

l'état de *santé*
de la population en France
rapport 2009-2010

Suivi des objectifs annexés
à la loi de santé publique



L'état de santé de la population en France

Suivi des objectifs annexés à la loi
de santé publique

Rapport 2009-2010



L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE
SUIVI DES OBJECTIFS ANNEXÉS À LA LOI DE SANTÉ PUBLIQUE
RAPPORT 2009-2010

Sous la direction de Sandrine Danet,
avec la contribution de Brigitte Haury et Gérard Badeyan pour le HCSP
Directrice de la publication : Anne-Marie Brocas
Rédactrice en chef : Sarah Netter
Relecture : Lucie Gonzalez, Marie-Claude Mouquet et Lucile Olier

Ont participé à la rédaction de ce rapport :

ADEME (Direction Villes et territoires durables, service de l'évaluation de la qualité de l'air : Souad Bouallala, Joëlle Colosio), **AFSSA** (Jean-Luc Volatier), **AFSSAPS**, Agence de la biomédecine (Christian Jacquelinet, Cécile Couchoud), **Assurance maladie (CNAMTS)** : Anne Cuerq, Nathalie Vallier, Alain Weill ; **CCMSA** : Véronique Danguy ; **RSI** : Michèle Altana, Alain Paumier), **CNRS** (Serge Karsenty), **DARES** (département Conditions de travail et santé : Marie-Christine Flourey, Nicole Guignon, Sylvie Hamon-Cholet, Jennifer Bué), **DGS-EA, INCa** (Pascale Grosclaude, Anne Belanger), **INPES** (François Beck, Hélène Escalon, Arnaud Gautier, Romain Guignard, Nathalie Lydie, Jean-Louis Wilquin), **INRETS** (Bernard Laumon), **INSEE** (Stéphane Jugnot, Anne Pla), **INSERM-CépiDc** (Éric Jouglu, Martine Bovet, Grégoire Rey, Philippe Rochigneux, Françoise Péquignot), **INSERM unité 953, ex-unité 149** (Béatrice Blondel, Marie-Hélène Bouvier-Colle), **InVS** (département Santé environnement : Philippe Bretin, Olivier Catelinois, Anne Etchevers, Camille Lecoffre, Pascal Fabre, Agnès Verrier ; département des maladies chroniques et traumatismes : Juliette Bloch, Katia Castetbon, Francis Chin, Marie-Christine Delmas, Christine de Peretti, Céline Druet, Nicolas Duport, Anne Fagot-Campagna, Sandrine Fosse, Hélène Goulard, Nadjette Mourdi, Linda Lasteur, Cécile Ricard, Isabelle Romon, Benoît Salanave, Emmanuelle Salines, Florence Suzan, Bertrand Thélot, Michel Vernay ; département des maladies infectieuses : Alice Bouyssou, Christine Campese, Didier Che, Anne Gallay, Véronique Goulet, Jean-Paul Guthmann, Marie Jauffret-Roustide, Florence Lot, Bruno Coignard, Sylvie Maugat), **IRDES** (Caroline Allonier, Laure Com-Ruelle), **MSA, OFDT** (Christian Ben Lakhdar, Tiphaine Canarelli, Cristina Diaz Gomez, Stéphane Legleye, Christophe Palle, Stanislas Spilka), **ONISR, Registres des cardiopathies ischémiques de la Haute-Garonne** (Jean-Bernard Ruidavets) **et du Bas-Rhin** (Dominique Arveiler, Aline Wagner), **UFSBD**.

Pour la DREES : Guillaume Bailleau, Bénédicte Boisguérin, Emmanuelle Cambois, Nicolas Cocagne, Marc Collet, Aurélie Fourcade, Nathalie Guignon, Isabelle Leroux, Muriel Moisy, Alexis Montaut, Marie-Claude Mouquet, Philippe Obertin, Willy Thao Kamsing, Annick Vilain.

<http://www.sante-sports.gouv.fr>, Rubrique « Études, recherche et statistiques »

Visuel et maquette : www.lasouris.org

CET ouvrage fournit en 2010 une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France. Il constitue le quatrième rapport de suivi des objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, après une première édition en 2006.

Il a permis de documenter le Haut conseil de la santé publique (HCSP), installé depuis mars 2007, pour préparer l'évaluation de la loi de santé publique du 9 août 2004. Le rapport d'évaluation du HCSP a été rendu public le 17 mars 2010.

Le rapport de suivi des objectifs a été préparé, sous la coordination de la DREES, par un ensemble de partenaires, producteurs de données dans le champ de la santé (ADEME, AFSSA, AFSSAPS, Agence de la biomédecine, Assurance maladie, DARES, DGS-EA, DREES, INCa, INED, INPES, INRETS, INSEE, INSERM, InVS, IRDES, OFDT, ONISR, UFSBD, USEN/CNAM).

Il fait suite au travail d'un groupe d'experts qui, durant une année, sous l'égide de la DGS et de la DREES, a réuni à la fois ces principaux producteurs de données et des experts de chacun des thèmes retenus par la loi. Ce groupe a défini de façon opérationnelle les indicateurs pertinents et d'ores et déjà disponibles permettant le suivi des objectifs associés à la loi, tout en identifiant et précisant les besoins d'informations complémentaires. Le rapport de définition des indicateurs issu de ce travail a été rendu public en juillet 2005.

Outre une synthèse donnant une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France et la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux, à partir des données disponibles les plus récentes dans les champs couverts, le rapport comprend l'évaluation des indicateurs associés à 74 objectifs spécifiques. Pour cette édition, l'ouvrage s'est enrichi de deux dossiers thématiques sur les IVG et la santé des jeunes, permettant de compléter ce panorama et d'éclairer la décision publique en matière de prévention et de promotion de la santé.

Les indicateurs produits au niveau national (France entière ou France métropolitaine selon les sources disponibles) ont le plus souvent été déclinés selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le niveau d'études. Ils ont, dans la mesure du possible, été comparés aux indicateurs équivalents mesurés dans les autres pays européens. De même, les disparités territoriales (régionales pour la plupart) ont été examinées lorsque les données le permettaient.

Les objectifs de la loi relative à la politique de santé publique qui n'ont pas bénéficié d'une évaluation chiffrée sont ceux pour lesquels les sources de données n'étaient pas disponibles. Il s'agit par exemple de mesure de qualité de vie pour certains états pathologiques, ou d'atteintes de santé dont la mesure est complexe dans des groupes spécifiques.

synthèse



Synthèse

L'état de santé des Français apparaît globalement bon, mais la mortalité prématurée, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 65 ans, reste en France l'une des plus élevées de l'Union européenne.

En outre, des disparités sensibles perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou entre catégories sociales et dans certains groupes de population. Des progrès pourraient être réalisés grâce à la prévention et à des améliorations des prises en charge des problèmes identifiés, et ce à tous les âges de la vie. Dans cette perspective, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini, pour un ensemble de problèmes de santé (pathologies ou déterminants), des objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints en cinq ans pour l'ensemble de la population ou pour des groupes spécifiques. À cet égard, le suivi de ces objectifs qui est l'objet du présent ouvrage fournit une palette d'informations très riche sur la santé des Français.

■ DES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUES DIFFÉRENTS SELON LE SEXE ET LES ÂGES DE LA VIE

Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon. Les situations sont très différenciées entre les hommes et les femmes, avec un paradoxe selon que l'on observe la mortalité ou l'état de santé déclaré. Plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance (84,5 ans pour les femmes et 77,8 ans pour les hommes en 2009) continue de progresser, mais l'écart entre hommes et femmes tend à se réduire : en dix ans, les hommes ont gagné 3 ans et les femmes 2 ans d'espérance de vie, surtout grâce à l'allongement de la durée de la vie aux âges élevés.

L'espérance de vie à 65 ans est la plus élevée d'Europe, tant pour les femmes (22,6 ans en 2009, soit 1,4 an de plus qu'en 2000), que pour les hommes (18,4 ans en 2009, soit 1,7 an de plus qu'en 2000). Toutefois, les femmes, si elles ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes, vivent aussi plus longtemps avec des incapacités car celles-ci sont concentrées en fin de vie et les touchent plus souvent. Pour les hommes, le décalage observé entre les résultats très favorables de l'espérance de vie après 65 ans et ceux moins bons de l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés.

Paradoxalement, les mesures de santé perçue et de recours aux soins font apparaître que les hommes, à âge égal, se sentent en meilleure santé, déclarent moins de maladies, moins de limitations fonctionnelles et recourent moins aux soins que les femmes.

Le nombre et l'importance des problèmes de santé augmentent de façon régulière avec l'avancée en âge et le vieillissement. Le poids relatif des différentes pathologies est également différent selon l'âge : les maladies infectieuses et allergiques prédominent dans l'enfance, tandis que les pathologies ostéo-articulaires et les troubles psychiques sont plus prégnants en milieu de vie et les maladies cardiovasculaires chez les personnes plus âgées. On constate aussi que, passée la première année de vie, le recours aux soins est faible chez les jeunes et maximal en fin de vie.

■ UN BILAN PLUTÔT POSITIF POUR LA SANTÉ DES ENFANTS

Le taux de mortalité infantile (3,8 décès d'enfant de moins d'un an pour 1 000 en 2009) a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années et se place à un niveau inférieur à celui de l'Union européenne (4,7 pour 1 000 en 2006). Ce sont les pays du Nord (Finlande, Suède), et plus récemment le Luxembourg, qui enregistrent les niveaux les plus faibles.

Les accidents de la vie courante touchant les enfants de moins de 15 ans sont une des principales causes de décès à ces âges. Ils recouvrent à la fois les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs : chutes, suffocations, noyades, intoxications, accidents par le feu et autres accidents (à l'exclusion des accidents de la circulation). En 2006, le taux de mortalité (2,4 pour 100 000) était deux fois plus élevé pour les garçons que pour les filles. Globalement, le taux de mortalité pour les enfants de moins de 15 ans a diminué de 27 % entre 2000 et 2006, de façon plus importante chez les filles (-43 %) que chez les garçons (-17 %). Cependant, la variation des taux a été différente selon le type d'accident, les évolutions des taux de décès par noyade et par suffocation ayant décru de plus de 5 % par an au cours de la période 2000-2006. Cette diminution a coïncidé avec le développement de campagnes d'information et d'éducation sur les risques domestiques.

Un certain nombre d'indicateurs montrent des évolutions favorables des déterminants de la santé à l'âge adulte chez les enfants. Ainsi, selon les études les plus récentes, les fréquences de **surpoids** et d'**obésité** se sont stabilisées chez les enfants et un léger recul est même observé pour les plus jeunes (5-6 ans). Selon les enquêtes de santé scolaire, la prévalence de l'obésité est estimée à 3,1 % à 5-6 ans et à 3,7 % à 10-11 ans. De même, leur état de santé **bucco-dentaire** s'améliore globalement. En 2006, l'indice CAO mixte moyen (ou

indice carieux), représentant le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées, est estimé à 1,38 chez les enfants de 6 ans et à 1,23 chez les enfants de 12 ans contre respectivement 3,73 et 4,20 il y a 20 ans. Ces évolutions très favorables sont probablement le résultat de nombreux facteurs dont l'analyse fine reste à faire (progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires, etc.). Cependant, malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités entre catégories sociales restent marquées. L'objectif d'une **couverture vaccinale** d'au moins 95 % est déjà atteint pour les enfants concernant certaines maladies (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche). Elle doit en revanche être améliorée, en particulier pour la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons, cette dernière étant nettement la moins bien réalisée.

L'intoxication par le plomb, ou **saturnisme**, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. 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. L'enquête de prévalence réalisée par l'InVS en 2008-2009 a permis de constater que l'objectif fixé par la loi de santé publique a été largement atteint : la prévalence du saturnisme chez les enfants de 1 à 6 ans a été estimée à 0,1 %. Elle a été divisée par 20 depuis la précédente enquête menée en 1995-1996. La réduction de la prévalence existe aussi dans les groupes à risque : parmi les enfants ciblés pour une première plombémie, la proportion ayant une plombémie inférieure ou égale à 100 µg/l continue de baisser, passant de 24,3 % en 1995 à 3,7 % en 2007.

En revanche, on constate pour l'**asthme** une augmentation des taux d'hospitalisation chez les enfants les plus jeunes entre 2002 et 2007 (10 % chez les garçons et 15 % chez les filles). La prévalence de l'asthme est estimée à près de 9 % chez les enfants en France. À cet égard, le contrôle et le traitement de l'asthme paraissent insuffisants, avec plus d'un tiers des adolescents asthmatiques en classe de 3e dont l'asthme serait non contrôlé.

■ DES JEUNES EN BONNE SANTÉ QUI SE SENTENT PLUTÔT BIEN INFORMÉS DES RISQUES POUR LEUR SANTÉ

Représentant 13 % de la population française, les jeunes âgés de 15 à 24 ans se déclarent pour une grande majorité d'entre eux en « bonne » ou « très bonne » santé. Leur perception de la santé est ainsi proche de la notion de bien-être. Leurs modes de vie passent cependant parfois par l'adoption de comportements à risque. Selon l'enquête Escapad 2008, 30 % des jeunes de 17 ans déclarent fumer quotidiennement et 9 % consommer régulièrement de l'alcool, au moins dix usages au cours du dernier mois. À l'adolescence, les habitudes de consommation de tabac des filles et des garçons sont désormais peu différenciées. L'usage quotidien pour les filles de 17 ans est passé de 40 % à 28 % entre 2000 et 2008, celui des garçons passant de 42 % à 30 % au cours de la même période. Les hausses des prix ont sans doute contribué à cette diminution, dans la mesure où les capacités financières des jeunes sont souvent limitées. Par ailleurs, l'âge moyen d'expérimentation du tabac semble se stabiliser, après avoir diminué de 2000 à 2005 : il est en 2008 de 13,4 ans pour les garçons et 13,7 ans pour les filles ; en revanche, celui du passage à l'usage quotidien, après avoir augmenté entre 2002 et 2003, a diminué en 2008 (14,3 ans pour les deux sexes). Ces résultats suggèrent que les jeunes les moins enclins à fumer se détournent de la cigarette et que les petits fumeurs profitent davantage des hausses des prix du tabac pour arrêter de fumer. L'usage régulier d'alcool à 17 ans est 3 fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (13,6 % contre 4,0 %). Après avoir augmenté entre 2000 et 2003, la consommation régulière a cependant diminué entre 2003 et 2008 (de 47 % pour les filles et de 36 % pour les garçons). Par ailleurs, 42 % des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté le cannabis et 7 % en consomment régulièrement. Si les jeunes se considèrent globalement bien informés des risques pour leur santé, ils se sentent peu informés de tout ce qui a trait à l'équilibre alimentaire, malgré les nombreuses campagnes d'information menées par l'INPES. La prévalence de l'obésité chez les 15-24 ans continue d'augmenter, passant de 1,5 % en 1997 à 4 % en 2009 selon les données de l'enquête Obépi.

Pour les adolescents, la couverture vaccinale est encore insuffisante. Un effort tout particulier devrait être fait en direction des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B.

Autre enjeu majeur de santé publique, les questions liées à une sexualité non protégée ou mal protégée qui conduit, entre autres, à une hausse du nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) chez les mineures.

Ainsi, même si les jeunes vont bien, ces comportements à risque peuvent avoir des conséquences lourdes pour leur santé future. Favoriser l'autonomie des jeunes et leur accès aux soins et renforcer l'information auprès des adolescents et des jeunes adultes sont les deux axes retenus dans le plan Santé des jeunes annoncé en 2008 et complétés de mesures prises en faveur des jeunes dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » de juillet 2009.

■ DES AMÉLIORATIONS DE PRISE EN CHARGE AU TITRE DE LA CONTRACEPTION, DES GROSSESSES ET DES ACCOUCHEMENTS SONT ENCORE POSSIBLES

Avec plus de 800 000 naissances annuelles depuis 2004, la France fait partie des pays industrialisés dans lesquels la fécondité est particulièrement soutenue. Elle est avec l'Irlande le pays le plus fécond d'Europe. L'âge à la maternité s'est établi aujourd'hui à 29,9 ans et 22 % des naissances concernent des femmes âgées de 35 ans ou plus contre 15,6 % dix ans auparavant. Avec l'augmentation continue de l'âge à la maternité et les mutations économiques et sociales que connaît la société française, il faut rester vigilant quant à l'émergence ou au développement de nouveaux problèmes de santé pour les femmes. Le nombre de grossesses à risque est en augmentation. Les difficultés à concevoir risquent de s'accroître, tandis que les grossesses extra-utérines et les décès maternels évitables demeurent trop fréquents.

En France, le **taux de mortalité maternelle** tend à diminuer depuis la fin des années 1990 et s'est établi à 7 pour 100 000 naissances en 2005-2006. La part des décès maternels évitables, notamment par la prise en charge adaptée des hémorragies du post-partum, est estimée à 44 % pour la période 2002-2006. Par ailleurs, l'augmentation de l'âge moyen des mères à la maternité est un facteur à prendre en compte dans le suivi de cet indicateur car, au-delà de 35 ans, le risque vital maternel est nettement augmenté.

Le **taux de mortalité périnatale** se définit comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances d'enfants vivants ou sans vie. L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant maintenant plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, il est également nécessaire de prendre en compte l'ensemble de la mortalité néonatale (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) et même, pour suivre les effets retardés, la mortalité infantile (nombre de décès avant 1 an d'enfants nés vivants rapporté à l'ensemble des naissances vivantes). Après une longue période de baisse, le taux de mortalité périnatale était depuis 2000 sur une pente croissante. Si le changement de réglementation intervenu en 2001 est responsable de la hausse brusque de cet indicateur en 2002, il n'explique pas la totalité de cette évolution. Depuis 2003, le taux de mortalité périnatal est stable (autour de 11,0 pour 1 000 naissance) ; l'année 2005 enregistre le taux le plus bas (10,8 pour 1 000). La mortinatalité a suivi une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale et atteint 9,3 pour 1000 enfants nés vivants ou sans vie en 2007. La mortalité néonatale continue en revanche de baisser. Elle est ainsi passée de 3,0 pour 1000 en 2001 à 2,5 en 2007. Des disparités territoriales sensibles, particulièrement entre la métropole et les départements d'outre-mer, persistent pour l'ensemble de ces indicateurs. Des évolutions sont à prévoir pour ces indicateurs avec le changement de législation intervenu le 22 août 2008, autorisant sur production d'un certificat médical d'accouchement l'enregistrement à l'état civil de tout enfant mort-né ou non viable quels que soient la durée de la grossesse ou le poids à la naissance qui était fixé depuis 2002 à respectivement 22 semaines d'aménorrhées et/ou 500 grammes

La survenue de **grossesses extra-utérines (GEU)** favorisées par des facteurs tels que le tabagisme ou les infections génitales à *Chlamydiae trachomatis* peut avoir un impact sur la fertilité ultérieure. En 2007, les grossesses extra-utérines (GEU) ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers en MCO, soit un ratio de 1,58 GEU pour 100 naissances vivantes. Il était légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans, proche de 2 chez les 35-39 ans et de 2,55 à partir de 40 ans. Les régions Guadeloupe et Martinique enregistrent des ratios supérieurs à 2,5. En cas d'hospitalisation, la GEU était traitée par une intervention réalisée sous coelioscopie dans deux tiers des cas. La GEU est traitée par une intervention réalisée sous coelioscopie dans environ les deux tiers des cas, mais, entre 1997 et 2007, la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue. En 10 ans, le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est passé de 1,94 à 1,58 mais cette baisse observée pour les GEU hospitalisées pourrait être en partie compensée par une augmentation du nombre de GEU traitées médicalement qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.

Le retentissement sur la qualité de vie des femmes de l'**incontinence urinaire** est enfin avéré, quoique variable selon l'intensité du trouble. Des stratégies de prévention existent (rééducation périnéale et sphinctérienne) dans les suites d'accouchement ou après dépistage de troubles de la statique pelvienne chez les femmes ménopausées. En 2008, 12,7 % des femmes de 16 ans ou plus déclarent des pertes involontaires d'urines. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge, dépassant 21 % des femmes après 65 ans. Ces chiffres sont cependant à prendre avec prudence, ce trouble étant probablement sous-déclaré. Ainsi, dans l'enquête réalisée par l'INSERM en 2007 auprès de femmes consultant en médecine générale, la prévalence a été estimée à 26,6 %.

L'utilisation de **moyens contraceptifs** mérite d'être observée notamment en lien avec le suivi du recours à l'**interruption volontaire de grossesse (IVG)**. La proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives, ne souhaitant pas avoir d'enfant et qui n'utilisent aucune méthode contraceptive demeure de l'ordre de 5 %. Depuis leur autorisation en 1975, le nombre d'IVG n'a que peu varié. Le taux d'IVG, en 2007,

proche de 14,7 ‰ femmes de 15 à 49 ans, se situait parmi les plus élevés d'Europe occidentale : plus de 210 000 femmes sont concernées chaque année et près d'une femme sur deux a recours à une IVG au cours de sa vie. Les IVG sont plus fréquentes dans les départements d'outre-mer ainsi que dans les régions Corse, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. L'utilisation croissante des méthodes de contraception médicales (les Françaises occupent l'une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales réversibles de contraception telles que la pilule et le stérilet) n'a pas fait chuter le nombre d'IVG et les échecs de contraception demeurent fréquents. Il faut également souligner que les taux d'IVG sont à la hausse chez les mineures depuis quelques années, avec environ 12 800 IVG en 2007. Parmi les facteurs qui permettent de rendre compte de la survenue d'échecs de contraception, le manque d'informations ou de connaissances apparaît surtout marqué chez les très jeunes femmes. Mais c'est surtout la non-reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes dans certains groupes sociaux qui rend problématique leur inscription dans une démarche contraceptive. Un autre enjeu essentiel est celui de l'adaptation des méthodes de contraception aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. Le recours à la contraception d'urgence pourrait constituer une solution de « rattrapage » efficace en cas de prise de risque.

Les actions se sont multipliées en matière de contraception. Récemment, une campagne nationale d'information sur la contraception a été promue sous le titre : « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». Par ailleurs, la pratique de l'IVG par voie médicamenteuse a été étendue aux centres de planification ou d'éducation familiale et aux centres de santé. La part des IVG médicamenteuses continue de croître et représente aujourd'hui près d'une IVG sur deux.

Un dossier thématique est consacré dans cet ouvrage à l'analyse des IVG en 2007 et permet de mieux connaître les caractéristiques des femmes qui ont recours à l'IVG ainsi que les modes et lieux de prise en charge. En 2007, près d'une IVG sur deux a concerné une jeune fille de moins de 25 ans. Ainsi, les femmes étrangères, les femmes célibataires et celles sans activité professionnelle sont surreprésentées parmi les femmes ayant recours à l'IVG. Les deux tiers des femmes qui ont avorté utilisaient un moyen contraceptif. Par ailleurs, la diffusion de la contraception d'urgence n'a pas permis d'infléchir le recours à l'IVG. Les conditions et les modalités de réalisation de l'IVG ont beaucoup évolué au cours des années 2000. La moitié des IVG sont désormais médicamenteuses. Depuis que cette pratique a été autorisée en ville en 2004, près d'une IVG médicamenteuse sur six est réalisée en cabinet libéral. Il n'en demeure pas moins que 90 % de l'ensemble des IVG sont encore prises en charge dans un établissement de santé. La part du secteur public dans la prise en charge des IVG en établissement n'a cessé de croître : en 2007, 76 % des IVG sont réalisées dans un établissement public, contre 60 % en 1990. Le délai médian de prise en charge à l'hôpital (8 jours et demi à partir de la prise de rendez-vous) est stable depuis 2002. Il y aurait toutefois des goulots d'étranglement localisés dans certaines régions. Les premiers résultats issus de l'enquête 2007 menée par la DREES auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG montrent par ailleurs que l'accompagnement psychologique et le fonctionnement en réseau ne sont pas encore généralisés. Plus d'un établissement sur trois a établi des conventions avec des médecins libéraux pour réaliser les IVG en ville.

■ LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE DEMEURE PLUS ÉLEVÉE QUE DANS LES AUTRES PAYS EUROPÉENS

La situation de la France apparaît beaucoup moins favorable en matière de mortalité prématurée que dans les autres pays européens de développement comparable. Ces décès avant 65 ans représentent environ 20 % de l'ensemble des décès et concernent pour près de 70 % d'entre eux des hommes. Environ un tiers sont associés à des causes de décès « évitables » par la réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, suicides etc.).

Le nombre de décès correspondant à la sélection mortalité « évitable » est de près 36 000 en 2006 pour la France métropolitaine (le tiers des décès prématurés). 77,3 % des décès observés concernent les hommes et les taux de décès standardisés sont multipliés par 4 par rapport aux femmes. La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité « prématurée » est de 37,5 % chez les hommes et de 23,8 % chez les femmes.

Entre 2000 et 2006, les diminutions les plus importantes ont été observées pour les accidents de la circulation, le sida et les causes de décès liées à l'alcool. En revanche, les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ont augmenté de 50 % chez les femmes et ne diminuent que faiblement chez les hommes (-9 %). Ces cancers ont connu un développement important chez les femmes : en vingt ans, les taux de décès par cancer du poumon ont doublé et cette augmentation a davantage touché la classe d'âge des 25-44 ans. Le suicide reste aussi une cause de mortalité « évitable » préoccupante : il baisse peu chez les hommes et stagne chez les femmes.

En 2006, parmi les 27 pays de l'Union européenne, c'est en France que l'on observe chez les hommes le taux de mortalité « évitable » le plus élevé après les nouveaux adhérents d'Europe centrale, les Pays baltes et la Belgique.

■ LES SUICIDES ET ACCIDENTS DE LA CIRCULATION SONT DEUX CAUSES IMPORTANTES DE LA MORTALITÉ « ÉVITABLE » CHEZ LES HOMMES

Le **suicide** est un problème important de santé publique. Au sein de l'Europe des 27, la France se situe dans le groupe des pays à forte fréquence du suicide. En 2006, elle enregistre près de 10 500 décès par suicide. Les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps (-10 % chez les hommes entre 2000 et 2006 et -6 % chez les femmes). Cependant, ils représentent encore la deuxième cause de mortalité prématurée évitable pour les hommes comme pour les femmes bien que les taux de décès par suicide soient nettement plus élevés pour les hommes et les personnes âgées. L'ampleur de la baisse est plus importante pour les plus âgés et pour les plus jeunes mais ne concerne pas toutes les classes d'âge. Comparativement à l'année 2000, le taux brut de suicide des 45-54 ans a augmenté : modérée pour les femmes (2,2 % entre 2000 et 2006), l'augmentation s'élève à 8 % pour les hommes. Entre 15 et 24 ans, le suicide représente 15 % du total des décès et constitue la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation. Les taux de suicide varient également fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Très liés à la dépression, les suicides peuvent être prévenus en partie par des actions de prévention, notamment par la formation des professionnels de soins au repérage et au traitement des états dépressifs.

L'objectif de réduction du nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par **accident de la circulation** bénéficie des actions conduites par les pouvoirs publics en ce domaine depuis plusieurs années. En 2008, près de 4 300 personnes ont été tuées à la suite d'un accident de la route en France métropolitaine et 170 dans les départements d'outre-mer (décès survenant dans les 30 jours). Ce nombre diminue pour la septième année consécutive mais avec un ralentissement après les baisses exceptionnelles de 2003 (20,9 %) et de 2006 (11,5 %). C'est la classe d'âge des 15-24 ans, en particulier pour les hommes, qui reste la plus exposée. La moto est le mode de déplacement le plus dangereux. En matière de comparaisons internationales, la France se situe au 8e rang des pays européens pour le taux de mortalité à 30 jours après accident de la route. La part de blessés graves, c'est-à-dire hospitalisés pour une durée d'au moins 6 jours, atteint 16 % des blessés en 2004. Elle est plus élevée pour les personnes âgées de plus de 65 ans (24 %) et les motocyclistes (19 %). Elle tend à diminuer dans le temps. Enfin, on estime que 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.

■ DU FAIT DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS AU GRAND ÂGE DEVIENT UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE MAJEUR

Les personnes âgées sont les premières concernées par les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète, même si celles-ci concernent aussi d'autres groupes d'âge. Ces maladies représentent, avec les maladies psychiques, plus des trois quarts des personnes en ALD en 2007 et 2008. Les personnes atteintes par ces pathologies sont en premier lieu concernées par des problématiques d'accès aux soins (proximité géographique mais aussi accès économique) et de qualité des soins. Le suivi de l'état de santé tel qu'il est prévu dans la loi fait la part de la description quantitative de ces pathologies (incidence et prévalence) mais également de leur prise en charge (qualité du suivi) et de leurs répercussions (qualité de vie). Pour ces derniers indicateurs, les mesures chiffrées sont encore pour partie du domaine de la recherche. Pour l'assurance maladie, l'enjeu est majeur : les dépenses liées aux ALD concentrent en 2008 environ les deux tiers des dépenses totales du régime général de l'assurance maladie. S'il s'agit d'améliorer le rapport coût-efficacité des soins fournis, l'enjeu est aussi de retarder la survenue de la maladie, ou son processus naturel d'aggravation, par des actions de prévention, pour éviter l'alourdissement consécutif des coûts de prise en charge. Le traitement et la prévention de certaines de ces maladies ont bénéficié de mesures, de programmes ou de plans ciblés sur des pathologies spécifiques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, insuffisance rénale chronique, maladie d'Alzheimer, maladies rares, etc.). La qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques est considérée de façon spécifique dans une logique transversale par le plan Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, qui est l'un des cinq plans stratégiques de la loi de santé publique de 2004.

La loi de santé publique de 2004 a néanmoins identifié des objectifs pour des troubles concernant plus particulièrement les personnes âgées : les atteintes sensorielles (non spécifiques mais dont la prévalence augmente fortement avec le grand âge), l'ostéoporose et les chutes.

En 2008, 15 % des hommes et 22 % des femmes de 18 ans ou plus vivant à leur domicile déclarent des limitations fonctionnelles, soit 3,5 millions d'hommes et 5,5 millions de femmes. Avec l'avancée en âge, 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. Si elles ne sont pas compensées, ces limitations peuvent engendrer des gênes dans les activités de tous les jours. 20 % des hommes et des femmes atteints de limitations fonctionnelles, soit 1,7 million de personnes, déclarent ainsi des difficultés pour réaliser les soins personnels : se lever du lit, se laver, se nourrir. Lorsque des limitations de natures différentes sont associées, le risque de difficultés à assurer les soins personnels est fortement accru.

Les atteintes sensorielles sont fréquentes chez les personnes âgées. Parmi les troubles de la vision, la cataracte est la première cause de baisse de l'acuité visuelle. La rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le glaucome sont à l'origine de la plupart des cécités. Ces pathologies résultent souvent d'une carence de dépistage et de traitement précoce.

Parmi les atteintes de l'audition, la presbyacousie, qui est l'altération des facultés d'audition liée à l'âge, reste la cause la plus fréquente de surdité pour 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.

Une personne de 18 ans ou plus sur deux déclare avoir un trouble de la vision de près mais c'est le cas pour 85 % des personnes de 65 ans ou plus. 96 % recourent à une correction, mais celle-ci est de moins en moins souvent jugée efficace par les personnes au fur et à mesure qu'elles avancent en âge, puisque 11 % de gêne résiduelle sont mentionnées par les personnes de 65 à 84 ans et près de 27 % des personnes de 85 ans ou plus. Les difficultés pour voir de loin sont beaucoup moins fréquemment déclarées : elles concernent 16 % des personnes de 18 ans ou plus, mais 25 % de celles qui sont âgées de 65 à 84 ans et 39 % de celles qui ont plus de 84 ans. Les taux de correction sont élevés (95 %) mais l'efficacité en est jugée un peu moins bonne que pour la vision de près (90 % contre 92 %), notamment pour les personnes âgées de 65 à 84 ans (efficacité de la correction pour 82 % des personnes de cette classe d'âge) et de 85 ans ou plus (seulement 61 %). Ce sont les femmes et les personnes les plus âgées, et, à âge et sexe identique, les personnes ayant un niveau d'études peu élevé, qui déclarent le plus de difficultés de vision résiduelles après correction. Les difficultés d'audition sont moins fréquentes que celles liées à la vision mais ne sont cependant pas négligeables (11 %), y compris avant 45 ans. Entre 65 et 84 ans, 28 % des personnes déclarent de telles gênes et elles sont 52 % à partir de 85 ans. Le recours aux corrections auditives est beaucoup moins répandu (moins de 20 %) et leur efficacité est jugée beaucoup moins bonne que les corrections visuelles (moins de 60 % d'efficacité). Les femmes ont moins de gêne pour entendre que les hommes et, plus souvent appareillées, elles ont aussi moins de gêne résiduelle. Le niveau d'études intervient également tant dans la prévalence des troubles auditifs déclarés que dans l'efficacité de leur compensation.

En France, 25 % des femmes de 65 ans et 50 % des femmes de 80 ans seraient atteintes d'ostéoporose. On ne dispose pas d'estimation pour la population masculine. L'ostéoporose est caractérisée par une fragilité excessive du squelette, due à une diminution de la masse osseuse et à l'altération de la micro-architecture osseuse. Elle est fréquente chez les femmes après la ménopause car la masse osseuse diminue avec l'âge et avec la carence en hormones féminines (œstrogènes). L'**ostéoporose** est une affection « silencieuse », qui ne se manifeste pas en tant que telle. Par conséquent, le diagnostic est souvent établi lors de la survenue de fractures, notamment celles du col du fémur qui concernent des femmes dans environ 80 % des cas. Ces fractures constituent la conséquence la plus grave de l'ostéoporose et une source majeure de handicaps et d'incapacités. Le risque de mortalité après fracture de l'extrémité supérieure du fémur est augmenté en particulier chez les personnes âgées. Une part importante de ces fractures est évitable, ce qui justifie les actions de prévention à tous les âges de la vie. Chez les personnes âgées, la prévention des fractures repose également sur la prévention des chutes (les chutes représentent 84 % des accidents de la vie courante chez les femmes de 65 ans ou plus) et par des stratégies de réduction des incapacités chez les personnes âgées. Les fractures du col du fémur ont motivé près de 77 000 séjours hospitaliers en soins de courte durée MCO en 2007 pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Ces séjours ont concerné des femmes dans près de huit cas sur dix. Les taux standardisés d'hospitalisation ont décliné d'en moyenne 1,3 % par an entre 1997 et 2007 pour les hommes et de 1,9 % pour les femmes. En 2007, la Guadeloupe et la Martinique ont enregistré des taux standardisés d'hospitalisation très inférieurs à la moyenne nationale.

Pour les **personnes de 65 ans ou plus, les chutes** constituent une part très importante (plus de 80 %) des accidents de la vie courante. Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs liés à la personne (instabilité) et les facteurs liés à l'environnement (escaliers, tapis). L'épidémiologie des chutes est mal connue, peu d'enquêtes permettent d'en rendre compte. En France métropolitaine, en 2005, 24 % des personnes de 65 à 75 ans déclaraient en effet être tombées au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, en 2004, en France métropolitaine, on estimait à 450 000 le nombre de chutes avec recours aux urgences hospitalières, soit une incidence annuelle de 4,5 %. Toujours en France métropolitaine, on enregistre 4 385 décès à la suite d'une chute, en 2004, chez les personnes de 65 ans ou plus (excluant les décès à la suite d'une fracture sans autre indication), ce qui correspond à un taux de mortalité standardisé de 36,5 pour 100 000, globalement stable entre 2000 et 2004.

■ DES DISPARITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES PERSISTENT

À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liés 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. Ces disparités sont liées à un ensemble de facteurs combinés, qui tiennent à des différences tant en matière d'exposition aux risques que d'environnement ou de comportements socioculturels.

Ces inégalités commencent dès le plus jeune âge : les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, 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. Si des évolutions favorables peuvent être observées dans toutes les catégories sociales pour l'état de santé bucco-dentaire, les inégalités persistent. Pour la surcharge pondérale, elles s'aggravent. Ainsi la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de 10-11 ans dont le père est cadre ou de profession intellectuelle supérieure a diminué, passant de 12,8 % (dont 1,3 % d'obèses) en 2001-2002 à 7,4 % (dont 0,6 % d'obèses) en 2004-2005. En revanche, chez les enfants dont le père est ouvrier, la prévalence de la surcharge pondérale est restée stable (23,3 % en 2001-2002 et 24,5 % en 2004-2005) et la prévalence de l'obésité a augmenté de 5,1 % à 6,1 % au cours de la même période. L'écart entre les cadres et les ouvriers s'est ainsi accru : on dénombre dix fois plus d'enfants obèses chez les ouvriers que chez les cadres, contre quatre fois plus en 2002.

Ces inégalités perdurent chez les adultes. Ainsi, les adultes en surcharge pondérale, et plus spécifiquement le nombre des obèses, ont été en forte croissance 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 et les disparités sociales semblent s'accroître.

Les inégalités sociales de mortalité sont également importantes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 7 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. De plus, si les disparités restent stables pour les femmes, elles tendent à se creuser pour les hommes. 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.

Cependant, certains dispositifs comme le dépistage organisé pourraient contribuer à la réduction des inégalités de santé. La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein en France date de mars 2004. Dans les enquêtes en population générale, la proportion de femmes déclarant avoir réalisé une mammographie dans les deux ans est un peu inférieure à 80 % mais elle a augmenté de 14 % entre 2000 et 2008 et les écarts entre les classes d'âge se sont atténués. Ainsi, si dans les classes sociales les moins favorisées, le taux de couverture est plus faible, les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement.

Les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation précaire. En matière d'accès aux soins, des obstacles financiers peuvent toutefois persister. En 2008, 15 % des personnes adultes de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois (13 % en 2004). Les renoncements sont toujours concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge du ménage sont les plus importantes. Ainsi, 47 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes et 12 % les soins de spécialistes. Ce renoncement est plus fréquent pour les femmes (18 %) que pour les hommes (12 %). L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement.

Quand les données régionales ou départementales existent, on constate des différences territoriales sensibles en matière de mortalité comme de morbidité pour beaucoup de problèmes de santé. Pour la mortalité évitable, par exemple, il existe un gradient nord-sud, particulièrement marqué pour les hommes, les régions du sud de la France connaissant une situation plus favorable. Ces disparités, qui sont en partie liées à des différences territoriales de structures démographiques ou sociales, témoignent toutefois de besoins de santé différenciés. Des disparités existent également entre la métropole et les départements d'outre-mer.

Ces disparités suggèrent que, pour certains groupes de population et certaines pathologies, des améliorations sont possibles en matière d'état de santé, grâce à une action sur ses déterminants. Ceux-ci sont notamment d'ordre comportemental (alcoolisme, tabagisme, sédentarité, habitudes alimentaires, prises de risques, etc.), liés à des expositions dans la vie quotidienne et en milieu de travail (environnement chimique [pollution, etc.], physique [bruit, travaux pénibles, etc.], biologique [bactéries, virus, etc.], social [stress, etc.]) ou liés à l'environnement socioculturel des personnes. Ces déterminants, qui sont parfois multiples, sont souvent connus pour les différentes pathologies et peuvent faire l'objet d'actions de prévention qui pourront permettre de diminuer la fréquence d'apparition ou la sévérité des maladies. L'amélioration des prises en charge des problèmes identifiés peut également permettre d'éviter ou de retarder les incapacités liées aux problèmes de santé et d'améliorer la qualité des soins et les conditions de vie des patients.

■ LA CONSOMMATION D'ALCOOL DIMINUE, MAIS SON USAGE À RISQUE RESTE ENCORE TRÈS IMPORTANT SURTOUT CHEZ LES HOMMES

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 consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus a diminué entre 1999 et 2008, pour atteindre une baisse proche de 15 % en neuf ans. Après une certaine stabilisation entre 2005 et 2007, le niveau de consommation d'alcool a de nouveau nettement chuté en 2008. Cette diminution s'inscrit dans le prolongement d'une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin. Cependant, la France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool mais elle ne se situe plus en tête du classement.

Environ un tiers des Français âgés de 18 ans ou plus déclarent avoir une consommation d'alcool considérée à risque. Ce risque concerne trois fois plus les hommes que les femmes. La prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année a augmenté entre 2002 et 2008, passant de 29 % à 31,6 %. Les évolutions observées sont à rapporter à un accroissement du risque d'alcoolisation chronique chez les hommes (de 12 % à 14 %) et à un accroissement du risque ponctuel chez les femmes (de 12 % à 15 %). En 2008, les artisans-commerçants, les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés sont les plus exposés au risque d'alcoolisation excessive chronique pour les hommes. En revanche, ils sont les moins concernés par le risque d'alcoolisation excessive ponctuel, alors que les autres catégories sont touchées dans des proportions supérieures. Pour les femmes, la proportion de cadres qui déclarent une consommation à risque ponctuel est très élevée. Les femmes cadres présentent également le risque d'alcoolisation chronique le plus élevé. Toutefois, l'élévation du niveau de diplôme et de la catégorie sociale rapproche la consommation régulière d'alcool des hommes et des femmes.

■ LE TABAGISME EST L'UN DES PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE LES PLUS IMPORTANTS DE PAR SES RÉPERCUSSIONS SUR LA MORTALITÉ ET LA MORBIDITÉ

En 2008, 22 % des femmes et 30 % des hommes de 18-74 ans déclaraient fumer habituellement. La prévalence du tabagisme quotidien est globalement en baisse depuis quelques années, mais est relativement stable pour les femmes depuis les années 1980. En 2003, environ 2 femmes enceintes sur 10 déclaraient fumer tous les jours au troisième trimestre de leur grossesse, mais cette proportion avait diminué depuis 1995. Les femmes jeunes, moins diplômées, qui résident en métropole apparaissent davantage concernées par ce comportement. La réédition de l'enquête périnatale devrait permettre de connaître les évolutions de cet indicateur jusqu'en 2010.

Plus encore que l'alcool, et souvent en association avec lui ou avec certaines expositions professionnelles, le tabagisme est responsable d'un nombre très élevé de cancers, notamment les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures. Ces deux cancers induisent plus de 13 % de la mortalité avant 65 ans (15,4 % pour les hommes). En 2006, 29 800 décès par tumeur du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ont été recensés en France. Ils concernent les hommes dans près de 80 % des cas mais le tabagisme féminin s'est développé au cours des dernières décennies et le taux de décès standardisé s'est accru, en particulier pour les femmes de moins de 65 ans (+125 % entre 1990 et 2006), alors qu'il a diminué dans le même temps pour les hommes (-17 %).

Le tabac est également à l'origine de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, athérosclérose, artérites, etc.) dont l'impact est certainement considérable, notamment pour la qualité de vie des personnes. L'arrêt du tabagisme apparaît plus fréquent pour les fumeurs consommant de petites quantités de cigarettes car ils sont aussi les moins dépendants.

Le tabagisme passif a par ailleurs été identifié depuis quelques années comme un problème spécifique de santé publique. Le décret du 15 novembre 2006 interdit totalement de fumer dans l'enceinte des établissements scolaires et de santé. Pour le milieu professionnel et les lieux de loisirs, la réglementation est devenue très contraignante, autorisant seulement le tabac dans des « salles fermées et ventilées ». Selon les données disponibles avant la date de mise en application du nouveau décret, la protection des non-fumeurs n'était toujours pas garantie et son application restait très inégale selon les lieux. En avril 2006, la proportion d'établissements de santé sans tabac était estimée à 24 %. À l'hiver 2006, 40 % des lycées français, privés et publics interdisaient aux élèves de fumer, contre 14 % des établissements quatre ans auparavant.

Les informations existantes sur l'exposition à la fumée dans les lieux publics apportent d'autres éclairages sur l'application effective de la loi. Le décret de 2006 paraît avoir radicalement modifié l'exposition au tabac dans les lieux destinés à un usage collectif. Désormais, les lieux de travail apparaissent effectivement comme des lieux sans fumée de tabac : alors qu'au mois de janvier 2007, seules 45 % des personnes concernées déclaraient ne jamais être en contact avec la fumée des autres sur leur lieu de travail, elles étaient 79 % en avril 2008. De façon plus spectaculaire pour les lieux de convivialité que sont les bars, cafés, pubs, hôtels, restaurants et discothèques, le décret d'interdiction a nettement fait évoluer l'exposition au tabagisme des autres.

■ LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ CHEZ LES ADULTES CONTINUENT DE PROGRESSER

Compte tenu des déséquilibres nutritionnels, liés à la fois à des excès dans l'alimentation et à un environnement marqué par une augmentation des comportements sédentaires et un manque d'activité physique, l'excès de poids est associé à un risque important de maladies chroniques, diabète et maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, etc.). Le Programme national nutrition santé (PNNS) propose une politique nutritionnelle qui concerne aussi bien les apports (l'alimentation) que les dépenses énergétiques (l'activité physique). Neuf objectifs nutritionnels prioritaires ont été définis, complétés par dix objectifs « spécifiques ». Ces objectifs précis et quantifiés sont déclinés également dans les objectifs du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique de 2004. Le rapport de l'IGAS¹ juge que le PNNS-2 a rempli de manière plutôt satisfaisante les objectifs qui lui ont été assignés en termes de promotion des bons comportements alimentaires. L'une de ses limites résiderait cependant dans sa déclinaison opérationnelle, ce programme restant essentiellement incitatif.

