17 pour 1 000 femmes ayant accouché. Cette proportion, qui n'a cessé d'augmenter depuis une quinzaine d'années paraît se stabiliser en 2012 (on observe une baisse en 2012, mais un recul temporel plus important est nécessaire pour savoir s'il s'agit d'un changement de tendance). La proportion d'accouchements multiples augmente, en années révolues, au moment de la naissance, de 10 pour 1 000 femmes âgées entre 20 et 24 ans à 25 pour 1 000 chez les femmes de 40 ans et plus. Cette augmentation est due à la fois à un facteur biologique lié à l'âge de la mère et au recours à la procréation médicalement assistée, recours qui augmente avec l'âge en lien avec les difficultés à concevoir. En 2011, la proportion des accouchements multiples, parmi les accouchements issus d'AMP, est de 150 pour 1 000 femmes ayant accouché. Les naissances issues d'AMP représentent 2,8 % des naissances en France et 21,5 % des accouchements multiples. La diminution de la proportion des accouchements multiples est constante et significative pour les techniques de transfert d'embryons du fait de la baisse du nombre d'embryons transférés et, en particulier, de l'augmentation des transferts monoembryonnaires, mais pas pour les inséminations qui présentent plutôt une tendance à la hausse. Le nombre d'accouchements multiples a une conséquence directe sur l'importance de la prématurité, en particulier celle induite par le déclenchement prophylactique de l'accouchement.

Les **affections d'origine congénitale** sont fréquentes : près de 28 000 fœtus ou nouveau-nés ont chaque année un diagnostic d'anomalie(s) congénitale(s), soit 3,3 % des naissances. En France, 40 % des nouveau-nés porteurs d'anomalies congénitales, en vie à la naissance, ont eu, en 2011, leurs anomalies détectées en anténatal. Selon les données d'Eurocat, la France est l'un des pays européens dans lequel la proportion d'anomalies détectées en anténatal est la plus élevée. De 2008 à 2011 le nombre d'anomalies chromosomiques détecté par caryotype est stable. Le nombre d'anomalies chromosomiques détectées par l'utilisation de nouvelles techniques (puces) ou d'analyses moléculaires permettant de diagnostiquer des anomalies chromosomiques partielles est en progression.

Certaines de ces anomalies peuvent être prévenues, comme l'**anomalie de fermeture du tube neural** (AFTN) : un faible niveau en vitamine B9 (folates) chez la mère avant et au début de la grossesse est un facteur de risque majeur, chez le nouveau-né, d'anomalies neurologiques comme l'AFTN. En France, une supplémentation individuelle systématique en folates est préconisée chez les femmes ayant un projet de grossesse. Plus de 1 000 cas d'anomalie de fermeture du tube neural sont diagnostiqués chaque année chez un fœtus ou un nouveau-né en France. D'après l'Enquête nationale nutrition santé réalisée en 2006-2007, près de 7 % des femmes non ménopausées (sans tenir compte d'un éventuel désir de grossesse) présentent un risque de déficit en folates plasmatiques. D'après les données de la dernière Enquête nationale périnatale de 2010, moins d'une femme sur six déclare avoir débuté une supplémentation en acide folique avant la grossesse, et la situation n'est pas fortement améliorée parmi les femmes qui ont consulté en prévision d'une grossesse. Ces résultats soulignent une sensibilisation du corps médical très insuffisante sur l'intérêt majeur de cette supplémentation.

Les risques du **tabac durant la grossesse** restent sous-estimés par le public et les professionnels de santé. Ces risques concernent à la fois la femme enceinte mais également son enfant, de la période périnatale à l'âge adulte. Les informations issues de la dernière enquête nationale périnatale réalisée en 2010 mettent clairement en évidence le risque de petit poids de naissance chez l'enfant : ce risque double chez les femmes consommatrices de 1 à 9 cigarette(s) au quotidien au troisième trimestre de grossesse comparé aux femmes non fumeuses, et il triple à partir de 10 cigarettes par jour, soit chez une naissance vivante sur cinq pour cette dernière population. En 2010, une femme sur six fumait quotidiennement des cigarettes au troisième trimestre de grossesse. Ce chiffre a cependant diminué depuis 1998.

L'accouchement représente un moment très particulier où la prise en charge médicale doit à la fois garantir une sécurité optimale pour la mère et l'enfant et aussi respecter les attentes des parents pour que l'accueil de l'enfant soit réalisé dans les conditions les plus favorables. Le taux de **césariennes** représente un indicateur des décisions prises en cas de complications ou de risque important ; un taux élevé peut être préoccupant car les césariennes présentent en soi des risques pour les mères et les enfants, à court et moyen terme. Le taux de césariennes est d'environ 20 % en 2012, sans augmentation depuis 2003, contrairement à ce qui s'était produit auparavant. Ce taux augmente avec l'âge de la mère et varie selon les régions.

La **mortalité maternelle** est un signal d'alarme concernant d'éventuels dysfonctionnements dans la prise en charge des complications maternelles sévères de la grossesse ou de ses suites. En France, le ratio de mortalité maternelle s'établit à 10,3 pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 2007-2009, sans évolution nette depuis le milieu des années 2000. Le ratio de mortalité maternelle est plus élevé en France entière qu'en France métropolitaine et, en métropole, en Île-de-France que dans les autres régions. Environ la moitié des décès sont jugés évitables. Le taux d'admission en unité de réanimation ou de soins intensifs des femmes en état gravido-puerpéral (grossesse et jusqu'à 3 mois après l'accouchement), qui permet d'approcher la **morbidity maternelle sévère**, est de 3,5 pour 1 000 naissances vivantes pour la période 2010-2012, avec cependant une diminution de ce taux sur cette période, qui devra être interprétée sur une série plus longue.

Le taux de **mortalité périnatale** représente le nombre d'enfants nés sans vie ou décédés dans les 7 premiers jours de vie pour 1 000 naissances totales. Il a deux composantes : le taux de **mortinatalité** (enfants nés sans vie) et le taux de mortalité néonatale précoce (enfants nés vivants puis décédés dans les 7 premiers jours de vie). Depuis 2012, il est possible d'estimer à nouveau ce taux sur la base des seuils d'enregistrement de l'OMS à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). Le taux de mortalité périnatale est de 10,6 pour 1 000 naissances totales en 2012 et le taux de mortinatalité de 9,0 enfants mort-nés pour 1 000 naissances totales. Les morts fœtales *in utero* (MFIU) et les morts fœtales *per partum* (MFPP) constituent la mortinatalité spontanée et représentent 59 % du taux de mortinatalité global. Les interruptions médicales de grossesse (IMG) réalisées lorsque la grossesse a atteint au moins 22 semaines d'aménorrhée constituent la mortinatalité induite. Le taux

de mortalité semble être reparti à la baisse depuis 2007. La mortalité néonatale, c'est-à-dire l'ensemble des enfants nés vivants et décédés avant 28 jours, est de 2,4 pour 1 000 naissances vivantes en 2012, nombre relativement stable depuis 2005. Les décès précoces (à moins de 7 jours) représentent 70 % de l'ensemble des décès néonataux. Des disparités territoriales sensibles, particulièrement entre la métropole et les départements d'outre-mer, persistent pour ces 3 indicateurs.

La **prématurité**, qui caractérise les enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée, et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles, etc.), constituent une part importante des décès néonataux et des situations périnatales responsables de handicaps à long terme, particulièrement la grande prématurité, qui concerne les enfants nés à moins de 32 semaines d'aménorrhée. Près de 80 % des décès en période néonatale concernent des prématurés, cette proportion atteignant 82 % pour les décès néonataux précoces contre 73 % pour les autres décès néonataux. Ces décès touchent particulièrement les grands prématurés. En 2012, 7,3 % des naissances vivantes survenues en France entière sont prématurées et la prématurité concerne la moitié des naissances multiples. Selon les enquêtes nationales périnatales, ce taux évolue peu dans le temps et la prématurité induite représente un peu plus de la moitié de l'ensemble.

Le faible **poids de naissance**, souvent en relation avec une naissance prématurée ou un retard de croissance intra-utérin, est aussi un facteur de risque de problèmes de santé durant l'enfance et à l'âge adulte. Parmi les enfants nés vivants à terme, 3 % ont un petit poids (moins de 2 500 g) ; cette proportion s'élève à 29 % en cas de naissance multiple. Les disparités sont particulièrement marquées entre la métropole et les départements d'outre-mer, puisque les taux de prématurité y sont près de deux fois plus élevés qu'en métropole, et la fréquence des enfants de petits poids 30 à 60 % plus élevée.

Parmi les maladies pouvant bénéficier d'un dépistage à la naissance figure la **drépanocytose** qui est une maladie génétique de l'hémoglobine. Le dépistage néonatal, systématique dans les DOM depuis 1985 et mis en place progressivement dans les groupes à risque en métropole à partir de 1995, permet de surveiller le nombre de cas de drépanocytose parmi les nouveau-nés ayant bénéficié d'un dépistage. Sur la période 2001-2006, en moyenne, 304 enfants par an ont été dépistés à la naissance avec une drépanocytose majeure contre 380 enfants par an sur la période 2007-2012. L'augmentation du nombre de cas dépistés concerne la France métropolitaine, le nombre de cas dépistés dans les DOM restant stable.

## ► La santé des enfants

La **mortalité infantile** correspond au nombre d'enfants qui meurent durant la première année de leur vie ; elle est exprimée sous forme d'un taux pour 1 000 naissances vivantes pour l'année considérée. Cet indicateur, largement utilisé dans les comparaisons internationales, mesure la santé infantile et reflète plus largement l'état de santé d'une population. Il exprime l'efficacité des soins préventifs, l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant, de même que la qualité du système de soins et de santé. En outre, cet indicateur rend compte de facteurs sociaux plus larges tels que le niveau de scolarité des mères ou leur situation socio-économique. La France se situe dans la moyenne de l'Europe des 15 mais, tandis que le taux de mortalité infantile continue de baisser dans bon nombre de pays européens, il reste globalement stable depuis cinq ans en France. En 2013, pour la France entière, le taux de mortalité infantile s'établit à 3,6 pour 1 000. Il était, en 2012, de 3,3 pour 1 000 en France métropolitaine alors qu'il atteignait 8,6 pour 1 000 dans les DOM.

La santé des enfants est importante en elle-même, et parce qu'elle a directement un impact sur la santé à l'âge adulte. Dans ce cadre, la prévention joue un rôle majeur vis-à-vis de la préservation de l'état de santé dès le plus jeune âge.

Si la tendance générale est à l'amélioration de l'état de **santé bucco-dentaire**, cette évolution connaît des différences selon les milieux sociaux. Observables dès la grande section de maternelle, les inégalités sociales perdurent en CM2 et en 3<sup>e</sup>, aussi bien pour la fréquence des dents cariées que leur prise en charge. L'enjeu est donc d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire des enfants et des

13. Salanave B., Péneau S., Rolland-Cachera M.F., Hercberg S., Castetbon K., 2011, *Prévalences du surpoids et de l'obésité et déterminants de la sédentarité chez les enfants de 7 à 9 ans en France en 2007*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13.

14. Données françaises de l'enquête internationale *Health Behavior for School Aged Children* (HBSC) : Godeau E., Navarro F., Arnaud C., 2010, « La santé des collégiens en France », INPES, coll. « Études santé ».

adolescents en réduisant les inégalités. Selon les données de l'Assurance maladie, en 2012, 47 % des enfants de 6 ans consultent au moins une fois dans l'année contre 15 % en 2007.

Le **surpoids** et l'**obésité** constituent également un problème de santé publique chez l'enfant. Les enquêtes nationales de santé réalisées en milieu scolaire, alternativement en grande section de maternelle, en classe de CM2 et de 3<sup>e</sup>, sont la principale source d'informations pour le recueil de cet indicateur, fondé sur la mesure du poids et de la taille de l'enfant ou de l'adolescent le jour de l'examen de santé, et permettant de calculer l'indice de masse corporelle (IMC). D'autres sources comme l'enquête menée auprès des CE1-CE2<sup>13</sup> ou l'enquête HBSC<sup>14</sup> fournissent des informations complémentaires. En France, les prévalences du surpoids et de l'obésité chez l'enfant ont augmenté jusqu'au début des années 2000. On observe, depuis, une stabilisation des prévalences pour les enfants et les adolescents voire un léger recul pour les plus jeunes (5-6 ans). Cette évolution coïncide avec les campagnes de prévention de l'obésité menées durant cette période, en particulier dans le cadre des programmes nationaux nutrition santé (PNNS). Cette évolution favorable ne s'est toutefois pas accompagnée d'une réduction des inégalités sociales.

Pour les vaccinations réalisées dès le plus jeune âge, la **couverture vaccinale** est élevée pour certaines vaccinations (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, Hib, PCV-13). Elle doit être améliorée pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) dont les niveaux de couverture actuels sont incompatibles avec l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale. Les couvertures par le vaccin contre la méningite à méningocoque du groupe C et contre l'hépatite B sont insuffisantes, cette dernière ayant néanmoins nettement progressé depuis 2008.

L'**intoxication par le plomb**, ou saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. Le plomb incorporé par voie digestive, respiratoire ou sanguine (mère-fœtus) se distribue dans le sang, les tissus mous et surtout le squelette, dans lequel il s'accumule progressivement et reste stocké très longtemps. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb et il est souvent plus exposé que l'adulte (ingestion de poussières par activité main-bouche). L'exposition générale de la population française au plomb a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la suppression de l'usage du plomb dans l'essence. La principale source d'exposition qui subsiste est la peinture à la céruse dans les locaux anciens, les populations exposées étant surtout celles dont l'habitat est dégradé ; c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique. La diminution de la proportion d'enfants atteints de saturnisme (plombémie  $\geq 100 \mu\text{g/L}$  chez une personne de moins de 18 ans) parmi les enfants dépistés et celle du nombre de cas de saturnisme suggèrent une certaine efficacité des mesures environnementales de prévention.

Les **accidents de la vie courante** (AcVC) touchant les enfants de moins de 15 ans sont l'une des principales causes de décès à ces âges. Ils entraînent près de 200 décès par an. Ils recouvrent à la fois les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs : chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu et les autres accidents (à l'exclusion des accidents de la circulation). Ces drames sont évitables par des actions de prévention, réglementation, formation, information adaptées. Les décès concernent davantage de garçons que de filles (1,3 garçon pour 1 fille). Les enfants décèdent surtout, dans l'ordre, de noyade, d'incendies, de suffocations (dont la moitié avant 1 an), de chutes et d'intoxications. Les taux standardisés de mortalité par AcVC des moins de 15 ans ont diminué de 5,4 % par an entre 2000 et 2010.