La prévalence de la **surcharge pondérale** (surpoids et obésité) augmente partout dans le monde occidental. En France, le nombre de personnes en surcharge pondérale, et plus spécifiquement le nombre d'obèses, a été en forte croissance pendant les années 1990 dans la population adulte. Les évolutions plus récentes montrent un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité; pour autant, celle-ci continue de progresser, notamment chez les femmes et les disparités sociales semblent s'accroître.

L'obésité, mesurée par des données déclaratives de poids et de taille, concerne en 2009 13,9% des Français pour les hommes de 18 ou plus et 15,1% pour les femmes (enquête Obépi). Le surpoids touche près de deux hommes sur cinq et un peu plus d'une femme sur quatre. L'augmentation relative de l'obésité entre 2006 et 2009 a été identique pour les hommes et les femmes. Il convient cependant de souligner que l'augmentation de la prévalence de l'obésité dans notre pays n'est pas forcément synonyme d'échec des politiques de santé publique. En effet, l'obésité augmente avec l'âge et aujourd'hui ce sont les générations nées après la Seconde Guerre mondiale, ayant vécu dans une situation de relative abondance depuis leur enfance, qui arrivent à des âges qui contribuent le plus au nombre d'obèses dans notre pays.

Outre la quantité des apports caloriques, la **qualité des aliments et l'exercice physique** ont des répercussions sur la santé des individus. Une consommation suffisante de fruits et légumes et des apports modérés en sel sont ainsi, d'après les études épidémiologiques, favorables à une diminution de certaines maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète notamment).

La consommation moyenne de sel en France était de l'ordre de 9 à 10 g/j en 2000 pour un objectif fixé par la loi de santé publique de 8 g/j. Les apports en sel provenant de l'alimentation (hors sel ajouté à domicile) ont diminué de 5% entre 1999 et 2006. Les achats de fruits par personne ont augmenté entre 2000 et 2006. En 2006-2007, un tiers des adultes consommaient moins de 3,5 fruits et légumes par jour et près de 60% en consommaient moins de 5 par jour, seuil correspondant au repère de consommation du PNNS. D'après les données de consommation individuelles disponibles, la faible consommation de fruits et légumes semble diminuer depuis le début des années 2000, chez les hommes comme chez les femmes. Si ces consommations varient relativement peu selon le sexe, elles varient très fortement selon l'âge (les plus jeunes étant très fréquemment de petits consommateurs de fruits et légumes), le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle. Des analyses spécifiques montrent que les disparités de consommation concernent plus les légumes que les fruits.

Selon les données issues des enquêtes déclaratives en population générale réalisées depuis 2005, entre 6 et 8 adultes sur 10, hommes ou femmes, pratiquent l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité au moins modérée au moins cinq fois par semaine. Ils sont globalement entre 2 et 5 sur 10 à pratiquer une activité physique de niveau « élevé ». La prévalence de la pratique d'une activité physique varie selon son intensité avec le sexe, l'âge et la profession et catégorie socioprofessionnelle. La pratique habituelle d'une activité sportive varie également selon le sexe et la PCS.

■ LES CONDITIONS DE TRAVAIL PEUVENT AVOIR SUR L'ÉTAT DE SANTÉ UN RETENTISSEMENT PLUS OU MOINS IMPORTANT SELON LES TYPES D'ACTIVITÉ

Même s'ils sont loin de couvrir le champ très large de la santé au travail, quatre indicateurs de la loi de santé publique de 2004 permettent de suivre dans le temps la répercussion des conditions de travail sur la santé publique : ces indicateurs concernent les accidents routiers mortels liés au travail, les contraintes articulaires, le bruit et l'exposition aux agents cancérogènes.

En 2007, 526 décès dus à des **accidents routiers liés au travail** ont été reconnus par la CNAMTS ou la CCMSA : accidents de trajet dans 7 cas sur 10 et accidents de travail à proprement parler (survenus sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur) dans 3 cas sur 10. La diminution relative des décès par accidents routiers de mission et de trajet relevée entre 2002 et 2007 est à mettre en parallèle avec celle de l'ensemble des décès routiers comptabilisés par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR).

1. Jourdain Menninger D., Lecoq G., Guedj J., Boutet P., Danel J.-B., Mathieu G., 2010, « Évaluation du deuxième programme national nutrition santé 2006-2010 », *Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)*, Conseil général de l'agriculture, de l'alimentation et des espaces ruraux, mai.

Les **contraintes articulaires** en milieu de travail sont potentiellement responsables d'une grande partie des pathologies ostéo-articulaires, pathologies les plus fréquemment déclarées par les personnes d'âge actif après les troubles de la vision. Elles sont estimées à partir du travail répétitif (répétition de gestes à une cadence élevée) de plus de 20 heures par semaine qui concernait près de 7 % des salariés en 2003. Par ailleurs, en 2005, 34 % des salariés, soit un peu plus de 7 millions, déclaraient devoir « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue » pendant leur travail. Ces indicateurs de pénibilité au travail sont d'autant plus souvent déclarés que les personnes sont plus jeunes. Ils sont plus fréquents chez les ouvriers et sont très différents selon les secteurs d'activité : ce sont les secteurs de l'agriculture, avec une forte augmentation entre 1998 et 2005 (66 % à 71 %), et de la construction (64 %) qui exposent le plus leurs salariés à ce type d'effort.

L'exposition chronique à des niveaux sonores importants peut être responsable de surdité et augmenterait la prévalence de certaines maladies, en particulier cardiovasculaires. En 2003, plus d'un salarié sur quatre soumis à un niveau de **bruit** de plus de 85 dB pendant plus de 20 heures par semaine n'avait pas de protections auditives à sa disposition. 700 000 salariés, soit 3,3 % des salariés, déclarent ne pas entendre une personne située à deux ou trois mètres d'eux lorsqu'elle leur adresse la parole, ces chiffres restant stables depuis 1998. Les hommes sont plus exposés que les femmes à des niveaux de bruit importants, mais les femmes exposées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de protections auditives. Les différentes catégories professionnelles ne sont pas toutes concernées de la même façon, les ouvriers étant la catégorie la plus touchée. Ce sont le secteur industriel et l'agriculture qui soumettent le plus leurs salariés aux nuisances sonores intenses.

En 2003, 1,1 million de salariés étaient en outre **exposés à des produits cancérigènes** classés en catégorie 1 ou 2 par l'Union européenne. Ce sont des produits répandus principalement dans l'industrie et la construction, auxquels sont surtout exposés les hommes ouvriers. De 30 % à 46 % des salariés exposés ne bénéficient d'aucune protection ni collective ni individuelle. Ces données témoignent donc de l'importance de l'exposition des personnes en milieu de travail, de l'inégalité entre secteurs d'activité et de la nécessité du développement ou du respect de mesures de prévention pour diminuer l'incidence de pathologies fréquentes.

■ LES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX SONT DES ENJEUX DE SANTÉ DE MIEUX EN MIEUX PERÇUS DONT L'ÉTUDE ET LA SURVEILLANCE SONT EN PLEIN ESSOR

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

La **qualité de l'air** a été assez récemment reconnue comme un enjeu de santé publique majeur, tant pour l'air extérieur que pour celui des locaux d'habitation et de travail. De nombreuses études épidémiologiques récentes ont montré que même des niveaux relativement faibles de pollution ont des effets à court terme sur la santé. Les polluants traceurs communément mesurés par les réseaux de surveillance de la pollution atmosphérique sont le dioxyde de soufre (SO₂), les fumées noires ou particules de moins de 10 micromètres de diamètre (PM₁₀), le dioxyde d'azote (NO₂) et l'ozone (O₃). Au cours de la période 2000-2008, les concentrations de particules atmosphériques (PM₁₀) sont restées stables en France. On constate même en 2007 une augmentation des niveaux de PM₁₀ en raison d'épisodes de pollution assez exceptionnels. Les concentrations moyennes de NO₂ sont également restées assez stables avec une légère tendance à la baisse, celles de SO₂ sont maintenant extrêmement faibles. En revanche, les niveaux moyens d'ozone ont enregistré une augmentation régulière entre 2000 et 2006. Ils sont en très légère baisse depuis 2007. L'objectif de réduction des concentrations de particules en suspension ne sera donc pas atteint, alors qu'une évaluation de l'impact à long terme sur la mortalité de l'exposition chronique aux PM_{2,5} dans neuf villes françaises confirme que le bénéfice sanitaire d'une diminution des niveaux d'exposition pourrait être tout à fait substantiel (environ 1 500 décès annuels potentiellement évitables dans les neuf villes en cas de réduction de 5 µg/m³ des concentrations de PM_{2,5}).

La surveillance de la **qualité de l'air intérieur** en est à ses débuts et on ne dispose pas d'indicateur global. Deux gaz toxiques sont cependant bien identifiés et surveillés : le radon et le monoxyde de carbone (CO). Le radon est un gaz radioactif présent à l'état naturel dans certaines zones géologiques et qui peut être à l'origine de cancers du poumon. D'après une récente évaluation des risques, entre 5 % et 12 % des décès par cancer du poumon observés chaque année en France seraient attribuables à l'exposition domestique à ce gaz radioactif. Il se concentre dans les locaux d'où il pourrait être évacué par une ventilation efficace. Pour la campagne 2007-2008, les mesures du **radon** dans les établissements ouverts au public ont montré qu'environ 21 % des établissements contrôlés étaient au-dessus du seuil d'action fixé à 400 Bq/m³. Actuellement, ces campagnes continuent dans le but de couvrir l'ensemble des établissements ouverts au public des départements prioritaires.

Les décès par **intoxication au monoxyde de carbone (CO)** constituent la première cause de mortalité par

inhalation toxique en France. Cette intoxication est due à des appareils de chauffage mal réglés et à une mauvaise ventilation des locaux. Le nombre annuel de décès par intoxication au CO (hors incendies et suicides) est passé de près de 300 cas à la fin des années 1970 à une centaine de cas entre 2000 et 2004, correspondant à une diminution des taux de mortalité annuels de plus de 75 % en 20 ans. En 2006, le taux brut de mortalité était de 0,14 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine.

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 directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et à l'avenir des agences régionales de santé (ARS). La **qualité de l'eau** de consommation est globalement satisfaisante au regard de ces normes mais elle doit être améliorée dans les réseaux de petite taille. Par ailleurs, on constate une dégradation continue de la qualité de l'eau dans le milieu naturel (cours d'eau, nappes phréatiques). À cet égard, le Plan national santé-environnement (PNSE) de 2004 a retenu comme un axe prioritaire l'accélération des procédures de protection des captages et la limitation des rejets polluants. La proportion de la population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme au cours de l'année pour les paramètres microbiologiques a diminué de 5 points entre 2000 (8,8 %) et 2008 (3,8 %) et de 1,3 point depuis 2003 (5,1 %). Cette tendance à l'amélioration semble durable et traduit les efforts faits par les responsables de la distribution d'eau et les services de l'État pour améliorer la qualité de l'eau de la distribution publique. S'agissant des pesticides, la situation en 2008 montre une évolution favorable par rapport à 2007, mais la proportion de la population alimentée par l'eau en permanence conforme reste inférieure à celle de 2006.

L'intoxication par le plomb, ou **saturnisme**, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. 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 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. L'enquête de prévalence réalisée par l'InVS en 2008-2009 a permis de constater que l'objectif fixé par la loi de santé publique a été largement atteint (voir plus haut).

Les effets des températures extrêmes sont, depuis la canicule de l'été 2003, pris en compte. Les systèmes de surveillance et les mesures de prévention semblent avoir eu des effets certains, si l'on en juge par la surmortalité très réduite enregistrée au cours de l'épisode caniculaire de juillet 2006.

D'autres préoccupations de santé publique liées à l'environnement sont maintenant bien identifiées mais on ne dispose pas encore de données de suivi les concernant. Il s'agit plus particulièrement des problèmes de pollution autour des sites industriels, de l'exposition chronique aux produits chimiques (pesticides, dioxine, métaux lourds) et de leur rôle dans la survenue de cancers, de troubles de la reproduction ou troubles endocriniens, de l'exposition au bruit, etc. Ces problèmes font l'objet de surveillance et de mesures préventives de la part des ministères de la santé et de l'environnement ainsi que des agences sanitaires concernées et sont pris en compte dans le Plan national santé-environnement.

■ LES MALADIES INFECTIEUSES SONT ENCORE RESPONSABLES D'UNE GRANDE PARTIE DE LA MORBIDITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DES RÉSISTANCES BACTÉRIENNES AUX ANTIBIOTIQUES RESTE PRÉOCCUPANT

L'un des déterminants de la santé le mieux et le plus anciennement connu est l'exposition aux agents infectieux. Les bactéries et virus sont transmis par l'eau ou l'alimentation (eaux de boisson ou de baignade), l'air (notamment dans les transmissions interhumaines), de façon mixte (aérosols pour la légionellose) ou par d'autres modes (contacts en milieu hospitalier). Les maladies infectieuses sont encore responsables d'une grande partie de la morbidité : le plus souvent banales, notamment chez l'enfant, elles peuvent prendre un caractère plus dramatique pour certaines personnes fragilisées (personnes âgées, atteintes de maladies chroniques, etc.) ou pour certains agents infectieux. La loi de santé publique a prévu, outre le suivi de la couverture vaccinale de la population, celui de quatre maladies infectieuses : la légionellose, la tuberculose, le sida et le groupe des infections sexuellement transmissibles. Elle témoigne aussi de la préoccupation concernant l'importance grandissante des résistances bactériennes aux antibiotiques.

La **légionellose**, maladie bactérienne transmise par voie respiratoire, a été identifiée en 1976. L'agent infectieux, présent dans le milieu naturel, se multiplie très facilement dans les réseaux d'eau et peut être inhalé lorsqu'il se retrouve en suspension dans l'air : douches, jets d'eau, fontaines, certains systèmes de climatisation. La mortalité qui lui est attribuable concerne particulièrement les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, tabagiques, alcooliques, diabétiques, patients atteints de maladies respiratoires chroniques, etc.), mais reste faible (de l'ordre d'une centaine de cas annuels). L'incidence observée en France métropolitaine est de

2,0 cas de légionelloses déclarées pour 100 000 habitants en 2008. Après une augmentation régulière entre 1997 et 2005, les données de la déclaration obligatoire montrent que la diminution de l'incidence de la légionellose en France amorcée depuis 2006 se poursuit en 2008. Cette baisse peut être attribuable en partie aux nombreux efforts réalisés pour la maîtrise du « risque légionelle ». L'augmentation observée entre 1997 et 2005 était peut-être plutôt due à l'amélioration de la surveillance ou du diagnostic qu'à une augmentation réelle des expositions aux légionelles. Il convient toutefois d'être prudent quant à l'interprétation de ces tendances qui devront être confirmées ces prochaines années. L'incidence qui apparaît élevée en comparaison avec la moyenne européenne (1,2 pour 100 000 en 2008) peut ainsi être mise au compte d'une meilleure performance du système de surveillance (diagnostic et déclaration). Le renforcement de la réglementation nationale et européenne devrait favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et contribuer ainsi à éviter l'apparition de cas groupés.

La **tuberculose** fait partie des maladies à déclaration obligatoire. L'incidence globale de la tuberculose a continué à diminuer au cours de la dernière décennie, passant de 11,5 nouveaux cas pour 100 000 habitants en 1997 à 8,9 pour 100 000 en 2007. Plus que sur l'incidence globale, l'objectif de la loi de santé publique porte sur la « réduction de l'incidence de la tuberculose dans les groupes et zones plus exposés ». La situation épidémiologique s'avère comparable à celle d'autres pays de l'Europe occidentale. Elle se caractérise par une stabilisation de l'incidence dans la population d'origine étrangère au cours des dernières années, une diminution dans la population de nationalité française ou née en France et une concentration des cas dans les zones urbaines. Cependant, les disparités sociodémographiques et géographiques restent importantes en 2007. L'incidence est 8 fois plus élevée pour les personnes nées à l'étranger, et la Guyane et l'Île-de-France restent identifiées comme des zones de plus forte incidence, avec des taux d'incidence respectifs de 23,3 et 18,4 pour 100 000 en 2007.

En mars 2007, le Comité technique des vaccinations et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France ont émis un avis recommandant la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG et un régime de recommandation forte pour les enfants les plus exposés. Le processus de décision a pris en compte les caractéristiques du vaccin BCG intradermique, son rapport bénéfice-risque, les enjeux éthiques et l'acceptabilité sociale du maintien ou de la suspension de l'obligation vaccinale. Le programme de lutte contre la tuberculose 2007-2009 et la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants avant leur entrée en collectivité devront faire l'objet d'une évaluation spécifique.

Le **sida**, maladie due à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) apparu dans les années 1980, 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. Le sida est devenu une maladie chronique dans la plupart des cas mais au prix de traitements souvent pénibles et coûteux. La procédure de déclaration obligatoire du sida existe depuis 1986 et celle de l'infection par le VIH depuis mars 2003. L'incidence du sida a diminué très nettement en 1996-1997, puis de façon plus modérée ensuite. En 2007, la baisse a touché de façon plus marquée les personnes dépistées mais non traitées par antirétroviraux, ce qui pourrait laisser supposer un recours au traitement plus précoce des personnes séropositives. Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH a diminué entre 2004 et 2007, de façon globale, et chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, qu'il s'agisse des personnes de nationalité française ou étrangère. Elle a par contre augmenté chez les homosexuels entre 2003 et 2006, ce qui peut s'expliquer par leur difficulté à adopter des comportements de prévention. Le nombre de découvertes de séropositivité chez les usagers de drogues injectables reste faible. Les régions les plus touchées sont les départements français d'Amérique, avec notamment la Guyane et dans une moindre mesure la Guadeloupe. La Martinique et l'Île-de-France sont touchées à des niveaux assez comparables. Au niveau national, le taux d'incidence du sida s'élève à 2,0 pour 100 000 en 2007 et la France reste un des pays du sud de l'Europe occidentale assez touché, mais moins que le Portugal ou l'Espagne.

Les indicateurs de suivi des **infections sexuellement transmissibles (IST)** sont en progression régulière depuis le début des années 2000. Bien que les hommes soient majoritairement concernés, le nombre de femmes affectées notamment par la syphilis et les gonococcies augmente, suggérant une transmission de ces infections dans la population hétérosexuelle. Dans ce contexte, les risques d'accélération de la transmission du VIH pour les hétérosexuels et de recrudescence de la syphilis congénitale existent. On observe une augmentation de la syphilis et des infections à *Chlamydiae trachomatis* en 2007. Cependant, l'augmentation des infections à *Chlamydiae trachomatis* pourrait s'expliquer par la politique d'incitation au dépistage. Quant aux infections à gonocoques, elles sont marquées pour les hommes comme pour les femmes par une progression en Île-de-France et une baisse dans les autres régions.

L'obtention et le maintien d'une bonne **couverture vaccinale** constituent des éléments clefs dans le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. 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 persistent des cas de poliomyélite, rendent le suivi de la couverture vaccinale des adultes indispensable.

En ce qui concerne les enfants, l'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour certaines maladies (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche). Elle doit en revanche être améliorée en particulier pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR). En ce qui concerne l'hépatite B, bien qu'encore trop faible et nettement moins bien réalisée que les autres, la couverture à 24 mois augmente à partir de 2005. Pour les adolescents et les adultes, la couverture vaccinale est encore insuffisante. Un effort tout particulier devrait être fait en direction des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B.

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 personnes de 65 ans ou plus, les professionnels de santé et celles atteintes de l'une des neuf affections de longue durée (ALD) pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe. En 2007-2008, le taux de vaccination contre la grippe de l'ensemble des personnes à risque est de 62 % : 64 % pour les 65 ans ou plus et 48 % pour les moins de 65 ans souffrant d'une des ALD donnant lieu à une prise en charge à 100 % de la vaccination. Globalement, ce taux est stable chez les personnes âgées de 65 à 69 ans alors qu'il augmente (+4 points) chez les moins de 65 ans en ALD et bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur. Le taux de vaccination des professionnels, susceptibles de transmettre la maladie à des personnes fragilisées, reste également insuffisant : 66 % pour les médecins généralistes, 31 % pour les infirmiers libéraux et 38 % pour les personnels de maison de retraite en 2004-2005.

Enfin, l'apparition de bactéries pathogènes résistantes aux antibiotiques et leur diffusion dans les populations humaines constituent un problème majeur en infectiologie depuis ces vingt dernières années. La loi de santé publique a ainsi fixé pour objectif de maîtriser les phénomènes de résistance aux antibiotiques. La maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé figure également parmi les objectifs du plan 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales.

Les **staphylocoques dorés** et les pneumocoques illustrent ces problèmes posés par la résistance aux antibiotiques. En 2007, la proportion de pneumocoques retrouvés en cas d'infections invasives graves (méningites, septicémies) et dont la sensibilité à la pénicilline est diminuée est de 31,9 % (contre 34 % en 2005, 43 % en 2003 et 47 % en 2001). La diminution la plus importante est observée pour les souches isolées de méningites pour l'enfant (33,6 % en 2007 contre 61,1 % en 2001). Ces proportions témoignent donc d'une évolution récente favorable mais restent encore préoccupantes. Les staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM) sont quant à eux surtout retrouvés en milieu hospitalier où une tendance à la baisse est également observée. Sur une cohorte d'établissements participant à la surveillance, l'incidence des SARM a diminué, tous types de séjours hospitaliers confondus, de 0,72 à 0,54 SARM pour 1 000 journées d'hospitalisation (-25 %) entre 2003 et 2007. Les données transmises au réseau européen EARSS par la France confirment cette tendance : la proportion de SARM au sein de l'espèce (souches isolées de bactériémies) est de 26 % en 2007 contre 33 % en 2001. Enfin, les données des enquêtes de prévalence des infections nosocomiales réalisées en 2001 et 2006 montrent une diminution importante de la prévalence un jour donné des patients infectés à SARM (-41 %). La limitation du recours aux antibiotiques est par ailleurs recherchée pour la maîtrise des phénomènes de résistance. Les consommations d'antibiotiques en milieu communautaire et hospitalier ont, à ce titre, été retenues comme indicateurs dans la loi de santé publique. En ville, la consommation d'antibiotiques a diminué de 14 % entre 2000 et 2007. À l'hôpital, cette consommation a fortement diminué de 1997 à 2006 et s'est stabilisée en 2007 : son niveau n'a jamais été aussi bas au cours de ces dix dernières années. Cependant, la France se place toujours parmi les pays européens consommant le plus d'antibiotiques en ville. Concernant l'hôpital, son rang en Europe reste à établir car la consommation de nombreux pays européens n'est pas encore connue avec précision.

■ LA PRÉVALENCE DES MALADIES CHRONIQUES EST EN AUGMENTATION, LEUR PRISE EN CHARGE COORDONNÉE SE DÉVELOPPE

Les **tumeurs** sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population, comptant pour près d'un tiers de l'ensemble des décès et 4 décès prématurés sur 10. En termes de morbidité, les cancers sont la deuxième cause de reconnaissance d'ALD après les maladies cardiovasculaires. Elles sont également l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation après 45 ans. Les hommes meurent deux fois plus de cancer que les femmes. Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles qui sont spécifique-

ment féminines (sein, utérus et ovaire), les taux de décès sont plus élevés pour les hommes. Pour la mortalité par tumeurs, les hommes sont également au sein de l'Europe dans une position plus défavorable que la moyenne des autres pays. On retrouve ici l'influence de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, mais aussi celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels.

La survie relative est le rapport du taux de survie observé pour chaque localisation parmi les personnes atteintes au taux de survie estimé dans la population générale de même âge et de même sexe. En France, la survie relative dépasse 50 % à 5 ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer. Ce constat global recouvre des disparités considérables entre les différents cancers. La survie à cinq ans est sensiblement plus élevée pour les femmes que pour les hommes qui ont généralement des cancers plus graves (respectivement 63 % et 44 %). La survie relative diminue avec l'âge en raison de la plus grande fragilité des sujets âgés, des stades de diagnostic plus évolués, de thérapeutiques utilisées moins agressives ou moins efficaces, mais aussi de la nature des tumeurs. À l'exception de quelques cancers, notamment le cancer du poumon, on observe une amélioration de la survie, due non seulement aux progrès thérapeutiques, mais aussi à une amélioration du diagnostic.

Le dépistage précoce de certains cancers permet notamment d'en diminuer la gravité. C'est le cas en particulier du cancer du sein et du col de l'utérus pour les femmes, du mélanome (cancer cutané) et du cancer colorectal.

Le **cancer du sein** est le premier cancer pour les femmes en termes de mortalité, avec en 2006 un taux de 25,4 décès pour 100 000, en diminution de 6 % par rapport à l'année 2000. C'est également le premier cancer en termes de mortalité prématurée chez les femmes (15,3 pour 100 000, en diminution de 10 % par rapport à l'année 2000). Son incidence est en augmentation. La moitié des nouveaux cas de cancer pour les femmes sont des cancers du sein. Le programme national de dépistage du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Le taux de participation au programme de dépistage organisé est en augmentation régulière. Calculé sur l'ensemble des départements, il est passé de 40,1 % en 2004, à 53,0 % en 2009. En 2008, la proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir eu au moins une mammographie au cours de leur vie est très élevée (92 %). La proportion de femmes déclarant avoir réalisé une mammographie dans les deux ans précédant l'enquête est plus faible, un peu inférieure à 80 % mais elle a augmenté de 14 % entre 2000 et 2008.

Entre 1980 et 2005, l'incidence du **cancer du col de l'utérus** n'a cessé de diminuer avec un taux de décroissance annuel de 2,9 %. Une meilleure couverture de ce dépistage pourrait permettre de diminuer encore l'incidence du cancer du col de l'utérus. En effet, on constate des disparités dans la pratique du dépistage selon l'âge, avec une diminution nette après 55 ans, et la catégorie socioprofessionnelle. Dans le futur, la vaccination contre les papillomavirus humains devrait également avoir un impact direct sur l'incidence du cancer de l'utérus et sur les modalités de dépistage.

Le **mélanome** est la plus grave des tumeurs cutanées. Entre 1980 et 2005, l'incidence du mélanome a augmenté régulièrement, avec un taux d'accroissement annuel de 4,7 % pour les hommes et de 3,4 % pour les femmes. Au cours de cette même période, la mortalité n'a pourtant augmenté que modérément : le taux de mortalité a augmenté en moyenne de 1,3 % pour les femmes et de 2,3 % pour les hommes. Ces évolutions disjointes d'incidence et de mortalité tendent à montrer qu'il y a de plus en plus de mélanomes à extension superficielle, de bon pronostic et accessibles à la détection précoce.

Le **cancer colorectal** est la troisième localisation de cancer la plus fréquente pour les hommes et la deuxième pour les femmes. Le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal, lorsque le taux de participation de la population est égal ou supérieur à 50 %. Un programme pilote proposant tous les deux ans un test Hémocult® aux personnes âgées de 50 à 74 ans a été expérimenté dans 23 départements. Sa généralisation décidée en 2005 a été effective en 2008. L'évaluation des campagnes du programme pilote sur 23 départements a montré un taux de participation de 42 % en 2007. Il était plus élevé chez les femmes (47 %) que chez les hommes (40 %).

La loi de santé publique préconise d'améliorer les conditions de la survie des patients atteints de tumeurs malignes, en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour tous les patients. Cette prise en charge est matérialisée dans le Plan cancer par la présentation du dossier du patient lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire, formalisée par un compte rendu. Des centres de coordination en cancérologie se mettent en place au sein des établissements chargés de la prise en charge du cancer. Ils visent à assurer la concertation et la pluridisciplinarité et plus particulièrement l'organisation et le fonctionnement de ces réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en articulation avec les réseaux régionaux de cancérologie. En 2007, le nombre de dossiers de malades enregistrés en RCP était de plus de 450 000, soit une augmentation de 20 % par rapport à 2006.

Le **diabète** constitue un important problème de santé publique en raison de l'augmentation de sa prévalence, de ses conséquences handicapantes sur la vie quotidienne mais aussi parce qu'il est à l'origine d'autres états

pathologiques. Les plus graves d'entre eux sont l'infarctus du myocarde, la cécité, l'insuffisance rénale chronique terminale, l'amputation d'un membre inférieur, le mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie pouvant conduire à l'amputation). En 2007, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline est estimée à près de 4 % en France, soit environ 2,5 millions de personnes. La France se situe ainsi dans la moyenne européenne. L'augmentation moyenne de la prévalence du diabète traité entre 2000 et 2005 est de 5,7 % par an parmi les assurés du régime général de l'assurance maladie. Dans les départements d'outre-mer, la prévalence du diabète traité est 1,5 à 3 fois supérieure à celle de la métropole. Ces chiffres élevés en outre-mer s'expliqueraient par des conditions socio-économiques difficiles, des modifications rapides du mode de vie (diminution de l'activité physique et modification des apports alimentaires) et un risque génétique élevé.

L'adéquation de la surveillance des personnes diabétiques aux recommandations de bonnes pratiques cliniques reste encore très insuffisante. En 2007, selon les types d'examen de surveillance, de 26 % à 80 % des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, alors que l'objectif est d'atteindre 80 % pour tous les examens. Les actes les moins fréquemment réalisés restaient le dosage de l'albuminurie (26 %), les trois dosages annuels d'hémoglobine glyquée (38 %), ainsi que l'électrocardiogramme (35 %). Toutefois, la fréquence de ces indicateurs a progressé, sauf la fréquence de l'examen ophtalmologique annuel, qui reste réalisé chez moins d'une personne diabétique sur deux en 2001 comme en 2007. Le niveau de risque vasculaire des personnes diabétiques de type 2 a diminué fortement grâce à l'intensification thérapeutique, mais demeure encore élevé.

Les complications du diabète sont pour certaines d'entre elles préoccupantes. Sur les 2,4 millions de personnes diabétiques traitées (par antidiabétiques oraux ou insuline) vivant en France métropolitaine en 2007, entre 400 000 et 480 000 auraient subi une complication coronaire, 94 000 auraient perdu la vue d'un œil et 7 000 seraient greffées ou dialysées. Entre 19 000 et 36 000 seraient amputées d'un membre inférieur et entre 55 000 et 240 000 personnes auraient un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé.

En 2006, le diabète est mentionné sur plus de 32 000 certificats de décès de personnes domiciliées en France. Entre 2001 et 2006, les taux de mortalité ont augmenté chez les hommes et la part du diabète dans la mortalité générale a augmenté quel que soit le sexe. Il existe des disparités géographiques similaires à celles de la prévalence du diabète : les taux de mortalité sont très élevés en outre-mer et élevés dans le nord et l'est de la métropole.

Le taux d'incidence annuel moyen standardisé et par million d'habitants de l'**insuffisance rénale chronique terminale** traitée dans les régions contribuant au réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN) est passé de 128,2 en 2002 (4 régions) à 139 en 2007 (18 régions). Dans les sept régions pour lesquelles des données sur les cinq années consécutives ont été recueillies, l'incidence standardisée n'a pas varié de manière significative. Ces résultats suggèrent une stabilisation de l'incidence, comme cela est constaté dans d'autres pays européens. Cette tendance qui reste à confirmer dans les années à venir, grâce à une couverture nationale du registre plus large, apparaît cependant de plus en plus crédible. Pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, les contraintes associées à la dialyse sont particulièrement lourdes. Leur qualité de vie est donc importante à prendre en compte. Des questionnaires de santé perçue permettent d'approcher cette notion. La qualité de vie des patients dialysés apparaît très altérée par rapport à celle de la population générale, et de façon plus marquée dans les dimensions à composante physique. La qualité de vie des patients greffés apparaît nettement meilleure que celle des patients dialysés. Pour les dialysés, l'absence de comorbidités cardiovasculaires, l'absence de handicaps, une mise en dialyse récente, les modes de dialyse favorisant l'autonomie des patients et une albuminémie supérieure à 35 g/l ont une influence positive sur la qualité de vie. Pour les patients greffés, la tolérance des traitements immunosuppresseurs a un impact important sur la qualité de vie. L'accès aux soins est un élément déterminant. Dans les régions pour lesquelles on dispose de données, la durée du trajet pour les malades se rendant en hémodialyse est en moyenne de 24 minutes. Pour 7,5 % des patients, la durée de trajet est supérieure à 45 minutes. Après un an de dialyse, 15,2 % des patients sont inscrits sur la liste nationale d'attente pour une greffe rénale (22,1 % à deux ans), avec de fortes variations selon l'âge et la présence ou non de comorbidités associées. Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale, la durée d'attente avant greffe a augmenté de manière significative : celle-ci est passée de 13,4 mois pour les patients inscrits entre 1993 et 1995 à 18,2 mois pour la cohorte 2002-2007, cette durée variant en fonction du groupe sanguin et de la présence d'anticorps anti-HLA.

Les **maladies de l'appareil circulatoire** constituent globalement la deuxième cause de décès en France après les cancers et sont la première cause de décès pour les femmes – c'est l'inverse pour les hommes. Plusieurs objectifs de la loi ont trait à la baisse des maladies cardiovasculaires en population générale, particulièrement les objectifs relatifs à la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité, des consommations de sel et d'alcool, et à l'augmentation de l'activité physique. Les **cardiopathies ischémiques** (infarctus du myocarde principalement) ont représenté à elles seules 26,7 % des décès cardiovasculaires en 2006. Entre

2000 et 2006, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de 24 %, alors que le taux standardisé des hospitalisations pour cette maladie a peu évolué (-3,5 % entre 2000 et 2006). En revanche, les taux standardisés de personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde ont nettement diminués (-16,4 % entre 2002 et 2006). La tendance à la baisse des décès par cardiopathies ischémiques s'inscrit dans le prolongement d'une tendance plus ancienne, ayant débuté à la fin des années 1970 pour les personnes de moins de 75 ans et au milieu des années 1990 pour les plus âgées. Ces évolutions sont attribuées aux améliorations progressives tant de la prévention primaire, individuelle mais aussi collective, que de la prise en charge des malades à la phase aiguë et de la prévention secondaire. Les **maladies cérébro-vasculaires** constituent également une cause importante de mortalité et de handicap. Les séquelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC) représenteraient la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte et la deuxième cause de démence. Les AVC ont motivé près de 99 000 séjours hospitaliers en 2006. Ils ont été la cause initiale de près de 32 700 décès en 2006, soit 6,3 % de l'ensemble des décès. Les données recueillies par le registre français des accidents vasculaires cérébraux indiquent que les taux standardisés d'incidence n'ont pas diminué entre 1985 et 2004. Cette stagnation est en partie liée à la plus grande sensibilité des moyens diagnostiques et, pour les dernières années, à l'élargissement de la définition des AVC. Les bases médico-administratives montrent toutefois une diminution des taux standardisés d'hospitalisations pour AVC entre 2000 et 2006 (-7,1 %), mais ne permettent pas de différencier les évolutions respectives des AVC incidents des récidives. La base de données sur les causes médicales de décès montre une diminution continue (et ancienne) des taux standardisés de décès pour maladies cérébrovasculaires (-47 % entre 1990 et 2006 et -24 % entre 2000 et 2006). Les disparités géographiques sont importantes ; les taux de décès par maladies cérébrovasculaires sont particulièrement élevés dans les départements d'outre-mer, particulièrement à la Réunion et en Guyane mais aussi dans les régions Nord - Pas-de-Calais, Bretagne, Lorraine et Haute-Normandie.

Le plan AVC 2010-2014 se décline en quatre axes stratégiques : développer la prévention et l'information, organiser une meilleure prise en charge au sein de filières AVC territoriales coordonnées, veiller à la qualité globale de la prise en charge et assurer le pilotage, le suivi et l'évaluation du dispositif. L'objectif en développant la prévention et l'organisation de véritables filières de soins pouvant accueillir tous les patients pour leur prodiguer les soins de qualité est à terme de réduire le poids social de cette maladie.

L'**insuffisance cardiaque chronique** est un syndrome hétérogène qui peut compliquer certaines pathologies cardiovasculaires (cardiopathies ischémiques, valvulaires, cardiomyopathies, hypertension artérielle, etc.) ou non (embolie pulmonaire, infection pulmonaire, anémie sévère, etc.). Elle évolue en dents de scie, avec des phases de décompensation aiguë qui représentent une cause fréquente d'hospitalisation des personnes âgées. Une part importante des réhospitalisations pour décompensation cardiaque pourrait être évitée par une prise en charge multifactorielle adaptée à la pathologie. Entre 2000 et 2006, le nombre de décès pour insuffisance cardiaque a diminué de 12 % et le taux standardisé sur l'âge de 20 %. Au cours de la même période, le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque a augmenté de 17 % et le taux standardisé d'hospitalisation de 2,7 %. L'insuffisance cardiaque a motivé 187 000 séjours hospitaliers en MCO en 2006. 17,4 % des personnes hospitalisées en 2006 ont été hospitalisées plusieurs fois dans l'année pour ce motif et ce chiffre est en augmentation depuis 2002.

L'**hypertension artérielle (HTA)** et l'**hypercholestérolémie** sont deux facteurs de risque cardiovasculaire majeurs et fréquents qui représentent une part importante des motifs de consultation après 45 ans, pour les hommes comme pour les femmes. 2006 est la première année pour laquelle des données sur l'ensemble du territoire sont disponibles. La prévalence de l'hypertension est estimée à 31 % entre 18 et 74 ans et il s'avère que la détection et le contrôle de l'HTA demeurent insuffisants, en particulier chez les hommes. En ce qui concerne l'hypercholestérolémie, les données des registres de cardiopathies ischémiques montrent une baisse sensible du niveau de cholestérol LDL dans la population en 10 ans (-6 %).

L'**asthme** est une affection aux origines multifactorielles pour laquelle la composante allergique, la sensibilité individuelle, l'environnement et le mode de vie sont en interaction. Les degrés de sévérité de cette affection sont très variables. Sa prévalence est élevée et elle augmente en France ainsi que dans les pays de niveaux de vie comparables. Sa prévention ne fait pas encore l'objet de recommandations précises mais il est avéré qu'une meilleure prise en charge de l'asthme évite les hospitalisations et est susceptible de réduire la mortalité. Globalement, on observe une diminution des taux annuels d'hospitalisation pour asthme entre 1998 et 2007 de près de 3 % par an. L'analyse par classe d'âge permet de nuancer ces résultats. Entre 2002 et 2007, les taux ont diminué chez les enfants âgés de 15 ans ou plus et chez les adultes, alors qu'ils ont augmenté chez les enfants les plus jeunes. La prévalence de l'asthme est estimée à près de 9 % chez les enfants en France. À cet égard, le contrôle et le traitement de l'asthme paraissent insuffisants : pour plus d'un tiers des enfants, l'asthme serait non contrôlé.

Les **maladies psychiques** recouvrent un continuum d'états pathologiques allant de troubles relativement mineurs ou n'apparaissant que sur une période limitée de la vie (dépression légère, trouble du comportement passager, etc.) à des états chroniques graves (psychose chronique) ou à des troubles aigus sévères avec

risques de passage à l'acte (suicide, mise en danger d'autrui). Ils sont également à l'origine d'altérations importantes de la qualité de vie à la fois pour le malade et pour son entourage. Première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle, leur répercussion économique est considérable, tant par le poids de ces pathologies au sein du système de soins que par leurs conséquences sur le travail et la vie sociale. 1,2 million de personnes vivant à domicile déclaraient à cet égard consulter régulièrement pour ces troubles en 1998 et près de 60 000 personnes étaient hospitalisées. Si, là encore, le développement des maladies résulte dans la plupart des cas de facteurs combinés (susceptibilité individuelle alliée aux conditions de vie), des mesures de prévention efficaces sont possibles mais le champ en est vaste : actions favorisant le bon développement de l'enfant, dépistage et prise en charge précoce des troubles notamment à l'adolescence, accès aux soins de santé mentale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, soutien de familles de malades mentaux, prévention en milieu de travail, etc. Les acteurs sollicités sont à la fois des professionnels de la santé et de l'action sociale.

Parmi ces maladies, les troubles anxieux et dépressifs et les démences ont un poids tout particulier en santé publique du fait de l'importance de leur prévalence : de l'ordre de 9 % pour les troubles anxieux caractérisés, de 6 % pour les épisodes dépressifs majeurs et de 7,5 % pour les démences sévères après 75 ans, soit 370 000 malades. Les fréquences des troubles dépressifs varient selon les enquêtes en fonction des instruments de mesure sur lesquels elles s'appuient mais sont assez convergentes. Environ 10 % des femmes et 6 % des hommes ont souffert d'un épisode dépressif dans les semaines ou dans l'année ayant précédé les enquêtes. Les objectifs spécifiques aux maladies psychiques retenus dans la loi de santé publique restent difficiles à évaluer dans l'état actuel de notre système d'information. Cependant, deux enquêtes récentes en population générale, mettent en évidence la proportion élevée de personnes pour lesquelles des troubles dépressifs ont été repérés par le questionnaire mais qui ne se sont pas rendus dans une structure de soin, n'ont pas consulté un professionnel de la santé ni suivi une psychothérapie : elles seraient entre 40 % et 62 %. Ici encore, les comportements sont différenciés : les hommes, les plus jeunes (18 à 24 ans), les ouvriers et les étudiants recourent moins aux soins pour des troubles comparables. Quand on compare la situation de la France avec celle de quelques pays européens portant sur l'utilisation des structures de soins de santé mentale par les personnes qui le nécessitent, elle se place cependant dans une position moyenne.

■ LES USAGERS DE PSYCHOTROPES PEUVENT VOIR LEUR ÉTAT DE SANTÉ AMÉLIORÉ PAR L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION ET LA PRÉVENTION

Les personnes ayant recours aux produits psychotropes notamment par voie injectable constituent un groupe à risque bien identifié. Les conséquences sociales de ces pratiques posent des problèmes spécifiques, mais c'est également sur leur état de santé que la loi de santé publique fait porter les efforts : accès aux traitements de substitution et suivi des contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)-sida. Le nombre d'usagers problématiques de drogues est d'environ 230 000 en 2006. Deux médicaments sont utilisés pour le traitement de substitution aux opiacés : la méthadone, dont la prescription ne peut être initiée actuellement que dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les établissements de soins, et la buprénorphine haut dosage (Subutex®), qui peut être prescrite par l'ensemble des médecins. En juin 2004, la conférence de consensus sur les traitements de substitution concluait notamment qu'une amélioration de l'accès à ces traitements était nécessaire et qu'il fallait en particulier faciliter l'accès à la méthadone.

En 2007, près de 83 200 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par Subutex® et 26 800 sous méthadone. Ainsi, selon la source de données utilisée, la méthadone serait utilisée dans environ un quart des traitements de substitution aux opiacés (contre 15 % en 2002). En 2004, les traitements de substitution par méthadone étaient en outre disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, le taux de prévalence du VHC chez les usagers de drogues se situe à un niveau beaucoup plus élevé que celui du VIH. Cette différence peut s'expliquer par un plus grand risque de transmission lors d'une exposition à du sang contaminé et une plus grande résistance du VHC en milieu extérieur. Ainsi le nombre de découvertes de séropositivité VIH pour les usagers de drogues est estimé à 130 en 2007, soit moins de 2 % de l'ensemble des découvertes. Le nombre annuel de cas de sida pour les usagers de drogues continue à diminuer. La prévalence du VIH a aussi diminué notamment pour les plus jeunes. L'ensemble de ces données tend à montrer que la réduction de la transmission du VIH pour les usagers de drogues se poursuit. Selon les données biologiques de l'enquête Coquelicot en 2004, 10,2 % des usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie ont une sérologie VHC positive. Les enquêtes déclaratives auprès des usagers semblent indiquer une tendance à la baisse depuis le début des années 2000.