La prévalence de l'**asthme** est d'environ 10 % chez l'enfant. Grâce à une prise en charge adaptée, il est possible de réduire la fréquence des exacerbations d'asthme. Les taux d'hospitalisation ont diminué chez les enfants âgés de 10 ans ou plus mais ils ont augmenté chez les enfants les plus jeunes.

### ► Des problèmes de santé plus fréquents chez les personnes âgées

Maladie silencieuse, l'**ostéoporose** atteint préférentiellement les femmes et sa prévalence croît avec l'âge. Elle est souvent diagnostiquée lors de la survenue de fractures qui constituent la plus grave de ses conséquences, source majeure de handicap et d'incapacités, surtout chez les personnes âgées. Les fractures les plus fréquentes sont les tassements vertébraux, les fractures du poignet et



celles de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) dites « fractures du col du fémur ». Elles surviennent souvent à la suite de chutes à domicile, fréquentes chez les personnes âgées. Les campagnes de prévention des chutes, l'activité physique et le traitement médicamenteux sont des moyens efficaces pour diminuer l'incidence de ces fractures. La FESF nécessitant toujours une hospitalisation, et donc étant susceptible d'être connue dans les bases médico-administratives, son incidence est un bon indicateur, d'autant qu'elle est associée à 5 % de décès au cours du séjour hospitalier initial (et environ 25 % à 12 mois). Le suivi des hospitalisations pour fracture du col du fémur montre une décroissance de son incidence puisque, malgré l'augmentation du nombre de personnes âgées, le nombre de fractures est stable. Cette diminution a été de 36 % en 15 ans, pour les deux sexes, même si la diminution chez les hommes est plus lente que chez les femmes. L'incidence des fractures chez les personnes très âgées reste forte.

Les **chutes chez les personnes âgées** résultent pratiquement toujours d'un accident de la vie courante (AcVC) et constituent de loin la cause la plus fréquente des décès par AcVC. En 2010, il y a eu en France 20 851 décès par accident de la vie courante (AcVC) dont les trois quarts (16 027) sont survenus chez les 65 ans et plus. Les circonstances pouvant entraîner une chute sont multiples. Les facteurs de risque (ostéoporose, sédentarité, etc.), rendant les conséquences de cette chute graves voire dramatiques, augmentent avec l'âge. Globalement, chaque année, ce sont 6,0 % des 65 ans et plus (4,2 % chez les hommes et 7,3 % chez les femmes) qui sont victimes d'une chute avec recours aux urgences. Ces taux d'incidence augmentent régulièrement avec l'âge, de 3,0 % entre 65 et 69 ans jusqu'à 18,2 % chez les plus de 90 ans. Selon le Baromètre santé 2010, plus d'une personne de 65-85 ans sur cinq (21,4 %) déclare qu'il lui est arrivé de tomber au cours des 12 derniers mois.

Près de 350 000 personnes bénéficient d'une prise en charge pour affection de longue durée de type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (et le nombre de personnes atteintes de ces maladies mais non diagnostiquées est probablement nettement plus élevé). Si l'on prend en compte les membres de la famille ou de l'entourage qui soutiennent leurs parents malades, on peut doubler le nombre de personnes concernées par ces affections. Les **proches de malades Alzheimer** (connaissant actuellement, ou ayant connu un malade) sont exposés à des facteurs de stress majeurs qui augmentent le risque de développer des problèmes tant physiques qu'émotionnels. Selon le Baromètre santé 2010 sur la qualité de vie des proches d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, leur qualité de vie est dégradée et ils expriment plus de plaintes d'ordre cognitif que les personnes non concernées par la maladie. Cependant, les proches de malades semblent conserver une vie sociale comparable aux autres.

## Questions de santé et pathologies

### ▶ Cancer

Les cancers – considérés dans leur ensemble – sont caractérisés par une augmentation de leur **incidence** et une diminution de leur **mortalité** sur la période 1980-2012. Cette divergence d'évolution s'explique par l'effet combiné de la diminution d'incidence des cancers de mauvais pronostic et l'augmentation d'incidence des cancers de meilleur pronostic, cette augmentation étant liée, en partie, à des modifications des pratiques médicales qui entraînent des diagnostics plus précoces voire du surdiagnostic. En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 355 000 (200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme), soit plus du double qu'en 1980 (170 000 cas estimés). Cette hausse reflète pour moitié les changements démographiques intervenus sur la période : accroissement de la population et vieillissement. Pour la première fois, on observe depuis 2005 des changements d'évolution de l'incidence avec une diminution chez l'homme et une stabilisation chez la femme. Ces variations sont dues aux récentes modifications de l'incidence des cancers de la prostate et du sein, cancers les plus fréquents.

En 2012, le nombre de personnes décédées d'un cancer en France métropolitaine est estimé à 148 000 (85 000 chez l'homme et 63 000 chez la femme), soit 15 % de plus qu'en 1980

(129 000 cas estimés). Cette hausse est principalement due aux changements démographiques alors que le risque de décéder d'un cancer a diminué.

La **survie** des patients atteints d'un cancer diagnostiqué entre 1989 et 2004 varie considérablement selon le cancer, de 1 % pour la survie nette à 10 ans des hommes atteints d'un mésothéliome pleural à 93 % pour le cancer du testicule. Elle varie de 5 % chez les femmes atteintes d'un cancer du pancréas à 92 % pour le cancer de la thyroïde. Par ailleurs, pour le **cancer du poumon** chez la femme, les évolutions, dominées par une augmentation conjointe de l'incidence et de la mortalité, restent préoccupantes pour un cancer dont la survie n'évolue pas.

Avec près de 48 700 nouveaux cas estimés pour l'année 2012 et 11 900 décès, le **cancer du sein** est le plus fréquent chez la femme. Le taux d'incidence standardisé a augmenté de 1,4 % en moyenne par an entre 1980 et 2012, mais on observe une diminution de 1,5 % par an sur la période 2005-2012. Durant la période 1980-2012, le taux de mortalité standardisé a diminué de 0,6 % en moyenne par an, et de 1,5 % par an entre 2005 et 2012. La généralisation du programme de dépistage du cancer du sein a été effective début 2004. Les données sur les stades des cancers dans le cadre du dépistage montrent des taux de cancers de bon pronostic satisfaisants au regard des références européennes. Le taux de participation au programme de dépistage stagne depuis 2008. Calculé sur l'ensemble des départements, il est de 51,6 % en 2013. Au dépistage organisé s'ajoute le dépistage dit spontané. En 2010, d'après le Baromètre santé, 94 % des femmes de 50 à 74 ans ont déclaré avoir effectué une mammographie au cours de leur vie. La proportion de femmes déclarant avoir réalisé une mammographie dans les deux ans est plus faible, mais reste importante car elle est d'environ 80 %, avec peu d'écart entre les classes d'âge. Dans les classes sociales les moins favorisées, le taux de couverture est plus faible, mais les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement depuis la généralisation du dépistage en 2004.