■ DEUX PRÉOCCUPATIONS DONT LA PRISE EN COMPTE SE DÉVELOPPE : LES ÉTATS PATHOLOGIQUES PROVOQUÉS PAR LE SYSTÈME DE SOINS LUI-MÊME ET LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

L'**iatrogénie** est la survenue d'événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention. Elle est souvent due aux effets indésirables des médicaments ou aux

infections contractées en milieu hospitalier, encore appelées infections nosocomiales. La première enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS), réalisée en 2004 dans les unités de court séjour à l'exception des services d'obstétrique, est en cours de réédition (les résultats sont attendus pour le second semestre 2010). En 2004, on estime qu'entre 350 000 et 450 000 événements indésirables graves EIG sont survenus, soit 6,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation. L'iatrogénie due aux médicaments en particulier, peut être suffisamment grave pour nécessiter une hospitalisation. Sur l'ensemble des établissements de santé, la proportion de séjours motivés par des événements indésirables graves médicamenteux dans ces services était estimée à 2,8% et la proportion globale pour l'ensemble des services de médecine et chirurgie publics et privés à 1,6%. Pour les infections nosocomiales, les données de surveillance sont en faveur d'une diminution globale (-12%) de la prévalence des patients infectés entre 2001 et 2006. Chez les patients à faible risque infectieux et pour les interventions chirurgicales les plus fréquentes, l'incidence des infections du site opératoire a diminué entre 1999 et 2005. Ces résultats suggèrent un impact positif du programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

Les **douleurs chroniques rebelles** sont sources d'incapacités et de handicaps ainsi que d'altération majeure de la qualité de vie. Elles induisent une consommation de soins importante et de nombreux arrêts de travail. Elles sont fréquemment associées à des troubles psycho-sociaux. En 2008, près de 30% des personnes de 16 ans et plus déclarent des douleurs physiques d'une intensité importante et c'est le cas de près de 67% des personnes très âgées. Par ailleurs, 2 personnes sur 10 déclarent que ces douleurs physiques ont des répercussions importantes sur leur vie au travail ou domestique. En 10 ans (entre 1998 et 2008), la proportion d'hommes et de femmes déclarant souffrir fréquemment de douleurs sévères est restée stable chez les moins de 25 ans et les 25-64 ans, mais cette proportion semble augmenter pour les 65 ans ou plus, chez les hommes comme chez les femmes.

La douleur aiguë apparaît, quant à elle, mieux reconnue et traitée. Un exemple de ce constat est fourni par l'utilisation de péridurales ou de rachianesthésies lors de l'accouchement. Près de trois femmes sur quatre ayant accouché en 2003 ont bénéficié d'une péridurale ou d'une rachianesthésie. Elles étaient moins d'une sur deux en 1995. Des variations importantes sont cependant enregistrées selon le statut social (63,4% des femmes sans profession contre 82,9% des cadres). La pratique de la péridurale ou de la rachianesthésie diminue avec le nombre d'accouchements (83,8% lors de l'accouchement pour un premier enfant contre 55% pour un quatrième enfant). Par ailleurs, les personnes interrogées sur la prise en charge de douleurs au cours des 12 derniers mois, se déclarent dans leur ensemble satisfaites à plus de 80%. Enfin, entre 2002 et 2007, les médicaments de la douleur sont davantage prescrits dans leur ensemble et notamment les antalgiques opioïdes et les antalgiques antipyrétiques (en dehors de l'aspirine).

dossiers



Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé*

Muriel Moisy (DREES)

Ont collaboré à ce dossier : Anne-Marie Servant et Patrick Ambroise (DGS), François Beck, Arnaud Gautier, Romain Guignard, Christine Jestin, Nathalie Lydié, Colette Ménard, Jean-Baptiste Richard (INPES), Juliette Bloch, Christine Chan-Chee, Anne Fagot-Campagna, Katia Castetbon, Marie Jauffret-Roustide, Bertrand Thélot (InVS), Jean-Michel Costes (OFDT)

Représentant 13 % de la population française, les jeunes âgés de 15 à 24 ans se déclarent pour une grande majorité d'entre eux en « bonne » ou « très bonne » santé. Leur perception de la santé, proche de la notion de bien-être, reflète en partie leurs modes de vie, qui passent parfois par l'adoption de comportements à risque.

Selon l'enquête Escapad 2008, 30 % des jeunes de 17 ans déclarent fumer quotidiennement et 9 % consommer régulièrement de l'alcool, au moins dix usages au cours du dernier mois. Par ailleurs, 42 % des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté le cannabis et 7 % en consomment régulièrement. Les jeunes se sentent peu informés de tout ce qui a trait à l'équilibre alimentaire, malgré les nombreuses campagnes d'information menées par l'INPES. La prévalence de l'obésité chez les 15-24 ans continue d'augmenter, passant de 1,5 % en 1997 à 4 % en 2009 selon l'enquête Obépi. En outre, les inégalités sociales de santé en matière de surcharge pondérale s'accroissent, et ce dès le plus jeune âge. Autre enjeu majeur de santé publique, les questions liées à une sexualité non protégée ou mal protégée qui conduit, entre autres, à une hausse du nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) chez les mineures.

Ainsi, même si les jeunes vont bien, ces comportements à risque peuvent entraîner des conduites de rupture plus large avec la société. Favoriser l'autonomie des jeunes et leur accès aux soins et renforcer l'information auprès des adolescents et des jeunes adultes sont les deux axes retenus dans le plan Santé des jeunes annoncé en 2008 et complétés de mesures prises en faveur des jeunes dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » de juillet 2009.

Pourquoi s'intéresser à la santé des adolescents et des jeunes adultes, alors que plus de neuf sur dix se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé et que le « capital santé » est loin de constituer une priorité pour eux à cette période de la vie ?

Le rapport des jeunes à la santé est paradoxal. L'adolescence, voire l'adulthood pour ceux pour lesquels le chemin vers l'âge adulte s'allonge au-delà de la norme sociale, est pour la plupart d'entre eux une période de recherche de bien-être et de plaisirs instantanés. Ces expérimentations contribuent à l'équilibre des jeunes qui se sentent, pour une très grande majorité d'entre eux, en bonne santé. Toutefois, dans cette quête, certains transgressent les limites et multiplient les prises de risque. Pour devenir adulte, il faut s'essayer, se prouver à soi et aux autres, au risque de se mettre en danger physiquement et psychologiquement. Alcoolisation excessive, consommation de tabac et de substances psychoactives, troubles des conduites alimentaires, rapports sexuels non protégés : tous ces comportements et pratiques posent des questions de santé publique à court et plus long terme. Ces conduites peuvent avoir des répercussions immédiates sur la santé des jeunes (dépression, suicides, accidents) mais aussi et surtout entamer leur capital santé à l'âge adulte. Pour prévenir ces risques, la santé des jeunes a été placée au cœur du débat public : un plan Santé des jeunes a été annoncé en février 2008 (encadré 1 p. 47), complété de mesures dans la loi Hôpital, patients, santé, territoires en juillet 2009 (encadré 2 p. 48) et une Conférence biennale sur la santé des jeunes s'est tenue en octobre 2009.

Ce dossier est une synthèse des fiches réalisées pour cette première conférence biennale, lesquelles rassemblent les dernières données disponibles concernant les jeunes de moins de 25 ans à partir de résultats d'enquêtes de l'INPES, de l'InVS, de l'OFDT et de la DREES. Il explore la santé des jeunes au sens large, des comportements de santé et habitudes de vie jusqu'aux indicateurs de morbidité et mortalité. Les données s'appuient principalement sur : des enquêtes en population générale (baromètres Santé 2000 et 2005, Enquête santé et protection sociale 2006, etc.) ; des enquêtes thématiques (Enquête sur les interruptions volontaires de grossesse 2007, Enquête permanente sur les accidents de la vie courante 2004, etc.) et des enquêtes spécifiques aux jeunes (enquêtes de santé en milieu scolaire, enquête Entrée dans la vie adulte, qui suit un panel d'élèves entrés en classe de 6^e en 1995, etc.).

* Synthèse réalisée par la DREES à partir du dossier des participants à la Conférence biennale sur la santé des jeunes, organisée le 29 octobre 2009.

■ LA TRANSITION VERS L'ÂGE ADULTE

Qui sont les jeunes aujourd'hui en France ? Difficile de répondre à cette question tant le concept de « jeunesse » revêt un caractère paradoxal. D'un côté, la référence aux « jeunes » est banalisée et le qualificatif est repris comme tel dans la sphère sociale, économique et culturelle, avec des dispositifs qui les concernent et y font ouvertement référence (« emploi jeunes », « tarif jeunes », « carré jeune », « portail jeunes », « fil santé jeunes »). D'un autre côté, les définitions de la catégorie des « jeunes » en termes de tranches d'âge sont multiples, surtout depuis le début des années 1980, où la période de transition vers l'âge adulte s'allonge du fait du prolongement des études et de la difficulté à obtenir un emploi stable. Entre l'âge de la puberté (variable mais souvent compris entre 11 et 13 ans), l'âge légal pour se marier (15 ans pour une fille, 18 ans pour un garçon), l'âge légal pour travailler (16 ans), l'âge de la majorité civile (18 ans), l'âge de la décohabitation parentale ou encore celui des mères à l'arrivée du premier enfant, il est difficile de poser des bornes inférieures et supérieures. Les enquêtes ne recouvrent d'ailleurs pas toutes les mêmes tranches d'âge selon leur thématique. Ainsi, cette synthèse explore le plus souvent la santé des 15-24 ans mais se focalise parfois sur des « générations » – les jeunes entrés en 6^e en 1995, intégrés dans le panel de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) et interrogés sur leur santé en 2007 – ou sur des promotions scolaires, dans le cas des enquêtes de santé scolaires qui portent sur les adolescents qui étaient en classe de 3^e l'année 2003-2004.

Huit millions d'adolescents et de jeunes adultes. Au 1^{er} janvier 2009, 13 % de la population française est âgée de 15 à 24 ans, soit 8 millions d'adolescents et de jeunes adultes. Ils constituent à la fois un groupe à part au sein de la population, numériquement en recul depuis les années 1970 du fait de la baisse de la fécondité, et très hétérogène de par son environnement social et familial et son mode de vie. Sortis de l'enfance, sur la voie de l'autonomie mais encore loin de l'indépendance (Galland, 2009), ces jeunes doivent choisir un certain nombre d'orientations : identitaires et scolaires dès l'entrée dans l'adolescence, résidentielles, affectives ou enfin professionnelles plus tardivement. L'accès à un emploi ou à une formation professionnelle leur procurant des ressources financières stables constitue l'aboutissement de ce chemin vers l'âge adulte.

Trois jeunes sur quatre âgés de 15 à 24 ans vivent chez leurs parents. En 2007, 3,2 millions de garçons et 2,7 millions de filles vivent chez leurs parents, soit près des trois quarts des jeunes de 15-24 ans. Avant l'âge de 20 ans, ils sont même plus de 90 % (tableau 1). En revanche, entre 20 et 24 ans, la part des jeunes qui ne résident plus chez leurs parents dépasse 45 %, les filles davantage que les garçons (54 % contre 37 %) car elles sont aussi plus nombreuses à vivre en couple (30 % contre 15 %).

TABLEAU 1 • Mode de cohabitation des 15-24 ans selon le sexe en 2007

Proportion de jeunes (en %) déclarant habiter...	15-19 ans	20-24 ans
Femmes		
... chez les parents	89,3	45,6
... en dehors du domicile parental	10,7	54,4
<i>pas en couple</i>	8,8	24
<i>en couple non marié</i>	1,8	25
<i>en couple marié</i>	0,1	5,4
Hommes		
... chez les parents	92,4	62,8
... en dehors du domicile parental	7,6	37,2
<i>pas en couple</i>	7	21,9
<i>en couple non marié</i>	0,6	14,2
<i>en couple marié</i>	0	1,1
Ensemble		
...chez les parents	90,9	54,2
...en dehors du domicile parental	9,9	45,8
<i>pas en couple</i>	7,9	22,9
<i>en couple non marié</i>	1,1	19,6
<i>en couple marié</i>	0,1	3,3

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 24 ans.

Sources : Enquête Emploi 2007, INSEE.

Un quart des filles et un tiers des garçons de 15-24 ans occupent un emploi. Si le taux de scolarisation diminue sensiblement entre 15 ans et 24 ans, passant de 98 % à 17 % pour l'année scolaire 2004-2005, c'est évidemment au profit de la part des jeunes entrant sur le marché du travail, qu'ils aient trouvé un emploi ou qu'ils en recherchent un. L'enquête Emploi de l'INSEE révèle qu'en 2008, plus d'un tiers (36 %) des jeunes âgés de 15-24 ans sont présents sur le marché du travail (en emploi ou en recherche active d'emploi), avec une différence de plus de 7 points entre les filles (32 %) et les garçons (39 %). Dans ce groupe d'âge, 29 % travaillent mais là encore, les différences sont importantes selon le sexe : un quart des filles occupent un emploi contre un tiers des garçons. Quant au chômage, il touche un jeune sur cinq, les filles comme les garçons, ce qui traduit une transition école-marché du travail difficile. Les emplois à durée déterminée sont de moins en moins un tremplin vers un emploi stable : en 2005-2006, seuls 16 % des jeunes de 15-24 ans en contrat à durée déterminée ont obtenu un contrat à durée indéterminée un an après, contre 45 % dix ans auparavant.

■ UNE BONNE SANTÉ PHYSIQUE MAIS DES FRAGILITÉS PSYCHIQUES

Plus de neuf jeunes sur dix âgés de 15-24 ans se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé. Au regard de l'ensemble de la population générale, les jeunes âgés de 15 à 24 ans forment un groupe à part. La santé ne déroge pas à ce constat. Selon l'enquête sur les statistiques et les conditions de vie des ménages (SRCV), sept adultes âgés de 15 ans ou plus sur dix (70 %) se perçoivent en bonne santé (état de santé « bon » ou « très bon ») en 2007, tandis qu'ils sont neuf sur dix (93 %) parmi les 15-24 ans. Comme en population générale, les filles de 15-24 ans se déclarent en moins bonne santé : elles sont 8,6 % à mentionner une santé altérée (« moyenne », « mauvaise » ou « très mauvaise ») contre 5,6 % chez les garçons. Cet écart est toutefois inférieur à celui observé pour l'ensemble de la population des 15 ans ou plus : 33 % des femmes et 26 % des hommes ne se déclarent pas en « bonne » ou « très bonne » santé.

Les jeunes femmes sont davantage concernées par les maladies chroniques, les garçons plus confrontés aux limitations fonctionnelles. Parmi les élèves du panel 1995 de la DEPP, interrogés en 2007 sur leur santé, un jeune sur sept âgé de 23 ans en moyenne dit souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques, une proportion deux fois moins élevée qu'en population générale. Allergies, asthme, migraines, maladies de la peau, maux de dos, problèmes de thyroïde et dépressions regroupent les trois quarts des maladies chroniques citées par les jeunes. La santé perçue apparaît assez nettement corrélée avec la déclaration de maladies chroniques : les jeunes du panel se percevant en bonne santé sont 11 % à déclarer une maladie chronique contre 43 % parmi ceux qui évoquent une santé altérée. À la question sur les limitations fonctionnelles, moins de 10 % répondent se sentir limités depuis au moins 6 mois dans leurs activités quotidiennes à cause d'un problème de santé. À noter qu'au sein du groupe des jeunes ayant déclaré un état de santé altéré, les filles disent souffrir plus souvent de maladies chroniques (47 % contre 39 % pour les garçons), tandis que les garçons évoquent davantage des limitations fonctionnelles (46 % contre 35 %).

Les jeunes déclarent surtout des maladies de faible gravité. Seuls cinq groupes de pathologie sont déclarés par plus de 10 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Les pathologies citées sont le plus souvent de faible gravité : les maladies de l'œil et les troubles de la vue sont déclarées par 39 % des jeunes, les maladies respiratoires par 22 %, les causes externes et traumatismes par 12 % et les maladies de la peau par 11 % (tableau 2).

Comme leurs aînées, les jeunes femmes déclarent en moyenne plus de maladies que les hommes. Ce constat est valable pour l'ensemble des maladies citées. Pour certaines pathologies, la sur-déclaration féminine est même assez nette : c'est le cas par exemple pour les troubles de la vision (45 % contre 32 % chez les hommes), les maladies respiratoires (24 % contre 19 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (13 % contre 8 %). Les jeunes femmes déclarent également plus souvent des problèmes psychiques ou neurologiques : 12 % des jeunes femmes déclarent des problèmes psychiques contre 7 % des garçons du même âge et les proportions s'établissent respectivement à 11 % et 5 % pour les maladies du système nerveux. Ce phénomène ne concerne pas uniquement les jeunes, puisqu'on le retrouve en population générale.

TABLEAU 2 • Pathologies déclarées chez les jeunes de 15-24 ans selon le sexe*

Grands groupes de pathologies de la CIM 10	Garçons	Fillles	Ensemble
Maladies de l'œil et troubles de la vue	31,9	45,3	38,5
Maladies de l'appareil respiratoire	19,1	24	21,5
Causes externes, traumatisme et facteurs influant sur l'état de santé	11,5	12,1	11,8
Maladies de la peau	10,7	12,1	11,4
Maladies du système ostéo-articulaire	8,2	12,7	10,4
Maladies ou problèmes psychiques	7,3	11,9	9,6
Maladies du système nerveux	4,6	10,6	7,5
Maladies de la bouche et des dents (prothèses dentaires exclues)	6,1	7,8	6,9
Maladies ou problèmes génito-urinaires	0,9	12,9	6,8
Maladies endocriniennes et métaboliques**	4,0	7,0	5,5
Maladies de l'appareil digestif	4,1	6,3	5,2
Maladies de l'appareil circulatoire	3,7	6,3	5
Symptômes, maladies illisibles	3,6	6	4,8
Maladies de l'oreille et troubles de l'audition	2,5	2,9	2,7
Maladies infectieuses et parasitaires	0,9	2,2	1,6
Affections congénitales, périnatales, anomalies chromosomiques	1,2	1,2	1,2
Maladies du sang	0,1	0,9	0,5
Tumeurs	0,3	0,6	0,5

* Nombre de personnes déclarant au moins une affection du chapitre pour 100 personnes.

** Dont obésité calculée à partir du BMI (poids/taille au carré).

Lecture : 45,3% des filles âgées de 15 à 24 ans déclarent une maladie de l'œil ou des troubles de la vue.

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

Sources : Enquête ESPS, IRDES, 2008 (échantillon standard); exploitation DREES.

Une plus grande détresse psychique chez les femmes dès l'adolescence

À l'adolescence comme chez les adultes, les maux psychologiques peuvent recouvrir différentes formes : de la tristesse à l'anxiété, des phobies simples aux troubles paniques, des troubles de l'humeur jusqu'à la dépression. Certains de ces états seront passagers, en lien avec des difficultés scolaires, professionnelles, familiales ou sociales, tandis que d'autres s'installeront plus durablement et persisteront chez l'adulte en rendant plus difficile son adaptation à son environnement et aux différents événements de la vie.

Parmi les jeunes entrés en classe de 6^e en 1995 et interrogés en 2007 à l'âge de 23 ans, 44 % d'entre eux répondent s'être sentis « souvent », « très souvent » ou « en permanence » fatigués et près d'un tiers d'entre eux (31 %) « souvent », « très souvent » ou « en permanence » nerveux. En revanche, ils signalent moins souvent les sentiments de découragement ou de tristesse. Par ailleurs, les filles apparaissent en moins bonne santé psychique. Elles sont plus de 55 % à évoquer avoir ressenti « souvent », « très souvent » ou « en permanence » de la fatigue contre 37 % chez les garçons. Elles sont pratiquement le double à rapporter s'être senties « souvent », « très souvent » ou « en permanence » nerveuses au cours des quatre semaines précédant l'enquête (41 % contre 23 %). Le même ratio (2 pour 1) ressort des réponses aux questions sur le découragement (14 % chez les filles, 7,7 % chez les garçons) ou la tristesse (15 % contre 6,4 %).

Les données épidémiologiques issues de l'enquête Analyse de la dépression (Anadep) 2005, mobilisée pour appréhender la dépression et l'anxiété généralisée chez les jeunes, laissent elles aussi apparaître une prédominance féminine des troubles anxio-dépressifs. 20 % des jeunes femmes âgées de 16 à 25 ans ont connu un épisode dépressif majeur¹ au cours de leur vie (moins de 8 % pour les garçons). Les prévalences mesurées au cours des douze derniers mois s'élèvent respectivement pour les filles et les garçons à 6,3 % et 1,4 %. L'anxiété généralisée² concerne pour sa part 3 % des jeunes de 16 à 25 ans, près de 5 % des femmes et moins de 1,5 % des hommes.

Idées suicidaires et tentatives de suicide se conjuguent au féminin. À la question « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? », 5,2 % des filles et 3,6 % des garçons interrogés dans le cadre du panel DEPP répondent positivement. 4,7 % des filles et 3,9 % des garçons préfèrent ne pas répondre. La même question posée dans le Baromètre santé 2005 permet d'en savoir plus sur les 15-24 ans. Les données confirment que ce sont les femmes qui ont le plus d'idées suicidaires et que, parmi elles, ce sont surtout les plus jeunes : 11 % des adolescentes de 15-19 ans reconnaissent avoir eu des idées suicidaires contre 5 % des jeunes femmes de 20-24 ans. Chez les garçons, les proportions sont équivalentes chez les adolescents et post-adolescents, proches de 6 %.

Le Baromètre santé 2005 établit également que 1,3 % des filles de 15-19 ans et 0,5 % des garçons ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. Comme les idées suicidaires, les tentatives de suicide diminuent avec l'âge, les proportions s'établissant à 0,3 % des femmes de 20-24 ans et 0,2 % des garçons.

1. Un épisode dépressif majeur (EDM) est caractérisé par la survenue d'au moins quatre des symptômes suivants pendant au moins deux semaines, toute la journée ou presque, tous les jours ou presque avec un retentissement fonctionnel sur les activités habituelles : avoir vécu une période de tristesse ; avoir vécu une période de perte d'intérêt pour la plupart des choses ; un épuisement ou un manque d'énergie ; changement de poids d'au moins 5 kg (en plus ou en moins) ; des difficultés pour dormir ; des difficultés de concentration ; une perte de confiance en soi ; des pensées de mort récurrentes.

2. L'anxiété généralisée est un trouble plus chronique que l'EDM. Sa caractéristique essentielle réside en une inquiétude anormale et des soucis successifs survenant la plupart du temps durant une période d'au moins 6 mois et concernant plusieurs événements ou activités. Cette anxiété est accompagnée d'au moins 3 symptômes parmi les suivants : l'agitation, la fatigabilité, des difficultés de concentration, une irritabilité, une tension musculaire ou une perturbation du sommeil. Ces symptômes sont accompagnés d'un retentissement fonctionnel sur les activités habituelles.

Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé

Parmi les facteurs associés aux tentatives de suicide chez les jeunes, figurent certaines conduites à risque, telles que l'usage régulier de cannabis et l'alcoolisation problématique ainsi que certains troubles comme l'épisode dépressif majeur et les troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie, etc.).

Les morts violentes (accidents de transport et suicides), principales causes de mortalité chez les 15-24 ans. Entre 15 et 24 ans, la maladie est rarement une cause de décès. Les jeunes sont davantage exposés au risque d'une mort violente, en premier lieu les accidents, suivis des suicides (tableau 3).

En 2007, 1 484 jeunes de 15-24 ans sont décédés des suites d'un accident, principalement des accidents de transport (1 095 décès), et 511 d'un suicide. Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire constituent les deux premières causes médicales de décès, avec respectivement 352 et 122 décès de jeunes de 15-24 ans en 2007. Entre 15 et 24 ans, les trois quarts des décès sont masculins. Garçons et filles ne sont pas exposés exactement aux mêmes risques de décès. Si les causes externes, et notamment les accidents, sont la première cause de décès pour les deux sexes, leur poids diffère sensiblement puisque ces causes externes (accidents, suicides, homicides, etc.) représentent deux décès masculins sur trois contre moins d'un décès féminin sur deux. La surmortalité masculine est particulièrement notable en ce qui concerne les accidents de la route qui concentrent plus d'un tiers des décès masculins (36%) contre moins d'un quart des décès féminins (23%). Si les décès liés aux tumeurs, aux maladies de l'appareil circulatoire et aux maladies de l'appareil respiratoire sont plus nombreux chez les garçons, la part de ces décès chez les jeunes femmes est plus élevée. Ainsi, près d'un décès féminin sur six entre 15 et 24 ans est lié à une tumeur contre un décès masculin sur douze.

TABLEAU 3 • Nombre de décès des 15-24 ans selon la cause de décès et le sexe en 2007

	Filles		Garçons		Ensemble	
	Nombre de décès	Taux de décès*	Nombre de décès	Taux de décès*	Nombre de décès	Taux de décès*
Maladies infectieuses et parasitaires	17	0,4	16	0,4	33	0,4
Tumeurs	130	3,3	222	5,5	352	4,4
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	30	0,8	28	0,7	58	0,7
Maladies de l'appareil circulatoire	32	0,8	90	2,2	122	1,5
Maladies de l'appareil respiratoire	15	0,4	28	0,7	43	0,5
Troubles mentaux et du comportement	13	0,3	27	0,7	40	0,5
Causes externes	396	10,1	1 708	42,5	2 104	26,5
Accidents	254	6,5	1 230	30,6	1 484	18,7
dont accidents de transport	194	5	901	22,4	1 095	13,8
Suicides	114	2,9	397	9,9	511	6,4
Autres causes externes (homicides, empoisonnement...)	28	0,7	81	2	109	1,4
Causes inconnues ou non précisées	77	2	175	4,4	252	3,2
Toutes autres causes	128	3,3	227	5,6	355	4,5
Total des décès en 2007	838	25,3	2 521	71,1	3 359	48,5
Répartition des décès des 15-24 ans selon le sexe (%)	24,9%		75,1%		100%	

* Taux de décès pour 100 000 personnes.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDC.

■ CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES :

LES PLAISIRS IMMÉDIATS INHÉRENTS À « L'ÂGE DES POSSIBLES »

Si la jeunesse apparaît donc le plus souvent associée à une bonne santé, elle se caractérise toutefois pour certains par des comportements à risque susceptibles d'entamer leur capital santé à l'âge adulte.

Les jeunes fument de plus en plus tôt mais la consommation régulière de tabac recule depuis les années 2000

Selon l'enquête Escapad 2008³, 30% des garçons âgés de 17 ans et 28% des filles du même âge déclarent fumer quotidiennement, des niveaux similaires qui mettent en évidence un rapprochement des comportements féminins

3. Depuis huit ans maintenant, l'OFDT réalise régulièrement, en partenariat avec la Direction du service national, une enquête statistique nationale auprès des adolescents âgés de 17 ans. Cette enquête déclarative se déroule lors de la journée d'appel à la préparation à la défense (JAPD). Elle est centrée sur la santé, les usages de drogues et les modes de vie. Représentative des adolescents âgés de 17 ans, elle complète le dispositif d'observation des usages de drogues en population adolescente (HBSC, *Health Behaviour in School-Aged Children* et ESPAD, *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) et adulte (Baromètre santé).

et masculins en matière d'usage régulier du tabac. Parmi l'ensemble des adolescents de 17 ans interrogés dans l'enquête, 71 % disent avoir déjà fumé une cigarette à cet âge et 52 % déclarent fumer au moins occasionnellement.

Selon le panel DEPP des élèves entrés en 6^e en 1995, 40 % des jeunes (interrogés à l'âge de 23 ans en moyenne) déclarent fumer quotidiennement en 2007, avec une différence sexuée plus marquée : 42 % des garçons et 36 % des filles. La confrontation des résultats à 17 ans et à 23 ans, bien que non interprétable directement puisqu'issus de sources de données et d'échantillon distincts, suggère néanmoins que l'usage quotidien de tabac est plus répandu dans ce dernier groupe d'âge. Cette consommation croissante avec l'âge est confirmée dans le Baromètre santé 2005 : la prévalence du tabagisme, occasionnel ou quotidien, chez les garçons, passe de 3,6 % entre 12 et 14 ans à 31 % entre 15 et 19 ans et 49 % entre 20 et 25 ans. Chez les filles, les prévalences s'élèvent à respectivement 7,7 %, 31 % et 41 %.

Par ailleurs, il apparaît que l'expérimentation survient plus précocement. En 2008, c'est-à-dire pour les générations nées au milieu des années 1990, c'est à 13,4 ans en moyenne que les garçons fument leur première cigarette et à 13,7 ans pour les filles. Pour comparaison, les femmes nées entre 1980 et 1985 ont commencé à fumer en moyenne leur première cigarette à 15 ans (Legleye, 2009). En un demi-siècle, l'âge à la première cigarette a baissé de 7 ans pour les femmes et de 2 ans pour les hommes. La comparaison des baromètres Santé 2000 et 2005 révèle cependant une baisse de la consommation quotidienne de tabac chez les 16-25 ans au cours de cette période (tableau 4).

TABLEAU 4 • Usages réguliers de produits psychoactifs chez les 16-25 ans en 2000 et 2005 (%)

	2000 (n = 2 049)	2005 (n = 4 838)	Variation 2000-2005
Tabac quotidien	38,6	33,5	-5,1***
Alcool régulier	16,3	15,8	ns
Ivresse dans l'année	35,7	32,1	-3,6**
Cannabis au cours de la vie	42,7	44,8	ns
Cannabis année	25,5	22,4	-3,1**
Cannabis régulier	6	8,1	+2,1**
Champignons hallucinogènes au cours de la vie	-	3,1	-
Poppers au cours de la vie	-	4,5	-
Ecstasy au cours de la vie	2,4	3,4	+1,0*
Cocaïne au cours de la vie	1,8	2,7	+0,9*
Amphétamines au cours de la vie	1,2	0,9	ns
LSD au cours de la vie	2,6	1,1	-1,5***
Héroïne au cours de la vie	0,8	0,8	ns

Note : L'usage régulier désigne au moins 10 usages dans les 30 derniers jours pour le cannabis, au moins deux consommations par semaine au cours des douze derniers mois pour l'alcool.

* Test du χ^2 significatif au seuil de 0,05, ** Au seuil de 0,01 et *** Au seuil de 0,001 ; ns = non significatif.

Lecture : Selon les données du Baromètre santé 2005, 33,5 % des jeunes de 16-25 ans déclarent une consommation quotidienne de tabac contre 38,6 % en 2000, soit une baisse significative de 5,1 points.

Sources : Baromètres santé 2000 et 2005, INPES.

Léger recul des ivresses alcooliques chez les jeunes adultes au cours des années 2000. Selon les données 2006 du volet français de l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), l'expérimentation d'alcool est déjà très élevée chez les préadolescents : à l'âge de 11 ans, 64 % des garçons et 54 % des filles ont déjà consommé de l'alcool (Legleye *et al.*, 2008). L'expérimentation progresse ensuite lentement jusqu'à 16 ans et se stabilise autour de 90 % pour les deux sexes. La consommation régulière d'alcool (au moins dix consommations au cours du dernier mois) est en revanche exceptionnelle avant 14 ans : à cet âge, elle concerne 4 % des garçons et 1 % des filles. En revanche, elle augmente avec l'âge : à 17 ans, 9 % des adolescents consomment régulièrement de l'alcool, 13 % des garçons contre 4 % des filles (Escapad, 2008). Quant à la consommation quotidienne, elle est rare chez les jeunes, à l'exception des garçons de 20-25 ans, qui sont un sur cinq à être concerné (Baromètre santé 2005).

À cet usage régulier voire quotidien d'alcool, s'ajoute un autre mode de consommation spécifique aux jeunes : l'ivresse alcoolique ponctuelle⁴, répétée (au moins trois ivresses dans l'année) ou régulière (au moins 10 ivresses dans l'année). Selon les données de l'enquête Espad 2007, la moitié des jeunes de 16 ans déclarent avoir été ivres au cours de leur vie, 36 % au cours des douze derniers mois et 3,5 % au moins dix fois au cours de cette dernière année (Legleye *et al.*, 2009a). À 17 ans, les proportions observées à partir de l'enquête Escapad 2008, s'élèvent à respectivement 60 %, 51 % et 9 %, avec une nette dominante masculine (Legleye *et al.*, 2009b). Selon le Baromètre santé 2005, c'est entre 20 et 25 ans que les proportions de personnes déclarant avoir été ivres au cours des douze derniers mois sont les plus élevées, chez les femmes comme chez les hommes. Les évolutions mesurées entre 2000 et 2005 pour les 16-25 ans soulignent un léger recul des ivresses alcooliques, au moins chez les garçons (Beck *et al.*, 2009).

4. L'ivresse alcoolique ponctuelle n'est pas définie, elle est laissée à l'appréciation du répondant.

Une consommation régulière de cannabis élevée, contrairement aux autres drogues illicites. Les 16-25 ans consomment plus souvent des substances psychoactives illicites que les autres tranches d'âge. Selon l'enquête Escapad 2007, un tiers des jeunes âgés de 16 ans disent avoir déjà fumé du cannabis au cours de leur vie, un sur sept au cours du mois et un sur trente déclarent en fumer régulièrement (au moins dix fois au cours des trente derniers jours) [Legleye *et al.*, 2009a]. À 17 ans, la part des jeunes ayant déjà expérimenté le cannabis s'élève à 42% (Legleye *et al.*, 2009b) et 7% sont des fumeurs réguliers (tableau 5).

TABLEAU 5 • Évolution de l'usage régulier et de l'expérimentation du cannabis, de l'alcool et du tabac entre 2000 et 2008 chez les jeunes de 17 ans (%)

	2000	2002	2005	2008
Expérimentation				
Cannabis	45,6	50,2	49,4	42,2
Ivresse	56,4	56,1	56,6	59,8
Tabac	77,6	77,2	72,2	70,7
Usage régulier				
Cannabis	10	12,3	10,8	7,3
Alcool	10,9	12,6	12	8,9
Tabac	41,1	39,5	33	28,9

Sources : Enquête Escapad, OFDT (OFDT, 2009, *Drogues, chiffres clés*, 2^e édition).

Contrairement à ce que l'on observe pour le tabac ou l'alcool, les usages de cannabis des jeunes adultes se situent à des niveaux assez proches de ceux des adolescents (Legleye *et al.*, 2007 et 2009). La consommation augmenterait donc peu avec l'âge entre 15 et 24 ans. À noter qu'après une augmentation entre 2000 et 2005, l'expérimentation tout comme l'usage régulier du cannabis ont diminué entre 2005 et 2008, passant respectivement de 49% à 42% et de 11% à 7,3%.

Les prévalences des expérimentations de produits psychoactifs illicites autres que le cannabis se situent à des niveaux faibles mais ont augmenté, pour la plupart d'entre elles, entre 2000 et 2008. À cette date, l'expérimentation de la cocaïne concerne environ 25 000 jeunes (3,3% des 17 ans) et a été multipliée par trois depuis 2000. L'expérimentation de l'héroïne (1,1% des 17 ans) et, dans une moindre mesure, celle du LSD (1,2% des 17 ans) ont connu une nette augmentation entre 2005 et 2008, tout en restant à des niveaux très bas. Parmi les autres substances illicites pour lesquelles l'expérimentation augmente significativement sur la période récente, figurent les amphétamines (2,7% des 17 ans en 2008). En revanche, celles des champignons hallucinogènes (3,5% des 17 ans) et de l'ecstasy (2,9% des 17 ans) ont reculé depuis 2005. Pour la plupart de ces substances, les niveaux de consommation restent faibles : 1% des 15-39 ans ont consommé de la cocaïne dans l'année, 0,9% de l'ecstasy et 0,2% de l'héroïne (OFDT, 2009).

Toutefois, des données récentes issues de dispositifs de surveillance épidémiologiques et ethnographiques mettent en évidence l'émergence d'une population de jeunes âgés de moins de 25 ans, issus du milieu festif dans les dispositifs d'accueil pour toxicomanes (Jauffret-Roustide *et al.*, 2006 ; Cadet-Tairou, 2010). Ces jeunes, engagés dans des conduites de polyconsommation (crack, cocaïne, héroïne) et ayant recours à la voie injectable, s'exposent à de multiples risques sanitaires (infectieux, troubles psychiques, surdoses) et sociaux (désocialisation, conduites délictueuses). Ce phénomène concerne certes une minorité d'usagers, mais tend à devenir préoccupant car il semble s'amplifier. Ces jeunes usagers dépendants ont des trajectoires de vie fortement marquées par la précarité et les ruptures de vie et cette population tend à se féminiser.

■ MANGER OU S'ALIMENTER ? SURPOIDS, OBÉSITÉ ET IMAGE CORPORELLE

Un jeune sur huit en surcharge pondérale. Si les jeunes enquêtés dans le Baromètre santé 2005 se sentent « plutôt bien » voire « très bien » informés sur tout ce qui concerne la consommation de psychotropes, et surtout mieux informés que leurs aînés, l'alimentation ne suscite pas le même intérêt. Pourtant, la progression du surpoids et de l'obésité⁵ depuis le milieu des années 1990 n'épargne aucune tranche d'âge. Selon les données anthropométriques collectées dans l'enquête Obépi en 2009, la part des jeunes de 15-24 ans obèses est passée de 1,8% en 1997 à 4% en 2009. La part des jeunes de cette tranche d'âge en surpoids avoisine, quant à elle, 8,5% en 2009, après avoir surtout augmenté chez les jeunes femmes (de 7,3% en 1997 à 8,3% en 2009).

Des inégalités sociales qui se creusent en matière de surpoids et d'obésité. Tous les jeunes ne sont pas à égalité face aux problèmes de poids. Outre des déterminants physiologiques, les inégalités sociales face au surpoids et à l'obésité apparaissent très tôt au cours de la vie. Selon l'enquête réalisée en 2005-2006 auprès des élèves de grande section de maternelle, 9% sont en surpoids et 3% sont obèses (tableau 6).

5. Pour la définition du surpoids et de l'obésité, voir la note du tableau 6.

Parmi les adolescents en classe de 3^e interrogés en 2003-2004, un enfant de cadre sur dix présente un « excès de poids » (cette catégorie comprend les situations de surpoids et d'obésité), contre un sur cinq chez ceux dont le père est ouvrier. Le gradient social est plus marqué encore pour l'obésité, les prévalences étant comprises entre 1,4 % pour les enfants de cadres et 6,0 % pour les enfants d'ouvriers.

TABLEAU 6 • Prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants de grande section de maternelle, de CM2 et de 3^e selon la catégorie socioprofessionnelle du père (en %)

Profession du père	Grande section (2005-2006)		CM2 (2001-2002)		3 ^e (2003-2004)	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Agriculteurs	9,5	2,9	21,0	3,4	10,4	4,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	9,0	2,6	11,3	6,8	16,0	5,2
Cadres, prof. Intellectuelles sup.	7,4	1,2	11,5	1,3	8,5	1,4
Prof. intermédiaires	8,6	2,0	13,8	2,3	9,0	3,9
Employés	9,1	2,8	15,6	3,9	11,2	3,1
Ouvriers	9,5	4,3	18,2	5,1	14,3	6,0
Ensemble	9,0	3,1	15,8	4,1	12,4	4,4

Note : L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au rapport poids/taille² (exprimé en kg/m²). À la différence des adultes, pour lesquels il existe une valeur unique de l'IMC pour définir le surpoids et l'obésité, les seuils chez l'enfant évoluent selon l'âge et le sexe en raison des variations de corpulence au cours de la croissance. Les seuils utilisés pour le surpoids sont ceux établis pour les enfants par un groupe de travail réuni sous l'égide de l'OMS (Seuils IOTF: International Obesity Task Force). Ces seuils sont définis pour chaque sexe et pour chaque tranche d'âge de 6 mois. Ils s'inscrivent sur des courbes qui rejoignent à 18 ans les valeurs de 25 et 30 qui correspondent respectivement au surpoids et à l'obésité chez l'adulte.

Champ : France entière.

Sources : Enquêtes du cycle triennal auprès des élèves de grandes sections de maternelles, de CM2 ou de 3^e.

La comparaison des deux dernières enquêtes menées auprès des élèves de classes de CM2 (2001-2002 et 2004-2005) souligne une stabilité de la prévalence globale du surpoids et de l'obésité, autour de 16 % et 4 % (tableau 7).

L'apparente stabilité entre 2002 et 2005 masque en revanche des inégalités sociales qui se creusent : la proportion d'enfants obèses a diminué de façon plus ou moins importante dans toutes les catégories socioprofessionnelles, excepté pour les enfants d'ouvriers où elle a augmenté, passant de 5,1 % à 6,1 %. La baisse la plus importante a concerné les enfants de cadres, pour lesquels la prévalence de l'obésité a été divisée par deux. En 2004-2005, on compte dix fois plus d'obèses parmi les enfants d'ouvriers que chez les cadres, contre quatre fois plus en 2001-2002.

Une étude récente sur les habitudes alimentaires et le mode de vie des adolescents en classe de 3^e souligne que « les comportements alimentaires, d'activité physique et de sédentarité considérés comme défavorables [pour la santé sont] globalement associés à des caractéristiques socio-économiques défavorables » (Deschamps *et al.*, 2010).

TABLEAU 7 • Comparaison de la prévalence du surpoids et de l'obésité en classe de CM2 en 2001-2002 et 2004-2005 (en %)

Profession du père	CM2 (2001-2002)		CM2 (2004-2005)	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Agriculteurs	21,0	3,4	-	-
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	11,3	6,8	16,6	2,2
Cadres, prof. Intellectuelles sup.	11,5	1,3	6,8	0,6
Prof. intermédiaires	13,8	2,3	16,1	2,0
Employés	15,6	3,9	17,8	2,9
Ouvriers	18,2	5,1	18,4	6,1
Ensemble	15,8	4,1	16	3,7

Champ : France entière.

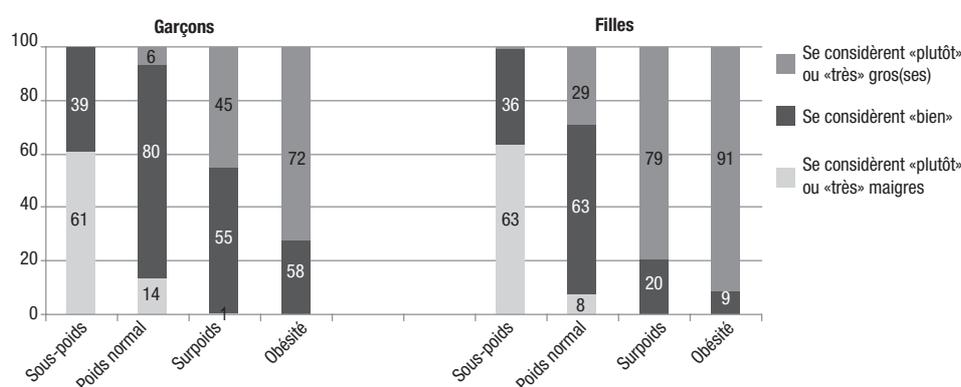
Sources : Enquêtes du cycle triennal auprès des élèves de grandes sections de maternelles, de CM2.

Les adolescentes et les jeunes femmes plus insatisfaites de leur image corporelle. D'après les données recueillies par les médecins et infirmiers mobilisés en 2003-2004 pour le cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire dans les classes de 3^e, un adolescent sur six se trouve déjà en situation de surcharge pondérale (sur-

Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé

poids et obésité inclus) selon les références internationales. À l'adolescence, on n'observe aucune différence entre les sexes en ce qui concerne le surpoids. En revanche, les jeunes filles en fin de collège sont déjà plus préoccupées par leur poids que les garçons : 32 % d'entre elles déclarent se peser au moins une fois par semaine contre à peine 15 % des garçons. Les adolescentes sont aussi plus insatisfaites de leur image corporelle que les adolescents : 38 % se considèrent « très » ou « plutôt » grosses contre 14 % des garçons. L'analyse croisée de la perception corporelle avec l'indice de masse corporelle recalculé à partir des données de taille et de poids souligne pourtant que la perception des jeunes est parfois faussée. Ainsi, parmi les adolescents ayant un indice de masse corporelle « normal », 20 % des garçons et 37 % des filles déclarent ne pas se trouver « bien » (graphique 1).

GRAPHIQUE 1 • La perception corporelle comparée à l'indice de masse corporelle des adolescents en classe de 3^e en 2003-2004 (en %)



Lecture : Parmi les garçons qui ont un poids normal, 14 % se considèrent « très » ou « plutôt » maigres, 80 % se considèrent « bien » et 6 % « plutôt » ou « très » gros.

Champ : France entière.

Sources : Enquête du cycle triennal auprès des élèves de 3^e, année scolaire 2003-2004.

L'insatisfaction corporelle semble perdurer avec l'âge puisque, parmi les jeunes du panel DEPP déclarant un poids normal, 40 % des femmes se considèrent « un peu » ou « beaucoup » trop grosses et 20 % des hommes « un peu » ou « beaucoup » trop maigres.

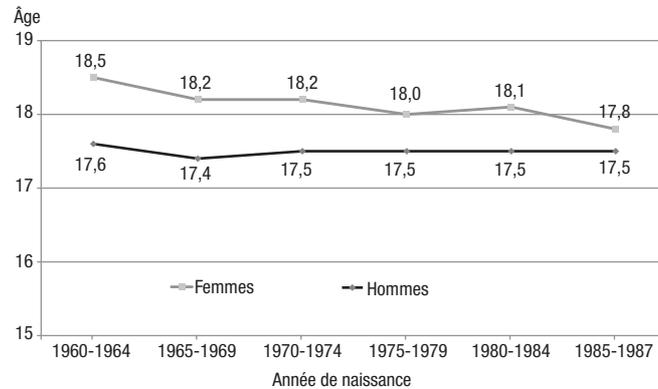
Une bonne hygiène de vie, des différences sexuées. Dans leur ensemble, les jeunes du panel 1995 de la DEPP, interrogés en 2007, considèrent avoir une bonne hygiène de vie. Deux tiers d'entre eux trouvent leur alimentation « plutôt » ou « bien » équilibrée, un sentiment partagé aussi bien par les filles (63 %) que par les garçons (65 %). Un jeune sur deux déclare pratiquer une activité sportive au moins une fois par semaine mais la pratique sportive est davantage signalée par les garçons (57 %) que par les filles (38 %). Par ailleurs, la moitié des enquêtés déclare dormir 8 heures par nuit un soir ordinaire de la semaine. La durée moyenne de sommeil, un jour ordinaire de la semaine, s'établit à 8 heures et 37 minutes. Un jeune sur deux rencontre au moins de temps en temps des difficultés de sommeil mais la durée de sommeil et les difficultés de sommeil ne sont pas corrélées. De même, la prise de somnifères n'est pas liée à la durée du sommeil. Qu'il s'agisse des somnifères, des anxiolytiques ou des tranquillisants, les jeunes filles semblent en consommer davantage que les garçons. Selon le panel de la DEPP, 12 % des filles âgées de 23 ans en moyenne déclarent en 2007 avoir pris des anxiolytiques au cours de la dernière année, 7,6 % des somnifères et 5,1 % des antidépresseurs. Les proportions s'établissent respectivement à 4,8 %, 3,6 % et 2,2 % chez les garçons.

■ SEXUALITÉ ET CONTRACEPTION :

UN INTÉRÊT PARTAGÉ ENTRE FILLES ET GARÇONS, UNE RESPONSABILITÉ FÉMININE

17 ans et demi, l'âge médian du premier rapport sexuel. Si l'entrée dans la sexualité est un processus progressif qui démarre en amont de l'adolescence, c'est durant celle-ci que survient le plus souvent le premier rapport sexuel. Aujourd'hui, cet événement est vécu quasiment au même âge par les adolescents et adolescentes, l'âge médian se situant autour de 17,5 ans. Si l'on compare les données du Baromètre santé pour différentes générations, il semblerait que l'âge médian du premier rapport sexuel soit relativement stable pour les jeunes hommes, avec un rajeunissement chez les femmes depuis les générations 1960-1964 (graphique 2). Selon le Baromètre santé 2005, 39 % des garçons et 35 % des filles disent avoir déjà eu des rapports sexuels à l'âge de 16 ans, tandis que ces proportions s'élèvent respectivement à 90 % et 79 % à l'âge de 20 ans.

GRAPHIQUE 2 • Âge médian au premier rapport sexuel selon le sexe et la génération



Lecture : Lecture : La moitié des hommes nés entre 1960 et 1964 ont eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 17,6 ans, contre 18,5 ans pour les filles de mêmes générations.

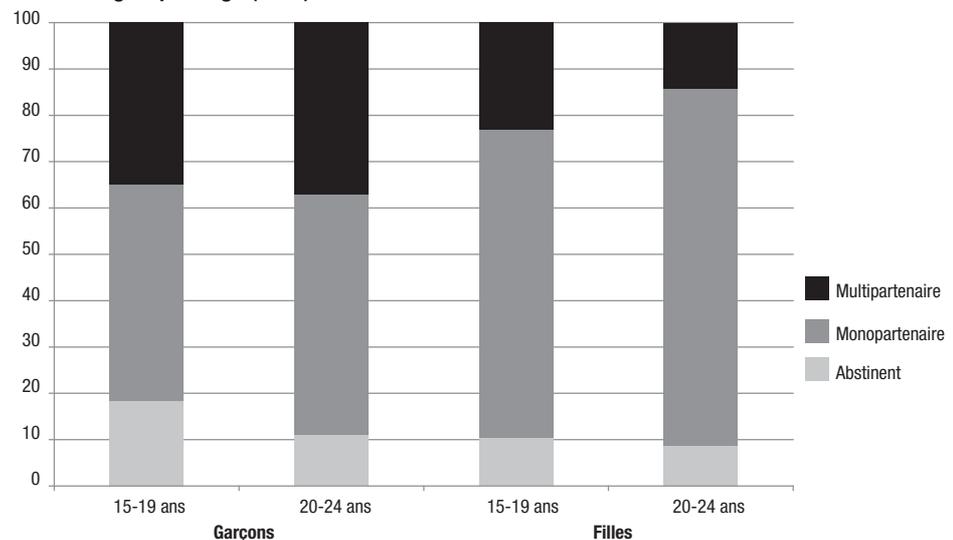
Champ : Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine, dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

Sources : Baromètre santé 2005, INPES.

Le multipartenariat, un phénomène qui concerne principalement les jeunes et les hommes. Si les femmes entrent plus tôt dans la sexualité qu'autrefois, leur sexualité se diversifie aussi, comme le montre l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) [Bajos et Bozon, 2008]. En 1970, elles déclaraient en moyenne 1,8 partenaire sexuel au cours de la vie contre 3,3 en 1992 et 4,4 en 2006, tandis que le nombre de partenaires déclaré par les hommes reste stable au cours de la période (autour de 11,5). Selon le Baromètre santé 2005, deux garçons et une fille sur dix âgés de 15 à 19 ans se sont déclarés abstinents dans les douze mois précédant l'enquête (graphique 3).

Si les garçons sont plus souvent abstinents, ce sont aussi eux qui déclarent le plus souvent avoir eu plusieurs partenaires au cours d'une période récente (au moins deux partenaires dans l'année, simultanément ou successivement) : 35 % contre 23 % chez les femmes. Entre 20 et 24 ans, la part des abstinents est similaire chez les femmes et les hommes (un sur dix), tandis que le « multipartenariat » se masculinise davantage : il progresse chez les hommes entre 15-19 ans et 20-24 ans (de 35 % à 37 %), alors qu'il est en recul chez les femmes (de 23 % à 15 %).

GRAPHIQUE 3 • Nombre de partenaires déclarés dans les douze mois précédant l'enquête selon le sexe et le groupe d'âge (en %)

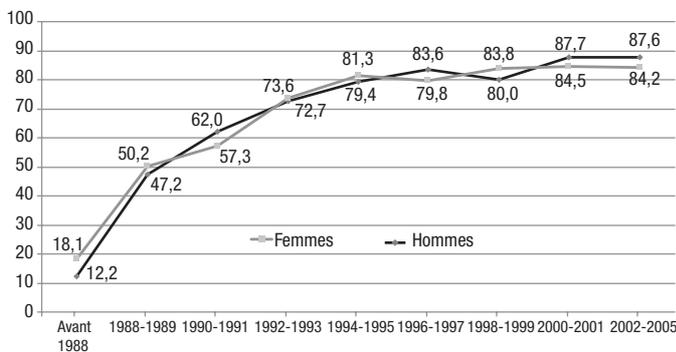


Champ : France métropolitaine. Jeunes âgées de 15 à 24 ans.

Sources : Baromètre santé 2005, INPES.

Un recours dominant au préservatif lors des premiers rapports sexuels. Une évolution remarquable au cours des deux dernières décennies concerne l'usage du préservatif lors du premier rapport sexuel. Confidentiel avant la fin des années 1980 (moins d'un jeune homme sur cinq et d'une jeune fille sur huit déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport), il est devenu la « norme » à la fin des années 1990 avec près de neuf jeunes sur dix, filles ou garçons, qui déclarent y avoir eu recours (graphique 4). Reste qu'entre 10 % et 15 % des jeunes (selon le sexe) n'y ont pas recours. Parmi les facteurs associés à l'utilisation du préservatif, l'âge au premier rapport sexuel constitue le facteur le plus discriminant pour les hommes et les femmes (Baromètre santé 2005), le recours au préservatif étant d'autant moins fréquent que le premier rapport a lieu tardivement. Parmi les autres déterminants, figurent la pratique régulière d'une religion ou le niveau de diplôme (pour les femmes).

GRAPHIQUE 4 • Évolution de l'usage du préservatif au cours du premier rapport sexuel, selon l'année à laquelle il a eu lieu (en %)



Champ : Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

Sources : Baromètre santé 2005, INPES.

La contraception davantage au cœur des discussions entre partenaires que les infections sexuellement transmissibles avant le premier rapport sexuel. Si l'entrée dans la sexualité passe pour neuf jeunes sur dix par le seul mode de contraceptif masculin qu'est le préservatif, il est paradoxal de constater que par la suite, la contraception reste le plus souvent une « affaire de femmes ». Certes, parler de contraception avec son ou sa partenaire est devenu plus courant au fil des générations : plus de deux femmes sur trois et un homme sur deux déclarent avoir eu une discussion autour de la contraception avec leur partenaire avant le premier rapport (tableau 8). Néanmoins, d'après leurs déclarations dans l'enquête Contexte de la sexualité en France, les jeunes garçons reconnaissent volontiers qu'ils abordent moins le sujet si leur partenaire est expérimentée, « comme s'ils pouvaient se défausser de la préoccupation d'une protection sur cette dernière, en raison de son expérience » (Bajos et Bozon, 2008). Après 20 ans, l'usage du préservatif recule au profit de la pilule : entre 20 et 24 ans, 88 % des jeunes filles sexuellement actives et qui souhaitent éviter une grossesse utilisent la pilule (tableau 9).

TABLEAU 8 • Discussions sur la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH avant le premier rapport, selon le sexe (en %)

Sujets abordés avant le premier rapport sexuel	18-19 ans	20-24 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans
La contraception					
Femme	70,1	63,0	45,9	23,9	16,3
Homme	48,9	49,6	35,9	24,2	12,7
Les IST et le VIH					
Femme	46,6	44,9	13,6	5,0	3,7
Homme	39,5	38,0	7,2	4,6	3,0

Champ : Femmes et hommes de 18 à 69 ans ayant eu des rapports sexuels.

Sources : Enquête CSF 2006, INSERM-INED (Bozon et Bajos, 2008).

TABLEAU 9 • Méthodes de contraception utilisées par les femmes qui déclarent en avoir utilisées au cours des douze derniers mois (en %)

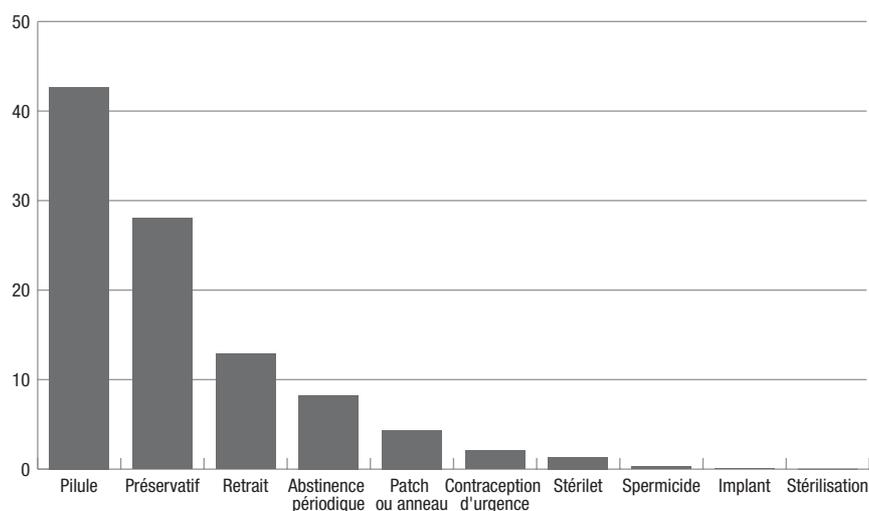
	15-19 ans	20-24 ans
Contraception médicalisée	79,6	89,8
pilule	78,8	87,8
stérilet	0	1,1
implant	0,8	0,9
Contraception non médicalisée	20,4	10,2
préservatif	20,1	9,7
méthodes locales ou naturelles	0,2	0,5

Champ : France entière. Femmes sexuellement actives dans les 12 derniers mois, non stériles, n'attendant ou ne cherchant pas à avoir un enfant, ayant un partenaire au moment de l'enquête.

Sources : Baromètre santé 2005, INPES.

Le recours à l'IVG se concentre chez les 20-24 ans. D'après l'enquête sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) menée par la DREES en 2007, deux tiers des jeunes femmes de 16-25 ans avaient utilisé une méthode contraceptive au cours du mois précédant l'IVG, dont plus de 42 % la pilule, un contraceptif médical pourtant réputé très efficace (graphique 5).

GRAPHIQUE 5 • Part des IVG réalisées chez des jeunes femmes âgées de 16 à 25 ans qui étaient sous méthode contraceptive (en %)



Champ : Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine, dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

Sources : Enquête IVG 2007, DREES.

Comment expliquer ces échecs ? 44 % des femmes de 16 à 25 ans encore sous méthode contraceptive tombent enceintes à cause d'« oublis » de contraception, et 32 %, à cause d'« erreurs » de contraception. L'oubli de la pilule pendant 1 ou 2 jours, le retard de la prise ou bien encore l'absence d'utilisation du préservatif, du spermicide ou de l'éponge sont évoquées par près d'une jeune femme sur deux, tandis que les « erreurs » de contraception concernent surtout un préservatif déchiré ou glissé ou encore un mauvais calcul de date. Oublis, retards ou erreurs, la gestion du risque de grossesse pèse lourd et principalement sur les jeunes femmes.

Outre la gestion du risque de grossesse, il reste aux femmes à prendre en main leur parcours vers l'IVG en cas de grossesse non désirée. Les premiers résultats de l'enquête IVG montrent que les 16-25 ans s'adressent en premier lieu à leur généraliste (29 %), puis au centre de planification familiale ou aux centres de protection maternelle et infantile (23 %). Les plus jeunes (moins de 16 ans) suivent un parcours différent, se tournant d'abord vers les centres de protection maternelle et infantile (PMI). Une jeune fille sur deux recourt à la méthode médicamenteuse pour interrompre sa grossesse non désirée : 47 % parmi les 13-15 ans et 51 % parmi les 16-25 ans⁶.

6. Les IVG des jeunes femmes de 16 à 25 ans font l'objet d'un encadré dans le dossier sur l'IVG de l'ouvrage (voir page 62).

■ ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE : LES GARÇONS DAVANTAGE EXPOSÉS

Les garçons, victimes d'accidents de sport et loisirs et de la circulation, les filles plus concernées par les accidents domestiques. Selon le Baromètre santé 2005, les 15-24 ans sont particulièrement concernés par les accidents ou « traumatismes non intentionnels », en premier lieu les accidents de la vie courante, mais aussi les accidents de la circulation qui constituent par ailleurs la première cause de mortalité de ce groupe d'âge.

Près de 10 % des garçons et plus de 6 % des filles âgés de 15 à 24 ans déclarent avoir eu un accident de la vie courante au cours de l'année. Derrière cette formulation, sont comptabilisés entre autres les accidents de sport et loisirs, d'activité domestique ou de bricolage. Le lieu, l'activité et le mécanisme de survenue des accidents de la vie courante sont marqués par des spécificités masculines et féminines. Selon le Baromètre santé 2005, 68 % des accidents de la vie courante dont sont victimes les garçons de 15 à 24 ans concernent un accident de sport et loisirs, 5 % des accidents domestiques, 4 % des accidents survenus en faisant du bricolage, 3 % lors d'activités vitales (besoins personnels, manger, se laver, etc.) et 21 % concernent d'autres activités. Chez les jeunes femmes, la configuration est différente puisqu'elles sont surtout victimes d'accidents domestiques, lesquels représentent 42 % de l'ensemble des accidents de la vie courante, devant les accidents sur les aires de sport et de jeux (26 %), sur la voie publique (13 %). Les accidents de la vie courante ont provoqué 335 décès de jeunes de 15-24 ans en 2006, près d'un décès par jour, en particulier par chute, noyade et intoxication (plus de 50 décès pour chacune de ces causes). Il s'agissait d'hommes quatre fois sur cinq. Quant aux accidents de la circulation, ils sont responsables de 1 184 décès chez les jeunes de 15 à 24 ans en 2008 et de 29 227 blessés. Les femmes sont trois fois moins concernées par ce type d'accidents.

Tous les jeunes ne sont donc pas égaux face aux accidents et tous les accidents ne sont pas assimilables. Ceux qui relèvent de conduites à risque, de recherches de plaisirs immédiats et de défis lancés aux pairs côtoient des accidents de trajet domicile-école ou domicile-travail ou des accidents de sport de jeunes qui pratiquent une activité physique ponctuelle, régulière voire de haut niveau. Il semble donc difficile d'avoir une lecture unilatérale de ces données.

■ AUTONOMIE ET INFORMATION, DEUX AXES MAJEURS DU PLAN SANTÉ DES JEUNES

L'accès des jeunes à la santé a fait l'objet de plusieurs mesures récentes, à la suite du plan Santé des jeunes annoncé en 2008 (encadré 1) et aux nouvelles dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 (encadré 2).

Ces mesures gravitent autour de deux axes : un axe « autonomieaccès aux soins » et un axe « information-éducation ». Le premier comprend des mesures destinées à favoriser l'autonomie des jeunes en facilitant leurs démarches d'accès aux soins, mais aussi à leurs droits, qu'ils méconnaissent le plus souvent. Le second souligne la nécessité de prévenir les conduites à risque au sens large et de renforcer l'information auprès des jeunes.

ENCADRÉ 1 LE PLAN SANTÉ DES JEUNES

Ce plan comporte une série de mesures qui visent à mieux protéger la santé des jeunes de 16 à 25 ans, en particulier les plus vulnérables, et à répondre à leur besoin d'autonomie et de responsabilité.

1. Face à la diffusion préoccupante des comportements à risque et au développement d'habitudes alimentaires déséquilibrées, le plan met l'accent sur :

- la lutte contre les pratiques addictives : la législation sur la vente de boissons alcoolisées aux mineurs sera mieux encadrée et plus protectrice grâce à l'adoption de mesures spécifiques (en particulier l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs) dans le cadre de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) ;
- la promotion d'habitudes nutritionnelles plus équilibrées, en agissant sur l'environnement des jeunes (publicité, bonnes pratiques autour des caisses des grandes surfaces, restauration scolaire, etc.), et par la mise en place d'un Observatoire de la qualité de l'alimentation (OQAL) le 11 février 2008 ;
- la lutte contre l'anorexie, par la mise en œuvre de la charte sur l'image du corps, signée le 9 avril 2008 avec les professionnels du secteur ; la protection des mannequins, en particulier lorsqu'ils sont mineurs, par la médecine du travail et l'inspection du travail et la mise en place d'une politique répressive de l'apologie de l'extrême maigreur et de l'anorexie.

2. Le plan prévoit également des mesures particulières en faveur des jeunes les plus vulnérables :

- la création de « maisons des adolescents » d'ici à 2010, dans tous les départements, en priorité dans les quartiers populaires, destinées notamment aux jeunes en grande vulnérabilité, et la mise en place d'équipes mobiles pluridisciplinaires pour aller au-devant des jeunes ;
- l'expérimentation d'un programme de prévention santé en milieu scolaire tenant compte des inégalités territoriales en matière de santé ;
- la promotion du numéro vert « fil santé jeunes » réduit à quatre chiffres (3224) et dont la gratuité à partir des téléphones portables devrait être expérimentée ;

- la mise en place d'un dispositif de repérage et de prévention de la crise suicidaire et de la souffrance psychique chez les jeunes, en particulier chez les jeunes homosexuels.
- l'adaptation de la campagne contraception 2008-2009 aux besoins des jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires.

3. D'autres mesures concernent le développement des activités physiques et sportives :

- l'augmentation du nombre d'heures d'enseignements sportifs à l'école ;
- le développement du sport à l'université, sur la base des recommandations de la mission spécifique confiée à Stéphane Diagona et Gérard Auneau.

4. Enfin, le plan prévoit de renforcer l'autonomie et la responsabilité des jeunes pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé :

- en facilitant l'intégration du système de santé par les étudiants grâce à la possibilité d'effectuer en plusieurs fois le versement de leurs cotisations maladie dès la rentrée 2009 ;
- en permettant la transformation des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) en centres de santé, habilités à délivrer des soins curatifs et à établir certaines prescriptions ;
- en ouvrant le bénéfice d'une consultation annuelle et gratuite, sans avance de frais, chez le médecin généraliste de leur choix, à tous les jeunes de 16 à 25 ans. Les mineurs n'auront pas besoin d'un accord parental.

Source : ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, février 2008.

ENCADRÉ 2

DISPOSITIONS CONCERNANT LA SANTÉ DES JEUNES DANS LA LOI HÔPITAL PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (HPST) DU 21 JUILLET 2009

La lutte contre les pratiques addictives

- Alcool : interdiction de vente d'alcool aux mineurs (article 93 de la loi HPST - L. 3342-1 du Code de santé publique)

La loi HPST simplifie et harmonise la réglementation en vigueur :

- l'interdiction de vente concerne aussi bien la consommation sur place que la vente à emporter ;
- l'interdiction concerne tous les mineurs et toutes les boissons alcooliques quel que soit le lieu ;
- l'interdiction porte aussi sur l'offre gratuite à des mineurs dans les lieux publics.

Le non-respect de l'interdiction constitue un délit passible d'une amende de 7 500 euros ou, en cas de récidive dans les cinq ans, d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

- Alcool : obligation de prévoir des boissons sans alcool lors des « happy hours » (article 96 de la loi HPST - L. 3323-1 du Code de santé publique)

Cette loi instaure l'obligation de pratiquer la promotion des boissons sans alcool au même titre que celle pratiquée pour les boissons alcooliques lors des « happy hours » (pratique commerciale qui propose des boissons alcooliques à prix réduit pendant quelques heures).

- Tabac : interdiction de la vente de tabac aux moins de 18 ans (article 98 de la loi HPST - L. 3511-2 du Code de la santé publique)
- Cette loi recule l'âge légal de vente de tabac aux mineurs de 16 à 18 ans, en cohérence avec l'interdiction posée pour l'alcool et en conformité avec la convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS, qui prévoit l'interdiction de vente du tabac aux mineurs. La vente et la distribution de « cigarettes bonbons » sont également interdites.

Contraception et grossesses non désirées

- Association de nouveaux professionnels à l'effort de prévention des grossesses non désirées : les missions des sages-femmes sont élargies (article 86 de la loi HPST)

- Association de nouveaux professionnels à l'effort de prévention des grossesses non désirées : un rôle renforcé pour les infirmières (article 88 de la loi HPST).

La loi permet désormais aux infirmières de renouveler pour une période de 6 mois une prescription de contraceptifs oraux. Cela concerne l'ensemble des infirmières, quel que soit le statut des structures dans lesquelles elles exercent. Dans les établissements d'enseignement du second degré, les infirmières scolaires peuvent également renouveler cette prescription.

- Association de nouveaux professionnels à l'effort de prévention des grossesses non désirées : le rôle de relais des pharmaciens (article 89 de la loi HPST)

La loi les autorise à dispenser, sur présentation d'une ordonnance périmée datant de moins d'un an prescrivant des contraceptifs oraux, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement pour une période non renouvelable de 6 mois.

Consultations de prévention

- La prévention envers les 16-25 ans (article 55 de la loi HPST - L. 162-1-18 du Code de la santé publique).

Les assurés ou ayants droit âgés de 16 à 25 ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais. Un décret fixe le contenu, les modalités et les conditions de mise en œuvre de la visite.

Cet article est complété par l'article 40 de la loi de finances de la Sécurité sociale (LFSS) 2010, qui précise que ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée à deux ans, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa.

Autonomie et accès aux soins : faire en sorte que les jeunes deviennent acteurs de leur santé. L'un des objectifs prioritaires de la politique de santé à destination de la jeunesse est de lutter contre les difficultés que rencontrent certains jeunes pour accéder aux soins. Cela passe par une meilleure information sur les possibilités d'accès à des consultations ainsi que sur les aides financières existantes ou qui seront bientôt mises en place : l'aide à la complémentaire santé, la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, la consultation annuelle pour les 16-25 ans sans avance de frais ni reste à charge, la possibilité de paiement des cotisations maladie en plusieurs fois pour les étudiants, l'ouverture de « consultations jeunes consommateurs » dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) pour une prise en charge

spécifique. Cela passe aussi par une meilleure connaissance du système de soins et des structures et dispositifs d'accueil à vocation médicale ou sociale, ciblés ou non sur les jeunes : les centres de planification et d'éducation familiale, les maisons des adolescents, les espaces santé jeunes, les points d'accueil et d'écoute jeunes, les missions locales ou encore le numéro vert « fil santé jeunes ». Il s'agit ainsi de garantir à l'ensemble des jeunes un accès équitable à la prévention et aux soins.

Dans cette perspective, le plan Santé des jeunes prévoit la création d'une maison des adolescents par département d'ici 2010, ainsi que le développement d'équipes mobiles. Par ailleurs, il envisage l'expérimentation de la gratuité des appels au numéro vert « fil santé jeunes » à partir de téléphones portables afin de faciliter l'accès à ce service d'écoute et d'orientation.

Information et éducation : une attention particulière à la lutte contre les addictions et le mal-être. La politique de santé envers les jeunes s'exerce également en termes de prévention, à la fois individuelle et collective. Interrogés dans le Baromètre santé sur leur sentiment d'information vis-à-vis des grandes thématiques de santé, les jeunes attestent sinon d'une connaissance, au moins d'un intérêt pour deux domaines spécifiques que sont les substances psychoactives et la sexualité (encadré 3).

Les problèmes de santé qui émergent dans la population des 16-25 ans sont souvent en lien avec des comportements à risque, dont les conséquences peuvent être invalidantes à plus ou moins long terme sur les plans physique, psychique ou social. L'objectif est donc de prévenir ces comportements ou de réduire leurs conséquences en termes de morbidité et de mortalité.

Face à la diffusion préoccupante des conduites à risque et au développement d'habitudes alimentaires déséquilibrées, le plan Santé des jeunes met l'accent sur :

- la lutte contre les pratiques addictives, notamment par la mise en cohérence de la législation sur la vente de boissons alcoolisées aux mineurs, en lien avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) ;
- des habitudes nutritionnelles plus équilibrées, en favorisant un environnement propice, notamment en matière de publicité, de bonnes pratiques autour des caisses des grandes surfaces, de restauration scolaire, de charte de qualité, en concertation avec les professionnels du secteur et les associations de consommateurs. Cet environnement sera suivi grâce à la création d'un Observatoire de la qualité alimentaire ;
- la lutte contre l'anorexie, grâce à une charte signée avec les professionnels du secteur de l'image, au renforcement de la protection des mannequins en particulier mineurs par la médecine du travail et l'inspection du travail, ainsi qu'une interdiction de l'apologie de l'extrême maigreur et de l'anorexie dans les médias ;
- le développement des activités physiques et sportives avec un nombre d'heures d'éducation physique à l'école revu à la hausse.

ENCADRÉ 3

SENTIMENT D'INFORMATION DES JEUNES DE 16-25 ANS SUR LES GRANDS THÈMES DE SANTÉ (BAROMÈTRE SANTÉ 2005, INPES)

Interrogés sur leur niveau d'information concernant les grands thèmes de santé, les réponses des jeunes âgés de 16-25 ans en 2005 mettent en évidence deux sujets sur lesquels ils se sentent particulièrement bien informés : les substances psychoactives et la sexualité. Tabac, alcool, sida et contraception figurent en haut du classement des domaines cités. 93 % des 16-25 ans se déclarent « très » ou « plutôt bien » informés du tabac, 89 % citent ce même niveau d'information à propos du sida (tableau). Ils sont respectivement 87 % et 83 % pour ce qui est de l'alcool et de la contraception. En revanche, un peu moins de sept jeunes sur dix se sentent « très bien » ou « plutôt bien » informés à propos du cannabis. Cette proportion a toutefois fortement augmenté depuis le début des années 2000. Contrairement aux quatre thématiques citées précédemment, où les sentiments d'information semblent bien partagés entre les différents groupes d'âge, le cannabis est la thématique où les jeunes se démarquent de leurs aînés (26-75 ans), qui sont seulement 53 % à estimer être « très bien » ou « plutôt bien » informés.

Sur tous les autres thèmes, le sentiment d'information est moindre : moins de six jeunes sur dix se disent « très » ou « plutôt » informés. C'est le cas du cancer, de l'alimentation, des infections sexuellement transmissibles et plus encore des thématiques environnementales (pollutions de l'air et de l'eau).

Les mesures de la loi HPST visent à interdire la vente aux mineurs de boissons alcoolisées ou de « cigarettes bonbons » contenant des produits dont les arômes sucrés effacent l'âpreté des premières cigarettes et favorisent la dépendance à la nicotine. L'interdiction concerne aussi la consommation d'alcool sur la voie publique à proximité d'établissements scolaires. Répressives, ces mesures sont principalement destinées à protéger les jeunes qui n'ont pas encore expérimenté ces produits ou ne sont pas encore devenus des usagers réguliers.

Elles sont accompagnées de mesures éducatives qui s'appuient sur une stratégie de mise en réseau de tous les interlocuteurs du monde de la santé, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, sociale et familiale pour des actions adaptées et coordonnées, visant le bien-être du jeune. Des contrats cadre de partenariat en santé

publique lie ainsi le ministère chargé de la santé et les ministères en charge des jeunes comme l'Éducation nationale, l'Enseignement supérieur, l'Agriculture pour les établissements scolaires agricoles et la Justice avec les services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Des mesures envers les jeunes les plus vulnérables: un accompagnement sanitaire et social. Les jeunes les plus vulnérables ne constituent pas un groupe homogène tant les situations et contextes de vie sont variés: jeunes en insertion, étudiants «pauvres», jeunes relevant des services de la PJJ, nouveaux migrants en France, jeunes en rupture, en errance. Cependant, un certain nombre de problèmes relatifs à la santé se retrouvent chez ces différentes catégories de population tant en termes de fragilités, de souffrance psychologique et de comportements à risque que de difficultés dans les conditions de vie, l'accès à la prévention, aux droits et aux soins.

Ces difficultés sont plus importantes que pour les autres jeunes du même âge. Elles sont la source de nombreuses vulnérabilités et les multiples déterminants de cette vulnérabilité nécessitent une synergie particulière de nombreux partenaires aux niveaux national, régional et local.

Si les grandes lignes du plan Santé des jeunes concernent l'ensemble des 16-25 ans, certaines mesures ciblent les plus vulnérables d'entre eux. C'est notamment le cas de l'amélioration de la prévention, du repérage et de la prise en charge de la crise suicidaire et de la lutte contre la souffrance psychique liée à l'homosexualité: un quart des garçons accueillis pour suicide évoquent leur homosexualité pour la première fois après leur tentative. Une campagne contraception doit également être déclinée pour répondre aux besoins des jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires.

Le plan Santé des jeunes préconise une approche non segmentée, permettant au jeune d'accéder à la santé et au bien-être. Il apparaît évident qu'une démarche ciblant uniquement la santé ne serait pas suffisante et doit s'articuler avec une prise en charge plus globale d'intégration ou de réintégration sociale. Cette cohérence doit transparaitre aussi bien dans le dispositif d'aides que dans les lieux d'accueil et de prise en charge des jeunes.

■ CONCLUSION

Ces dernières années, la santé des jeunes a fait l'objet d'une attention politique particulière. Le plan Santé des jeunes (2008), la loi HPST (2009) et la Conférence biennale qui s'est tenue en octobre 2009 ont permis de faire le point sur la situation et de définir les enjeux. Prévention, éducation pour la santé, information, autonomie, telles sont les grandes orientations des mesures annoncées pour une approche globale de la santé des jeunes. Les recommandations issues de divers travaux menés sur ce sujet ont ainsi souligné la nécessité:

- d'une politique globale et d'une bonne coordination des acteurs;
- d'une prise en compte des liens santé/social, des liens santé physique/santé mentale, des facteurs environnementaux;
- de la continuité des actions entreprises.

Les réponses apportées aux problèmes de santé des jeunes ont en effet trop souvent été morcelées car liées aux préoccupations thématiques ou institutionnelles et les différents acteurs impliqués auprès des jeunes ont parfois du mal à partager une analyse et à coordonner leurs actions. Une approche en partenariat pluridisciplinaire s'impose donc pour assurer cohérence et continuité des actions.

Bibliographie

- Bajos N., Bozon M.** (sous la dir. de), 2008, *La sexualité en France*, La Découverte, Paris, 2008, p. 136.
- Beck et al.**, 2009, «L'usage de substances psychoactives», fiche rédigée dans le cadre de la Conférence biennale sur la santé des jeunes, Paris, 29 octobre.
- Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Lahaie E. et al.**, 2010, *Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes*, OFDT.
- Deschamps V., Salanave B., Vernay M., Guignon N., Castetbon K.**, 2010, «Facteurs socioéconomiques associés aux habitudes alimentaires, à l'activité physique et à la sédentarité des adolescents en classe de troisième en France (2003-2004)-cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 13, avril.
- Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y. et al.**, 2006, «Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France. Étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 33: 244-247.
- Galland O.**, 2009, Note sur l'autonomie.
- Legleye S.**, 2009, «Entretien avec...», *Tabac actualités*, n° 101, INPES, p. 5.
- Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Hassler C., Choquet M.**, 2009a, «Alcool, tabac et cannabis à 16 ans», *Tendances*, OFDT, n° 64, janvier.
- Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C.**, 2009b, «Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête Escapas 2008», *Tendances*, OFDT, n° 66.
- Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Godeau E.**, 2008, «Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence», *Tendances*, OFDT, n° 59, mars.
- OFDT**, 2009, *Drogues. Chiffres clés*, 2^e édition, juin.
- OCDE**, 2009, *Des emplois pour les jeunes*, 214 p.

Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge

Annick Vilain, Marc Collet, Muriel Moisy (DREES)

Depuis les années 1990, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est en légère progression et s'est établi à 14,7 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2007. Il a augmenté de manière régulière parmi les mineures et les jeunes femmes de moins de 25 ans. En 2007, près d'une IVG sur deux a concerné une jeune fille de moins de 25 ans. Les femmes étrangères, les femmes célibataires et celles sans activité professionnelle sont surreprésentées parmi les femmes ayant recours à l'IVG. Les deux tiers des femmes qui ont avorté utilisaient un moyen contraceptif. Par ailleurs, la diffusion de la contraception d'urgence n'a pas permis d'infléchir le recours à l'IVG.

Les conditions et les modalités de réalisation de l'IVG ont beaucoup évolué au cours des années 2000. La moitié des IVG sont désormais médicamenteuses. Depuis que cette pratique a été autorisée en ville en 2004, près d'une IVG médicamenteuse sur six est réalisée en cabinet libéral. Il n'en demeure pas moins que 90 % de l'ensemble des IVG sont encore prises en charge dans un établissement de santé.

La part du secteur public dans la prise en charge des IVG en établissement n'a cessé de croître : en 2007, 76 % des IVG sont réalisées dans un établissement public, contre 60 % en 1990. Le délai médian de prise en charge à l'hôpital (8 jours et demi à partir de la prise de rendez-vous) est stable depuis 2002. Il y aurait toutefois des goulots d'étranglement localisés dans certaines régions.

Les premiers résultats issus de l'enquête 2007 menée par la DREES auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG montrent par ailleurs que l'accompagnement psychologique et le fonctionnement en réseau ne sont pas encore généralisés. Plus d'un établissement sur trois a établi des conventions avec des médecins libéraux pour réaliser les IVG en ville.

En France, la loi Veil autorise depuis 1975 les femmes à interrompre leur grossesse avant dix semaines de gestation. Des modifications ont été introduites par la loi du 4 juillet 2001 et le décret n° 2004-336 du 1^{er} juillet 2004 : le délai maximal légal pour l'IVG est passé de 10 à 12 semaines de grossesse et le recours aux IVG médicamenteuses a été élargi à la médecine de ville, dès lors que la grossesse n'excède pas 5 semaines et que l'acte est pratiqué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé convention (encadré 1).

Le taux de natalité français est l'un des plus forts d'Europe et le taux de diffusion de la contraception l'un des plus élevés du monde. Mais paradoxalement, le taux de recours à l'IVG progresse légèrement en France et figure parmi les plus élevés d'Europe (encadré 2). Selon l'INED, 40 % des femmes vivant en France auront recours à une IVG au moins une fois au cours de leur vie¹. D'autre part, malgré les efforts consentis pour développer des services d'IVG sur l'ensemble du territoire, certains problèmes relatifs à l'accès et au choix du mode et du lieu de prise en charge semblent persister.

ENCADRÉ 1

ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES IVG À LA SUITE DE LA LOI DE 2001

Les principales modifications introduites par la loi de juillet 2001 et le décret de 2004

Concernant les IVG, la loi prévoit :

- un allongement des délais légaux de 10 à 12 semaines de grossesse ;
- un aménagement du parcours : suppression pour les majeures de l'obligation de la consultation psychosociale préalable ; fin de l'obligation d'autorisation parentale pour les mineures ;
- l'obligation d'organiser l'activité dans les établissements de santé ;
- la suppression du délit de propagande et de publicité et le renforcement du délit d'entrave ;
- l'ouverture de l'IVG médicamenteuse à la médecine de ville (décrets d'application en 2004), puis aux centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiales (CEPF) ;
- la fin du quota maximum d'IVG dans les établissements de santé privés.

Concernant la contraception, la loi prévoit :

- la reconnaissance d'un droit d'accès des mineurs à la contraception sans autorisation parentale ;

1. Estimation réalisée d'après les bulletins d'IVG 2002.

- la délivrance gratuite de la contraception d'urgence aux mineures ;
- l'accès gratuit et anonyme des mineures à la contraception dans les CPEF ;
- la généralisation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire ;
- l'information sexuelle aux personnes handicapées ;
- un cadre légal pour la stérilisation à visée contraceptive.

Démarche et délai de prise en charge

• La réalisation d'une IVG est encadrée par un protocole bien défini. Deux consultations médicales sont obligatoires avant l'IVG, séparées par un délai de réflexion d'au moins une semaine. Le médecin peut réduire ce délai en cas de risque de dépassement du délai légal. À l'issue de la première consultation médicale, le médecin remet à la femme une attestation de consultation médicale ainsi qu'un guide pratique, consultable dans le dossier « Contraception-IVG » sur le site du ministère en charge de la santé.

• La femme doit ensuite confirmer sa demande d'IVG par écrit au cours de la seconde consultation. Le plus souvent, la date de l'IVG est fixée à l'issue de cette consultation. Si la technique envisagée nécessite une anesthésie, une consultation pré-anesthésique est obligatoire avant l'intervention.

• Les consultations-entretiens ne sont plus obligatoires pour les femmes majeures mais restent néanmoins proposées aux femmes ; la première avant l'intervention et l'autre après, afin de permettre à la patiente de parler de sa situation, de l'intervention et de recevoir des informations sur la contraception.

• Une IVG ne peut être pratiquée que par un médecin. Celui-ci peut refuser mais il doit alors en informer immédiatement l'intéressée et lui communiquer en même temps le nom de praticiens réalisant des IVG.

Coût de la prise en charge

Selon l'arrêté du 4 août 2009, le prix limite du forfait pour une hospitalisation de moins de 12 heures pour une IVG chirurgicale avec anesthésie générale est de 383,32 euros dans les établissements publics et privés ex-dotation globale. Dans ces mêmes établissements, le forfait pour une IVG médicamenteuse est de 257,91 euros ; il est fixé à 191,74 euros en ville.

L'IVG est remboursée par l'assurance maladie, à 80 % si elle est pratiquée en établissement et à 70 % pour une IVG médicamenteuse pratiquée en médecine de ville ou en consultation externe d'un établissement hospitalier.

ENCADRÉ 2

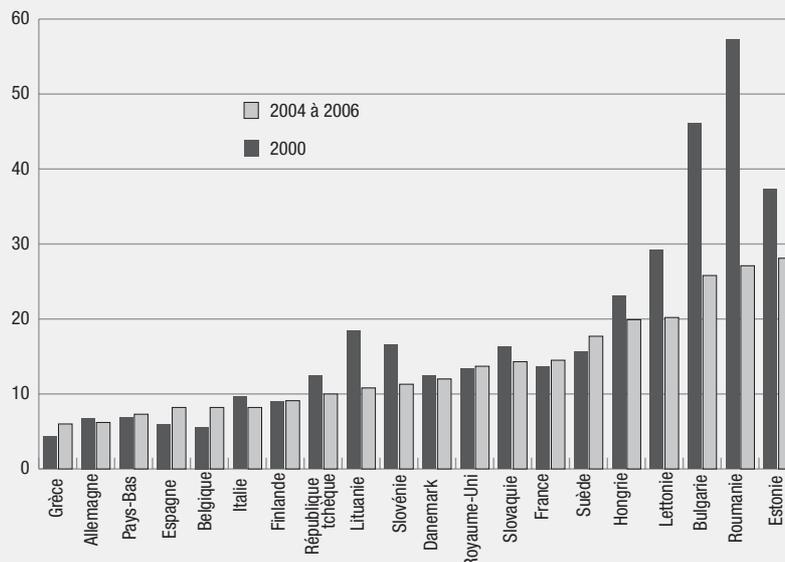
LES NOUVEAUX PAYS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE RECOURENT DAVANTAGE À L'IVG

En dehors de l'Irlande et de Malte, où l'avortement n'est pas autorisé par la loi, la législation des pays de l'Union européenne fixe le délai de réalisation d'une IVG à 10 semaines de grossesse au Danemark, en Grèce, en Italie, en Norvège et en Slovénie, 12 semaines en Autriche et en Italie, 18 semaines en Suède, 24 semaines en Grande-Bretagne. Dans les autres pays, le délai est de l'ordre de 12 semaines. En Autriche, au Luxembourg, au Portugal et à Chypre, aucune donnée n'est encore disponible. En Pologne, le taux d'IVG est très faible (moins de 0,1 %). À Chypre et aux Pays-Bas, le délai de gestation pendant lequel l'IVG est autorisée n'est pas précisé.

L'IVG médicamenteuse se pratique dans 17 pays, parfois seulement depuis quelques années.

Dans les pays qui autorisent les IVG, les taux d'IVG varient de 6,0 à 26,5 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Europe (27 pays). L'Europe de l'Est enregistre les taux les plus élevés, mais ils diminuent fortement depuis le début des années 2000, tandis qu'ils augmentent légèrement dans certains pays d'Europe de l'Ouest, comme l'Espagne et la Belgique.

Taux d'IVG pour 1 000 femmes



* Données 2007 sauf Bulgarie, Suède, Italie, Allemagne (2006) et Espagne, Grèce, Danemark, Slovaquie (2005).

Champ : Femmes âgées de 15 à 49 ans.

Sources : OMS, European health for all database (HFA-DB), World Health Organization Regional Office for Europe ; calculs DREES.

Un rapport de l'IGAS concluait en 2002 que, malgré les progrès dans l'acceptation collective de l'IVG, d'une part des difficultés persistaient dans les délais, l'information et l'accueil des femmes, et, d'autre part, les personnels pratiquant des IVG se jugeaient insuffisamment valorisés (Jeandet-Mengual, 2002). En 2010, une nouvelle mission de l'IGAS confirmait ces constats (Aubin, Jourdain Menninger, Chambaud, 2010). C'est pourquoi, le 8 mars 2010, la ministre de la Santé et des Sports a annoncé une série de mesures visant à favoriser l'information, l'éducation sexuelle et l'accès à la contraception des jeunes, lutter contre les échecs contraceptifs et améliorer l'accès à l'IVG (encadré 3).

Le présent dossier s'appuie sur l'ensemble des données administratives relatives aux IVG recueillies entre 1990 et 2007. Il est complété par les premiers éléments issus de la grande enquête menée par la DREES au cours de l'année 2007 sur les recours à l'IVG (encadré 4). Après avoir dressé un tableau du recours à l'IVG et des caractéristiques des femmes concernées, nous analyserons les modes et lieux de prise en charge. Les principales évolutions observées depuis 1990 seront mises en regard des modifications des contextes législatif et réglementaire.

■ ÉVOLUTION DU NOMBRE D'IVG ET CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES

Le recours à l'IVG, en légère hausse en métropole

Plusieurs sources permettent d'estimer le nombre d'IVG (encadré 4). Ce nombre d'IVG, relativement stable en métropole depuis les années 1990 (autour de 200 000), a légèrement augmenté depuis les années 2000, pour atteindre 213 380 en 2007 (tableau 1).

En 2007, le taux d'IVG s'établit à 14,7 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit une augmentation d'environ 1 point par rapport au début des années 2000.

ENCADRÉ 3

LES MESURES ANNONCÉES LORS DE LA JOURNÉE DU 8 MARS 2010

Le 8 mars 2010, à l'occasion de la journée internationale de la femme, la ministre de la Santé et des Sports, Roselyne Bachelot, a annoncé une série de mesures qui s'appuient sur les recommandations du rapport qui venait de lui être remis par l'IGAS.

Améliorer les connaissances sur les caractéristiques et déterminants du recours à l'IVG

mesure 1 : les résultats concernant les femmes ayant pratiqué une IVG seront disponibles à la fin de l'année 2010 dans un numéro spécial thématique de la *Revue française des affaires sociales*.