Entre 1980 et 2012, l'incidence du **cancer du col de l'utérus** (CCU) n'a cessé de diminuer (-2,5 % par an en moyenne) avec cependant un ralentissement depuis les années 2000 (-1,3 % entre 2000 et 2012). Cette diminution semble en grande partie attribuable au dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) dont la pratique est largement répandue en France. En effet, ce dépistage, qui permet de découvrir et de traiter de nombreuses lésions précancéreuses, a un retentissement direct sur l'incidence de ce cancer. De plus, la vaccination prophylactique contre certains papillomavirus humains (HPV) chez les jeunes filles aura probablement, en fonction du taux de couverture vaccinale, un impact direct sur l'incidence du CCU, voire sur les modalités de dépistage. Une meilleure couverture de dépistage par frottis cervico-utérin sur trois ans, estimée à 53,2 % sur la période 2009-2011, pourrait permettre de diminuer encore son incidence. Entre 1990 et 2010, le dépistage organisé du CCU n'existait que sous la forme d'initiatives locales selon différentes modalités. À partir de 2010, 13 départements ont expérimenté une organisation selon un cahier des charges commun. En 2014, le nouveau Plan cancer 2014-2019 a inscrit dans ses actions l'accès de chaque femme au dépistage du CCU *via* un programme national. Il prévoit également des mesures pour améliorer le taux de couverture par les vaccins HPV.

Le **cancer colorectal** (CCR) est le troisième cancer le plus fréquent en France, avec plus de 42 000 nouveaux cas par an, et la seconde cause de mortalité par cancer, responsable de 17 700 décès en 2012. Son pronostic dépend largement du stade au diagnostic. Il reste en effet un cancer qui peut, en partie, être prévenu grâce à un dépistage précoce des lésions précancéreuses. Le dépistage revêt, par conséquent, un intérêt majeur dans le cadre d'une action de santé publique visant à réduire l'ampleur de cette maladie. En France, le Programme national de dépistage organisé du CCR a été généralisé en 2008-2009 dans 46 départements, puis s'est progressivement déployé pour couvrir actuellement l'ensemble du territoire (à l'exception de Mayotte). Il propose un test de détection de sang occulte dans les selles (Hémocult®) tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen pour ce cancer, suivi en cas de résultat positif d'une coloscopie.

Cinq ans après la généralisation du programme à l'ensemble du territoire, la participation demeure largement insuffisante (31 %). Le taux de positivité reste conforme à l'attendu (2,2 %). Un adénome avancé a été détecté chez 4 personnes pour 1 000 dépistées, un cancer a été diagnostiqué chez

2 personnes pour 1 000 dépistées. Comme attendu, les cancers dépistés lors d'un dépistage subséquent sont plus souvent diagnostiqués à des stades moins avancés (stade 1 et 2) que les cancers diagnostiqués lors d'un premier dépistage.

Il existe plusieurs types de **cancers cutanés** (CC) dont le plus grave est le **mélanome** cutané (MC). Une des particularités du MC par rapport aux autres CC (carcinomes basocellulaires et épidermoïdes – anciennement appelé spinocellulaire) et aux kératoses actiniques ou solaires (lésions précancéreuses), est son aptitude à envahir les tissus au-delà de la peau (muscles, ganglions) et à se métastaser dans les organes distants mettant en jeu le pronostic vital du patient si la lésion n'est pas détectée précocement. Les cancers cutanés sont des maladies multifactorielles dont les facteurs de risques peuvent être externes (c'est-à-dire liés à l'environnement et aux modes et conditions de vie) ou internes (constitutifs des individus). Les facteurs de risque majeurs et connus sont : l'exposition au soleil (loisirs ou activités professionnelles) et aux ultraviolets artificiels, le type de peau (phototype), un nombre élevé de grains de beauté et les antécédents personnels ou familiaux. Chaque année depuis 1998, le ministère chargé de la Santé organise avant l'été une campagne nationale d'information, tandis que les dermatologues libéraux organisent une Journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau anonyme et gratuit. Malgré les mesures de prévention primaire et de prévention secondaire déjà mises en place, la population s'expose dangereusement aux ultraviolets avec une augmentation des comportements à risque : l'incidence des mélanomes cutanés infiltrants (les plus péjoratifs des cancers cutanés) augmente toujours et ce dès 20-25 ans depuis ces 10 dernières années. Sans diminution majeure des comportements relatifs aux UV, principal facteur de risque, la progression des CC ne peut que s'aggraver dans un futur proche.

### ► **Maladies cardio-vasculaires**

Les **accidents vasculaires cérébraux** (AVC) recouvrent un ensemble de syndromes se manifestant par l'apparition brutale d'un déficit neurologique dû à des lésions cérébrales d'origine vasculaire. On distingue deux grands types d'AVC : les AVC hémorragiques, dus à une rupture d'un vaisseau sanguin, et les AVC ischémiques consécutifs à l'obstruction d'une artère cérébrale. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont des accidents vasculaires d'origine ischémique caractérisés par la régression précoce et complète des déficits neurologiques, ainsi que par l'absence d'image d'infarctus cérébral. Les AVC sont des pathologies graves, handicapantes et fréquentes. En France, ils représentent la première cause de handicap moteur non traumatique, la deuxième cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer et la première cause de mortalité chez les femmes (la troisième chez les hommes). En 2010, ils ont été la cause d'environ 32 500 décès, soit 5,9 % de l'ensemble des décès et 22,3 % des décès par maladie de l'appareil circulatoire, ainsi que de l'hospitalisation de 146 550 patients. Les données du PMSI montrent, tous âges confondus, une diminution du taux de patients hospitalisés pour AVC entre 2002 et 2012. Cependant, l'évolution chez les moins de 65 ans sur cette période est défavorable avec une augmentation sensible du taux de patients hospitalisés. La base de données sur les causes médicales de décès montre une diminution continue des taux standardisés de décès pour AVC entre 2000 et 2010. Les recommandations pour la prise en charge des AVC publiées en 2002 et complétées en 2009, les circulaires de 2003 et de 2007 décrivant le fonctionnement des unités neurovasculaires et, plus récemment, le Plan d'actions national AVC 2010-2014 ont permis des évolutions notables de la prévention, de la prise en charge et de l'organisation des filières de soins.

Les **cardiopathies ischémiques** (CPI) recouvrent un ensemble de troubles dus à l'insuffisance des apports d'oxygène au muscle cardiaque du fait du développement et des complications de l'athérosclérose au niveau d'une (ou plusieurs) artère(s) coronaire(s). Cliniquement, ces lésions se traduisent par différents syndromes, de l'angor stable, au syndrome coronaire aigu (SCA) et à l'infarctus du myocarde (IDM). Les principaux facteurs de risque des CPI sont l'âge, le sexe, le tabac, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité, l'hypertension, le stress et la sédentarité. Les décès par cardiopathie ischémique représentent une proportion importante des décès cardio-vasculaires (24,7 % en 2010) et la deuxième cause de décès, tant chez les hommes que chez les femmes. Les taux standardisés de décès par CPI ont diminué d'environ 40 % entre 2000 et 2010. L'amélioration de la

prévention primaire et secondaire mais également celle de la prise en charge des patients lors de la phase aiguë ont largement contribué à cette diminution qui s'inscrit dans une tendance à la baisse plus ancienne. L'évolution est moins marquée pour les patients hospitalisés, dont le taux n'a diminué que de près de 10 % en 10 ans.

L'**insuffisance cardiaque** (IC) est une maladie grave et fréquente constituant ainsi un problème de santé publique majeur. Il s'agit d'une affection chronique complexe dont la symptomatologie est susceptible d'affecter fortement la qualité de vie des patients atteints. D'après la société européenne de cardiologie, elle touche à 1 à 2 % de la population adulte dans les pays développés, et plus de 10 % des personnes de 70 ans et plus. En France, sa prévalence a été estimée en 2002 à 2,2 % dans la population générale et à 11,9 % chez les 60 ans et plus consultant en médecine générale. La fréquence de l'IC augmente avec l'âge et est susceptible de croître en raison du vieillissement de la population et de la meilleure prise en charge des événements coronaires aigus graves à l'origine de l'IC. L'évolution de l'IC est marquée par des épisodes de décompensations aiguës, source de nombreuses hospitalisations dont la létalité est élevée. En France, celle-ci a été estimée à 8,8 % en intrahospitalier en 2009.

L'IC est à l'origine de 21 000 décès en 2010. Entre 2000 et 2010, une réduction de 33,4 % du taux de mortalité standardisé sur l'âge a été observée. Le taux standardisé de patients hospitalisés en court séjour pour IC n'a en revanche diminué que de 6,0 % entre 2002 et 2012. La proportion de personnes réhospitalisées en cours d'année a progressé de 4,4 % entre 2002 et 2012. L'IC touche essentiellement des populations âgées avec un âge moyen de décès de 86,3 ans pour 2010. Les analyses ont mis en évidence d'importantes disparités régionales en termes de mortalité et d'hospitalisations.

La **maladie veineuse thromboembolique** (MVTE) regroupe la thrombose veineuse (TV) et sa complication immédiate, l'embolie pulmonaire (EP). Pathologie fréquente et récidivante, elle présente une mortalité et une morbidité importantes, notamment chez le sujet âgé. L'incidence de la pathologie en France a été peu étudiée ; les dernières estimations donnaient une incidence de 183 pour 100 000 pour la MVTE et de 60 pour 100 000 pour l'EP en 1998. L'incidence de cette pathologie augmente de manière exponentielle avec l'âge pour atteindre plus de 1 % chez les personnes âgées de plus de 75 ans. En 2010, cette pathologie était responsable de plus de 15 600 décès en causes multiples et de presque 125 000 hospitalisations en diagnostic principal ou associé.

Entre 2002 et 2012 le taux standardisé de patients hospitalisés pour une MVTE est resté assez stable chez les hommes (-1,1 %) et a diminué chez les femmes (-12,4 %). Cependant, avant 65 ans, on observait une augmentation de 18 % chez les hommes. Chez les femmes de moins de 65 ans, le taux de patients hospitalisés pour MVTE est resté stable.

### ► **Diabète**

Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et le manque d'activité physique font partie des éléments favorisant le développement du diabète. La prévalence du diabète traité ne cesse d'augmenter depuis les premières estimations réalisées à partir des bases de données de l'Assurance maladie (CNAMTS), en 1998. À cette estimation de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement, il faut ajouter les estimations de la prévalence du diabète connu (traité pharmacologiquement ou par régime seul) et du diabète non connu.

En 2012, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement était estimée à 4,6 %, soit 3 millions de personnes. Les variations géographiques sont importantes avec une prévalence particulièrement élevée dans le Nord et dans les DOM.

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques sont encore insuffisamment suivies. En 2012, entre 28 % (microalbuminurie) et 83 % (créatininémie) des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, avec de fortes variations régionales.

Les **complications du diabète** sont fréquentes et graves : infarctus du myocarde, cécité et autres complications ophtalmologiques, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur, mal perforant plantaire. Toutefois, elles peuvent être retardées voire évitées grâce à un contrôle strict de la maladie. En 2012, plus de 18 000 personnes diabétiques ont été traitées par dialyse ou greffe rénale pour insuffisance rénale chronique terminale, dont près de 4 000 nouvellement traitées au cours de cette année. Près de 7 500 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention d'acte d'amputation d'un membre inférieur et plus de 19 000 ont été hospitalisées avec mention de plaie du pied. Les taux d'incidence de ces complications varient en fonction des régions avec des valeurs très élevées dans le Nord - Pas-de-Calais, en Alsace et dans les DOM.

### ► **Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)**

Depuis 2008, l'incidence globale de l'IRCT est stable, autour de 155 cas par million d'habitants, et l'âge médian au démarrage est de 70 ans. Cette incidence et cet âge médian se situent dans les valeurs hautes observées en Europe. L'augmentation du nombre de nouveaux cas est essentiellement expliquée par le vieillissement et l'augmentation de la taille de la population sauf chez les patients diabétiques.

Par rapport à la dialyse, la transplantation rénale est associée à de meilleurs résultats en termes de durée de vie et de qualité de vie pour un moindre coût. Cependant, l'accès à la liste nationale d'attente reste encore limité pour certains malades (notamment les sujets âgés) et encore souvent assez tardif pour ceux qui y accèdent. La probabilité d'être inscrit 24 mois après le démarrage de la dialyse est de 61 % chez les patients de moins de 60 ans.

Malgré les efforts déployés en faveur du don d'organes et du prélèvement, les besoins de santé des populations dépassent largement les possibilités de greffe, en France comme dans tous les pays du monde.

### ► **Santé mentale : une charge de morbidité lourde et une connaissance à travers le prisme des recours aux soins pour les troubles reconnus**

Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au <sup>xxi</sup>e siècle relèvent de la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide, de handicaps et d'incapacités lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes et leurs proches. Le diagnostic et la prise en charge précoces des troubles permettent de diminuer les répercussions de ces pathologies sur la vie de l'individu et de ses proches. Toutefois, ils se heurtent principalement à deux limites :

- la difficulté, pour les médecins généralistes, à diagnostiquer ces pathologies à la symptomatologie complexe ; alors que, d'après toutes les enquêtes conduites en population générale, ceux-ci sont les professionnels les plus consultés par les personnes dépressives ;
- l'insuffisance du recours aux soins des personnes concernées, qui ne consultent parfois que lorsque la détresse psychologique et les symptômes deviennent invalidants.

Les indicateurs disponibles concernent les pathologies mentales ainsi que les suicides. Le manque de données socio-économiques disponibles dans les bases de données existantes ne permet pas actuellement le suivi de la précarisation des personnes souffrant de pathologies psychiatriques, qui a pu être mis en évidence à partir d'enquêtes ponctuelles chez des groupes spécifiques.

En France, le développement récent du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) et son intégration en 2011 dans le système d'information interrégime de l'Assurance maladie (SNIIRAM) permettent d'amorcer une surveillance du taux d'habitants avec des troubles de l'humeur et avec des troubles psychotiques suivis dans le système de soins. Par ailleurs, des échelles validées permettent de mesurer la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé lors d'enquêtes en population générale.

En 2012, près de 3,6 millions de personnes couvertes par le régime général de l'Assurance maladie ont été traitées avec des médicaments antidépresseurs ou du lithium, chiffre permettant d'appréhender l'importance des **troubles de l'humeur**. La proportion de personnes traitées augmente fortement avec l'âge, concernant notamment plus d'une femme sur cinq âgée de 85 ans ou plus. Les femmes sont plus souvent prises en charge que les hommes pour des **troubles dépressifs ou bipolaires**, quel que soit l'âge. Ces troubles apparaissent plus fréquents chez les adultes, hommes ou femmes, âgés de 50 à 59 ans et, pour les troubles bipolaires, chez les femmes âgées de 70 à 74 ans.