Améliorer l'information et l'éducation sexuelle auprès des jeunes

mesure 2 : le ministère de l'Éducation nationale pilote un groupe de travail sur ce thème avec le ministère de la Santé et des Sports et le secrétariat d'État chargé de la famille et de la solidarité ;

mesure 3 : il sera demandé aux agences régionales de santé (ARS) de vérifier que les maisons des adolescents développent les entretiens de planification familiale et l'information sur la contraception ;

mesure 4 : pour répondre à leur problématique spécifique, l'INPES réalise en 2010 une campagne d'information et d'éducation spécifique pour les départements d'outre-mer (DOM) avec une série de programmes courts d'animation diffusée dans les DOM, sur des supports télé, radio et web.

Favoriser l'accès à la contraception pour les mineures

mesure 5 : un bilan de la situation d'ensemble des organismes de planification, d'éducation et de conseil familial permettra de mieux appréhender les forces et les faiblesses du dispositif en place ; ce bilan sera réalisé par l'IGAS ;

mesure 6 : pour répondre au problème spécifique des zones non couvertes, notamment en milieu rural, un dispositif sera mis en place pour permettre le recours, dans les mêmes conditions de gratuité et d'anonymat que les centres de planification, aux médecins généralistes volontaires.

Lutter contre le taux d'échec important des moyens de contraception

mesure 7 : la formation initiale des médecins sur la contraception sera améliorée en permettant plus largement aux internes d'effectuer des stages dans les centres de planification et d'éducation familiale et en veillant à ce que la prescription de la contraception soit une compétence acquise durant la formation en stage à l'hôpital ou auprès des médecins généralistes maîtres de stage ;

mesure 8 : des discussions avec les laboratoires pharmaceutiques sont amorcées en vue de les encourager à s'engager dans une démarche de remboursement des nouvelles formes de contraception hormonale non orale qu'ils proposent (patch et anneau) et qui sont parfois mieux adaptées au mode de vie de certaines femmes ;

mesure 9 : il sera proposé à la Haute autorité de Santé (HAS) d'établir des recommandations pour la contraception d'urgence.

Améliorer l'accès à l'IVG

mesure 10 : les montants des forfaits IVG seront augmentés de près de 50 % dès 2010 ;

à mesure 11 : afin de garantir une prise en charge de qualité de ce type d'IVG qui peut être pratiqué maintenant en ville, un groupe de travail sera mis en place pour élaborer un cahier des charges sur la pratique des IVG médicamenteuses.

Organiser au niveau régional les actions de prévention et la prise en charge des grossesses non désirées

mesure 12 : les agences régionales de santé (ARS) devront intégrer la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées comme une composante à part entière de l'offre de soins et de prévention ; elles seront évaluées sur leurs résultats dans ce domaine.

Cependant, du fait de l'évolution démographique, le nombre de femmes en âge d'être concernées par une IVG a eu tendance à diminuer, ce qui a tempéré l'accroissement du taux brut d'IVG : le taux global d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, calculé de façon standardisée en adoptant la structure d'âge de la population féminine de 1990, est en 2001 supérieur de 1 point à celui de 1990 et en 2007 de presque 2 points (graphique 1).

TABLEAU 1 • Évolution des IVG selon la classe d'âge*

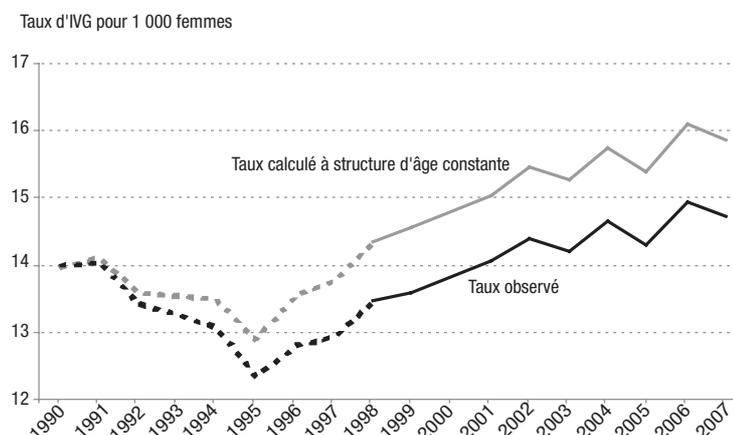
	1990	2001	2005	2006	2007
Nombre total d'IVG	197 406	202 180	206 311	215 390	213 382
Répartition des IVG selon le groupe d'âge (en %)					
15-19 ans	11,6	13,2	14,4	14,4	14,3
15-17 ans	4,4	4,7	5,9	6,0	5,9
18-19 ans	7,2	8,5	8,6	8,5	8,4
20 à 24 ans	23,4	24,5	25,5	24,8	24,8
25 à 29 ans	23,7	21,9	20,7	21,3	22,0
30 à 34 ans	20,4	19,2	18,7	18,2	17,7
35 à 39 ans	14,3	14,5	13,8	14,1	14,0
40 à 44 ans	5,9	5,8	5,9	6,1	6,1
45 à 49 ans	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6
15-49 ans	99,8	99,6	99,6	99,5	99,5
Tous âges	100	100	100	100	100
Taux d'IVG pour 1 000 femmes					
IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	14,0	14,1	14,2	14,9	14,7
À structure d'âge inchangée par rapport à 1990	14,0	15,0	15,4	16,1	15,9
Taux d'IVG pour 1 000 femmes selon le groupe d'âge					
15-19 ans	10,9	14,0	15,5	16,1	15,6
15-17 ans	7,0	8,5	10,6	11,2	10,8
18-19 ans	16,4	21,7	22,8	23,4	22,6
20 à 24 ans	21,8	26,6	26,8	27,5	27,0
25 à 29 ans	21,8	21,8	22,8	24,0	24,1
30 à 34 ans	18,8	18,3	18,0	18,7	18,6
35 à 39 ans	13,2	13,4	13,1	14,0	13,7
40 à 44 ans	5,7	5,5	5,5	5,9	5,8
45 à 49 ans	0,7	0,6	0,5	0,6	0,6
15-49 ans	14,0	14,1	14,2	14,9	14,7

* Jusqu'en 2005, le nombre d'IVG en ville est estimé à partir de la SAE car la distribution par âge n'est pas disponible pour le nombre de forfaits honoraires de ville (FHV) remboursés.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES (SAE-PMSI), INSEE, CNAMTS (Érasme) (forfaits FHV remboursés en 2006 et 2007).

GRAPHIQUE 1 • Évolution des taux d'IVG entre 1990 et 2007



Note : D'après l'INED, la baisse puis la hausse du taux d'IVG observées entre 1990 et 1998 pourraient refléter un phénomène de sous-déclaration de la part des établissements (Rosier et Pirus, 2007).

Champ : France métropolitaine. Femmes âgées de 15 à 49 ans.

Sources : DREES (SAE-PMSI), CNAMTS (Érasme), INSEE.

ENCADRÉ 4

COMMENT ESTIMER ET CARACTÉRISER LES IVG EN FRANCE ?
LES DIFFÉRENTES SOURCES DE DONNÉES DISPONIBLES

Les sources administratives. Plusieurs sources peuvent actuellement être utilisées pour le suivi annuel des IVG : les bulletins d'interruptions de grossesse (BIG), dont le remplissage est prévu par la loi, la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Depuis leur autorisation en 2004, le nombre de remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments) correspondant à des IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral est disponible à partir des bases de l'assurance maladie (CNAMTS). En 2007, 19 614 forfaits « honoraires de ville » (FHV) ont été remboursés (France entière), alors que seulement 10 713 IVG médicamenteuses en ville ont été déclarées dans la SAE.

Pour l'estimation globale du nombre annuel d'IVG, les comparaisons réalisées au niveau régional, départemental et par établissement pour certains départements montrent que les chiffres issus de la SAE sont les plus réguliers en tendance et globalement les plus fiables, sauf pour les IVG en ville. Ils présentent toutefois l'inconvénient de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégées par établissement.

Les bulletins d'IVG ne sont quant à eux pas exhaustifs. On estime ainsi qu'entre 1995 et 1998, 4 % des IVG du secteur public et 33 % des IVG du secteur privé n'ont pas donné lieu au remplissage d'un bulletin. Ils permettent toutefois de fournir des informations complémentaires concernant la durée de gestation, les grossesses antérieures, la situation familiale et professionnelle des femmes, leur nationalité, etc.

Les données du PMSI, elles aussi, ne sont pas directement utilisables à ce jour pour le dénombrement précis des seules IVG : elles comprennent également les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical, sans les distinguer des autres. En revanche, elles permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors de l'entrée en séjour.

Jusqu'en 1998, la DREES estimait le nombre total d'IVG en comparant établissement par établissement les données issues des bulletins et celles issues de la SAE. Depuis 2001, la SAE sert d'unique référence pour la série du nombre d'IVG à compter des années 1995. La structure par âge des femmes ayant eu recours à une IVG est celle du PMSI. La répartition selon le mode d'intervention à l'hôpital est issue de la SAE. Les données de la CNAMTS sont quant à elles utilisées pour estimer le nombre d'IVG réalisées « en ville » depuis 2006.

L'enquête 2007 sur les recours à l'IVG. Pour mieux connaître les caractéristiques et les parcours des femmes ayant eu recours à une IVG, ainsi que les modalités de leur prise en charge, la DREES a réalisé en 2007 une grande enquête dans les établissements concernés. Au sein des 1 206 structures échantillonnées, tous les praticiens (1 260) prenant en charge des IVG se sont vus proposer un questionnaire, y compris les médecins réalisant uniquement des IVG médicamenteuses en ville et ayant conclu une convention avec ces établissements.

L'enquête a été réalisée à l'aide de quatre questionnaires :

- un questionnaire pour chaque structure, avec des questions sur les caractéristiques de l'établissement, l'organisation du service prenant en charge les IVG, les types d'IVG prises en charge, l'activité, les moyens, la file active des établissements où sont réalisées les IVG ;
- un questionnaire pour le praticien, qui portait sur sa qualification, son expérience, ses motivations et les difficultés rencontrées dans l'exercice de sa pratique.

Pour chacune des IVG réalisées pendant la période de l'enquête, deux questionnaires ont été soumis :

- un questionnaire médical rempli par le médecin, avec des questions sur la gestation en cours, le protocole thérapeutique, la contraception, etc., et un volet sur la visite de contrôle ;
- un questionnaire auto-administré proposé aux femmes juste après l'intervention, permettant de recueillir des informations sur leurs caractéristiques sociodémographiques, leur parcours de soin et leur situation contraceptive, avec un volet spécifique pour les femmes mineures.

Au total, l'enquête porte sur 13 443 IVG, dont 9 905 pour lesquelles sont disponibles à la fois des données médicales et des données relatives aux patientes.

Des recours à l'IVG plus importants parmi les plus jeunes

Les recours à l'IVG diffèrent sensiblement selon l'âge. Les femmes âgées de 20 à 34 ans concentrent deux tiers des IVG réalisées en 2007 (tableau 1). Les femmes âgées de 20-24 ans sont celles qui ont le plus souvent recours à l'IVG en 2007 (27 IVG pour 1 000 femmes en moyenne), suivies des femmes de 25 à 29 ans (24) et celles âgées de 18 à 19 ans (23).

Si le recours à l'IVG des femmes de plus de 30 ans est resté plutôt stable au cours des années 1990 et 2000, celui des femmes de moins de 30 ans a nettement progressé dans les années 1990, avant de se stabiliser dans les années 2000. L'accroissement de la fréquence du recours à l'IVG est sensible chez les 15-19 ans, et dans une moindre mesure, chez les 20-24 ans. Ainsi, les femmes de 15-19 ans représentent plus de 14 % des femmes ayant eu une IVG en 2007 (les mineures : 6 %), contre moins de 12 % en 1990 (4,4 %). Les premiers résultats de l'enquête réalisée par la DREES en 2007 auprès des femmes ayant eu recours à une IVG permettent de mieux appréhender le profil et les conditions de prise en charge de ces jeunes femmes (encadré 5).

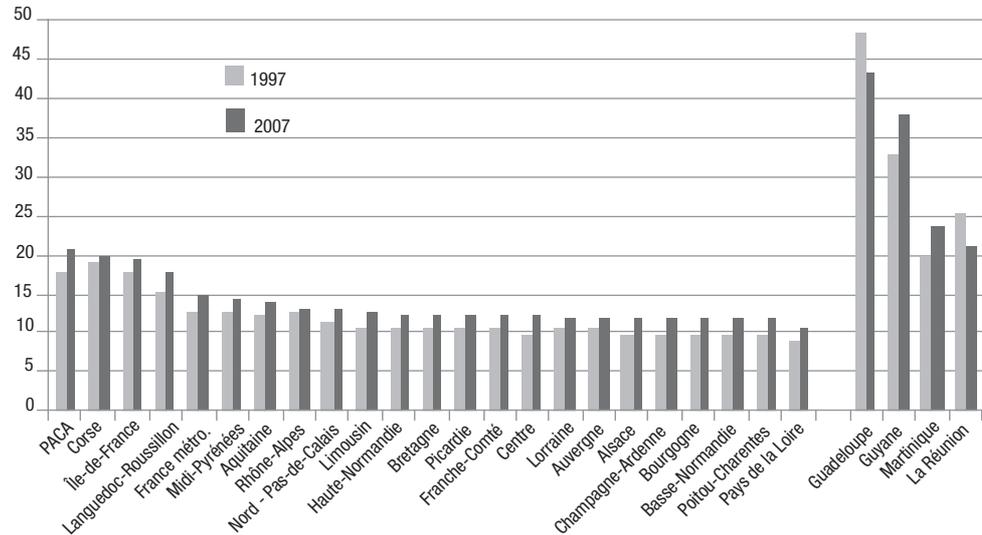
Des recours à l'IVG plus fréquents dans les DOM, dans le sud de la métropole et en Île-de-France

En 2007, avec un taux moyen de 29 IVG pour 1 000 femmes, le recours à l'IVG dans les DOM est deux fois plus fréquent qu'en métropole (carte 1). En Guadeloupe et en Guyane, les taux de recours sont particulièrement élevés (plus de 38 IVG pour 1 000 femmes). En Martinique et à la Réunion, les taux sont compris entre 21 et 24

Les IVG en France en 2007

IVG pour 1 000 femmes. En dix ans, alors que les taux de recours ont légèrement progressé en métropole, ils ont décru dans les DOM, du fait d'une baisse très sensible à la Réunion et en Guadeloupe. Ils restent cependant très supérieurs à ceux observés en France métropolitaine (graphique 2).

GRAPHIQUE 2 • Évolution du taux d'IVG* selon la région entre 1997 et 2007

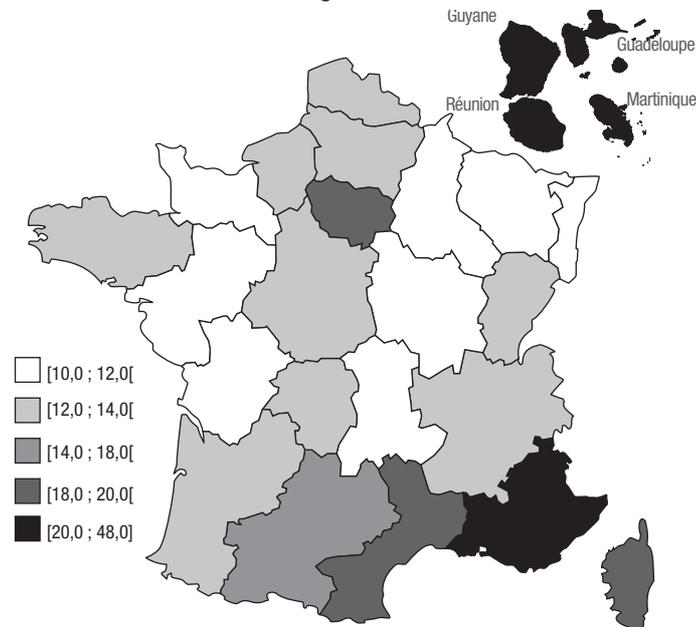


* Taux pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Champ : France entière. Femmes âgées de 15 à 49 ans.

Sources : DREES (SAE-PMSI), INSEE, CNAMTS.

CARTE 1 • Taux d'IVG* selon la région en 2007



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

Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).

Sources : DREES (SAE-PMSI), INSEE, CNAMTS.

À noter qu'avec des taux respectivement de 28, 41 et 31 IVG pour 1 000 jeunes filles mineures (contre 24, 38 et 21 pour les femmes de 15 à 49 ans), les mineures de Martinique, Guyane et Réunion recourent proportionnellement davantage à l'IVG que l'ensemble des femmes.

En métropole, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Languedoc-Roussillon et Corse demeurent celles où les IVG sont les plus fréquentes, avec des taux de recours largement supérieurs à ceux des autres

régions: ils sont compris entre 17 et 21 IVG pour 1 000 femmes dans ces régions, tandis qu'ils varient entre 10 et 13 IVG pour 1 000 femmes dans presque toutes les autres régions, à l'exception de Rhône-Alpes, Aquitaine et Midi-Pyrénées, qui se situent légèrement au-dessus de la moyenne (entre 13 et 14 IVG pour 1 000 femmes).

Les écarts de structure d'âge de la population ne suffisent pas à expliquer ces disparités régionales, qui demeurent sensiblement les mêmes après une standardisation sur la structure d'âge de la population nationale. D'autres facteurs sont susceptibles d'influencer le recours à l'IVG, en particulier les conditions socio-économiques, les structures familiales et l'accès à la contraception.

Une surreprésentation des femmes étrangères, célibataires et sans activité professionnelle

Les premières exploitations de l'enquête sur le recours à l'IVG menée par la DREES permettent de dresser un premier portrait sociodémographique des femmes concernées. Ainsi, 11 % ont la nationalité étrangère et 6 % sont des femmes françaises nées à l'étranger. Au moment de l'IVG, les femmes étrangères sont en moyenne un peu plus âgées que les Françaises (respectivement 28,5 ans contre 27,1 ans) et sont surreprésentées, si l'on se réfère aux données 2006 du recensement, qui dénombrait 6,3 % de femmes étrangères parmi les femmes de 15 à 54 ans. Les femmes étrangères qui recourent à l'IVG sont originaires en premier lieu d'Afrique subsaharienne (37 %), puis d'Afrique du nord (21 %), d'Europe de l'Ouest (13 %), d'Europe de l'Est (8 %) et d'Asie (7 %).

Par ailleurs, moins de la moitié des femmes ayant recours à une IVG vivent en couple (45 % en métropole et seulement 31 % dans les DOM). Ces taux augmentent avec l'âge, passant de 7 % chez les mineures à 63 % chez les plus de 30 ans. Concernant le statut matrimonial, les données des bulletins d'interruption de grossesse (BIG), même si elles ne sont pas exhaustives, présentent des ordres de grandeur comparables: un tiers des femmes ayant pratiqué une IVG en 2007 sont mariées et plus de la moitié ne vivent pas en couple. Les BIG permettent par ailleurs de compléter ce panorama par une perspective temporelle: ils mettent en évidence que la part des femmes célibataires et vivant sans conjoint qui avortent a augmenté de 10 points entre 1990 et 2007.

S'agissant du niveau scolaire, 43 % des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 ont un niveau d'études inférieur au baccalauréat et 16 % un niveau supérieur à bac + 2. Une analyse plus fine des niveaux d'études par groupe d'âge fait rapidement apparaître que l'IVG ne concerne pas systématiquement les femmes les moins diplômées. C'est effectivement le cas pour les plus jeunes puisque moins de 70 % des jeunes filles de 15 à 19 ans qui ont avorté en 2007 faisaient encore des études, alors que cette proportion est de 90 % chez les jeunes filles de cette classe d'âge. Toutefois, la tendance s'inverse chez les plus âgées: parmi les 35-44 ans, 58 % des femmes ayant avorté en 2007 ont un niveau d'études au moins égal au baccalauréat, contre 49 % pour ce même groupe d'âge dans l'enquête Emploi 2007. Au regard de leur situation sur le marché du travail, l'enquête de la DREES met en évidence que les femmes qui ont recours à une IVG en France métropolitaine sont moins souvent en emploi que l'ensemble des femmes du même âge (52 % contre 63 %).

Deux tiers des IVG concernent des femmes utilisant un contraceptif

L'évolution du nombre d'IVG peut être liée à la fois à l'activité sexuelle, à l'usage des différents moyens de contraception et au choix des femmes concernant l'issue des grossesses non désirées (Toulemon et Leridon, 1992). La hausse du recours à l'IVG ne semble s'expliquer ni par l'âge moyen au premier rapport sexuel qui a très peu évolué depuis plusieurs années², ni par une moindre utilisation des contraceptifs. En 2005, d'après le Baromètre santé de l'INPES, 73 % des femmes âgées de 15 à 54 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois ont déclaré « faire quelque chose pour éviter une grossesse » (71 % en 2000), le plus souvent en utilisant une méthode médicale de contraception (pilule ou stérilet dans 82 % des cas), ou le préservatif dans 11 % des cas. Parmi les femmes exposées au risque de grossesse³ ne souhaitant pas avoir d'enfant, 3 % seulement déclarent ne pas utiliser systématiquement de moyen de contraception.

En ce qui concerne les jeunes, même si l'usage du préservatif se diffuse, la pilule demeure le mode de contraception le plus répandu. En 2000, 76 % des jeunes femmes de 15 à 19 ans qui utilisent (systématiquement ou non) un moyen contraceptif prennent la pilule et elles sont 79 % en 2005⁴ (86 % parmi les jeunes filles âgées de 20 à 24 ans). Depuis 2000, l'usage du préservatif se maintient chez les filles âgées de 20-25 ans (10 %) et a légèrement diminué chez celles de 15-19 ans, passant de 23 % à 20 %⁵.

Alors que les méthodes médicales de contraception sont très répandues, les échecs de contraception demeurent nombreux et deux tiers des IVG réalisées en 2007 concernent des femmes qui utilisent un moyen contraceptif. Ces échecs de contraception sont en partie liés à la prégnance en France d'une « norme » contraceptive qui n'est pas forcément adaptée aux disparités de conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes (HAS, 2004). La campagne nationale sur la contraception de 2007 pilotée par l'INPES visait justement à encourager une plus grande souplesse dans les pratiques contraceptives (« La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit »).

2. Source: Baromètre santé 2005, INPES.

3. Femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois, déclarant avoir eu des rapports sexuels avec pénétration, non enceintes et non stériles.

4. Sources: Baromètre santé 2000, vol. 2, décembre 2001. Baromètre santé 2005, novembre 2007.

5. Ce point est développé dans le dossier sur la santé des jeunes p. 43.

Malgré la diffusion de la contraception d'urgence, le recours à l'IVG ne baisse pas

Par ailleurs, les femmes utilisent de plus en plus la contraception d'urgence. Depuis juin 1999, date à laquelle celle-ci est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale, son utilisation s'est très fortement développée : 1,2 million de boîtes de lévonorgestrel (« pilule du lendemain ») ont été vendues en 2007, des ventes plus de sept fois supérieures à celles de 1999. Selon le Baromètre santé 2005, même si seule une minorité peut citer le délai maximal des 72 heures requis pour la prise de cette pilule, toutes les femmes âgées de 15 à 54 ans déclarent en avoir déjà entendu parler et 14 % y ont déjà eu recours dans leur vie. Les trois causes principales amenant à prendre ce type de contraception d'urgence sont les problèmes de préservatif (33 % des cas), de pilule (25 %) et les rapports sexuels non protégés (22 %). Cette pratique est surtout répandue chez les jeunes femmes : plus de 30 % des femmes âgées de 15 à 19 ans y ont déjà eu recours, contre seulement 10 % des femmes de 35 à 44 ans. Dans 7,5 % des cas, la prise d'une contraception d'urgence n'a pas permis d'éviter une grossesse.

Si les femmes exposées au risque de grossesse non désirée sont moins nombreuses (46 % vers 1975 contre 33 % en 2004), le recours à l'IVG est plus fréquent. Ainsi, les données de la cohorte Cocon montrent que 62 % des femmes ont interrompu volontairement une grossesse non désirée en 2004, contre 41 % en 1975 (Bajos *et al.*, 2004).

■ CARACTÉRISTIQUES, MODES ET LIEUX DE PRISE EN CHARGE DES IVG

La facilité d'accès à l'IVG et l'efficacité de la prise en charge dépendent des conditions offertes aux femmes qui désirent avoir recours à une IVG. Le récent décret du 6 mai 2009 ouvre la possibilité au président du conseil général de passer une convention avec un centre de planification ou d'éducation familiale, un centre de santé ou un praticien pour organiser la pratique d'IVG par voie médicamenteuse. Ce texte pourrait modifier les conditions de recours aux IVG médicamenteuses hors établissement dans les prochaines années.

Les informations issues des données administratives peuvent être complétées par l'enquête réalisée par la DREES en 2007 auprès des femmes ayant eu recours à une IVG. En effet, cette enquête permet, notamment à travers les volets relatifs aux établissements et aux praticiens, de mieux connaître les caractéristiques et modes de réalisation des IVG, ainsi que les conditions et lieux de prise en charge (encadré 4).

Une durée moyenne de gestation stable au moment de l'IVG

Les IVG « précoces », réalisées avant 6 semaines de grossesse, représentent près de la moitié des IVG réalisées, alors que les IVG « tardives », réalisées à partir de 10 semaines, représentent 8 % des IVG.

L'augmentation de la part des IVG médicamenteuses, réalisées plus précocement (moins de 5 semaines de grossesse en moyenne) que les IVG chirurgicales (9 semaines et demie, soit une semaine de plus qu'en 1990), et l'étalement du délai légal de recours à l'IVG introduit par la loi de 2001 ont eu des effets contradictoires, ce qui explique le maintien de la durée moyenne de gestation. L'allongement du délai légal maximum s'est traduit par un allongement de la distribution des IVG vers des délais plus longs, de l'ordre de 9 à 10 semaines de grossesse mais relativement peu au-delà.

Ainsi, la durée de gestation moyenne au moment de l'IVG est restée stable depuis 1990, un peu au-dessus de 6 semaines de grossesse. Les facteurs sociodémographiques associés à des durées de gestation plus longues demeurent les mêmes : les femmes les plus jeunes, celles ayant moins d'enfants, les célibataires et celles n'ayant pas d'emploi recourent plus tardivement à l'IVG.

Une part croissante du secteur public dans la prise en charge des IVG à l'hôpital

En 2007, selon la Statistique annuelle des établissements (SAE), plus de 195 000 IVG sont réalisées en établissement, soit neuf IVG en établissement pour une seule réalisée en cabinet libéral. Les trois quarts des IVG pratiquées à l'hôpital sont prises en charge dans le secteur public. Malgré les revalorisations substantielles des forfaits IVG en 2008 et 2009 (Aubin, Jourdain Menninger, Chambaud, 2010), cette activité reste déficitaire pour les établissements. Cela explique en partie pourquoi la part des IVG prises en charge par le secteur public a augmenté, passant de 60 % en 1990 à 67 % en 2001 et 76 % en 2007. Le désengagement du secteur privé est général, même s'il est plus marqué dans certaines régions : en Île-de-France, la part d'IVG prises en charge par le secteur public est passée de 44 % à 56 % entre 2002 et 2007, et de 43 % à 48 % en Midi-Pyrénées pour la même période. Une forte revalorisation financière du forfait a été annoncée en mars 2010 pour répondre à ce problème tarifaire, mais l'impact sur l'offre ne peut encore être évalué.

Les IVG médicamenteuses représentent la moitié des IVG en établissement

Les IVG médicamenteuses sont autorisées à l'hôpital depuis 1988 et constituent, selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), la méthode privilégiée jusqu'à 7 semaines de grossesse (ANAES *et al.*, 2004). Depuis l'entrée en vigueur du décret d'application de juillet 2004, les IVG peuvent également être réalisées dans un cabinet médical de ville jusqu'à 5 semaines de grossesse. La part des IVG médicamenteuses a régulièrement progressé et a été multipliée par deux entre 1992 et 1998, puis entre 1998 et 2004. Elles représentent 49 % de l'ensemble des IVG en 2007.

Au sein des établissements, 44 % des IVG se font par voie médicamenteuse (tableau 2). Elles sont plus répandues dans le public (46 %) que dans le privé (38 %) [graphique 3], et plus fréquentes dans les petits (46 %) que dans les gros établissements⁶ (38 %).

TABLEAU 2 • Répartition des IVG réalisées selon le lieu de l'intervention entre 2001 et 2007

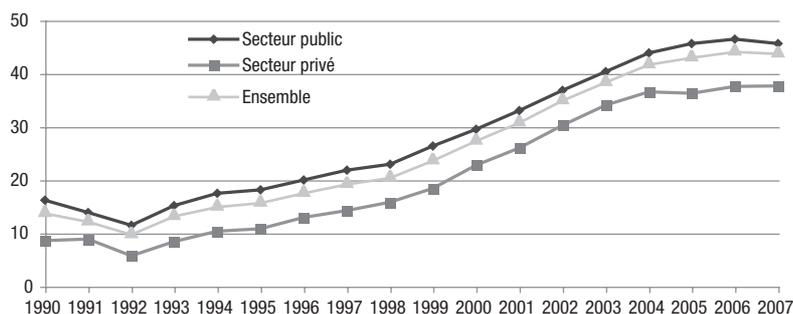
		2001	2005	2006	2007
Secteur public	nombre d'IVG	135 000	144 174	146 749	147 868
	part des IVG médicamenteuses	33 %	46 %	46 %	46 %
Secteur privé	nombre d'IVG	67 180	57 129	54 316	47 241
	part des IVG médicamenteuses	26 %	36 %	38 %	38 %
Ensemble des établissements	nombre d'IVG	202 180	201 303	201 065	195 109
	part des IVG médicamenteuses	31 %	43 %	44 %	44 %
IVG médicamenteuses en ville*		-	5 008	14 325	18 273
Total IVG		202 180	206 311	215 390	213 382

* Données SAE pour les IVG médicamenteuses en ville en 2005, CNAMTS pour 2006 et 2007.

Champ : France métropolitaine.

Sources : SAE, PMSI, CNAMTS (Érasme v1, nombre de forfaits IVG remboursés).

GRAPHIQUE 3 • Évolution de la part des IVG médicamenteuses en établissement entre 1990 et 2007 (en %)



Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES (SAE).

Par ailleurs, les pratiques évoluent : en 2007, 13 % des établissements n'ont pratiqué aucune IVG médicamenteuse, contre 17 % en 2005. Des contraintes locales d'offre de soins peuvent aussi limiter le choix de la technique d'IVG proposée à la femme. Les établissements qui pratiquent uniquement des IVG chirurgicales sont de petits établissements, réalisant en moyenne une centaine d'IVG par an. La variabilité de la répartition entre IVG médicamenteuses et chirurgicales selon les établissements reflète notamment des différences en termes d'installations techniques disponibles, de choix organisationnels et de formation des équipes pratiquant les IVG.

Les IVG en ville se développent surtout dans les zones de forte demande

Depuis qu'elles sont autorisées en ville (2004), les IVG médicamenteuses se reportent progressivement de l'hôpital vers les cabinets libéraux. Ces derniers ont réalisé 18 273 IVG en métropole en 2007⁷, soit une IVG médicamenteuse sur six ; en 2005, ils en prenaient en charge moins d'une sur dix.

La prise en charge des IVG médicamenteuses en ville est très inégalement répandue sur le territoire : les régions Île-de-France, Aquitaine, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur concentrent 80 % des remboursements de forfaits, pour 49 % des IVG réalisées en établissement.

La Réunion se distingue également, avec 60 % des forfaits remboursés dans l'ensemble des DOM, alors que la Martinique ne compte toujours aucune demande de remboursement. Désormais à la Réunion, près de la moitié des IVG médicamenteuses (43 %) sont réalisées hors établissement.

Dans les établissements, une activité concentrée et rattachée aux services de gynécologie-obstétrique

Si le nombre d'IVG réalisées dans les établissements de santé a relativement peu évolué depuis 2000, le nombre de structures qui en pratiquent est passé de 729 en 2000 à 624 en 2007. Les petits établissements, qu'ils soient publics ou privés, ont eu tendance à cesser ou réduire cette activité. La prise en charge des IVG s'est ainsi concentrée dans les grandes structures : en 2007, 34 structures (5,4 % des établissements) ont assuré à

6. Dans l'enquête, les établissements ont été classés en trois catégories selon le nombre d'IVG réalisées dans l'année : les « petits » effectuent moins de 250 IVG dans l'année, les « moyens » assurent 250 à 1 000 IVG dans l'année et les « gros » réalisent plus de 1 000 IVG dans l'année.

7. Sources CNAMTS : Érasme V1, mois de remboursement. Fichier d'identification nationale des professionnels de santé (FINPS), décembre 2007, régime général y compris sections locales mutualistes (SLM).

elles seules 23 % des IVG. Il s'agit de gros établissements majoritairement publics (à l'exception de 4 d'entre eux), pratiquant plus de 1 000 IVG par an. *A contrario*, plus de la moitié des établissements (342 sur 624) ont réalisé moins de 250 IVG dans l'année (36 770 au total, soit un cinquième des IVG réalisées en établissement).

Si cette « concentration » de l'activité offre des équipes plus étoffées, une organisation plus efficiente et davantage d'anonymat aux femmes qui peuvent le souhaiter, l'affaiblissement de l'offre de proximité peut également nuire à un accès et une prise en charge rapide des femmes concernées.

Par ailleurs, d'après l'enquête sur les recours à l'IVG de la DREES, 80 % de l'activité d'IVG est intégrée à un service de gynécologie-obstétrique en 2007. Moins de 2 % des services du secteur privé réalisant des IVG et 13 % de ceux du secteur public sont consacrés uniquement à l'IVG.

Un délai médian de prise en charge de l'ordre d'une semaine

En 2007, la moitié des IVG ont été réalisées dans un délai de 8 jours entre la date de la demande et la réalisation de l'IVG, un quart avant 6 jours et un autre quart au-delà de 10 jours⁸. Les établissements mentionnant un délai moyen supérieur à 14 jours représentent 10 % des IVG réalisées. Ce délai augmente toutefois avec l'activité moyenne de l'établissement : les établissements réalisant plus de 1 000 IVG dans l'année indiquent un délai médian de 9 jours, contre 7 jours pour ceux qui en réalisent moins de 250 dans l'année. Le délai médian est légèrement plus faible dans le secteur privé (7 jours au lieu de 8), avec surtout une plus faible dispersion (écart type 2,5 fois plus faible que dans le secteur public). Les régions Île-de-France et Midi-Pyrénées, malgré la faible part du secteur public, ont des délais moyens et médians proches de la moyenne nationale, mais avec une dispersion particulièrement forte en Île-de-France (plus de 10 fois la valeur de la moyenne), signifiant de probables goulots d'étranglement dans certains établissements.

Dans 92 % des cas, la durée d'hospitalisation pour une IVG chirurgicale est inférieure à 12 heures, contre 66 % en 1995. En 1995, 3,3 % des IVG chirurgicales nécessitaient une hospitalisation de plus de 24 heures ; ce n'est le cas que de 1,8 % des IVG en 2007.

Par ailleurs, 69 % des IVG chirurgicales sont pratiquées sous anesthésie générale en 2007 (le seul type d'anesthésie faisant l'objet d'un recueil systématique), contre 64 % en 2002.

Neuf établissements sur dix peuvent prendre en charge des IVG au-delà de 10 semaines de grossesse

En 2007, et conformément à la législation de 2001 (encadré 1), neuf structures sur dix indiquent avoir la possibilité de prendre en charge des IVG « tardives » (entre 10 et 12 semaines de grossesse)⁹, des mineures sans consentement parental et des femmes sans couverture sociale. Lorsque cette prise en charge n'est pas possible, les femmes sont généralement réorientées vers une autre structure, un centre de planification familiale, voire vers l'étranger – à noter que l'enquête ne permet pas de savoir s'il s'agit de problèmes d'organisation, de file d'attente ou d'autres raisons.

La visite de contrôle, qui permet de s'assurer que la grossesse est bien interrompue, est proposée systématiquement au sein de l'établissement dans quatre cas sur cinq après une IVG chirurgicale et dans presque tous les cas après une IVG médicamenteuse. Cependant, les femmes ne reviennent pas nécessairement dans la même structure. Parmi les rares établissements qui ne font que des IVG médicamenteuses, deux tiers déclarent qu'une femme sur deux revient en consultation « post-IVG » dans le même établissement.

Les entretiens psychologiques toujours proposés par quatre établissements sur cinq

Depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, l'entretien psychologique « pré-IVG » n'est plus obligatoire pour les femmes majeures. Cependant, 6 % des établissements du secteur privé et 48 % des établissements du secteur public (33 % en moyenne) continuent de le proposer systématiquement. Lorsqu'aucun entretien n'est prévu au sein de la structure, 5 % des établissements proposent systématiquement un entretien hors de l'établissement et 44 % le proposent en fonction de la situation. Au total, une structure sur six ne propose aucun rendez-vous aux femmes, même en dehors de l'établissement.

L'entretien post-IVG, obligatoire pour les jeunes filles mineures uniquement, est beaucoup plus rarement proposé de façon systématique aux femmes majeures (tableau 3).

Les professionnels réalisant ces entretiens sont le plus souvent des conseillers conjugaux (40 %) et des psychologues (40 %) : un établissement sur trois déclare que les entretiens sont menés par ces professionnels. En revanche, les médecins (2 %) et infirmiers (4 %) ne sont pas souvent cités (tableau 4).

8. Depuis 2002, le délai moyen de prise en charge, c'est-à-dire le délai moyen mesuré un mois donné (en octobre) entre « la date de la demande et la date de réalisation de l'IVG », est disponible grâce aux déclarations des établissements pour la SAE. Ces estimations sont entachées d'une certaine imprécision car la « demande » n'est pas clairement définie (demande ou rendez-vous ou première consultation médicale?). Elles sont toutefois corroborées par l'enquête sur les IVG réalisée par la DREES en 2007 (« délai moyen entre le premier contact téléphonique et la réalisation de l'IVG »).

9. Ces IVG tardives, pratiquées entre 10 et 12 semaines de grossesse, demeurent peu nombreuses : 3 % du total des IVG déclarées dans les établissements de santé d'après la SAE 2006.

TABLEAU 3 • Proportion d'établissements proposant un entretien pré-IVG ou post-IVG aux femmes majeures

Proportion d'établissements proposant...	systématiquement	selon leur situation	Proportion d'établissements ne proposant pas d'entretien	Total
...un entretien psychosocial pré-IVG dans l'établissement ¹ sinon, hors de l'établissement ²	33 % 5 %	33 % 44 %	34 % 51 %	100 % 100 %
...un entretien psychosocial post-IVG dans l'établissement ³ sinon, hors de l'établissement ⁴	16 % 3 %	47 % 35 %	37 % 62 %	100 % 100 %

1. La question était : « Pour les premières consultations, proposez-vous un entretien psycho-social avant l'IVG aux femmes majeures, sur place, au sein de votre établissement ? »

2. La question était : « Pour les premières consultations, proposez-vous un entretien psycho-social avant l'IVG aux femmes majeures, dans un autre établissement ? »

3. La question était : « Un entretien psycho-social post IVG est-il proposé aux femmes majeures, sur place, au sein de votre établissement ? »

4. La question était : « Un entretien psycho-social post IVG est-il proposé aux femmes majeures, dans un autre établissement ? »

Champ : France entière.

Sources : Enquête auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG, DREES, 2007.

TABLEAU 4 • Professionnels réalisant les entretiens psychosociaux*

Assistante sociale	31,5 %
Conseillère conjugale	40,4 %
Psychologue	39,8 %
Médecins	2,2 %
Infirmier	4,1 %
Sage-femme	20,4 %
Autre	4,3 %

* La question était : « Quels professionnels réalisent ces entretiens psycho-sociaux pour le service IVG (même à temps partiel) ? » (plusieurs réponses possibles)

Champ : France entière.

Sources : Enquête auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG, DREES, 2007.

Des partenariats limités mais des conventions avec des médecins de ville pour 40 % des établissements

Ces dernières années et de façon quasi annuelle, différentes circulaires ont encouragé les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les services déconcentrés de l'État et les directeurs d'établissements à améliorer les conditions de réalisation de l'IVG, à favoriser la complémentarité de l'offre en établissement de santé et en médecine de ville, particulièrement en période estivale, et à renforcer l'efficacité des permanences régionales téléphoniques d'information relative à l'IVG. Toutefois, moins d'une structure pratiquant des IVG sur cinq indique travailler en partenariat avec ces permanences. Lorsque ce partenariat n'existe pas, les établissements travaillent parfois en relation, de manière formelle ou informelle, avec un centre de planification familiale ou une autre structure comme l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC), les réseaux locaux, les espaces jeunes, etc. : c'est le cas pour près d'une structure sur deux. Cependant, les deux tiers des établissements du secteur privé et le tiers des établissements du secteur public déclarent qu'ils ne travaillent en relation ni avec la permanence régionale, ni avec un centre de planification ou un autre organisme.

En 2007, 25 % des structures du secteur privé et 41 % de celles du secteur public ont conclu des conventions avec des médecins pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville. Les établissements ayant établi des conventions déclarent en avoir signé avec 5 médecins en moyenne (6,2 dans le secteur privé et 4,9 dans le public). Les plus gros établissements enregistrent 12,5 conventions en moyenne, contre 3,4 pour les petits établissements et 4,5 pour les moyens. Parmi les établissements ayant signé des conventions, un tiers ont organisé des sessions de formation pour les médecins conventionnés au cours des douze derniers mois. Il s'agit des établissements qui enregistrent le plus de conventions : à eux seuls, ils regroupent la moitié des conventions signées.

ENCADRÉ 5

LES IVG CHEZ LES MOINS DE 25 ANS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

L'enquête réalisée par la DREES en 2007 auprès des femmes ayant eu recours à une IVG permet de mieux appréhender les caractéristiques des plus jeunes : 49 % des femmes de moins de 25 ans et 88 % des mineures vivent chez leurs parents, 8 % sont étrangères, 26 % vivent en couple ; enfin, 31 % exercent un emploi et 57 % de leurs conjoints, lorsqu'elles en ont un, ont un emploi. Les IVG concernent tous les milieux sociaux : 25 % d'entre elles ont un père ouvrier et 24 % un père cadre ; sachant que, parmi les hommes actifs occupés, 35 % sont ouvriers et 18 % cadres (enquête Emploi de 2007).

Parmi les jeunes femmes ayant eu recours à une IVG, 2 % n'ont jamais utilisé de moyen de contraception au cours de leur vie. Le mois où la grossesse a débuté, un tiers n'utilisaient aucune méthode de contraception, un taux équivalent à celui observé pour les autres classes d'âge. Elles mentionnent alors n'avoir pas pensé pouvoir être enceinte (29 %), n'avoir pas prévu de rapports sexuels à ce moment (25 %), avoir eu des problèmes avec leurs méthodes de contraception (7 %), n'avoir pas pensé à utiliser une méthode (25 %) ou ne pas avoir de partenaire régulier (11 %). 9 % d'entre elles parlent de leur peur que leurs parents découvrent qu'elles ont des relations sexuelles.

Parmi les deux tiers des femmes qui déclaraient utiliser une méthode contraceptive, les causes évoquées pour la survenue de grossesse sont, dans plus d'un cas sur deux (54 %), un « oubli » de la contraception (pilule oubliée pendant 1 ou 2 jours ou retard de la prise, pas d'utilisation du préservatif, du spermicide ou de l'éponge). Les « erreurs » de contraception (préservatifs déchirés ou glissés ou mauvais calcul des dates) représentent 38 % des autres causes d'IVG. Parmi les femmes ayant eu recours à une IVG « sous contraception », une sur deux (54 %) utilise une méthode non médicale (préservatif ou méthode locale ou naturelle).

L'enquête met en évidence des conditions de prise en charge quelque peu différentes pour les plus jeunes. D'une part, elles recourent moins à une IVG médicamenteuse que leurs aînées (51 % des moins de 25 ans et 41 % des mineures contre 55 % des femmes de 25 ans ou plus). D'autre part, leurs trajectoires se révèlent moins directes puisque l'IVG a été réalisée par le premier professionnel contacté dans seulement 29 % des cas pour les moins de 25 ans et 38 % pour les 25 ans ou plus. Cela s'explique pour partie par le fait que les jeunes femmes ont une propension plus forte à s'adresser en premier lieu à un professionnel d'un centre de planification familiale ou d'un centre de PMI, sans doute en raison de la gratuité du recours.

Enfin, l'enquête nous apprend que plus de quatre mineures sur dix (46 %) n'ont pas informé leurs parents de l'intervention. Pour rappel, l'article L2212-1 du Code de la santé publique autorise la jeune fille mineure voulant garder le secret vis-à-vis de ses parents à pratiquer une IVG sans leur consentement, accompagnée de l'adulte de son choix. Moins de 2 % des mineures ont recours à l'IVG, malgré le désaccord de leurs parents. Néanmoins, les jeunes filles mineures sont presque toujours accompagnées pour l'intervention (98 % des cas) et, dans un cas sur six, par plus d'une personne. Il s'agit le plus souvent de la mère (43 %) ou du partenaire (27 %). La présence de la mère est d'autant plus fréquente que la jeune fille est jeune : 53 % des 13-15 ans sont venues accompagnées de leur mère contre 40 % des 16-17 ans. L'adulte accompagnant était présent à la fois pour les consultations médicales préalables, l'intervention et la sortie dans un cas sur deux. Dans 86 % des cas, c'est la jeune fille elle-même qui a choisi la présence de l'adulte accompagnant au moment des démarches.