Parmi les troubles de l'humeur, les **troubles dépressifs** représentent la troisième charge de morbidité, en années vécues avec une invalidité, selon l'OMS. Le taux de patients pris en charge pour des troubles dépressifs est nettement plus élevé en Bretagne et dans un grand quart sud-est de la France, à l'exception de la région Rhône-Alpes. Selon le Baromètre santé 2010 qui permet de situer l'importance de l'épisode dépressif caractérisé déclaré en population générale, sa prévalence est stable entre 2005 et 2010 et concernait environ 8 % des 15-75 ans au cours des 12 derniers mois (10 % des femmes et 6 % des hommes). En revanche, la part de personnes ayant présenté un épisode dépressif caractérisé mais n'ayant pas eu recours aux soins a franchement baissé puisque cette proportion est passée de 63 % en 2005 à 39 % en 2010. Les hommes recourent moins aux soins que les femmes. Ceci est également valable pour les plus jeunes (15 à 19 ans) et certaines catégories sociales comme les ouvriers.

Les **troubles psychotiques** s'avèrent difficiles à appréhender par les professionnels de santé et sont encore fortement stigmatisés en France ; ils peuvent altérer par moments la capacité des personnes à consentir, de façon libre et éclairée, aux soins qui leur sont proposés. Ces conditions génèrent un retard au diagnostic et de prise en charge, et des ruptures de soins préjudiciables. Les troubles psychotiques comprennent les schizophrénies, les troubles psychotiques aigus, le trouble schizotypique, les troubles schizo-affectifs, les troubles délirants persistants et autres psychoses non organiques non précisées, selon la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10). En 2012, 6 personnes pour 1 000 en France sont déclarées en affection longue durée (ALD) pour psychose ou ont été hospitalisées en établissement de santé spécialisé en psychiatrie pour troubles psychotiques dans les 2 dernières années ; 3,7 habitants de France métropolitaine pour 1 000 ont été pris en charge (hospitalisation ou suivi ambulatoire) pour troubles psychotiques par des établissements psychiatriques. Ces deux indicateurs montrent que les prises en charge pour troubles psychotiques sont 1,5 fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, bien qu'au-delà de 60 ans, les taux féminins deviennent supérieurs aux taux masculins. On observe ainsi un décalage d'une dizaine d'années dans les taux les plus élevés de prise en charge (hommes entre 30 et 50 ans et femmes entre 40 et 60 ans). La diminution des taux de prise en charge avec l'âge est très marquée chez les hommes.

La prévention du **suicide** est une des priorités nationales depuis une vingtaine d'années. Le suicide est l'acte le plus dramatique de la crise suicidaire. Entre 2000 et 2011, les taux standardisés ont diminué de 14 %. Les taux de décès par suicide sont plus élevés chez les hommes et chez les personnes âgées. Ils varient fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide. Les **tentatives de suicide** concernent plus les femmes que les hommes, qu'on les mesure à l'aide d'enquêtes déclaratives ou dans les données d'hospitalisation. Les adolescentes entre 15 et 19 ans représentent le groupe avec le plus important taux de tentative de suicide.

### ► Pneumologie

La prévalence de l'**asthme chez l'adulte** est d'environ 5 %. Grâce à une prise en charge adaptée, il est possible de réduire la fréquence des exacerbations d'asthme. Au cours des cinq dernières années, les taux d'hospitalisation pour asthme ont augmenté. Cette augmentation est la conséquence d'une augmentation chez les enfants. Tous âges confondus, les régions d'outre-mer et l'Île-de-France sont les régions les plus touchées. On comptait 963 décès par asthme (enfants compris)

en 2010 dont 65 chez les moins de 45 ans (enfants également inclus). Le taux de mortalité par asthme chez les personnes âgées de moins de 45 ans est resté stable.

L'estimation de la prévalence de la **bronchopneumopathie chronique obstructive** (BPCO) est difficile. En effet, ce sont des critères spirométriques qui permettent de porter le diagnostic et de déterminer le stade de sévérité de la BPCO. De plus, la réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires est difficile dans le cadre d'études épidémiologiques en population générale. D'autre part, la prévalence de cette pathologie, lorsqu'elle est mesurée par autodéclaration de la maladie (qu'elle ait été ou non confirmée par un médecin) est sous-estimée en raison de l'importance du sous-diagnostic. Les exacerbations de BPCO sont un facteur de mauvais pronostic sur l'évolution de la maladie. Les plus sévères nécessitent une hospitalisation. Pourtant, une partie de ces hospitalisations pourraient être évitées grâce à une prise en charge optimale dès les signes d'aggravation. Les hospitalisations pour exacerbation de BPCO ont augmenté entre 2000 et 2012, cette augmentation est plus importante chez les femmes (+6 % par an) que chez les hommes (+2 %). La mortalité liée à la BPCO a diminué d'environ 1 % par an chez les hommes entre 2000 et 2010 mais elle a augmenté chez les femmes (+0,6 %). Ainsi, l'écart de morbi-mortalité liée à la BPCO entre hommes et femmes tend à se réduire. Pour les hospitalisations comme pour la mortalité, il existe d'importantes disparités régionales.

### ► Limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles ont un retentissement incontestable sur la qualité de vie des personnes atteintes de déficiences, que celles-ci soient liées au vieillissement, à des maladies chroniques ou à des lésions d'origine périnatale ou traumatique. Les limitations fonctionnelles sont l'ensemble des difficultés fonctionnelles à se déplacer, monter un escalier, voir, entendre... Certaines peuvent être compensées, plus ou moins complètement, par des aides techniques qui visent à en réduire le retentissement sur la vie quotidienne. L'enquête Handicap-Santé 2008 est la source la plus récente permettant d'estimer de manière la plus complète possible la prévalence des limitations fonctionnelles dans toutes leurs dimensions, physique, sensorielle et cognitive, et leur retentissement, dans la population âgée de 18 ans ou plus vivant à domicile. L'enquête ESPS 2012 permet une mise à jour des données sur les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles ainsi que sur les difficultés pour les soins personnels et les restrictions dans les activités de la vie quotidienne.

15 % des hommes et 22 % des femmes de 18 ans et plus vivant à leur domicile déclarent des limitations fonctionnelles sévères, soit 3,5 millions d'hommes et 5,5 millions de femmes. Avec l'avancée en âge, les hommes et les femmes sont de plus en plus nombreux à déclarer des limitations, et ces limitations deviennent multidimensionnelles, associant des problèmes physiques sensoriels et cognitifs. Ces gênes peuvent engendrer des difficultés dans la réalisation des soins personnels et des tâches domestiques. Ainsi, 8 % des personnes de 18 ans et plus ont des difficultés pour les soins personnels et 27 % ont des difficultés à accomplir les tâches domestiques.

Les **atteintes de l'audition** et en particulier la presbycusie, altération des facultés d'audition liée à l'âge, reste la cause la plus fréquente de surdité chez l'adulte de plus de 50 ans. Elle aboutit à un isolement de la personne âgée préjudiciable aux activités sociales ou familiales. Cette pathologie contribue au vieillissement général de l'individu et peut favoriser les états dépressifs du sujet âgé. L'altération de l'audition est également à l'origine d'accidents. Ces troubles peuvent en partie être prévenus par la diminution de l'exposition régulière à des bruits de grande intensité en milieu de travail et lors des loisirs.