Bibliographie

- ANAES, INPES, AFSSAPS**, 2004, *Stratégies des choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique*, 2004, ANAES.
- Aubin C., Jourdain Menninger D., Chambaud L.**, 2010, « Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesses suite à la loi du 4 juillet 2001 », *Rapport de synthèse de l'IGAS*, La Documentation française.
- Bajos N., Moreau C., Léridon M., Ferrand M.**, 2004, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », *Population & société*, INED, n° 407.
- Jeandet-Mengual Emmanuèle**, 2002, *Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse*, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), décembre, rapport 2002-145.
- Haute autorité de santé (HAS)**, 2004, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*.
- Rosier C., Pirus C.**, 2007, « Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *Population*, INED, vol. 62, n° 1, p. 57-90.
- Rossier C., Toulemon L., Prioux F.**, 2009, « Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 », *Population*, n° 64 (3), INED, p. 495-530.
- Toulemon L., Léridon H.**, 1992, « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements », *Population*, INED, n° 1.

**indicateurs
de santé transversaux**



Cadrage démographique et social

■ CADRAGE DÉMOGRAPHIQUE

Population : 64,7 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2010

Au 1^{er} janvier 2010, la population française est estimée à 64,7 millions d'habitants (tableau 1), dont 62,8 millions sur le territoire métropolitain. À la même date, l'Union européenne à 27 pays comptabilise plus de 500 millions d'habitants. La France représente ainsi environ 13% de la population de l'Europe des 27 pays. Elle se classe au deuxième rang derrière l'Allemagne (81,7 millions au 1^{er} janvier 2010) et devant le Royaume-Uni (62 millions).

Tableau 1 • Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2010

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Effectifs	en %	Effectifs	en %	Effectifs	en %
0-14 ans	11 968 273	18,5	6 123 537	19,6	5 844 736	17,5
15-24 ans	8 111 079	12,5	4 116 508	13,1	3 994 571	12,0
25-44 ans	16 959 912	26,2	8 403 899	26,8	8 556 013	25,6
45-64 ans	16 866 193	26,1	8 222 022	26,3	8 644 171	25,9
65-84 ans	9 158 779	14,2	3 970 513	12,7	5 188 266	15,6
85 ans et +	1 603 138	2,5	470 300	1,5	1 132 838	3,4
Total	64 667 374	100,0	31 306 779	100,0	33 360 595	0

Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).

Sources : INSEE, estimations de population (résultats provisoires arrêtés à la fin 2009).

L'accroissement naturel (+275 000 personnes en 2009) contribue pour près de 80% à la hausse de la population. Il était de +286 000 en 2008. Cette diminution est due à la légère hausse du nombre de décès en 2009 (+3 500 par rapport à 2008, soit +0,6%), mais aussi à la légère baisse du nombre de naissances (-7 500, soit -0,9%). L'importance de l'accroissement naturel dans la variation de population caractérise la France au niveau européen depuis plusieurs années. En effet, dans la plupart des autres pays, c'est plutôt la composante migratoire qui porte la croissance démographique.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes avant 45 ans ; au-delà, cette prédominance s'inverse.

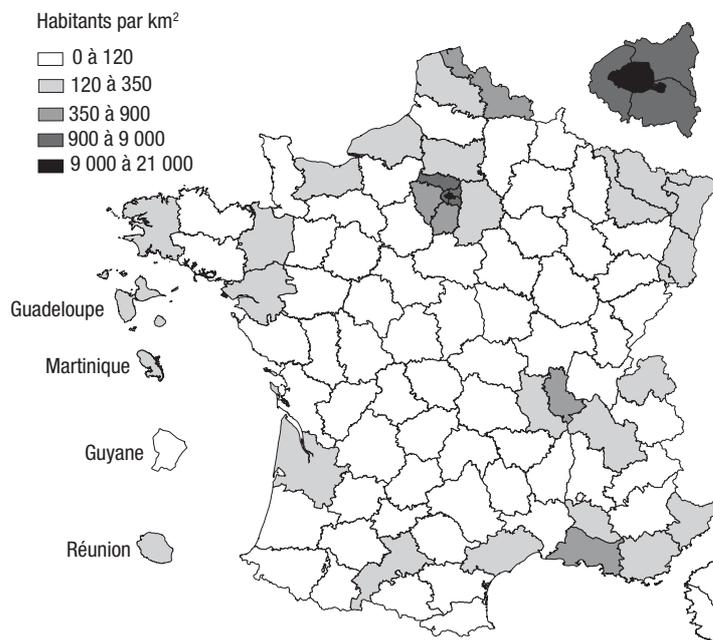
En 2007, en France métropolitaine, la densité de population varie fortement selon les départements, allant de 15 habitants/km² en Lozère pour le moins peuplé à 8 835 habitants/km² dans les Hauts-de-Seine et jusqu'à 20 764 habitants/km² à Paris (carte 1). Dans les départements d'outre-mer (DOM), la situation est également très contrastée, la densité variant de 3 habitants/km² en Guyane à 355 en Martinique, 11^e département français pour la densité.

Répartition par âge : 24,7% de moins de 20 ans et 16,6% de plus de 65 ans

La part des personnes de moins de 20 ans a encore diminué en 2009. Au 1^{er} janvier 2010, ce taux est estimé à 24,7%. Il était de 34% en 1966, son point le plus haut depuis l'après-guerre. Inversement, la part des personnes de 65 ans ou plus a augmenté (16,6% au 1^{er} janvier 2010 contre 15,8% 10 ans plus tôt), la part des personnes d'âges intermédiaires restant stable. Ce sont surtout les plus âgées, les personnes de 75 ans ou plus, qui sont de plus en plus nombreuses : elles représentent désormais 8,8% de la population contre 7,1% en 2000. La France se situe ainsi dans la moyenne des pays européens.

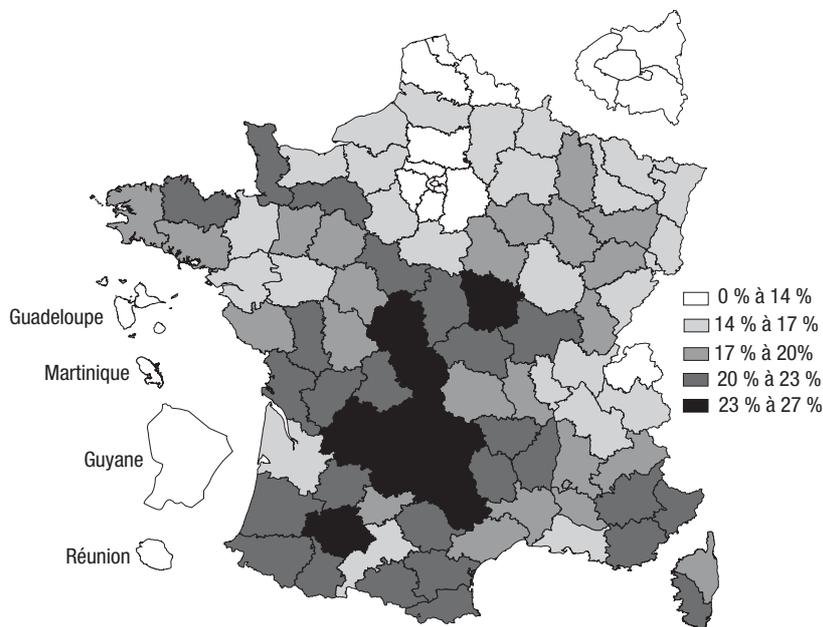
Même si le vieillissement de la population peut se constater sur tout le territoire, la situation des départements français est très variée en termes de répartition par âge. En 2007 comme en 2006, les départements les « plus jeunes » sont la Guyane et la Réunion, avec respectivement 4% et 8% de personnes âgées de 65 ans ou plus (carte 2). En France métropolitaine, c'est la Seine-Saint-Denis qui présente le taux de personnes âgées de 65 ans ou plus le plus faible (10%). À l'opposé, le département de la Creuse enregistre le plus fort taux (27%) : c'est le seul département français pour qui plus d'un quart de la population est âgé d'au moins 65 ans.

Carte 1 • Densité de population par département en 2007



Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).
Sources : INSEE.

Carte 2 • Part des personnes de 65 ans ou plus par département en 2007



Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).
Sources : INSEE.

Natalité : 821 000 naissances en 2009

Malgré une légère baisse du nombre de naissance en 2009 (-7 500, soit -0,9%), le nombre de naissances en 2009 se situe néanmoins à un haut niveau (821 000), largement au-dessus de la moyenne de ces dix dernières années. À noter qu'un quart de la baisse observée entre 2008 et 2009 (environ 2 000 naissances) s'explique mécaniquement par le fait que l'année 2008 était une année bissextile.

Le nombre de naissances a été marqué en France par deux tendances depuis la fin du baby-boom : il a enregistré une baisse continue jusqu'en 1994, où il a atteint un minimum de 740 800 naissances, avant de repartir à la hausse.

Le taux de natalité correspond au rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année. Il est relativement stable depuis dix ans : il s'élève à 12,7 naissances pour 1 000 habitants en 2009 et était de 12,9 en 1999 (tableau 2).

Tableau 2 • Évolution du taux de natalité pour 1 000 habitants en France entre 1980 et 2009

	Naissances vivantes	Taux de natalité pour 1 000 habitants
1980	826 055	nd
1985	796 138	14,1
1990	793 071	13,6
1995	759 058	12,8
1999	775 796	12,9
2000	807 405	13,3
2001	803 234	13,1
2002	792 745	12,9
2003	793 044	12,8
2004	799 361	12,8
2005	806 822	12,8
2006 (p)	829 352	13,1
2007 (p)	818 705	12,8
2008 (p)	828 404	12,9
2009 (p)	821 000	12,7

nd : non disponible.

(p) résultats provisoires pour les taux 2006, 2007 et 2008 ainsi que pour les naissances 2009.

Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).

Sources : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

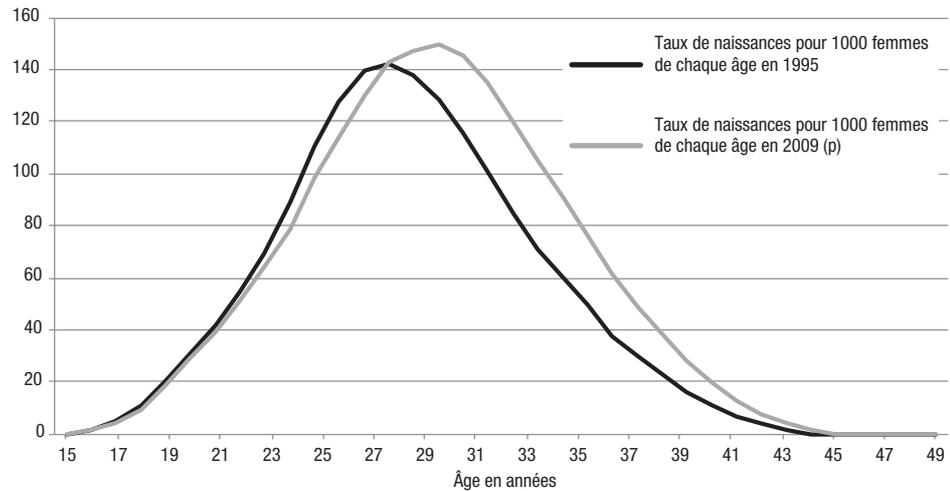
En 2009, l'âge moyen à l'accouchement a continué d'augmenter pour atteindre 29,9 ans (+0,1 an par rapport à l'année précédente), soit 6 mois de plus qu'il y a dix ans et presque 2 ans de plus qu'il y a 20 ans. La part des mères de 35 ans ou plus dans l'ensemble des naissances augmente régulièrement en France : elle atteint 22 % en 2009 contre 13,4 % seulement il y a dix ans et a presque quadruplé en trente ans. Ce phénomène s'observe partout en Europe et c'est en Espagne et en Italie que les mères qui ont accouché dans l'année sont en moyenne les plus âgées (31 ans).

Fécondité : 2 enfants par femme en 2009

Le nombre de naissances a progressé régulièrement depuis six ou sept ans, alors que le nombre de femmes d'âge fécond a diminué en France depuis 15 ans. Ainsi, le nombre de femmes de 20 à 40 ans a baissé de 150 000 depuis 2002. La hausse du nombre de naissances à partir de cette date s'explique en fait par la progression des taux de fécondité par âge. Le taux de fécondité est défini par le rapport du nombre d'enfants nés vivants de l'année à la population moyenne de l'année des femmes en âge de procréer (15-49 ans). Des taux spécifiques sont définis pour différentes tranches d'âge. Ceux-ci progressent fortement aux âges relativement élevés pour la maternité, entre 29 et 45 ans (graphique 1).

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est la somme des taux de fécondité par âge observés sur une année donnée. Cet indicateur mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés une année considérée à chaque âge demeuraient inchangés. L'ICF est plus adapté que le taux de fécondité pour effectuer des comparaisons car il ne dépend pas de la structure par âge des populations. L'ICF a augmenté régulièrement depuis ces dernières années en France, passant de 1,81 en 1999 à 1,99 en 2009 (tableau 3). En 2009, l'indicateur conjoncturel de fécondité a diminué très légèrement par rapport à l'année précédente. En 2008, il avait atteint son niveau le plus élevé depuis 1975 et le seuil symbolique des deux enfants par femme avait été dépassé. En 2009, il est néanmoins resté à un niveau nettement plus élevé qu'en 1999. Le changement dans les comportements de fécondité, avec notamment la hausse des taux de fécondité après 28 ans depuis 1999, aurait dû entraîner 82 000 naissances de plus qu'en 1999. Mais à cette date le nombre de femmes d'âge fécond était plus élevé qu'en 2009 et la part des femmes entre 25 et 35 ans était plus favorable à une forte fécondité. C'est l'évolution de la population féminine qui a limité à 45 000 la hausse du nombre de naissances entre 1999 et 2009.

Graphique 1 • Évolution des taux de fécondité par âge* entre 1995 et 2009



* Âge atteint dans l'année.

(p) résultats provisoires.

Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).**Sources** : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Tableau 3 • Évolution de l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF), du taux de fécondité par âge et de l'âge moyen à la maternité entre 1994 et 2009

	ICF	Taux de fécondité par tranche d'âge				Âge moyen des mères à la maternité
		15-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35 ou plus	
1994	1,683	0,337	0,645	0,469	0,232	28,8
1996	1,750	0,320	0,655	0,519	0,257	29,0
1998	1,779	0,310	0,646	0,543	0,279	29,3
2000	1,893	0,334	0,666	0,584	0,309	29,3
2001	1,895	0,341	0,655	0,582	0,316	29,3
2002	1,881	0,331	0,648	0,581	0,321	29,4
2003	1,891	0,325	0,645	0,593	0,328	29,5
2004	1,915	0,327	0,647	0,603	0,338	29,5
2005	1,938	0,325	0,643	0,619	0,352	29,6
2006 (p)	1,998	0,330	0,656	0,640	0,371	29,7
2007 (p)	1,977	0,321	0,643	0,637	0,377	29,8
2008 (p)	2,005	0,323	0,643	0,651	0,389	29,8
2009 (p)	1,990	0,309	0,633	0,652	0,396	29,9

(p) résultats provisoires.

Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).**Sources** : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

La France fait partie des pays industrialisés où la fécondité est particulièrement soutenue. En 2005, elle est devenue le pays le plus fécond de l'Union européenne, avec l'Irlande. Ces deux pays dépassent largement la moyenne européenne (1,5 en 2007 contre 2 en France et en Irlande). Les niveaux de fécondité les plus bas se situent entre 1,3 et 1,4 enfant par femme et sont enregistrés dans les pays situés à l'Est (Slovaquie, Roumanie, Pologne, Hongrie par exemple) ou au Sud (Portugal, Italie, Espagne).

En France métropolitaine, les femmes qui ont atteint la fin de leur vie féconde en 2009 ont eu en moyenne deux enfants. La descendance finale¹ des femmes nées en 1958 s'établissait à 2,13 enfants par femme. Les femmes de la génération 1958 avaient eu 1,94 enfant à 35 ans et 2,10 à 40 ans. Les femmes nées en 1969 n'avaient que 1,71 enfant à 35 ans mais elles avaient 1,95 enfant à 40 ans, rattrapant ainsi une partie de leur retard. Les femmes qui ont 35 ans en 2009 ont déjà eu en moyenne 1,67 enfant : le retard s'est légèrement accentué mais permet d'envisager une descendance finale au moins égale à 1,92 enfant par femme.

Les données de mortalité, particulièrement importantes pour le suivi de l'état de santé de la population sont détaillées dans un chapitre spécifique (« Données synthétiques de mortalité », p.73), de même que les causes de mortalité (p. 87).

1. Descendance finale : nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une génération de femmes tout au long de leur vie féconde, si l'on ne tenait pas compte de leur mortalité.

■ DÉTERMINANTS SOCIAUX DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Niveau d'étude : 69% des femmes et 60% des hommes de 25 à 34 ans ont obtenu le baccalauréat

La part des diplômés au sein de chaque tranche d'âge augmente de façon très sensible au fil des générations. Ce constat se vérifie à la fois pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, en 2007, 28% des femmes âgées de 55 à 64 ans déclarent avoir obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur ; cette proportion atteint 69% chez les femmes âgées de 25 à 34 ans. De la même façon, 29% des hommes de 55-64 ans ont obtenu le baccalauréat ou un diplôme supérieur, contre 60% des hommes âgés de 25 à 34 ans (tableau 4). Par ailleurs, si la proportion des hommes diplômés de l'enseignement supérieur apparaît plus forte que celle des femmes pour la génération des individus âgés de 55 à 64 ans, le résultat s'inverse pour la génération des 25-34 ans.

Tableau 4 • Diplôme le plus élevé obtenu selon l'âge et le sexe en 2007 (%)

	25-34 ans		35-44 ans		45-54 ans		55-64 ans	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Aucun diplôme ou CEP	10,6	12,3	17,7	18,8	27,5	24,9	40,8	34,4
BEPC seul	4,9	6,0	7,9	6,3	11,9	8,7	9,8	7,5
CAP, BEP ou équivalent	15,4	21,7	25,8	33,2	24,2	34,2	21,7	29,2
Baccalauréat ou brevet professionnel	23,0	23,3	17,2	14,5	16,1	12,2	12,1	11,2
Bac + 2 ans	21,4	16,5	15,5	12,3	11,4	8,5	7,9	5,7
Diplôme supérieur	24,8	20,3	15,8	15,0	9,0	11,6	7,7	11,9
% de bacheliers ou plus	69,1	60,0	48,5	41,7	36,4	32,2	27,7	28,9

Note : résultats en moyenne annuelle.

Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes de 25 à 64 ans (âge au 31 décembre).

Sources : INSEE, enquêtes Emploi du 1^{er} au 4^e trimestre 2007.

Population active : 23% d'ouvriers et 16% de cadres en 2007

Le taux d'activité se définit comme le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) et la population totale correspondante. Il est très variable selon la classe d'âge considérée. Le taux d'activité apparaît faible pour les personnes âgées de 15 à 24 ans ; le même constat est valable, quoique dans une moindre mesure, pour les personnes âgées de 50 ans et plus (tableau 5). Il s'agit là d'une singularité française : aucun autre pays développé ne se caractérise par un taux d'activité aussi bas pour les jeunes et les personnes en fin d'âge d'activité. Par ailleurs, le taux d'activité des hommes est supérieur à celui des femmes, quelle que soit la classe d'âge considérée.

Tableau 5 • Taux d'activité selon l'âge en 2007 (%)

	Femmes	Hommes
15-24 ans	31,8	38,0
25-49 ans	82,9	94,9
50 ans ou plus	55,2	62,2
Ensemble	65,3	74,6

Champ : Personnes de 15 à 64 ans.

Sources : INSEE, enquêtes Emploi.

La répartition des actifs ayant un emploi selon l'âge et la catégorie sociale (tableau 6) met en lumière un net recul de la part des emplois agricoles : en 2007, 3,7% des personnes âgées de 50 ans ou plus se déclarent agriculteurs exploitants, ce qui n'était le cas que de 0,7% des personnes ayant entre 15 et 29 ans. De la même façon, la part des artisans, commerçants et chefs d'entreprise est moins importante chez les jeunes générations : elle est de 1,8% pour les actifs de 15-29 ans et de 9,4% pour les actifs de 50 ans ou plus.

La part des employés est sensiblement plus importante dans les nouvelles générations : elle est de 34,8% pour les actifs âgés de 15 à 29 ans et de 28,9% pour les ceux âgés de 50 ans ou plus. Le même constat peut être dressé pour les professions intermédiaires, dont la part est de 23,6% pour les actifs âgés de 15 à 29 ans et de 21,4% pour les actifs âgés de 50 ans ou plus.

Tableau 6 • Répartition des actifs ayant un emploi selon l'âge et la profession et catégorie sociale (PCS) en 2007

Profession et catégorie sociale (PCS)	15-29 ans	30-49 ans	50 ans ou plus	Ensemble
Agriculteurs exploitants	0,7	1,8	3,7	2,1
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1,8	6,3	9,4	6,2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	9,3	16,6	18,3	15,5
Professions intermédiaires	23,6	24,6	21,4	23,6
dont : Instituteurs et assimilés	3,6	3,4	2,8	3,3
Professions intermédiaires de la santé et du travail social	5,5	4,7	4,1	4,7
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	0,7	1,9	2,7	1,8
Techniciens	4,9	4,4	3,5	4,3
Employés	34,8	28,4	28,9	29,8
dont : Employés civils et agents de service de la fonction publique	6,3	8,9	9,6	8,6
Policiers et militaires	3,6	2,3	1,0	2,2
Employés administratifs d'entreprises	8,7	6,8	7,0	7,2
Employés de commerce	9,1	3,8	2,6	4,5
Personnels des services directs aux particuliers	7,1	6,5	8,8	7,2
Ouvriers	29,8	22,3	18,3	22,8
dont : Ouvriers qualifiés de type industriel	4,8	5,5	4,9	5,2
Ouvriers qualifiés de type artisanal	8,3	5,2	4,5	5,6
Chauffeurs	1,9	2,9	2,3	2,6
Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	1,7	2,1	1,2	1,8
Ouvriers non qualifiés de type industriel	6,6	3,9	2,9	4,2
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	5,2	1,8	1,7	2,4
Catégorie socioprofessionnelle indéterminée	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : résultats en moyenne annuelle.

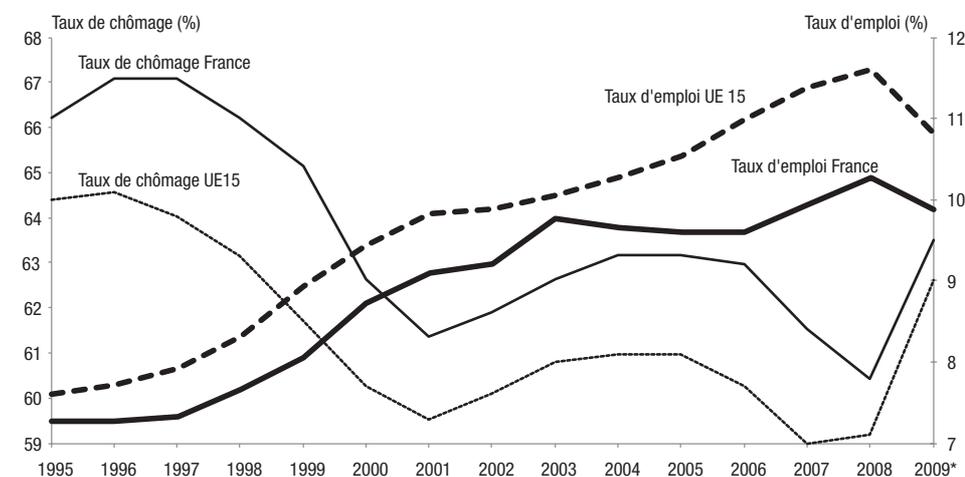
Champ : France métropolitaine, population des ménages, actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi.

Sources : INSEE, enquêtes Emploi du 1^{er} au 4^e trimestre 2007.

Le taux de chômage augmente nettement et revient au niveau de 1999

En moyenne sur le quatrième trimestre 2009, le taux de chômage au sens du BIT s'établit à 10 % de la population active en France (incluant les DOM). Pour la France métropolitaine, le taux de chômage s'élève à 9,6 %, soit plus de 2,7 millions de personnes. Il a augmenté de 0,5 point par rapport au troisième trimestre 2009 et retrouve son niveau de 1999 (graphique 2).

Graphique 2 • Évolution du taux de chômage et du taux d'emploi en France et dans l'Europe des Quinze (1995-2009)



* Données 2009 provisoires.

Champ pour la France : France métropolitaine et DOM.

Sources : Eurostat 2009, INSEE.

Le taux d'emploi des 15 à 64 ans diminue depuis mi-2008. Cette baisse a dans un premier temps concerné l'emploi à temps partiel. Mais depuis début 2009, elle concerne uniquement l'emploi à temps complet, l'emploi à temps partiel augmentant depuis début 2009. Au quatrième trimestre 2009, 63,7 % des 15 à 64 ans ont un emploi : 52,5 % des 15 à 64 ans ont un emploi à temps complet et 11,2 % à temps partiel.

Ce taux global dissimule de profondes disparités selon le sexe, l'âge ou la catégorie socioprofessionnelle (tableau 7). Les femmes enregistrent un taux de chômage beaucoup plus fort que celui des hommes et ce, quelle que soit la période considérée. En 2008, le taux de chômage des femmes atteint 7,9 % contre 6,9 % pour les hommes. L'écart des taux de chômage entre les sexes tend toutefois à se réduire au fil du temps. Le taux de chômage varie également fortement selon l'âge. Il est très élevé pour les plus jeunes (19 % en 2008 pour les moins de 25 ans) et tend à diminuer pour les personnes des âges intermédiaires (6,6 % pour les 25-49 ans) et plus encore pour les personnes les plus âgées (5 % pour les plus de 50 ans).

Enfin, en 2008, le taux de chômage est plus élevé chez les ouvriers (10,2 %) que chez les employés (7,4 %) ; tandis que celui des cadres et des professions intellectuelles supérieures est faible (3,0 %).

Tableau 7 • Nombre de chômeurs et taux de chômage* entre 2002 et 2009 (moyennes annuelles)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009			
								T1	T2	T3	T4
Nombre de chômeurs (en milliers)	2137	2295	2408	2429	2435	2222	2070	2420	2573	2582	2727
Hommes	1024	1097	1153	1163	1175	1092	1018	1223	1312	1293	1431
Femmes	1113	1198	1255	1266	1260	1130	1053	1197	1261	1289	1297
Taux de chômage (en %)	7,9	8,5	8,9	8,9	8,8	8,0	7,4	8,6	9,1	9,1	9,6
Hommes	7,1	7,6	8,0	8,0	8,1	7,5	6,9	8,3	8,9	8,8	9,6
Femmes	8,9	9,5	9,8	9,8	9,7	8,6	7,9	8,9	9,3	9,6	9,6
Moins de 25 ans	16,8	18,8	20,5	21,0	22,3	19,5	19,0	-	-	-	-
25-49 ans	7,4	7,9	8,2	8,2	8,0	7,3	6,6	-	-	-	-
50-64 ans	5,8	6,0	5,1	5,9	6,0	5,5	5,0	-	-	-	-
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4,2	3,7	4,4	4,4	4,0	3,2	3,0	-	-	-	-
Professions intermédiaires	4,8	4,3	5,4	5,0	4,8	4,6	4,0	-	-	-	-
Employés	8,3	8,2	9,2	9,5	9,2	8,2	7,4	-	-	-	-
Ouvriers	9,5	9,8	10,9	11,3	11,5	10,6	10,2	-	-	-	-

* Chômage au sens du BIT.

Champ : France métropolitaine, individus de 15 ans et plus.

Sources : INSEE, enquêtes Emploi : moyennes annuelles de 2002 à 2008 et données trimestrielles pour 2009.

Les bénéficiaires de la CMUC : 4,1 millions fin 2008

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) constitue l'un des dispositifs destinés à améliorer l'accès aux soins des personnes défavorisées. Le nombre de bénéficiaires s'est rapidement stabilisé après la mise en œuvre du dispositif en 2000 (tableau 8).

Tableau 8 • Évolution du nombre de bénéficiaires de la CMUC entre 2000 et 2008 (en millions)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
5,0	4,7	4,5	4,6	4,7	4,4	4,4	4,3	4,1

Champ : France métropolitaine et DOM. Bénéficiaires affiliés à la CNAMTS, RSI et MSA, hors sections locales mutualistes.

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA.

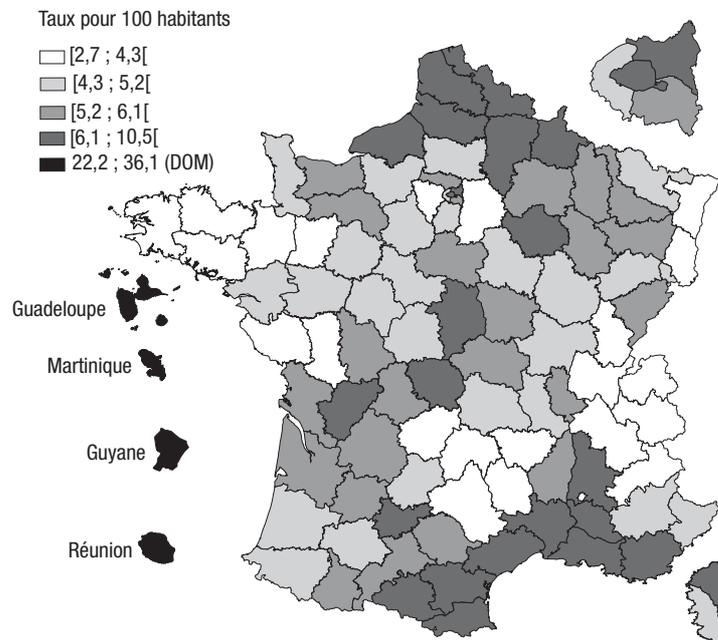
Un nouveau programme de dénombrement des bénéficiaires de la CMUC a été mis en place par la CNAMTS, en coordination avec le fonds CMU. Ce nouveau décompte permet d'éliminer les doubles comptes liés à des déménagements ou à des changements d'affiliation. Il se traduit par une diminution apparente des effectifs entre 2004 et 2005 qui ne correspond pas à des sorties du dispositif. En 2008, les prestations au titre de la protection complémentaire CMU sont gérées à 88 % par les caisses d'assurance maladie et à 12 % par les organismes complémentaires.

Depuis 2000, date de création de la CMUC, les bénéficiaires de la CMUC conservent les mêmes grandes caractéristiques. Il s'agit d'une population jeune, féminine, au sein de laquelle les ouvriers et les employés, particulièrement ceux exposés au chômage, sont surreprésentés.

La CMUC a permis d'augmenter le taux de personnes couvertes par une protection maladie complémentaire. 7 % en étaient dépourvues en 2006, la moitié pour des raisons financières, dans une moindre mesure en raison d'un bon état de santé ou à l'inverse parce qu'elles étaient atteintes d'une affection de longue durée (ALD) leur permettant d'être exonérées du ticket modérateur.

La part de la population couverte par la CMUC varie beaucoup selon les départements (carte 3). Fin 2008, elle demeure nettement plus élevée dans les DOM qu'en métropole (respectivement 31 % contre 6 %). En France métropolitaine, les taux de couverture se situent toujours dans un rapport de un à quatre d'un département à l'autre, allant de 2,7 % dans l'Ain à 10,5 % dans les Pyrénées-Orientales. Comme les années précédentes, c'est dans un croissant sud/sud-est et au nord de la France que l'on enregistre les taux de couverture les plus élevés et dans l'ouest, le Massif Central et le nord des Alpes que ces taux sont les plus faibles. Les allocataires du RMI bénéficient automatiquement de la CMUC à condition d'en faire la demande. Ainsi la corrélation est forte entre les taux de couverture par département de la CMUC et du RMI.

Carte 3 • Bénéficiaires de la CMUC au 31 décembre 2008 par département



Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).
Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA.

Références bibliographiques

- BOISGUÉRIN B.**, 2009, « Quelles caractéristiques sociales et quels recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMU en 2006? », *Études et Résultats*, DREES, n° 675, janvier.
- KAMBIA-CHOPIN B., PERRONNIN M., PIERRE A., ROCHEREAU T.**, 2007, « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 132.
- PISON G.**, 2008, « La population de la France en 2007 », *Population et Sociétés*, INED, n° 443.
- PLA A.**, 2009, « Bilan démographique 2008, de plus en plus de naissances, de plus en plus tard », *Insee Première*, INSEE, n° 1220, janvier.
- PLA A. ET BEAUMEL C.**, 2010 « Bilan démographique 2009, deux pacs pour trois mariages », *Insee Première*, INSEE, n° 1276, janvier.
- INFORMATIONS RAPIDES.** Principaux indicateurs, 2010, *INSEE Conjoncture*, n° 65, mars.

Données synthétiques de mortalité

■ ESPÉRANCE DE VIE: UN INDICATEUR SYNTHÉTIQUE À LA NAISSANCE ET À 65 ANS

L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne – autrement dit l'âge moyen au décès – d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de la période et de la région considérées. Elle est un cas particulier de l'espérance de vie à l'âge X. Cette espérance représente, pour une année donnée, l'âge moyen au décès des individus d'une génération fictive d'âge X qui auraient, à chaque âge, la probabilité de décéder observée cette année-là au même âge. Autrement dit, elle est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge X (ou durée de survie moyenne à l'âge X), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

Calculée à partir des quotients de mortalité par âge, l'espérance de vie est indépendante de la structure de la population. À cet égard, c'est un indicateur couramment utilisé à des fins d'analyses comparatives spatiales et temporelles. L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie à 65 ans, qui reflète la mortalité aux âges élevés, sont des indicateurs très utilisés au niveau international. Cet indicateur permet également de comparer la mortalité entre régions au cours d'une période donnée. Toutefois, l'espérance de vie à la naissance mesure la durée de vie moyenne des individus domiciliés dans une région au moment de leur décès. Elle ne permet pas de mesurer directement les différences de mortalité réelle des individus qui y sont nés ou y ont résidé à un moment donné, du fait des mouvements migratoires. Des travaux ont néanmoins montré que la mobilité résidentielle affectait peu les disparités régionales (Daguet, 2006).

■ L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE: 77,8 ANS POUR LES HOMMES ET 84,5 ANS POUR LES FEMMES EN 2009

L'espérance de vie à la naissance a franchi en 2006 la barre des 77 ans pour les hommes et des 84 ans pour les femmes (tableau 1). Après une pause en 2008, l'espérance de vie des femmes repart à la hausse et celle des hommes continue sa progression régulière. Une fille née en 2009 peut espérer vivre 84,5 ans et un garçon 77,8 ans. La progression de l'espérance de vie chez les hommes comme chez les femmes s'explique en grande partie par le recul de la mortalité après 70 ans en 2009. En dix ans, les gains d'espérance de vie sont de trois années pour les hommes et de deux années pour les femmes. L'écart entre les hommes et les femmes continue donc de se réduire: il est passé de 7,6 ans en 1999 à 6,7 ans en 2009.

La progression de l'espérance de vie enregistrée entre 2005 et 2007 est conforme à la tendance

observée avant la canicule de 2003, mais à un niveau supérieur, en particulier chez les femmes. Elle pourrait traduire un changement de comportement à l'égard des personnes âgées, avec une meilleure attention portée à l'égard de celles qui sont isolées (Pison, 2008).

L'espérance de vie des Françaises est supérieure de deux ans à celle des femmes de l'Union européenne à 27 et d'un an à celle des femmes de l'ancienne Union européenne à 15. Seules les Espagnoles ont une espérance de vie supérieure de quelques mois aux Françaises. En revanche, l'espérance de vie des hommes en France se situe juste au niveau de la moyenne des principaux pays européens. Un garçon né en 2008 en France peut espérer vivre jusqu'à 77,6 ans, contre 77,8 ans dans l'ex-Union européenne à 15 et 76,2 ans dans l'Union européenne à 27. La Suède et l'Espagne figurent en tête du classement: les garçons nés en 2008 peuvent espérer y vivre plus de 79 années (Pla et Beaumel, 2009).

En 2007, il existe en France métropolitaine des disparités régionales avec un gradient nord-sud. Ce gradient était plus marqué pour les hommes: leur espérance de vie s'élevait à 74,2 ans dans le Nord - Pas-de-Calais et 79,0 ans en Île-de-France, juste avant les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). Le gradient est moins net pour les femmes et l'amplitude des variations était également moindre: de 82,2 ans dans le Nord - Pas-de-Calais à 85,0 ans dans le Poitou-Charentes et 85,2 en Île-de-France.

■ L'ESPÉRANCE DE VIE À 65 ANS: 18,4 ANS POUR LES HOMMES ET 22,6 ANS POUR LES FEMMES EN 2009

L'augmentation de l'espérance de vie est la conjugaison de plusieurs facteurs intervenant avant et après l'âge de 65 ans. Entre autres facteurs, on trouve notamment: le progrès médical et l'amélioration de l'accès aux soins de santé, l'évolution de l'environnement (meilleures conditions de vie et changement de la nature des emplois) et les changements de comportements individuels (comportements en matière d'hygiène et de prévention), en lien avec la hausse du niveau d'éducation. Dans la plupart des pays développés, les décès prématurés jouent

un rôle de moins en moins important au sein de l'évolution générale de la mortalité. L'essentiel de la mortalité se concentre désormais aux âges élevés et très élevés. L'espérance de vie à 65 ans est donc un indicateur utile à suivre dans le contexte des pays développés.

L'espérance de vie à 65 ans a progressé en France. En 2009, elle est de 22,6 ans pour les femmes, soit 1,4 an de plus qu'en 2000, et de 18,4 ans pour les hommes, soit 1,7 an de plus qu'en 2000 (tableau 1).

Si l'on observe les autres pays européens, il apparaît que l'espérance de vie à 65 ans en France est la plus élevée d'Europe, pour les hommes comme pour les femmes. Chez les hommes, le décalage observé entre le positionnement très favorable de l'espérance de vie après 65 ans et plutôt moyen de l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés (voir ci-dessous).

Tableau 1 • Évolution des espérances de vie* à la naissance et à 65 ans, par sexe

	Hommes		Femmes	
	À la naissance	À 65 ans	À la naissance	À 65 ans
1994	73,6	16,2	81,8	20,7
1996	74,1	16,1	82,0	20,7
1998	74,7	16,4	82,4	20,9
2000	75,2	16,7	82,8	21,2
2001	75,4	16,9	82,9	21,4
2002	75,7	17,1	83,0	21,4
2003	75,8	17,1	82,9	21,3
2004	76,7	17,7	83,8	22,1
2005	76,7	17,7	83,8	22,0
2006	77,1	18,0	84,1	22,4
2007	77,4	18,1	84,4	22,5
2008 (p)	77,6	18,2	84,3	22,5
2009 (p)	77,8	18,4	84,5	22,6

(p) Résultats provisoires.

* Espérance de vie : durée de vie moyenne d'une génération fictive qui aurait tout au long de son existence les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

Lecture : En 2008, l'espérance de vie des hommes à 65 ans est de 18,2 ans. Ce chiffre représente le nombre moyen d'années restant à vivre aux hommes de 65 ans avec les conditions de mortalité à chaque âge observées en 2008.

Champ : France entière.

Sources : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

■ TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE : STABLE À 3,8 POUR 1 000 DEPUIS 2006

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, mais reflète aussi l'état de santé d'une population ou, tout au moins, 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. C'est un indicateur classique de la santé des populations, retenu au niveau européen.

La mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années. Avec 3,8 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes en 2009, le taux de mortalité infantile est stable depuis 2006 (tableau 2). Après avoir diminué fortement jusqu'en 2004, il semble avoir atteint un palier. Il existe cependant des disparités territoriales, avec des taux plus élevés dans les DOM (de 6,9 en Guadeloupe à 13,6 en Guyane en 2006). En Europe, quelques pays ont réussi à obtenir de meilleurs résultats : 2,5 pour 1 000 en Suède, 2,6 en Finlande ou 3,5 en Allemagne (données 2008).

Tableau 2 • Évolution du taux de mortalité infantile* en France

	Taux de mortalité infantile* pour 1 000 enfants nés vivants
1996	4,9
2000	4,5
2001	4,6
2002	4,2
2003	4,2
2004	4,0
2005	3,8
2006	3,8
2007	3,8
2008 (p)	3,8
2009 (p)	3,8

* Taux de mortalité infantile : nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes. (p) Résultats provisoires.

Champ : France métropolitaine et départements d'outre-mer.

Sources : Bilan démographique, INSEE.

Plus de la moitié des décès d'enfants de moins d'un an surviennent au cours de la première semaine de vie et deux tiers d'entre eux au cours du premier mois de vie. La mortalité infantile est impactée de façon positive par la prise en charge de la précarité mais aussi, dans un sens opposé, par le pourcentage croissant d'enfants de petits poids de naissance résultant des progrès de l'obstétrique et de la néonatalogie (voir objectif 45). À noter également, les taux de mortalité infantile se sont stabilisés dans certains pays ces dernières années. Ce phénomène est en partie dû au nombre croissant de femmes qui retardent le moment de la grossesse ou à l'augmentation des naissances multiples en raison de l'utilisation plus répandue de traitements pour la fertilité.

■ STABILITÉ DES TAUX DE MORTALITÉ STANDARDISÉS

En 2009, 546 000 personnes sont décédées en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer (DOM). Le nombre des décès augmente peu (tableau 3).

La hausse du nombre de décès observée en 2005 (+3,6 %) a été rapportée à deux phénomènes : une forte épidémie de grippe début 2005 et un net recul de la mortalité en 2004, en partie expliqué par les décès anticipés dus à la canicule de 2003.

Tableau 3 • Évolution du taux brut de mortalité* en France

	Décès	Taux de mortalité pour 1 000 habitants
1985	560 393	9,9
1990	534 386	9,2
1995	540 313	9,1
1999	547 266	9,1
2000	540 601	8,9
2001	541 029	8,8
2002	545 241	8,9
2003	562 467	9,1
2004	519 470	8,3
2005	538 081	8,5
2006	526 920	8,3
2007	531 162	8,3
2008 (p)	542 575	8,5
2009 (p)	546 000	8,5

* Taux pour 1000 habitants.

(p) Résultats provisoires.

Champ : France entière.

Sources : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil.

En 2007, comme pour l'ensemble des pays européens, le taux de mortalité standardisé en France a diminué par rapport à l'année précédente (tableau 4). Pour les femmes, la France enregistre le plus bas taux de mortalité de l'Europe des 27, devant l'Espagne (3,9 décès pour 1 000 habitants). Seules la Suède, l'Italie et Chypre se placent en meilleure position pour la mortalité des hommes (avec respectivement 6,5 et 6,6 et 7,0 décès pour 1 000 habitants). En 2001, la France se situait en 8^e position pour la mortalité masculine.

Ce sont les pays d'Europe de l'Est qui enregistrent les taux de mortalité les plus élevés, avec 16,2 décès masculins pour 1 000 habitants en Lituanie et 7,9 décès féminins pour 1 000 en Bulgarie.

Tableau 4 • Évolution du taux de mortalité standardisé* en France et en Europe

	France		Union européenne (27 pays)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
2000	8,3	4,4	9,4	5,6
2001	8,2	4,4	9,2	5,5
2002	8,1	4,5	9,1	5,4
2003	8,2	4,6	9,0	5,5
2004	7,6	4,2	8,6	5,2
2005	7,6	4,2	8,5	5,2
2006	7,2	4,0	8,2	5,0
2007	7,0	3,8	8,0 (p)	4,8 (p)

* Taux pour 1000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

(p) données provisoires.

Champ : France entière ; Union européenne (27 pays).

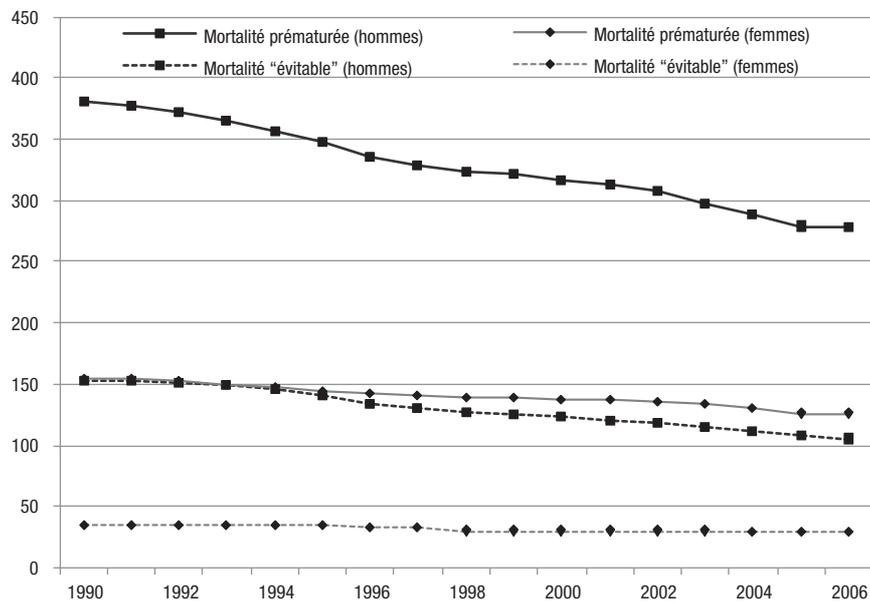
Sources : Eurostat, INSERM-CépiDc.