9,2 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés d'audition sévères pour entendre ce qui se dit dans une conversation dans un environnement calme ou bruyant. Ces gênes s'accroissent avec l'âge, atteignant 37,5 % des 80 ans et plus. Les hommes déclarent des difficultés d'audition plus souvent que les femmes : 10,5 % des hommes de plus de 18 ans contre 8 % des femmes. Un peu moins d'une personne sur deux (48,3 %) déclarant des troubles de l'audition sévères possède un appareil auditif. Toutefois, seuls 57,8 % des appareillages sont efficaces et le pourcentage d'appareillages efficaces décroît avec l'âge.

Les **troubles de la vision** sont des atteintes sensorielles fréquentes : trois adultes sur quatre déclarent en avoir. Si les troubles de la vision sont souvent corrigés par le port de lunettes ou de lentilles de contact, ils peuvent, lorsqu'ils ne sont pas ou mal corrigés, limiter les personnes dans leurs activités sociales et professionnelles.

Avec lunettes ou lentilles de contact, 93 % des personnes déclarent n'avoir aucune difficulté pour la vision de près et 96 % déclarent n'avoir aucune difficulté pour la vision de loin. Le pourcentage de personnes ayant un trouble non corrigé augmente avec l'âge. Au-delà de 75 ans, 20 % des personnes déclarent avoir des difficultés (ou une incapacité) pour la vision de près, y compris avec lunettes et lentilles de contact, et 15 % déclarent avoir des difficultés (ou une incapacité) pour la vision de loin. Les personnes au niveau de vie le plus faible ont plus souvent des troubles de la vision non corrigés.

En 2008, 2 % des adultes vivant en France ont une déficience visuelle grave. Il s'agit de personnes aveugles ou de personnes ne pouvant pas voir de près ou de loin ou ayant beaucoup de difficultés à voir de près et de loin.

### ► Neurologie

Compte tenu du vieillissement de la population française, le nombre de personnes souffrant de pathologies neurodégénératives augmentera dans les années à venir. La **maladie de Parkinson** est, après la maladie d'Alzheimer, la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente. En France, à la fin de 2010, environ 150 000 personnes étaient traitées pour maladie de Parkinson, soit une prévalence de 2,30 pour 1 000 habitants. Le nombre de patients ayant débuté un traitement pour maladie de Parkinson au cours de 2010 était d'environ 25 000, soit une incidence de 0,39 pour 1 000 personnes-années. Les hommes sont touchés par la maladie environ 1,5 fois plus souvent que les femmes. Ces deux indicateurs augmentent avec l'âge, mais il est probable que les patients âgés de plus de 80 ans soient sous-identifiés. Bien qu'elle soit rare avant 65 ans, près de 20 % des patients sont touchés par la maladie avant cet âge.

### ► Maladies infectieuses : part non négligeable de la morbidité et évolution chronique pour certaines

L'obtention et le maintien d'une bonne **couverture vaccinale** constituent des éléments clefs dans le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses à prévention vaccinale. Les résultats d'un programme de vaccination s'évaluent non seulement par la surveillance de l'incidence des maladies cibles, les données sérologiques, le recensement des éventuels effets secondaires des vaccins, mais aussi par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population. Pour les maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie, etc.), ce suivi doit permettre d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de la maladie. En outre, la persistance de cas sporadiques de tétanos chez les personnes âgées, associée à l'augmentation des voyages vers les pays où perdurent des cas de poliomyélite, rend le suivi de la couverture vaccinale des adultes indispensable.

La **vaccination antigrippale** fait par ailleurs l'objet d'une attention particulière. Maladie infectieuse fréquente et généralement banale, la grippe est responsable de complications graves voire mortelles chez les personnes âgées et les personnes atteintes d'affections chroniques ou susceptibles d'être aggravées par le virus. Les recommandations vaccinales concernent ainsi les professionnels de santé, les personnes de 65 ans ou plus et celles atteintes d'une affection pour lesquelles l'Assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe. La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière reste très insuffisante, inférieure à la cible de 75 % dans les deux principaux groupes concernés. Jusqu'en 2008-2009, les couvertures étaient en progression. Depuis la pandémie A(H1N1), on observe une baisse constante de la couverture vaccinale grippale, qui concerne principalement les personnes âgées de 65 ans ou plus, pour lesquelles la baisse est en 2013-2014 de 13 % par rapport à la saison 2008-2009.



La **tuberculose** fait partie des maladies à prévention vaccinale et à déclaration obligatoire. Avec moins de 10 nouveaux cas de tuberculose maladie déclarés pour 100 000 habitants depuis 2004, la France est considérée au plan international comme un pays à faible incidence de tuberculose. Cette situation masque cependant des différences importantes entre zones géographiques et groupes de population. L'Île-de-France, Mayotte et la Guyane sont les trois régions de plus fort taux de déclaration. Le nombre de cas de tuberculose à bacilles multirésistants (MDR), qui était stable depuis le début des années 2000, augmente en 2011 et 2012. L'Île-de-France cumule la moitié de ces cas et le nombre de cas ayant déjà bénéficié d'un traitement antituberculeux atteint, en 2012, celui des cas encore non traités. En juillet 2007, sur les recommandations du Comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, l'obligation vaccinale par le BCG a été suspendue et un régime de recommandation forte pour les enfants les plus exposés, dont ceux résidant en Île-de-France et dans les DOM, a été promulgué. La couverture par le BCG est insuffisante chez les enfants à risque de tuberculose, surtout en dehors de l'Île-de-France<sup>15</sup>.

D'autres maladies infectieuses ne bénéficient pas d'une prévention vaccinale et la surveillance de leur évolution temporelle permet de mesurer l'efficacité des mesures préventives.

La **légionellose**, infection respiratoire provoquée par des bactéries du genre *Legionella*, se caractérise par des symptômes respiratoires aigus, avec une mortalité non négligeable, pouvant atteindre plus de 20 % pour les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, diabétiques, fumeurs, patients atteints de maladies respiratoires chroniques, etc.) mais le nombre de décès reste faible (moins d'une centaine de cas annuels). Les légionelles, présentes dans le milieu aquatique naturel, se multiplient facilement dans les sites hydriques artificiels lorsque les conditions sont favorables, notamment une température comprise entre 25 et 45 °C. La contamination de l'homme se fait par voie respiratoire, par inhalation d'eau diffusée en aérosol à partir d'une installation contaminée (tours aérorefrigérantes, douche, bains à remous, brumisateurs, fontaines décoratives...). Le bilan des cas de légionellose survenus en France en 2012 montre une légère augmentation par rapport à l'année 2011. Les caractéristiques épidémiologiques des cas ainsi que le gradient géographique du taux d'incidence Ouest-Est restent cependant similaires à la situation observée les années précédentes.