■ TAUX DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE ET « ÉVITABLE »

Mortalité prématurée: toujours plus de deux fois supérieure chez les hommes que chez les femmes

La mortalité prématurée est constituée par convention de l'ensemble des décès survenus avant l'âge de 65 ans. Cette limite d'âge peut sembler arbitraire mais c'est également celle qui est souvent retenue, en particulier au niveau européen. En 2006, on comptait 107 753 décès prématurés sur les 515 952 décès annuels (20 % des décès). Un tiers de ces décès pourraient être « évités » par une réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses, etc.). La mortalité prématurée et « évitable » a diminué entre 1990 et 2006 (graphique 1 et tableau 5), mais le niveau de mortalité reste très élevé en France en particulier chez les hommes (graphique 2).

Graphique 1 • Évolution des taux standardisés de mortalité prématurée* (0 à 64 ans) en France

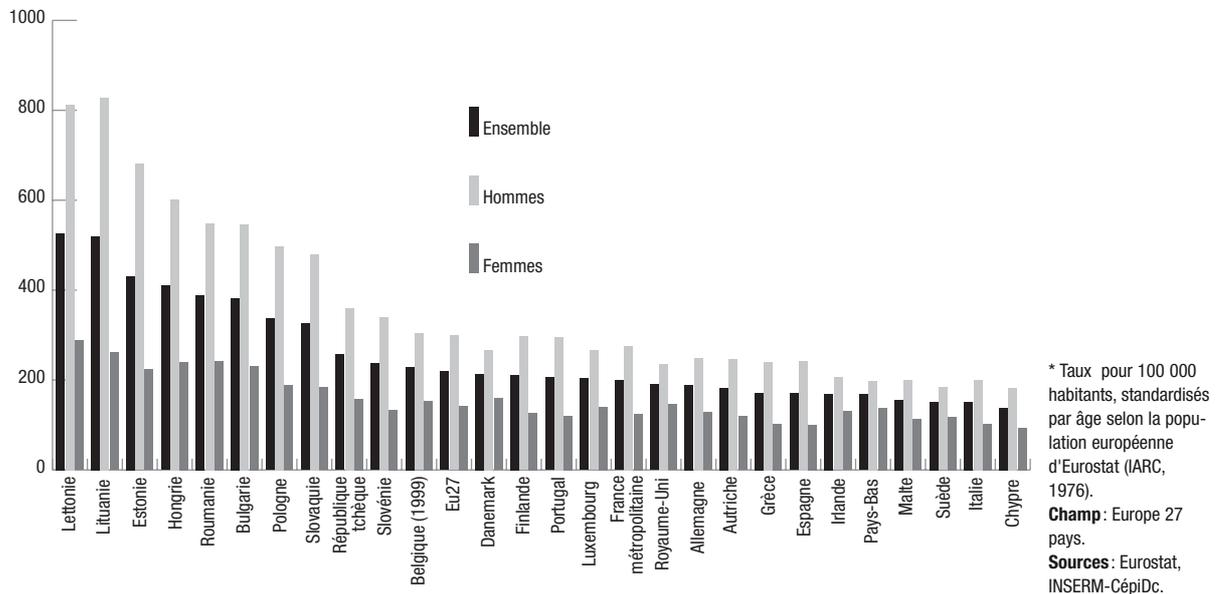


* Taux pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Graphique 2 • Taux standardisés* de mortalité prématurée dans l'Union européenne en 2006



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).
 Champ : Europe 27 pays.
 Sources : Eurostat, INSERM-CépiDc.

Le taux de décès prématurés est nettement plus élevé chez les hommes (275,8 pour 100 000 et 125,0 pour les femmes), soit un taux multiplié par 2,2 chez les hommes. La mortalité augmente fortement avec l'âge.

Entre 2000 et 2006, le nombre de décès prématurés est plutôt stable (-2 %) tandis que les taux de mortalité prématurés ont diminué (-11 %). Cette diminution est plus marquée pour les hommes (-13 %) que pour les femmes (-8 %). Le niveau de la mortalité varie fortement selon les régions françaises (cartes 4 et 5). Les taux de décès les plus élevés s'observent dans le Nord - Pas-de-Calais, la Haute-Normandie et la Picardie, les taux les plus faibles en Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Île-de-France et Alsace. La baisse de la mortalité (entre 2000-2002 et 2006) concerne toutes les régions (de -16 % en Corse à -6 % en Poitou-Charentes).

En 2006, parmi les 27 pays de l'Union européenne, la France présente les taux de décès masculins les plus élevés après les pays de l'Est, nouveaux adhérents d'Europe centrale et les Pays baltes, le Portugal, la Finlande et la Belgique. Les taux français sont ainsi 20 % plus élevés que ceux du Royaume-Uni (graphique 2).

Tableau 5 • Nombre et taux de décès « évitables » et prématurés selon le sexe entre 1990 et 2006

	Année	Nombre de décès	« Évitable/Prématurée »	Taux de décès*	Var. 1990-2006**	Var. 2000-2006***
Mortalité prématurée						
Hommes	1990	88 204	-	383,4		
	2000	75 969	-	315,6		
	2006	73 636	-	275,8	-28 %	-13 %
Femmes	1990	36 503	-	155,4		
	2000	33 491	-	136,2		
	2006	34 117	-	125	-20 %	-8 %
Total	1990	124 707	-	267,4		
	2000	109 460	-	224,7		
	2006	107 753	-	199,3	-25 %	-11 %
Mortalité « évitable »						
Hommes	1990	35 709	40 %	153,8		
	2000	29 756	39 %	121,8		
	2006	27 598	37 %	102,8	-33 %	-16 %
Femmes	1990	8 445	23 %	35,5		
	2000	7 725	23 %	30,7		
	2006	8 123	24 %	29,4	-17 %	-4 %
Total	1990	44 154	35 %	93,8		
	2000	37 481	34 %	75,7		
	2006	35 721	33 %	65,6	-30 %	-13 %

* Taux pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

** (taux 2006 - taux 1990) / taux 1990 (en %).

*** (taux 2006 - taux 2000) / taux 2000 (en %).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

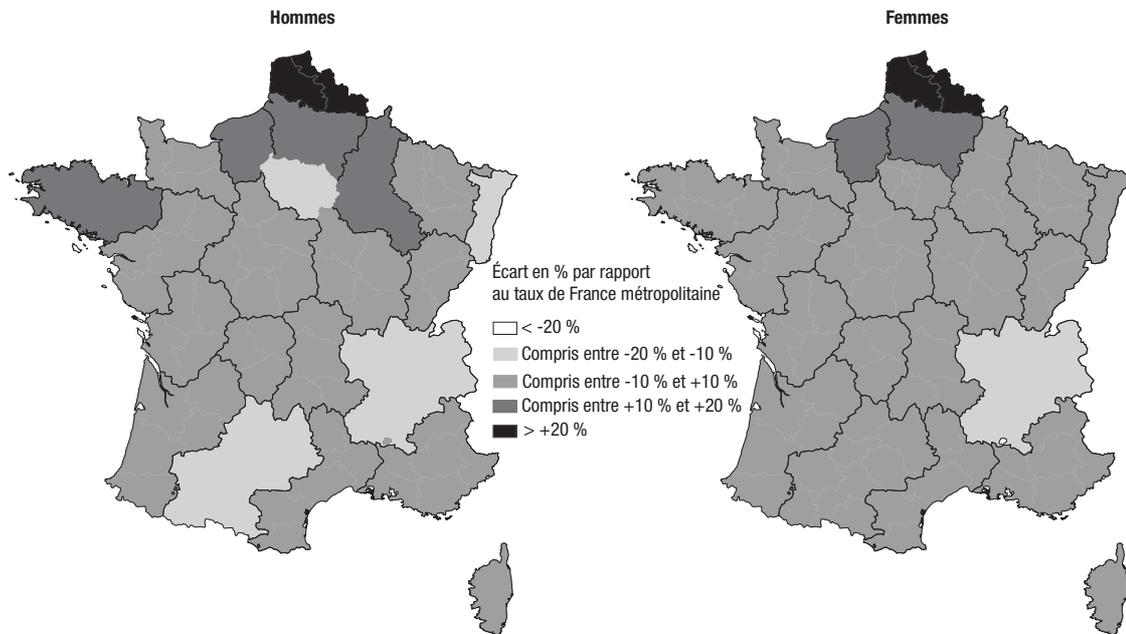
Mortalité « évitable » liée aux pratiques de prévention primaire : 38 % de la mortalité prématurée chez les hommes et 24 % chez les femmes

Au sein de la mortalité prématurée, un sous-ensemble de causes de décès a été constitué intitulé « mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire » (résumé ici par le terme mortalité « évitable »). Cet indicateur, utilisé précédemment dans les rapports du Haut comité de la santé publique (HCSP) sur la santé en France, regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme, les conduites routières dangereuses, etc. (tableau 6). Un tel regroupement a permis de mettre en évidence la situation très défavorable de la France pour l'ensemble de ces pratiques. Les causes de décès « évitables » comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida.

Tableau 6 • Causes de mortalité « évitables » et codes CIM associés

Codes CIM9	Codes CIM10	Libellés
042-044	B20-B24	Sida et infections par le VIH
140-149	C00-C14	Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx
150	C15	Tumeur maligne de l'œsophage
161		Tumeur maligne du larynx
162	C32-C34	Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon
291,303	F10	Psychose alcoolique et alcoolisme
571.0-3,5	K70., K74.6	Cirrhose alcoolique ou s.p. du foie
E810-E819/E826-E829	V01-V89	Accidents de la circulation
E880-E888	W00-W19	Chutes accidentelles
E950-E959	X60-X84	Suicides
	Y87.0	Séquelles de suicides

Cartes 1 et 2 • Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité prématurée en 2006



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

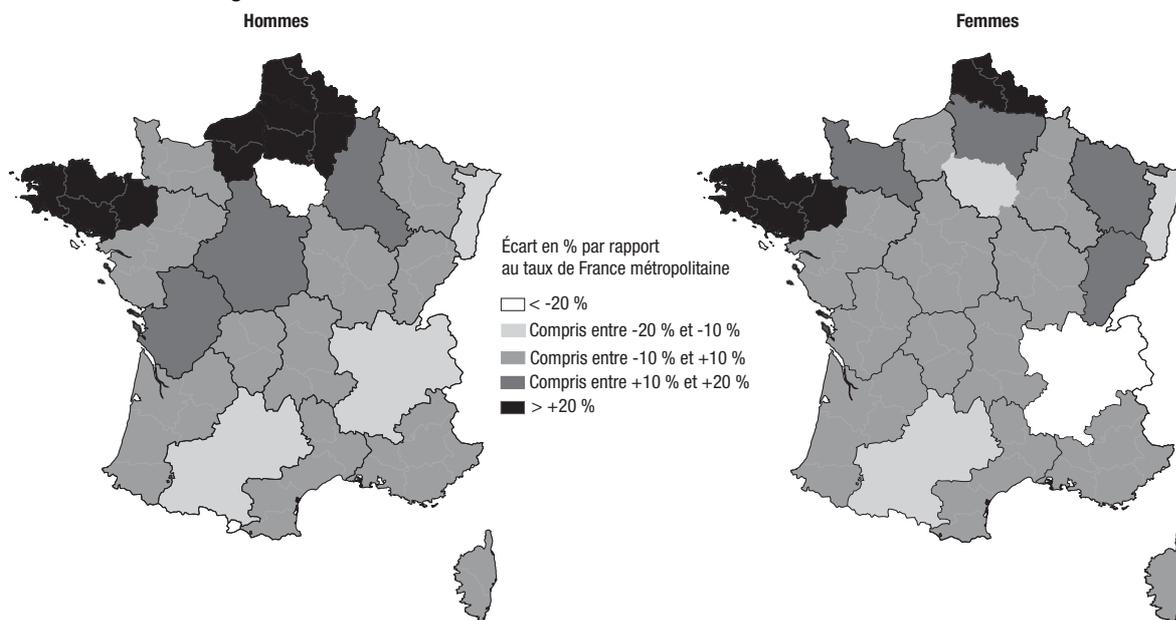
Un autre indicateur de mortalité « évitable », liée au fonctionnement du système de soins, a également été utilisé précédemment. Cet indicateur, qui pose davantage de problèmes de définition est en cours de validation et, n'est pas présenté ici.

Le nombre de décès correspondant à la mortalité « évitable » est de 35 721 en 2006. La mortalité est plus élevée chez les hommes (80 % des décès observés et taux de décès multiplié par 4). La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité prématurée est de 37 % chez les hommes et de 24 % chez les femmes. Les taux de décès « évitables » diminuent entre 2000 et 2006 (graphique 1 et tableau 5) mais plus nettement chez les hommes (16 % contre 4 % chez les femmes).

La mortalité la plus élevée est observée dans le Nord-Pas-de-Calais puis en Bretagne, la plus basse en Île-de-France, Rhône Alpes, Midi Pyrénées et Alsace (cartes 3 et 4).

En 2006, parmi les 27 pays européens, c'est en France que l'on observe chez les hommes le taux de mortalité « évitable » le plus élevé après les nouveaux adhérents d'Europe centrale, les Pays baltes et la Belgique, devant la Finlande et le Luxembourg. Le taux de décès est presque doublé en France par rapport au Royaume-Uni.

Cartes 3 et 4 • Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité « évitable » en 2006



* Taux pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Références bibliographiques

BEAUMEL C., RICHEL-MASTAIN L. ET VATAN M., «La situation démographique en 2005. Mouvement de la population», *Rapport INSEE*, 374 p.
 DAGUET F., 2006, «Dans quelles régions françaises meurt-on le plus tard au début du xx^e siècle?», *Insee Première*, n° 1114, décembre.
 PISON G., 2008, «La population de la France en 2007», *Population et Sociétés*, INED, n° 443, mars.
 PLA A. ET BEAUMEL C., 2009, «Bilan démographique 2009, deux pacs pour trois mariages», *Insee Première*, INSEE, n° 1276, janvier 2010.
 PLA A., 2008, «Bilan démographique 2007, des naissances toujours très nombreuses», *Insee Première*, INSEE, n° 1170, janvier.
 RICHEL-MASTAIN L., «Bilan démographique 2006 : un excédent naturel record», *Insee Première*, INSEE n° 1118, janvier.
 «L'EUROPE EN CHIFFRE», *Annuaire Eurostat 2008*, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-07-001/FR/KS-CD-07-001-FR.PDF

CHAMP • France métropolitaine, population de moins de 65 ans.

SOURCES • INSERM-CépiDc.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR •

Effectifs, taux bruts et taux standardisés de mortalité sur la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976). Pour les codes CIM retenus pour la mortalité évitable, voir tableau 6.

LIMITES ET BIAIS • Sélection des causes de décès à rediscuter et indicateur de mortalité «évitable» lié au système de soins à construire.

RÉFÉRENCES •

– Jouglu E., Pavillon G., 2008, «Vivre plus vieux, mourir plus jeune», *La Recherche*, 418, 52-54
 – Aouba A., Péquignot F., Le Toulec A., Jouglu E., 2007, «Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004», *Le Concours médical*, 31-32: 1085 -1094.
 – Salem G., Rican S., Jouglu E., 2000, *Atlas de la santé en France - les causes de décès*, John Libbey ed.; 1: 187 p.
 – Jouglu E., Rey G., Bovet M., Pavillon G., 2009, «La mortalité prématurée», in Bourdillon F., *Traité de prévention*, Flammarion

Indicateurs synthétiques relatifs à la morbidité déclarée

Pour disposer de données comparables entre pays, notamment en termes d'indicateurs structurels et sociaux, l'Union européenne (UE) a mis en place un dispositif statistique baptisé EU-SILC (*European Union-Statistics on Incom and Living Conditions*). Le dispositif SRCV (Statistiques sur les ressources et conditions de vie) est la partie française de ce système communautaire. Mis en place en 2004, il regroupe une enquête annuelle transversale en ménage ordinaire, l'Enquête sur les ressources et conditions de vie (ERCV) et un Panel sur les ressources et conditions de vie (PRCV), alimenté chaque année par des ménages enquêtés dans le cadre de l'ERCV. En Europe, les données sont recueillies actuellement pour 25 États membres.

Concernant la santé, un mini-module de trois questions a été introduit dans ces enquêtes. La première question porte sur la santé perçue (« Comment est votre état de santé en général ? » Réponses : très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais), la deuxième sur l'existence d'une maladie chronique (« Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? » Réponses : oui ou non), la troisième sur les limitations d'activité (« Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » Réponses : oui, fortement limité(e); oui, limité(e) mais pas fortement; non, pas limité du tout).

Ce module est très utilisé, notamment pour le calcul de l'espérance de vie sans incapacité. Sa formulation définitive en langue anglaise a été arrêtée en 2006 par Eurostat. Pour les pays francophones, la France a proposé une harmonisation qui devrait être effective dès 2008. Pour les différentes enquêtes en population française qui utilisent les questions du mini-module (enquêtes Santé de l'INSEE, Enquête santé protection sociale de l'IRDES, par exemple), la même formulation est recommandée.

Les informations issues d'enquêtes déclaratives ne correspondent pas à des diagnostics. Toutefois, à côté des mesures de l'état de santé issues de sources médicalisées ou médico-économiques (mortalité, hospitalisations, consommations de soins, etc.), ces données reflètent bien le ressenti des personnes et se révèlent prédictives de consommations médicales, de maladies et incapacités diagnostiquées, ainsi que de mortalité¹.

■ 70% DES FRANÇAIS DÉCLARENT ÊTRE EN BONNE OU TRÈS BONNE SANTÉ

L'auto-évaluation de la santé permet de construire un indicateur synthétique reflétant la distribution des personnes selon qu'elles déclarent que leur santé est très bonne, bonne, assez bonne, mauvaise ou très mauvaise. Cet indicateur global peut refléter ce que d'autres mesures ne couvrent pas nécessairement, comme la gravité des maladies, certains aspects positifs de l'état de santé, les composantes physiologiques ou encore les dimensions psychologiques, mentales, culturelles et sociales de la santé².

Selon l'enquête Statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2007 de l'INSEE, 70,3% des personnes de 15 ans ou plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé (67,6% en 2004, 68,8% en 2005 et 69,4% en 2006), alors qu'une sur cinq considère que son état de santé est assez bon et près d'une sur dix, qu'il est mauvais voire très mauvais (11% en 2004). Les hommes ont une plus grande propension que les femmes à estimer que leur santé est très bonne (tableau 1). 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 (graphique 1). Quelles que soient les tranches d'âge, la santé perçue des hommes est meilleure que celle des femmes.

Tableau 1 • Santé perçue selon le sexe en 2007* (en %)

État de santé général*	Hommes	Femmes	Ensemble
Très bon	30,1	24,6	27,2
Bon	43,5	42,7	43,1
Assez bon	18,5	22	20,3
Mauvais	6,7	9,1	8,0
Très mauvais	1,2	1,5	1,4

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? »

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 15 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) – SILC, INSEE – Eurostat, 2007.

1. Idler E.L., Russell L.B., Davis D., 2000, « Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES Epidemiologic Follow-up Study, 1992. First National Health and Nutrition Examination Survey », *American Journal of Epidemiology*, 152, 874-83.

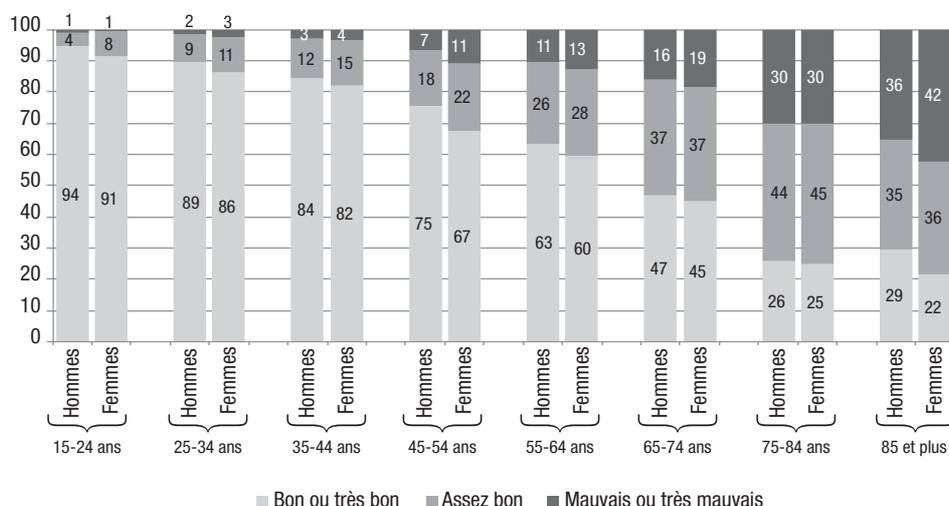
Lee Y., 2000, « The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 123-9.

Idler E.L., Benyamini Y., 1997 « Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, p. 21-37.

Desalvo K.B., Fan V.S., McDonnell M.B., Fihn S.D., 2005. « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, 40, 4, p. 1234-46.

2. Lanoë J.-L., Makdessi-Raynaud Y., 2005, « L'état de santé en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 436, octobre.

Graphique 1 • Santé perçue selon l'âge et le sexe en 2007* (en %)



* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? »

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 15 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2007.

■ 12 % DES PERSONNES ÂGÉES DE 15 À 24 ANS ET 74 % DES PERSONNES ÂGÉES DE 85 ANS OU PLUS DÉCLARENT AVOIR UNE MALADIE OU UN PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE

La proportion de personnes déclarant avoir actuellement une maladie chronique est relativement élevée (34,6 %) (tableau 2), y compris chez les plus jeunes (graphique 2). Cette réponse ne renvoie pas toujours à des maladies graves : la déclaration de problèmes de santé ou de maladies chroniques recouvre probablement des problèmes tels que des troubles mineurs de vision aisément corrigés par des lunettes, des problèmes dentaires ou encore des facteurs de risque cardiovasculaires (hypercholestérolémies, surpoids, etc.). La proportion de personnes déclarant avoir des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, passant de 12 % pour les 15-24 ans à 74 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus.

Tableau 2 • Maladie chronique selon le sexe en 2007* (en %)

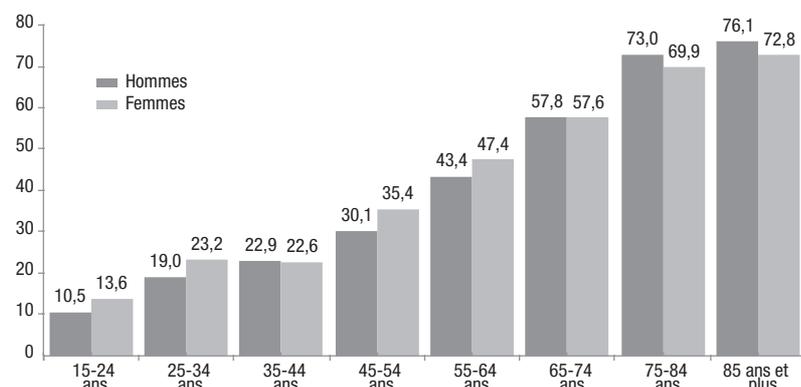
	Hommes	Femmes	Ensemble
2004	34,5	37,3	36,0
2005	33,4	35,5	34,5
2006	32,7	35,8	34,3
2007	32,3	36,7	34,6

* Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? ».

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 15 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2007.

Graphique 2 • Déclaration de « maladie chronique » selon l'âge en 2007 (en %)



* Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 15 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2007.

■ PLUS DU TIERS DES PERSONNES ÂGÉES DE 65-84 ANS ET TROIS QUARTS DES 75 ANS OU PLUS DÉCLARENT ÊTRE LIMITÉS DANS LES ACTIVITÉS QUE LES GENS FONT HABITUELLEMENT

En 2007 comme en 2004, environ 23% de la population de plus de 15 ans déclarent une limitation durable (depuis au moins six mois) dans les activités que les gens font habituellement à cause de problèmes de santé (tableau 3). Cette proportion est faible chez les jeunes (6,7% chez les 15-24 ans). Elle augmente progressivement avec l'âge, passant de 28,3% pour les personnes de 55-64 ans à 75% pour les 85 ans ou plus.

Cette proportion est globalement un peu plus élevée pour la population féminine (25,1% contre 20,2% pour les hommes) sauf chez les 75-84 ans. La différence est plus marquée chez les plus de 84 ans (graphique 3).

Tableau 3 • Limitation d'activité depuis au moins six mois selon le sexe en 2007* (en %)

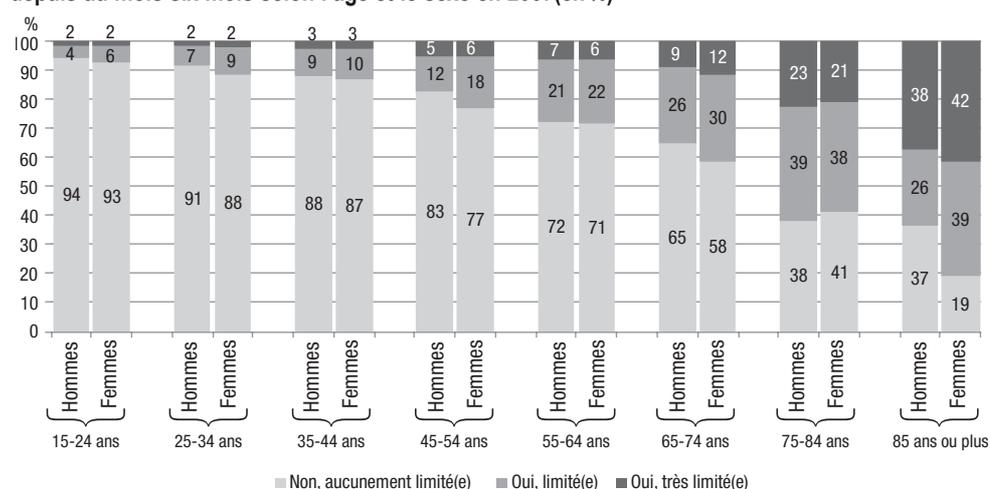
	Hommes	Femmes	Ensemble
Très limité(e)	5,9	7,2	6,6
Limité(e)	14,3	17,9	16,2
Non	79,8	74,9	77,2

* Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement? »

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 15 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2007.

Graphique 3 • Répartition des personnes déclarant une limitation d'activité* depuis au moins six mois selon l'âge et le sexe en 2007(en %)



* Libellé de la question : « Depuis au moins six mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement? »

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 15 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2007.

Pour la première fois en 2004, les données des enquêtes européennes EU-SILC ont été rendues disponibles pour 13 pays européens. En 2006, elles étaient disponibles pour 25 États membres. En 2007, on dispose de données pour les 27 pays de l'UE (tableau 4). Elles permettent de comparer les réponses aux trois questions du mini-module sur la santé déclarée, avant la stabilisation du questionnaire et des traductions. Il faut cependant rester prudent sur l'interprétation de ces données. En effet, l'absence de standardisation peut induire des différences dans les écarts constatés, mais aussi et surtout des propensions différentes à déclarer certains troubles de santé comme maladie chronique. Pour le Danemark notamment, les données sont difficilement comparables, car les divers niveaux de sévérité n'ont pas été proposés, ce qui modifie la propension à déclarer les difficultés et limitations, en particulier les niveaux de sévérité modérés.

En 2007, c'est en Irlande (84,2%), en Suède (77,7%) et au Royaume-Uni (77,4%) que l'on trouve la plus forte proportion de la population jugeant sa santé bonne ou très bonne. La France se place en 12^e position (70,3%).

La Roumanie est le pays où la proportion de personnes déclarant ne pas être atteintes de maladies chroniques est la plus forte (80,5%). La France se situe dans une position plutôt défavorable : seuls 65,4% de la population déclarent ne pas avoir de maladie chronique.

Concernant les limitations d'activité, la France arrive au 14^e rang : 77,2% de personnes déclarent ne pas être limitées dans leurs activités. Elle se situe derrière la Bulgarie (95,4%), Malte (88,2%) et le Danemark (83,3%). Au Portugal, en Allemagne, Finlande, Lettonie et Estonie, moins de 70% de personnes ne se déclarent pas limitées.

Tableau 4 • Comparaison de l'état de santé déclaré* en Europe en 2007

	Santé perçue (%)			Maladie chronique (%)	Limitation d'activité (%)		
	Bonne ou très bonne	Assez bonne	Mauvaise ou très mauvaise		Oui, très limité(e)	Oui, limité(e)	Non, aucunement limité(e)
Belgique	74,0	17,6	8,3	24,8	7,4	15,2	77,5
Bulgarie	61,8	21,1	17,1	28,9	2,5	2,2	95,4
Rép. tchèque	61,3	26,3	12,4	27,7	5,3	16,2	78,5
Danemark**	75,3	16,8	7,8	27,8	16,7		83,3
Allemagne	60,0	30,7	9,4	37,8	8,1	22,4	69,5
Estonie	53,3	32,0	14,7	40,2	9,2	25,2	65,6
Irlande	84,2	13,3	2,5	24,9	5,9	12,8	81,3
Grèce	76,6	14,6	8,7	21,6	6,8	11,1	82,1
Espagne	67,5	20,9	11,6	25,3	9,1	14,4	76,5
France	70,3	20,3	9,4	34,6	6,6	16,2	77,2
Italie	63,4	25,5	11	21,1	7,6	18,6	73,8
Chypre	76,8	13,5	9,7	28,6	8,2	11,9	80,0
Lettonie	41,7	39,7	18,6	33,8	9,3	23,2	67,5
Lituanie	48,7	34,7	16,5	31,5	9,3	17,2	73,5
Luxembourg	74,5	18,5	7,0	26,0	6,7	15,3	78,0
Hongrie	46,8	31,2	22,0	36,8	12,7	15,9	71,4
Malte	74,4	21,1	4,5	25,0	3,3	8,5	88,2
Pays-Bas	76,3	18,8	4,9	31,6	8,0	12,8	79,2
Autriche	72,5	19,2	8,3	23,8	10,1	17,6	72,3
Pologne	56,9	26,3	16,8	32,0	6,9	16,1	77,1
Portugal	45,9	35,1	19,0	33,2	12,9	17,2	69,9
Roumanie	69,0	21,3	9,7	19,5	7,0	11,0	81,9
Slovénie	57,8	27,7	14,4	37,6	7,9	16,6	75,5
Slovaquie	53,1	29,3	17,6	27,3	10,3	17,8	71,9
Finlande	68,4	23,4	8,2	41,7	8,8	22,6	68,7
Suède	77,7	17,2	5,1	34,8	7,8	11,8	80,4
Royaume-Uni	77,4	16,4	6,2	35,8	8,3	11,8	79,9

* À partir des trois questions sur la santé perçue du mini-module européen.

** Danemark : les modalités de réponse ne permettent pas de distinguer l'importance des limitations.

Champ : Union européenne (25 pays), population des ménages ordinaires, 15 ans et plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2007.

■ ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ À 65 ANS

L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité permet d'évaluer simultanément la situation en termes de chances de survie et d'état de santé fonctionnel. L'incapacité mesure des difficultés de fonctionnement et d'indépendance dans les activités du quotidien et reflète une forme d'expression assez fréquente des troubles de santé chez les plus âgés³. En France, les enquêtes sur la santé fournissent plusieurs approches de l'incapacité permettant de représenter différentes situations. Les limitations fonctionnelles physiques (troubles de la mobilité, de l'agilité, de la souplesse, etc.) ou sensorielles (troubles de l'ouïe, de la vue) sont courantes, notamment aux âges élevés, et peuvent ou non conduire à des gênes dans les activités. Les gênes dans les activités correspondent quant à elles à des situations plus rares et plus lourdes (difficultés pour réaliser des activités du quotidien, au travail ou à domicile). À l'extrême, les gênes dans les activités de soins personnels (difficultés pour faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, etc.) peuvent conduire à un besoin d'aide plusieurs fois par jour, s'apparentant à ce que l'on dénomme la dépendance (de l'aide d'un tiers) ou la perte d'autonomie dans la vie quotidienne. Les enquêtes Santé 2002-2003 de l'INSEE permettent d'apprécier ces différents niveaux.

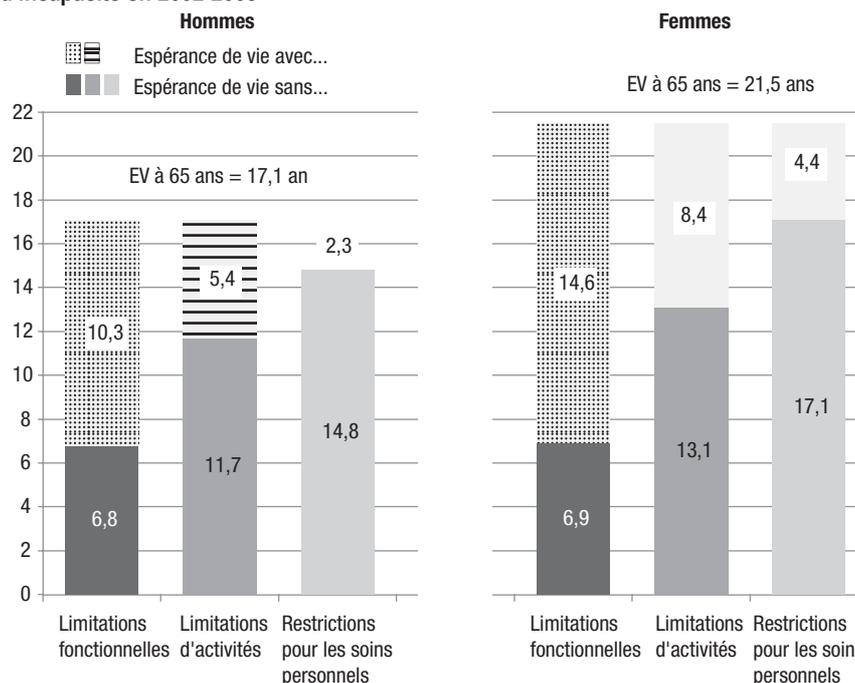
3. Cambois E., Clavel A., Robine J.-M., 2006, « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 2, avril.

Des années de vie avec incapacité souvent concentrées en fin de vie et qui concernent plus les femmes

Au début des années 2000, l'espérance de vie totale des hommes de 65 ans est de 17 ans et celle des femmes dépasse 21 ans. À cet âge, les hommes peuvent encore espérer vivre 7 ans sans problèmes fonctionnels («avoir des difficultés pour voir, entendre, marcher, se pencher, monter des escaliers, etc.»), 12 ans sans limitations d'activités («être limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement») et 15 ans sans difficultés dans les activités de soins personnels («avoir des difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller, etc.»). Ainsi, à 65 ans, les troubles fonctionnels courants occupent en moyenne 60 % des années restantes. La part des années de vie avec ce type de problèmes augmente fortement avec l'âge, reflétant le lien entre l'âge et les risques d'altérations fonctionnelles. Mais si bon nombre d'années de vie aux âges élevés s'accompagnent de troubles fonctionnels, ceux-ci ne se traduisent pas systématiquement par des gênes dans les activités, qui ne correspondent en moyenne qu'à 30 % des années à vivre. Les restrictions pour les activités de soins personnels occupent 13 % de l'espérance de vie à 65 ans.

Les femmes à 65 ans peuvent espérer vivre 7 années sans limitations fonctionnelles, 13 années sans limitations d'activités et 17 années sans restrictions pour les soins personnels. Ces incapacités occupent ainsi respectivement 68 %, 39 % et 20 % de l'espérance de vie totale. L'espérance de vie des femmes à 65 ans est plus longue que celle des hommes. Elles passent aussi plus de temps avec des incapacités au sein de cette vie plus longue (graphique 4).

Graphique 4 • Espérance de vie avec et sans incapacité* à 65 ans, par sexe, selon trois indicateurs d'incapacité en 2002-2003**



* EV : espérance de vie ; EVSI : espérance de vie sans incapacité ; EVI : espérance de vie avec incapacité.

** Ces trois indicateurs sont les limitations fonctionnelles sensorielles et physiques, les limitations dans les activités en général et les restrictions dans les activités de soins personnels

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 18 ans et plus.

Sources : Enquête décennale Santé, INSEE, 2002-2003.

L'espérance de vie sans incapacité en Europe

Dans les comparaisons européennes réalisées à partir de l'enquête SILC, on estime l'espérance de vie sans limitations d'activité durable. Cet indicateur compte dorénavant parmi les indicateurs structurels de l'Union européenne (*healthy life years*). Dans l'enquête SILC, l'indicateur distingue les niveaux de sévérité des limitations d'activité. Cette distinction n'est pas faite dans la question sur la limitation d'activité de l'enquête Santé 2002-2003, de sorte qu'on ne peut comparer directement ces deux indicateurs pour la France. En revanche, cet indicateur européen est calculé de la même manière dans l'ensemble des pays disposant de cette enquête, permettant ainsi des comparaisons. Il existe de grandes variations en matière d'espérance de vie sans limitations d'activité selon les pays, même parmi ceux qui ont une espérance de vie proche. Ces variations sont bien plus limitées lorsque l'on se concentre sur les niveaux d'incapacité les plus sévères (tableau 5).

Tableau 5 • Espérance de vie (EV) à 65 ans dans l'UE (25 pays) en 2006, selon le degré de sévérité des limitations d'activité*

	Hommes					Femmes				
	EV totale à 65 ans	EV sans limitation d'activité*	% EV	EV sans limitation d'activité sévère	% EV	EV totale à 65 ans	EV sans limitation d'activité*	% EV	EV sans limitation d'activité sévère	% EV
Allemagne	17,2	7,7	44 %	14,1	82 %	20,4	7,3	36 %	15,2	75 %
Autriche	17,3	7,0	40 %	13,5	78 %	20,7	7,5	36 %	14,4	70 %
Belgique	17,0	9,5	56 %	14,2	84 %	20,6	9,8	47 %	16,5	80 %
Chypre	17,7	9,4	53 %	13,2	75 %	19,7	7,2	36 %	13,0	66 %
Danemark**	16,2	12,6	78 %	16,2	100 %	19,1	14,0	73 %	19,1	100 %
Espagne	17,9	9,9	56 %	14,7	82 %	22,0	9,4	43 %	16,7	76 %
Estonie	13,2	4,0	30 %	9,2	70 %	18,3	3,9	22 %	12,3	67 %
Finlande	15,8	5,9	37 %	12,2	77 %	21,1	7,4	35 %	15,1	71 %
France	18,2	8,6	47 %	14,9	82 %	22,7	9,5	42 %	18,1	80 %
Grèce	17,4	10,1	58 %	14,5	83 %	19,4	10,2	52 %	15,7	81 %
Hongrie	13,6	5,0	37 %	9,0	66 %	17,7	5,5	31 %	11,3	64 %
Irlande	16,8	9,2	55 %	14,2	84 %	20,2	10,5	52 %	16,6	82 %
Italie	17,8	8,6	48 %	14,3	80 %	21,7	8,4	39 %	16,5	76 %
Lettonie	12,7	4,4	35 %	9,6	76 %	17,2	4,2	24 %	11,9	69 %
Lituanie	13,0	5,8	45 %	9,8	75 %	17,6	5,2	29 %	11,5	65 %
Luxembourg	17,0	8,6	51 %	14,1	83 %	20,2	9,1	45 %	15,4	76 %
Malte	16,1	9,9	61 %	13,8	86 %	19,5	9,7	50 %	15,7	81 %
Pays-Bas	16,8	10,9	65 %	14,3	85 %	20,2	11,2	55 %	16,4	81 %
Pologne	14,5	7,2	49 %	11,7	81 %	18,8	8,1	43 %	14,4	77 %
Portugal	16,6	6,8	41 %	12,0	72 %	20,2	5,9	29 %	12,5	62 %
République tchèque	14,8	6,7	45 %	12,4	83 %	18,3	7,1	39 %	14,5	79 %
Royaume-Uni	17,4	10,4	60 %	14,2	82 %	20,1	11,1	55 %	15,7	78 %
Slovaquie	13,3	4,0	30 %	9,1	68 %	17,3	3,8	22 %	10,1	59 %
Slovénie	15,8	8,3	52 %	12,6	79 %	20,0	9,5	47 %	16,2	81 %
Suède	17,7	12,9	73 %	15,5	87 %	20,8	13,9	67 %	17,7	85 %

* Sans limitations d'activité (tous niveaux de sévérité confondus), avec limitations d'activité modérées et limitations d'activité sévères.

** Pour le Danemark, les modalités de réponse ne permettent pas de distinguer les limitations sévères et les limitations modérées. La spécificité de ce pays compromet pour cette année la comparabilité des données.

Note : Les calculs d'espérance de vie à 65 ans présentés dans ce tableau utilisent un algorithme de calcul commun pour les pays d'Europe. Des variations minimales peuvent être constatées par rapport aux espérances de vie à 65 ans calculées en France par l'INSEE avec une méthodologie différente.

Champ : Personnes de 16 ans et plus vivant en ménage ordinaire, Europe (données pondérées, non standardisées).

Sources : Enquête EU-SILC (EHMU), 2006.

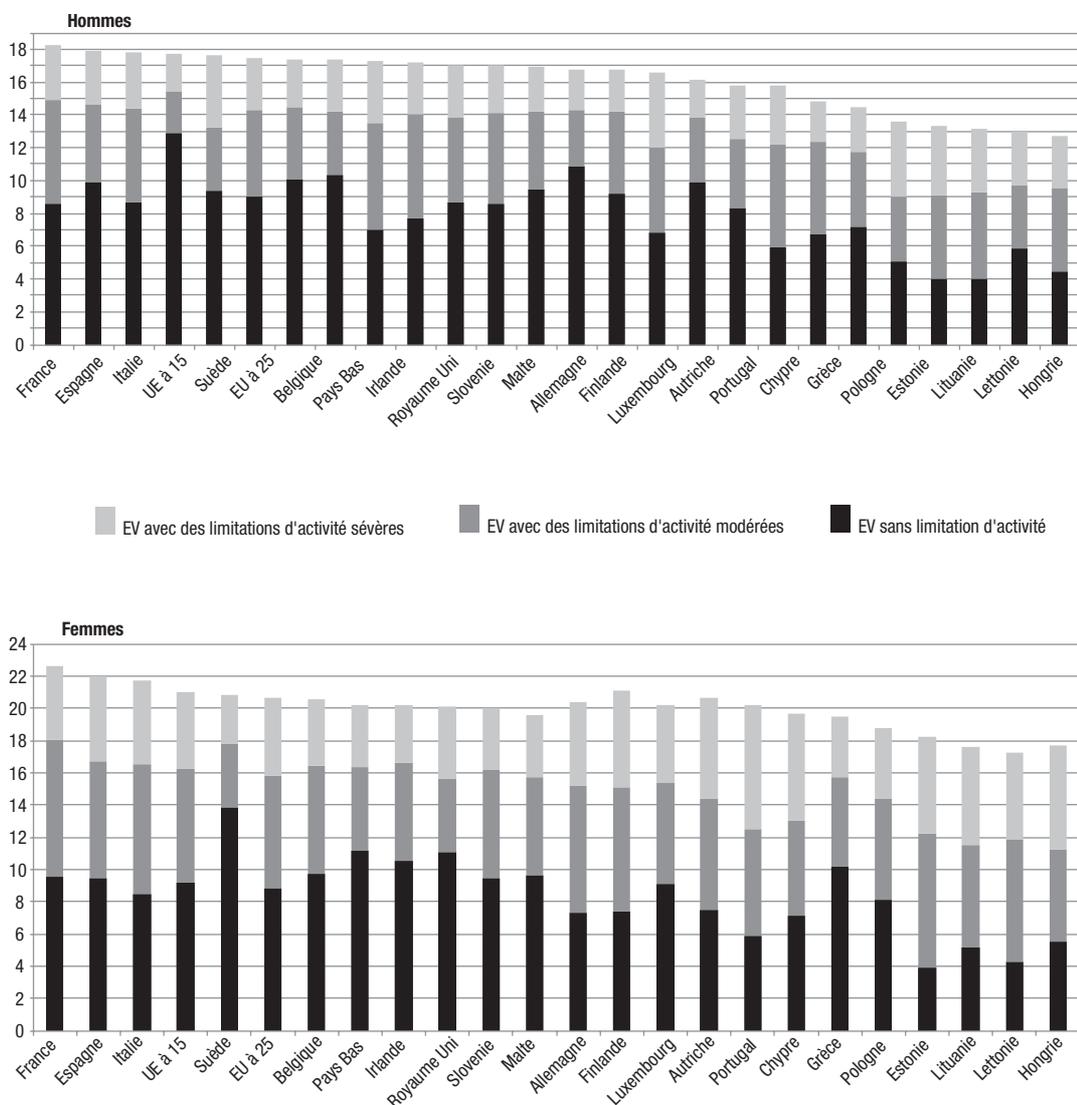
En 2006, en ce qui concerne les hommes, un premier groupe de pays se caractérise par une espérance de vie à 65 ans comprise entre 17 ans et 18 ans et une espérance de vie sans limitation d'activité sévère qui varie de 13 ans à 15,5 ans. Dans ce groupe, le Portugal fait figure d'exception avec une espérance de vie élevée et plus d'années de limitations d'activité sévères. Le deuxième groupe rassemble des pays qui ont une espérance de vie plus basse, entre 14,5 ans et 16 ans, et une espérance de vie sans limitations d'activité sévères qui se situe autour de 12 ans. Malte fait figure d'exception dans ce groupe avec 14 années de vie sans limitations d'activité sévères. Enfin, le troisième groupe rassemble les pays ayant une espérance de vie à 65 ans d'environ 13 ans pour environ 9,5 années de vie sans limitations d'activité sévères.