Le sida, maladie due à l'infection par le **virus de l'immunodéficience humaine (VIH)**, est responsable d'une pandémie majeure. La mise sur le marché de traitements efficaces permet désormais de retarder l'apparition des symptômes et de contrôler l'évolution de la maladie. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est devenue une maladie chronique dans la plupart des cas mais au prix de traitements souvent pénibles et coûteux. Environ 150 000 personnes (entre 135 000 et 165 000) vivent avec le VIH en France en 2010, dont près de 120 000 sont prises en charge par le régime général de l'Assurance maladie pour leur infection. Différents indicateurs permettent de décrire la situation actuelle en France à partir des données de la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH et de données sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Ces indicateurs montrent de fortes disparités d'exposition parmi les sous-populations d'individus. Environ 6 400 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2012, dont 42 % d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), 38 % d'hétérosexuels nés à l'étranger, 18 % d'hétérosexuels nés en France et 1 % d'usagers de drogues (UD). Le nombre de découvertes chez les HSH a augmenté depuis 2008, alors qu'il diminue chez les hétérosexuels nés à l'étranger et qu'il est stable chez les UD. Parmi les découvertes de séropositivité VIH en 2012, 27 % sont tardives et 39 % précoces. Les diagnostics tardifs concernent principalement les personnes de 50 ans et plus et les hommes hétérosexuels. Les diagnostics précoces sont plus fréquents chez les HSH. Les disparités régionales observées depuis 2003 persistent en 2012 : le nombre de découvertes de séropositivité ou de patients pris en charge pour leur infection rapporté à la population est plus élevé dans les départements français d'Amérique et en Île-de-France.

La France est un pays de faible endémicité pour les virus des **hépatites B (VHB)** et **C (VHC)** avec une prévalence de l'infection chronique estimée à 0,65 % pour le VHB et 0,53 % pour le VHC en population générale métropolitaine adulte en 2004. Avec respectivement 55 % et 43 % des personnes infectées chroniques par le VHB et le VHC ignorant leur statut, le renforcement du dépistage

15. Recommandations concernant la vaccination : [www.sante.gouv.fr/vaccination-par-le-bcg.html](http://www.sante.gouv.fr/vaccination-par-le-bcg.html)

des hépatites B et C a constitué une priorité des différents plans nationaux de lutte contre les hépatites B et C mis en place depuis 1999. Le taux de tests confirmés positifs pour les anticorps anti-VHC et l'AgHBs varie selon les régions. Ces disparités sont à mettre en lien avec les différences interrégionales mises en évidence par l'enquête nationale de prévalence des hépatites B et C de 2004 et des niveaux d'activité de dépistage variables selon les régions.

L'**usage de drogues** constitue un facteur de risque de transmission du **VIH et du VHC**, en raison du partage du matériel d'injection. La politique de réduction des risques mise en place en France au milieu des années 1980 a montré son efficacité sur la transmission du VIH. La moitié des usagers de drogues étaient contaminés par le VIH au milieu des années 1980, alors qu'ils sont un sur dix en 2011 et ce niveau est stable depuis 2004. L'impact de cette politique est toutefois plus nuancé sur la transmission du VHC car sa prévalence reste à un niveau très élevé, près de la moitié des usagers étant contaminés actuellement. La prévalence du VHC a toutefois diminué entre 2004 et 2011, passant de 59 % à 44 %. Cette tendance à la baisse est confirmée par les enquêtes ENa-CAARUD et RECAP. Les usagers injecteurs sont les plus touchés par le VIH et le VHC car le partage de seringue constitue le mode majeur de transmission du VIH, et le partage de la seringue et du petit matériel est particulièrement impliqué dans la transmission de l'hépatite C.

La lutte contre les **infections sexuellement transmissibles (IST)** repose sur la prévention primaire, à travers la réduction des comportements à risque dans la population, et sur la prévention secondaire avec le diagnostic précoce, le dépistage, le traitement des patients et de leur(s) partenaire(s). La surveillance épidémiologique des IST repose sur plusieurs réseaux volontaires de cliniciens (RéSIST pour la surveillance de la syphilis et de la gonococcie) et de laboratoires (Rénago pour la surveillance de la gonococcie et des résistances du gonocoque aux antibiotiques ; Rénachla pour la surveillance des infections à chlamydia). Les indicateurs de surveillance des IST permettent de dégager des tendances dans le temps. Ces données indiquent une augmentation des gonococcies et des infections à Chlamydia chez les hommes et les femmes, et une augmentation des syphilis récentes chez les homosexuels masculins. Si une réelle recrudescence des infections existe, d'autres phénomènes intriqués doivent être pris en compte : une partie de l'augmentation des gonococcies et des infections à Chlamydia est liée respectivement à la montée en charge des diagnostics par PCR et à l'augmentation des pratiques de dépistage.

### ► Accidents

En 2012, la France métropolitaine se situe dans la moyenne des pays européens en ce qui concerne les **accidents de la route**, ayant atteint l'objectif européen de diviser par deux le nombre de personnes tuées sur les routes en 10 ans (2001-2010). Sur la période 2011-2013, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants s'élèvent respectivement à 57 en métropole et 79 dans les DOM. D'après une projection des données du registre des accidentés de la circulation dans le département du Rhône sur l'ensemble de la France métropolitaine, 1,4 % des victimes corporelles d'accidents de la route décèdent dans les six jours qui suivent leur accident et autant gardent des séquelles graves un an après leur accident. Les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes et les 18-24 ans sont les plus touchés. La moto reste le mode de déplacement le plus dangereux.

Les **accidents de la vie courante** sont évitables par des actions de prévention, réglementation, formation, information ciblés sur les éléments humains, l'environnement physique et socioculturel propre à chaque type d'accident. Pourtant, les accidents de la vie courante entraînent chaque année en France plus de 20 000 décès, plusieurs centaines de milliers d'hospitalisations et 4,5 millions de recours aux urgences. Les chutes ont causé la moitié des décès, suivies des suffocations, des intoxications, des noyades et des incendies. Au cours de l'été 2012, année marquée par un très fort taux de décès par noyade, il y a eu 1 238 noyades accidentelles, dont 497 suivies de décès et 59 suivies de séquelles. Tous les âges sont concernés par ces accidents. De manière plus générale, entre 2000 et 2010, les taux standardisés de mortalité par accidents de la vie courante ont diminué, cette diminution concernant les chutes et les noyades. Les décès par intoxication ont, par contre, augmenté. Les décès par incendie et suffocation n'ont pas évolué.

### ► Santé bucco-dentaire des adultes

L'état de **santé bucco-dentaire** des personnes constitue un véritable enjeu de santé publique en raison de la prévalence des pathologies bucco-dentaires, essentiellement caries dentaires et maladies parodontales<sup>16</sup>, et de leur impact sur l'état de santé général, notamment chez les patients immunodéprimés ou atteints de pathologies cardio-vasculaires, de diabète, de cancer ou de pneumopathie obstructive chronique, en entraînant des complications infectieuses locales ou à distance. L'interrelation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général est particulièrement prononcée chez les personnes âgées, handicapées et plus généralement se trouvant en situation de précarité. En dépit d'une amélioration de la santé bucco-dentaire depuis quelques décennies, le taux de recours aux chirurgiens-dentistes, de l'ordre de 40 % en 2012 dans la population adulte, reste insuffisant. Des disparités importantes, de l'ordre de 20 %, sont observées entre les régions. Les personnes les plus âgées sont celles qui consultent le moins les chirurgiens-dentistes.

Les femmes enceintes représentent une catégorie de la population particulièrement sensible aux pathologies bucco-dentaires. Les spécificités liées à la grossesse s'accompagnent d'une susceptibilité accrue des muqueuses buccales aux agressions bactériennes, favorisant ainsi l'apparition de gingivites et le développement de parodontopathies. En 2012, 18,2 % des femmes ont eu recours au moins une fois à un chirurgien-dentiste au cours de leur grossesse. Les taux par région montrent des disparités, avec les taux de recours les plus faibles dans le Nord de la France. ■

16. Le parodonte est l'ensemble des tissus de soutien des dents.