Pour les femmes, le groupe de tête a une espérance de vie à 65 ans comprise entre 20 et 23 ans et une espérance de vie sans limitations d'activité sévères comprise entre 15 ans et 17 ans : l'Autriche, le Portugal et Chypre ont moins d'années de vie sans limitations sévères ; à l'autre extrême, la France a plus d'années sans limitations d'activité sévères. Le second groupe rassemble les pays qui ont une espérance de vie un peu plus faible, comprise entre 17 ans et 19 ans : l'espérance de vie sans limitations sévères est d'environ 12 années avec la Hongrie et la Slovaquie qui ont moins d'années de vie sans limitations d'activité sévères et la Pologne, la République tchèque et surtout la Grèce qui ont plus d'années de vie sans limitations d'activité sévères.

4. Jagger C., Gillies C., Moscone F., Cambois E., Van Oyen H., Nusselder W., Robine J.-M. and EHLEIS team, 2008, "Inequalities in Healthy Life Expectancies in EU 25: A Cross-national Meta-Regression Analysis", *Lancet*, 9656, 372, 2124-2131.

Il existe ainsi des disparités d'espérance de vie sans limitations d'activité, y compris au sein de groupes homogènes au regard de l'espérance de vie. Elles s'expliquent en partie par des différences liées aux données et aux difficultés de traduction ou de choix de formulation des questions d'enquêtes. Des ajustements se font progressivement et permettront sous peu un calcul annuel d'espérance de vie sans incapacité dans les 27 pays de l'Union européenne, à partir d'un indicateur d'incapacité plus comparable entre pays. Toutefois, des analyses plus poussées montrent qu'une partie des différences est aussi liée à des variations dans la prévalence des incapacités et dans la propension à ressentir et à déclarer ces limitations d'activité. Ainsi, l'organisation sociale des différents pays et la manière de gérer les troubles de santé pourraient expliquer une partie des disparités géographiques d'espérance de vie sans limitations d'activité. C'est ce que suggère une étude menée à partir de ces données⁴.

Graphique 5 • Espérance de vie à 65 ans selon le degré de sévérité des limitations d'activité dans l'UE à 25 en 2006



Champ : Personnes de 16 et plus vivant en ménage ordinaire, Europe (données pondérées, non standardisées).
Sources : Enquête EU-SILC (EHEMU), 2006.

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

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

En 2006, 515 952 décès ont été enregistrés en France métropolitaine². Si l'on considère l'ensemble de la population, les causes de décès les plus fréquentes sont les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire, qui représentent chacune près de 30 % des décès, les morts violentes (accidents, suicides et autres causes extérieures de décès), qui représentent un décès sur quatorze, et les maladies de l'appareil respiratoire (autres que les tumeurs), qui représentent un décès sur dix-sept. Ces quatre groupes de maladies correspondent à près de trois quarts des décès (tableau 1). La répartition de la mortalité par grands groupes de pathologies évolue peu d'une année sur l'autre mais de manière relativement régulière. On note ainsi un recul du poids relatif des maladies de l'appareil circulatoire. Les tumeurs sont depuis 2004 la première cause de mortalité pour l'ensemble de la population, devant les maladies de l'appareil circulatoire.

Cependant, la hiérarchie des causes 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 1,7 fois plus élevé chez les hommes. Pour la mortalité par tumeurs, cette surmortalité est encore plus marquée : le taux standardisé de mortalité par tumeurs malignes est 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Pour toutes les localisations cancéreuses à l'exception de celles spécifiquement féminines (sein, ovaire, utérus), les taux standardisés de décès sont plus élevés chez les hommes. On retrouve ici le poids de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, mais également celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels plus favorables aux femmes. Cependant, l'augmentation des taux standardisés de mortalité féminine observés entre 2000 et 2006 pour les tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon et les tumeurs du pancréas, du foie et de la vessie témoigne de la modification des comportements féminins vis-à-vis de la consommation d'alcool et de tabac au cours des décennies précédentes. La mortalité due aux maladies de l'appareil respiratoire est également plus importante chez l'homme, notamment pour les causes liées au tabagisme : le taux de mortalité par maladies respiratoires chroniques est 2,8 fois plus élevé chez les hommes. La surmortalité masculine reste également très marquée pour les morts violentes (taux 2,4 fois plus élevé), particulièrement par accidents de transports (3,6) et par suicides (3). Tous ces ratios de surmortalité masculine sont stables depuis 2000.

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

Entre 2000 et 2006, on note une baisse sensible de la mortalité par accidents de transports (-40 %), ainsi que de la mortalité par tuberculose (-43 %), asthme (-44 %), mort subite du nourrisson (-36 %) et grippe (-93 %). Pour ces causes, les variations sont importantes d'une année sur l'autre, du fait des faibles effectifs concernés. Les augmentations observées au cours de cette période concernent principalement les femmes, pour les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, du pancréas, du foie et de la vessie.

Au sein de l'Union européenne, la France se situait en 2006 à un niveau relativement favorable pour la mortalité globale, au-dessous de la moyenne européenne (27 pays et 15 pays), après l'Italie et l'Espagne et devant la Suède et la Norvège. Pour la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, la France présente les taux standardisés de décès les plus bas, chez les hommes comme chez les femmes (de même que pour la mortalité par cardiopathies ischémiques et par maladies cérébrovasculaires chez les femmes). En revanche, elle enregistre des taux de mortalité standardisés parmi les plus élevés pour les morts par suicides, chez les hommes comme chez les femmes. Pour la mortalité par tumeurs, les hommes se situent dans une position plus défavorable que l'ensemble des hommes en Europe, en particulier pour les cancers de la bouche et des voies aérodigestives supérieures et du foie. Les femmes, au contraire, présentent des taux standardisés de mortalité par tumeurs moins élevés que la moyenne de l'UE à 15 et à 27. Le niveau français de mortalité par cancer du sein se situe légèrement au-dessus de la moyenne européenne et celui de la mortalité par cancer du col de l'utérus est largement au-dessous de la moyenne européenne.

1. Causes initiales de décès.

2. Les indicateurs qui suivent sont produits par l'INSERM-CépiDc. Le champ est pour le moment limité à la France métropolitaine, la qualité des données concernant les départements d'outre-mer étant jugée encore insuffisante.

Tableau 1 • Nombre et taux standardisé de décès selon les principales causes de décès en France en 2006

Codes CIM10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Total	Hommes	Femmes	Total	Variations** 2000-2006	Hommes	Variations** 2000-2006	Femmes	Variations** 2000-2006
A00-B99	Maladies infectieuses et parasitaires	9802	5058	4744	10,2	-18%	13,6	-19%	7,6	-17%
A15-A19, B90	Tuberculose	727	391	336	0,7	-43%	1,0	-46%	0,5	-39%
B20-B24	Sida et VIH	809	620	189	1,3	-24%	2,0	-25%	0,6	-16%
	Hépatites virales	731	401	330	0,9	-24%	1,2	-27%	0,7	-26%
C00-D48	Tumeurs	155480	91779	63701	179,5	-7%	251,1	-10%	125,2	-3%
C00-C97	Tumeurs malignes	149100	88535	60565	173,1	-7%	242,6	-10%	120,2	-3%
C00-C14	lèvre, cavité buccale et pharynx	4118	3398	720	5,7	-20%	10,3	-22%	1,7	-6%
C15	œsophage	3837	3126	711	4,9	-19%	8,9	-21%	1,4	-10%
C16	estomac	4763	3048	1715	5,3	-16%	8,2	-14%	3,0	-20%
C18	côlon	12160	6308	5852	12,7	-9%	16,4	-10%	9,9	-9%
C19-C20-C21	rectum et anus	4266	2395	1871	4,7	-6%	6,4	-5%	3,3	-12%
C22	foie et voies biliaires intrahépatiques	7454	5516	1938	8,8	1%	15,2	-2%	3,5	5%
C25	pancréas	8263	4259	4004	9,4	8%	11,8	4%	7,4	13%
C32-C34	larynx, trachée, bronches, poumon	29765	23303	6462	38,2	0%	66,5	-7%	15,0	38%
C43	mélanome malin de la peau	1547	811	736	2,0	3%	2,3	2%	1,6	2%
C50	sein	11631	190	11441	14,1	-6%	0,5	27%	25,4	-6%
C53	col de l'utérus	703	0	703	0,9	-6%	0,0	-	1,8	-7%
C54-C55	autres parties de l'utérus	2323	0	2323	2,6	-2%	0,0	-	4,5	-1%
C56	ovaire	3342	0	3342	3,9	-6%	0,0	-	7,2	-6%
C61	prostate	8937	8937	0	8,3	-15%	21,9	-16%	0,0	-
C64	rein	3112	2013	1099	3,5	-8%	5,4	-7%	2,0	-12%
C67	vessie	4689	3545	1144	4,8	-3%	9,1	-6%	1,8	7%
C81-C96	tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés	12508	6715	5793	13,5	-12%	17,8	-9%	10,3	-15%
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	18753	8063	10690	18,0	-11%	21,1	-10%	15,4	-12%
E10-E14	Diabète	10973	5210	5763	10,6	-11%	13,4	-9%	8,4	-13%
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	145456	68156	77300	133,4	-20%	174,3	-21%	102,1	-19%
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	38806	22012	16794	37,3	-24%	57,1	-24%	22,4	-25%
I30-I33, I39-I52	Autres cardiopathies	43266	18585	24681	38,1	-15%	47,4	-16%	31,0	-14%
I60-I69	Maladies cérébrovasculaires	32652	13772	18880	29,5	-24%	34,6	-25%	25,5	-24%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	30605	16275	14330	27,7	-23%	40,9	-23%	19,2	-24%
J10-J11	Grippe	117	46	71	0,1	-93%	0,1	-93%	0,1	-93%
J12-J18	Pneumonie	9654	4544	5110	8,4	-23%	11,5	-24%	6,4	-22%
J40-J47	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	8656	5404	3252	8,2	-21%	13,6	-21%	4,8	-22%
J45-J46	Asthme	1001	368	633	1,1	-44%	1,0	-48%	1,1	-41%
R00-R99	Symptômes et états mal définis	33569	14953	18616	34,6	-4%	42,1	-4%	27,1	-4%
R95	Mort subite nourrisson	250	141	109	0,5	-36%	0,6	-44%	0,5	-24%
V01-Y89	Causes externes	36700	22147	14553	45,9	-18%	66,2	-18%	27,6	-19%
V01-X59	Accidents	23699	13014	10685	27,4	-25%	38,2	-24%	17,6	-26%
V01-V99	accidents de transport	4781	3618	1163	7,5	-40%	11,8	-39%	3,3	-46%
W00-W19	chutes accidentelles	5239	2551	2688	5,3	-11%	7,0	-10%	3,8	-11%
X40-X49	intoxications accidentelles	1022	532	490	1,3	-11%	1,6	1%	1,0	-20%
X60-X84	Suicides	10415	7590	2825	15,4	-9%	23,6	-10%	8,0	-5%
X85-Y09	Homicides	412	270	142	0,7	-25%	0,9	-17%	0,4	-26%
A00-Y89	Total	515952	265458	250494	536,0	-13%	715,2	-14%	394,6	-11%

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

** (Taux 2006 - taux 2000) x 100 / taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

■ PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE : TUMEURS ET MORTS VIOLENTES

En 2006, le nombre de décès prématurés (survenus avant 65 ans) s'élevait à 107 753 pour la France métropolitaine, ce qui représente un cinquième de l'ensemble des décès. Les causes de décès prématurés les plus fréquentes sont les tumeurs, qui sont responsables de 41,3 % des décès prématurés (cause initiale), suivies des morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès : 15,8 % des décès avant 65 ans) et des maladies de l'appareil circulatoire (13,4 % des décès prématurés). Les maladies de l'appareil digestif, les maladies du système nerveux et des organes des sens et les troubles mentaux ou du comportement représentent ensuite respectivement 6,1 %, 3,0 % et 3,0 % de ces décès (tableau 2).

Le taux de décès prématuré des hommes standardisé sur la structure d'âge est 2,2 fois supérieur à celui des femmes. Ce rapport est plus faible pour les tumeurs (1,8), qui ont un poids important dans la mortalité prématurée féminine, mais il est de plus de 3 pour les décès liés aux troubles mentaux et du comportement ainsi que pour les morts violentes et les maladies de l'appareil circulatoire. Au total, les tumeurs sont responsables de

Indicateurs de santé transversaux • Problèmes de santé spécifiques
et état de santé global de la population

38,2 % des décès prématurés masculins, les morts violentes de 17,4 %, et les maladies de l'appareil circulatoire de 14,7 %, alors que ces proportions s'élèvent à respectivement 48,0 %, 12,5 % et 10,5 % chez les femmes.

Pour la mortalité prématurée par tumeurs malignes, le niveau des hommes est supérieur à celui de la moyenne des 27 pays de l'Union européenne (UE) et la France a le taux le plus défavorable des pays de l'UE à 15. Ce constat vaut aussi pour les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, les tumeurs des voies aérodigestives supérieures. Chez les femmes, le cancer du sein représente la cause la plus fréquente de mortalité prématurée (12,4 % de la mortalité prématurée en 2006). Cependant, alors que la position des femmes françaises en Europe est globalement favorable pour la mortalité par tumeurs, la France est plutôt mal située pour ce qui concerne la mortalité prématurée par cancer du sein : les taux standardisés de mortalité prématurée par cancer du sein chez les femmes sont de 15,3 pour la France métropolitaine contre 14,4 pour l'Europe à 27 et 14,6 pour l'Europe à 15. Les taux de décès par suicide sont également très élevés pour les hommes comme pour les femmes (environ 1,5 fois ceux de la moyenne européenne).

Tableau 2 • Nombre et taux de décès standardisé avant 65 ans selon les causes de décès en France en 2006

Codes CIM10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Total	Hommes	Femmes	Total	Variations** 2000-2006	Hommes	Variations** 2000-2006	Femmes	Variations** 2000-2006
A00-B99	Maladies infectieuses et parasitaires	2195	1539	656	4,1	-20%	5,8	-22%	2,4	-16%
B20-B24	Sida et VIH	741	573	168	1,4	-25%	2,1	-27%	0,6	-13%
C00-D48	Tumeurs	44533	28165	16368	81,3	-8%	104,5	-11%	58,9	-3%
C00-C97	Tumeurs malignes	43386	27443	15943	79,1	-8%	101,8	-11%	57,3	-3%
C00-C14	lèvre, cavité buccale et pharynx	2319	1992	327	4,2	-19%	7,3	-21%	1,2	-9%
C18	côlon	2115	1252	863	3,9	-8%	4,6	-9%	3,1	-6%
C32-C34	larynx, trachée, bronches, poumon	12064	9373	2691	21,9	0%	34,7	-9%	9,6	50%
C50	sein	4327	51	4276	7,9	-9%	0,2	89%	15,3	-10%
C81-C96	tissus lymphoïdes, hématopoïétique et apparentés	2590	1640	950	4,8	-17%	6,2	-13%	3,5	-24%
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2383	1566	817	4,4	-1%	5,9	0%	3,0	-5%
E10-E14	Diabète	1301	903	398	2,4	-5%	3,4	-1%	1,4	-5%
F00-F99	Troubles mentaux et du comportement	3267	2515	752	6,0	1%	9,3	2%	2,7	0%
F10	Abus alcool (y compris psychose alcoolique)	2259	1821	438	4,1	-2%	6,8	1%	1,6	-2%
G00-H95	Maladies du système nerveux et des organes des sens	3281	1996	1285	6,1	4%	7,5	3%	4,8	4%
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	14426	10833	3593	26,4	-18%	40,3	-19%	13,0	-14%
I20-I25	Cardiopathies ischémiques	5200	4430	770	9,5	-21%	16,4	-22%	2,8	-13%
I60-I69	Maladies cérébrovasculaires	2912	1869	1043	5,3	-17%	7,0	-16%	3,8	-16%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	2464	1729	735	4,6	-20%	6,5	-20%	2,7	-23%
J40-J47	Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	874	631	243	1,6	-27%	2,4	-21%	0,9	-37%
J45-J46	Asthme	241	137	104	0,4	-44%	0,5	-36%	0,4	-52%
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	6607	4742	1865	12,0	-13%	17,6	-12%	6,7	-17%
K70, K73-K74	Maladie chronique du foie	4596	3317	1279	8,3	-17%	12,3	-15%	4,6	-23%
V01-Y89	Causes externes	17043	12787	4256	32,0	-19%	48,3	-19%	15,8	-20%
V01-X59	Accidents	8544	6562	1982	16,2	-29%	25,0	-28%	7,5	-32%
V01-V99	accidents de transport	3820	3020	800	7,3	-40%	11,6	-39%	3,1	-47%
W00-W19	chutes accidentelles	1029	794	235	1,9	-9%	3,0	-12%	0,9	-5%
X60-X84	Suicides	7482	5482	2000	13,9	-6%	20,5	-7%	7,3	-4%
A00-Y89	Total	107753	73636	34117	199,3	-11%	275,8	-13%	125,0	-8%

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

** (Taux 2006 - taux 2000) x 100 / taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

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

Au sein de la mortalité prématurée, un sous-ensemble de causes de décès a été constitué : la « mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire » dénommée ici plus simplement « mortalité prématurée évitable » (voir article « Données synthétiques de mortalité », p. 73). Cet indicateur regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque. Les causes de décès « évitables » comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida.

Le nombre de décès correspondant à la sélection « mortalité prématurée évitable » est de 35 721 en 2006 pour la France métropolitaine, soit environ un tiers des décès prématurés (tableau 3). La mortalité est plus élevée chez les hommes : 77,3% des décès observés concernent des hommes et les taux de décès standardisés sont multipliés par 4 par rapport aux femmes. La part de la mortalité « évitable » par rapport à la mortalité prématurée est de 37,5% chez les hommes et de 23,8% chez les femmes.

Entre 2000 et 2006, les diminutions les plus importantes s'observent pour les accidents de la circulation, le sida et les causes de décès liées à l'alcool. En revanche, les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon augmentent de 50% chez les femmes et ne diminuent que faiblement chez les hommes (-9%). Ces cancers ont connu un développement important chez les femmes : en vingt ans, les taux de décès par cancer du poumon ont doublé et cette augmentation a davantage touché la classe d'âge 25-44 ans (Péquignot *et al.*, 2003). Le suicide reste aussi une cause de mortalité « évitable » préoccupante : il baisse peu chez les hommes et stagne chez les femmes.

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

Tableau 3 • Nombre et taux standardisé* de mortalité prématurée « évitable » selon les causes de décès en France en 2006

Codes CIM10	Causes de décès	Nombre de décès			Taux standardisés*					
		Total	Hommes	Femmes	Total	Variations** 2000-2006	Hommes	Variations** 2000-2006	Femmes	Variations** 2000-2006
B20-B24	Sida et infections par le VIH	741	573	168	1,4	-25%	2,1	-27%	0,6	-13%
C00-C14	Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx	2319	1992	327	4,2	-19%	7,3	-21%	1,2	-9%
C15	Tumeur maligne de l'œsophage	1489	1290	199	2,7	-23%	4,8	-25%	0,7	-11%
C32-C34	Tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	12064	9373	2691	21,9	0%	34,7	-9%	9,6	50%
F10	Psychose alcoolique et alcoolisme	2259	1821	438	4,1	-2%	6,8	1%	1,6	-2%
K70, K74.6	Cirrhose alcoolique du foie et sans précisions	4576	3306	1270	8,3	-17%	12,2	-15%	4,5	-22%
V01-V89	Accidents de la circulation	3756	2965	791	7,2	-40%	11,4	-38%	3,0	-46%
W00-W19	Chutes accidentelles	1029	794	235	1,9	-9%	3,0	-12%	0,9	-5%
X60-X84, Y87.0	Suicides et séquelles de suicides	7488	5484	2004	13,9	-6%	20,5	-7%	7,3	-3%
	Total mortalité prématurée évitable	35 721	27 598	8 123	65,6	-13%	102,8	-16%	29,4	-4%
A00-Y89	Total mortalité prématurée	107 753	73 636	34 117	199,3	-11%	275,8	-13%	125,0	-8%

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

** (Taux 2006 - taux 2000) x 100 / taux 2000.

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

Sources : INSERM-CépiDc.

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

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

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

Les cancers représentent la catégorie de causes pour laquelle les APVP ont le plus grand poids, devant les morts violentes. Les maladies cardiovasculaires représentent quant à elles une part relativement modeste des APVP (environ 10 %), qui équivaut à la part représentée par les suicides et les accidents de transport. Les infections périnatales représentent 6 % du total des APVP, du fait du mode de calcul de l'indicateur, qui concerne quasi exclusivement des enfants de moins d'un an (tableau 4).

Au cours de la période 2003-2005, les hommes enregistrent près de deux fois plus d'APVP que les femmes (3,7 millions contre 1,8 million). La surmortalité masculine est particulièrement marquée pour les personnes âgées de 15 à 34 ans, où le ratio est supérieur à 2,5.

Alors que pour les femmes, la première cause de décès responsables d'APVP est le cancer, ce sont les morts violentes qui occupent la première place pour les hommes. Chez l'homme, les cancers du poumon, des bronches et du larynx et les cancers des voies aérodigestives supérieures et, chez la femme, le cancer du sein représentent respectivement 30 % et 26 % des APVP par cancers.

Tableau 4 • Répartition des APVP par sexe et cause de décès entre 2003 et 2005

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

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

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

Champ : France métropolitaine, 2003-2005.

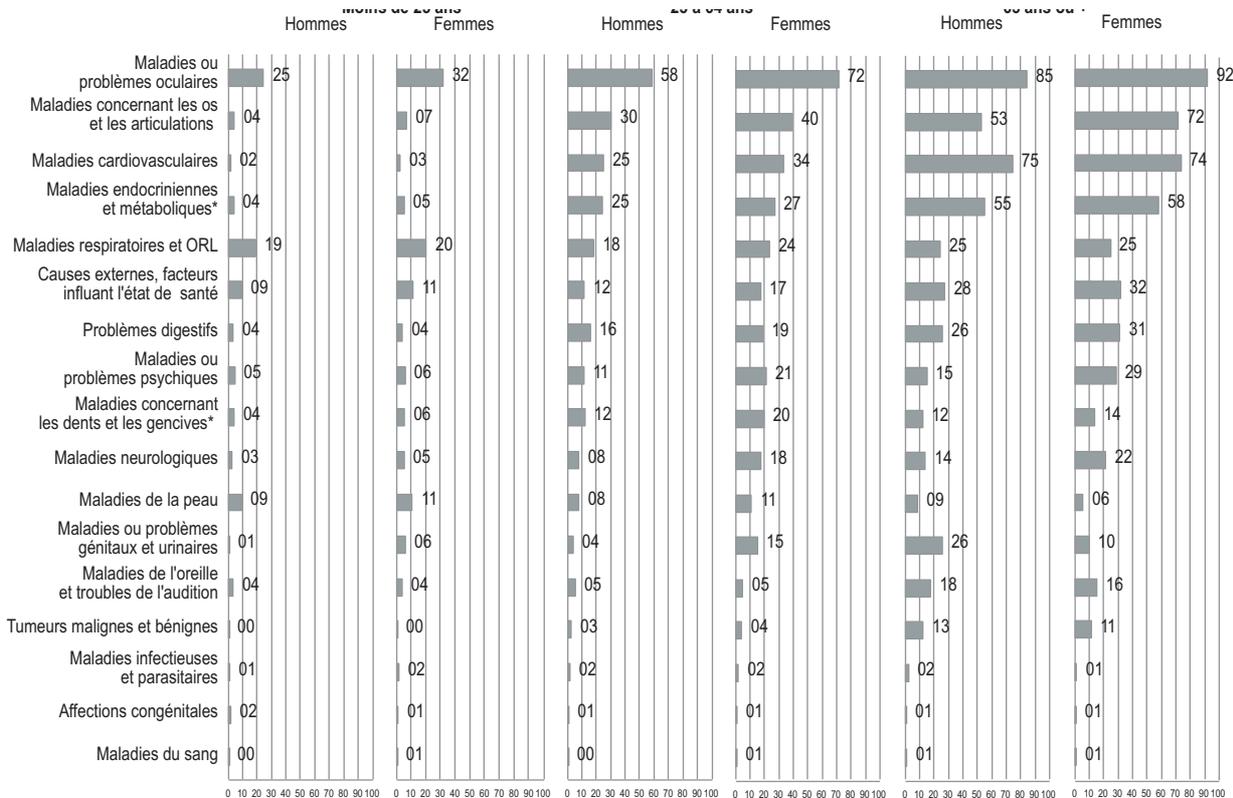
Sources : INSERM-CépiDc.

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

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

Quel que soit l'âge, les femmes font état de problèmes de santé nettement plus fréquents que les hommes. En effet, elles déclarent en moyenne plus de maladies ou de troubles de la santé que les hommes (3,3 contre

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



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

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

Sources : Enquête ESPS 2008, IRDES.

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

Comparés à l'ensemble de la population, les jeunes âgés de moins de 25 ans déclarent peu de maladies (graphique 1). La plupart sont bénignes et accompagnent le développement normal de l'individu : troubles de la vision, dont la plupart sont aisément corrigés, pathologies infectieuses de l'appareil respiratoire, maladies de la peau dominées par l'eczéma. Entre 25 et 64 ans, les affections le plus souvent déclarées sont les maladies de l'œil et les troubles de la vue (58 % des hommes et 72 % des femmes en déclarent). Puis viennent les affections ostéo-articulaires, qui touchent plus de 35 % des personnes, et les maladies de l'appareil circulatoire, dominées par l'hypertension artérielle, et, chez les femmes, par des troubles veineux trois fois plus fréquents que chez les hommes. Les maladies psychiques, comprenant notamment l'anxiété et les troubles dépressifs, sont ici encore plus fréquemment déclarées par les femmes (21 % contre 11 % chez les hommes). Enfin, c'est évidemment dans cette classe d'âge que se retrouvent toutes les préoccupations de santé liées à la maternité et à la contraception pour les femmes. Au-delà de 64 ans, les enquêtés déclarent 6,4 affections en moyenne pour les femmes et 5,5 pour les hommes, exception faite des problèmes dentaires et des troubles de la vue. Ces derniers sont déclarés dans cette tranche d'âge par 89 % des personnes. Presque les trois quarts des enquêtés présentent au moins une maladie de l'appareil circulatoire ; la seule hypertension artérielle est déclarée par la moitié des personnes de cette tranche d'âge. Les maladies du système ostéo-articulaire (arthropathies, ostéoporose, lombalgies, etc.) viennent au troisième rang de fréquence des maladies déclarées (53 % chez les hommes et 72 % chez les femmes). Les maladies endocriniennes et métaboliques incluant l'obésité sont déclarées par 55 % des hommes et 58 % des femmes. Le diabète à lui seul est déclaré par 12 % des femmes et 19 % des hommes (tableau 5).

Le nombre de maladies déclarées fluctue également selon l'âge et le niveau socio-économique, mettant en évidence un gradient social chez les hommes comme chez les femmes. Ces dernières déclarent toujours plus de maladie que les hommes quel que soit le critère socio-économique retenu. Ainsi, ce sont les femmes qui vivent dans un ménage de cadres qui déclarent le moins de maladies³ (2,7 en moyenne) et celles des ménages d'em-

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

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

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

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

** Prothèses dentaires et caries exclues.

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

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

Sources : Enquête ESPS, 2008.

ployés du commerce et d'ouvriers non qualifiés qui en déclarent le plus (respectivement 4,2 et 4,1 en moyenne). Les femmes comme les hommes vivant dans des ménages d'agriculteurs déclarent beaucoup de maladies, mais cela s'explique par leur âge plus élevé. Chez les hommes, les différences entre milieux sociaux sont moins sensibles. Le revenu des ménages influence aussi le nombre de maladies déclarées pour les femmes comme pour les hommes, les personnes ayant les revenus les plus faibles déclarant plus de maladies que ceux déclarant des revenus plus élevés. Enfin, plus le niveau d'études est élevé, plus le nombre de maladies déclarées est faible. Ainsi, les personnes ayant suivi des études supérieures déclarent en moyenne respectivement 5,6 maladies, 4,2 et 2,8 pour les femmes et 3,6, 2,7 et 2,2 pour les hommes (IRDES, 2008 et 2009).

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

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

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet de prendre en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé ou une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste de trente affections (ALD 30) ouvre droit à une exonération du ticket modérateur (tumeurs malignes, diabète, maladies psychiatriques de longue durée, maladies coronaires, etc.). À cette liste, s'ajoutent les formes évolutives ou invalidantes d'affections graves caractérisées hors liste (ALD 31) et les polyopathologies invalidantes (ALD 32). La connaissance du nombre de malades nouvellement admis en ALD pour une année donnée permet donc d'approcher l'incidence de ces pathologies chroniques coûteuses en population générale (CNAMTS, 2006). Trois grands régimes de couverture du risque maladie existent en France et assurent la prise en charge des ALD : le régime général des salariés et travailleurs assimilés à des salariés (CNAMTS), qui couvre 56 millions de personnes en 2007, le régime social des indépendants (RSI), qui couvre 3,3 millions de personnes en 2006, et le régime agricole (MSA) qui couvre 3,7 millions de personnes. Il existe également d'autres régimes « spéciaux », propres à certaines professions (SNCF, RATP, militaires, sénateurs, parlementaires, etc.), qui prennent en charge une part plus faible de la population.

En 2007, 1,3 million de nouvelles ALD ont été prises en charge par l'ensemble des trois principales caisses françaises (tableau 6), soit une augmentation d'environ 28% depuis 2000. Par ailleurs, le nombre d'ALD progresse

Tableau 6 • Nouveaux cas d'ALD entre 2001 et 2007

Nature de l'affection	2001	2002 (2)	2003	2004 (3)	2005	2006	2007
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	38 152	38 283	38 287	36 176	36 838	39 032	42 244
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	1 290	1 403	1 618	2 072	2 452	2 676	3 026
3. Artériopathie chronique et évolutive (y.c coronarienne) avec manifestations cliniques ischémiques (4)	108 643	0	0	0	0	0	0
3. Artériopathie chronique avec manifestations ischémiques (4)	0	43 425	42 285	42 494	45 586	54 738	58 106
4. Bilharziose compliquée	13	17	29	16	20	8	14
5. Cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave (5)	71 566	0	0	0	0	0	0
5. Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves (5)	0	75 802	78 513	79 216	87 172	104 357	110 075
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	22 475	23 476	24 474	22 951	22 288	21 828	23 267
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH	6 491	7 125	8 128	8 467	8 559	7 233	7 909
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2 (6)	141 848	148 804	157 957	155 810	172 108	184 030	208 210
9. Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie) (7)	0	0	0	0	0	0	0
9. Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave (7)	17 732	18 735	21 553	20 900	21 036	22 325	23 885
10. Hémoglobinopathie homozygote (8)	668	0	0	0	0	0	0
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères (8)	0	788	1 069	1 423	1 482	1 355	1 356
11. Hémophilie (9)	886	0	0	0	0	0	0
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (9)	0	1 113	1 671	2 658	2 828	2 959	3 066
12. Hypertension artérielle sévère	115 134	117 354	110 340	102 784	112 617	144 843	154 276
13. Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois (10)	26 613	0	0	0	0	0	0
13. Maladie coronaire (10)	0	88 483	88 080	83 729	84 666	94 169	97 298
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	37 179	36 245	36 024	33 391	32 888	38 143	41 968
15. Lèpre (11)	30	35	47	0	0	0	0
15. Maladie d'Alzheimer et autres démences (11)	0	0	0	50 963	53 640	53 288	60 294
16. Maladie de Parkinson	13 036	12 656	12 673	11 685	12 151	13 793	14 699
17. Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé	2 537	2 562	3 237	4 866	4 607	5 789	5 893
18. Mucoviscidose	280	317	418	385	382	367	343
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	8 129	8 988	10 515	11 487	12 069	13 063	14 349
20. Paraplégie	2 460	2 412	2 523	2 234	2 170	2 090	2 114
21. Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodémie généralisée évolutive	6 103	6 485	7 187	5 268	5 313	5 566	6 008
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	13 018	13 404	14 711	14 584	14 917	16 217	17 322
23. Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale (12)	138 661	145 971	157 870	0	0	0	0
23. Affections psychiatriques de longue durée (12)	0	0	0	107 924	93 772	91 638	102 857
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	8 818	9 376	10 145	10 032	9 979	10 152	11 006
25. Sclérose en plaques (13)	4 647	4 752	5 026	4 958	4 667	4 826	5 028
26. Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne	2 616	2 830	3 013	3 306	3 238	3 285	3 437
27. Spondylarthrite ankylosante grave	4 719	4 784	5 177	5 588	5 572	5 530	6 499
28. Suites de transplantation d'organe (14)	327	374	524	475	495	484	582
29. Tuberculose active (15)	5 768	5 972	5 566	0	0	0	0
29. Tuberculose active, Lèpre (15)	0	0	0	5 619	5 298	4 628	4 651
30. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	258 452	262 704	272 330	286 557	288 219	287 557	302 768
Total	1 060 303	1 086 981	1 123 434	1 118 018	1 147 331	1 235 942	1 332 617

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

Note : les chiffres publiés dans le rapport 2006 étaient légèrement différents pour l'année 2004. Cela est dû à des calculs correctifs effectués cette année par la MSA.

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

Sources : CNAMTS, RSI, MSA.

plus vite que le nombre de personnes en ALD, en raison de l'augmentation du nombre moyen d'ALD par personne. Les quatre causes de nouvelle admission les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, valvulopathies, artériopathies chroniques, accident vasculaire cérébral) qui, avec un total de 461 999 nouveaux cas, représentent 35,1 % des nouvelles ALD, les tumeurs malignes (23 %), le diabète (15,8 %) et les pathologies psychiatriques (psychoses, troubles graves de la personnalité, arriération mentale, maladie d'Alzheimer et autres démences) totalisant 163 151 nouvelles mises en ALD soit 12,4 % d'entre elles. Viennent ensuite l'insuffisance respiratoire chronique grave (41 968 ALD), l'ensemble des maladies ostéo-articulaires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, scoliose graves) soit 27 258 ALD, les formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie, épilepsie grave (23 885), les maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (23 267), la maladie de Parkinson (14 699), l'insuffisance rénale (14 349), les maladies inflammatoires chroniques intestinales (11 006), le sida (7 909) et la tuberculose (4 651).

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

En 2007, 52 % des nouvelles ALD prises en charge par la CNAMTS concernent des hommes. Une surmortalité masculine est observée pour certaines pathologies. C'est le cas des maladies coronaires (2,2 fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes), ainsi que des artériopathies chroniques à manifestation ischémique (1,9 fois plus fréquente), de la cirrhose (1,6) et de la paraplégie (1,6). À l'inverse, certaines affections se retrouvent majoritairement chez des femmes, soit du fait du poids démographique des femmes aux âges élevés dans le cas de la maladie d'Alzheimer, soit du fait de caractéristiques épidémiologiques connues de la maladie (maladies plus fréquentes chez les femmes), notamment pour la polyarthrite rhumatoïde évolutive, le lupus érythémateux disséminé, la sclérodermie ou la sclérose en plaques.

Plus de 70 % des nouveaux cas d'ALD pris en charge par la CNAMTS concernent des patients âgés de 50 à 84 ans. La répartition par âge est très hétérogène selon les maladies : tous les nouveaux cas de mucoviscidose concernent des sujets de moins de 25 ans (60 % entre 0 et 4 ans) ; à l'opposé, 94 % des nouveaux cas de maladie d'Alzheimer concernent une population âgée (plus de 69 ans). On peut néanmoins constater que, pour les maladies les plus représentées (maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes et diabète), près de 80 % des personnes atteintes sont âgées de 50 à 84 ans. La répartition pour les affections psychiatriques est quant à elle plus équilibrée : environ 20 % touchent des personnes âgées de moins de 25 ans, 50 % des personnes âgées de 25 à 54 ans et 30 % des personnes de plus de 54 ans.

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

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

Le nombre de motifs de consultation augmente avec l'âge. Avant 25 ans, selon l'enquête permanente sur la prescription médicale⁴, la consultation porte fréquemment sur un seul motif : pour cette tranche d'âge, on enregistre 128,6 motifs de recours pour 100 séances contre 152 motifs entre 25 et 64 ans et 214,4 à partir de 65 ans.

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

Avant 15 ans, le nombre de motifs de recours est équivalent chez les filles et les garçons (respectivement 127,8 et 127,2 pour 100 séances). On retrouve cette tendance chez les hommes et les femmes âgés de 25 à 64 ans (respectivement 151 et 152,6 motifs de recours pour 100 séances). À l'inverse, chez les 15-24 ans, le nombre de motifs de recours est plus élevé chez les filles : il s'élève à 134,4 motifs de recours pour 100 séances contre 122,8 chez les garçons. Il en est de même à partir de 65 ans (215,9 motifs de recours pour 100 séances chez les femmes contre 212,4 chez les hommes).

Les raisons qui ont amené à consulter sont différentes selon l'âge (tableau 7). Les pathologies respiratoires sont la principale cause de consultations médicales pour les jeunes : elles représentent 26,3 motifs pour 100 séances chez les nourrissons de moins d'un an, 36,2 entre 1 et 14 ans et 19,9 entre 15 et 24 ans. Viennent ensuite les actes de prévention et les motifs administratifs (visites obligatoires, certificats médicaux, etc.), qui représentent une part considérable des consultations : 58,6 motifs pour 100 séances pour les moins d'un an, 24,8 motifs pour les enfants âgés de 1 à 14 ans et 33,3 pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans. À cela, s'ajoutent les consultations organisées par les services de protection maternelle et infantile (PMI) pour les enfants de moins de 6 ans. Ces services assurent également une activité importante de prévention : environ 2,1 millions d'examen cliniques ont été réalisés auprès des enfants, pour 860 100 enfants consultant dans la France entière⁵ (DREES, 2008).

On trouve ensuite, pour l'ensemble des moins de 25 ans, les symptômes et états de santé mal définis et les maladies infectieuses (respectivement 13,8 pour les garçons et 14,3 pour les filles et 10,9 pour les garçons et 10,6 pour les filles). Les maladies de la peau représentent également une part importante des motifs de recours, en particulier chez les 15-24 ans (9,6 % des motifs de séances).

Tableau 7 • Motifs de recours ou de diagnostics pour 100 séances de médecin selon l'âge et le sexe (1^{er} septembre 2007-31 août 2008)

Personnes âgées de moins de 25 ans	Nombre de motifs pour 100 séances	
	Garçons	Filles
Ensemble des pathologies, dont	125,9	130,8
Maladies de l'appareil respiratoire	31,9	26,5
Prévention et motifs administratifs	26,9	35,2
Symptômes et états morbides mal définis	13,8	14,3
Maladies infectieuses et parasitaires	10,9	10,6
Maladies de la peau	7,0	7,5
Maladies ophtalmologiques	7,4	7,6
ORL	6,9	5,3
Lésions traumatiques	6,2	3,9
Maladies ostéo-articulaires	4,0	3,5
Troubles mentaux	3,1	3,7
Maladies de l'appareil digestif	3,1	3,4
Maladies des organes génito-urinaires	0,8	4,4
Personnes âgées de 25 à 64 ans	Hommes	Femmes
Ensemble des pathologies, dont	151,0	152,6
Prévention et motifs administratifs	12,9	22,7
Troubles mentaux	16,1	18,0
Maladies cardiovasculaires	19,0	13,8
Maladies ostéo-articulaires	17,2	14,3
Symptômes et états morbides mal définis	14,4	15,1
Maladies de l'appareil respiratoire	16,3	13,8
Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme	13,4	9,5
Maladies ophtalmologiques	7,6	7,3
Maladies de l'appareil digestif	7,0	5,9
Maladies des organes génito-urinaires	2,4	7,3
Maladies du système nerveux	5,4	5,8
Maladies infectieuses et parasitaires	5,7	5,6
Personnes âgées de 65 ans ou plus	Hommes	Femmes
Ensemble des pathologies, dont	212,4	215,9
Maladies cardiovasculaires	58,0	53,8
Maladies endocriniennes, nutrition et métabolisme	28,8	26,4
Symptômes et états morbides mal définis	22,1	22,8
Maladies ostéo-articulaires	16,8	27,2
Prévention et motifs administratifs	12,2	11,2
Troubles mentaux	7,5	13,1
Maladies de l'appareil digestif	10,8	11,3
Maladies de l'appareil respiratoire	12,6	9,6
Maladies du système nerveux	9,2	11,2
Maladies ophtalmologiques	8,0	9,1
Maladies des organes génito-urinaires	9,1	3,7
Maladies de la peau	4,9	4,3

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

Champ : France métropolitaine (hors Corse) - Médecine libérale ; étude réalisée entre le 1^{er} septembre 2007 et le 31 août 2008.

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

5. Activité de la Protection maternelle et infantile, consultations infantiles, résultats 2006, exploitation DREES.

Entre 25 et 64 ans, les motifs de recours aux soins de ville diffèrent entre les hommes et les femmes. Pour les hommes, 19 séances sur 100 sont motivées par un problème cardiovasculaire et 17,2 par une pathologie ostéo-articulaire. Les maladies respiratoires et les troubles mentaux se situent juste après, avec respectivement 16,3 et 16,1 motifs pour 100 séances. Pour les femmes, les actes administratifs et préventifs sont le motif le plus fréquent de recours (22,7 pour 100 séances), suivis des troubles mentaux (18 pour 100 séances).

À partir de 65 ans, les pathologies cardiovasculaires prédominent nettement chez les hommes (58 motifs de recours pour 100 séances) comme chez les femmes (53,8). Viennent ensuite les maladies endocriniennes, nutritionnelles ou métaboliques (27,3 motifs pour 100 séances), plus fréquentes chez les hommes (28,8) que chez les femmes (26,4), les états de santé mal définis, particulièrement nombreux chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, avec 22,5 motifs pour 100 séances, et les maladies ostéo-articulaires (23), plus fréquentes chez les femmes (27,2 contre 16,8 chez les hommes) (Labarthe, 2004)].

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

En 2007, ce sont les enfants de moins d'un an, les hommes à partir de 55 ans et les femmes à partir de 65 ans qui présentaient les risques d'hospitalisation les plus élevés dans les services hospitaliers de soins de courte durée publics et privés en France entière (métropole et DOM). La fréquentation hospitalière était majoritairement féminine (268 séjours pour 1 000 femmes, contre 243 séjours pour 1 000 hommes). Mais en corrigeant la population féminine de sa structure par âge et en excluant les séjours pour accouchement normal, les taux d'hospitalisation standardisés étaient équivalents pour les hommes et les femmes (respectivement 237 et 235) (Mouquet, 2005).

En 2007, l'hospitalisation des personnes de moins de 25 ans a représenté 17 % des séjours dans les services hospitaliers de soins de courte durée. Si l'on exclut les nourrissons (moins d'un an), le taux de recours à l'hôpital des enfants était nettement plus faible que celui des autres groupes d'âge, tout particulièrement pour les 5-14 ans. Avec un taux de recours de 521 pour 1 000 en 2007, la fréquentation hospitalière des enfants de moins d'un an se situait nettement au-dessus de la moyenne tous âges (256 pour 1 000), mais elle restait inférieure à celle des personnes de plus de 74 ans (587 pour 1 000 pour les personnes de 75 à 84 ans et 682 pour 1 000 pour celles de 85 ans ou plus). Avant un an, ce sont naturellement les affections périnatales qui génèrent le plus d'hospitalisations, avec 45,5 % des séjours, suivies par les maladies de l'appareil respiratoire, avec un peu plus de 12 % des séjours.

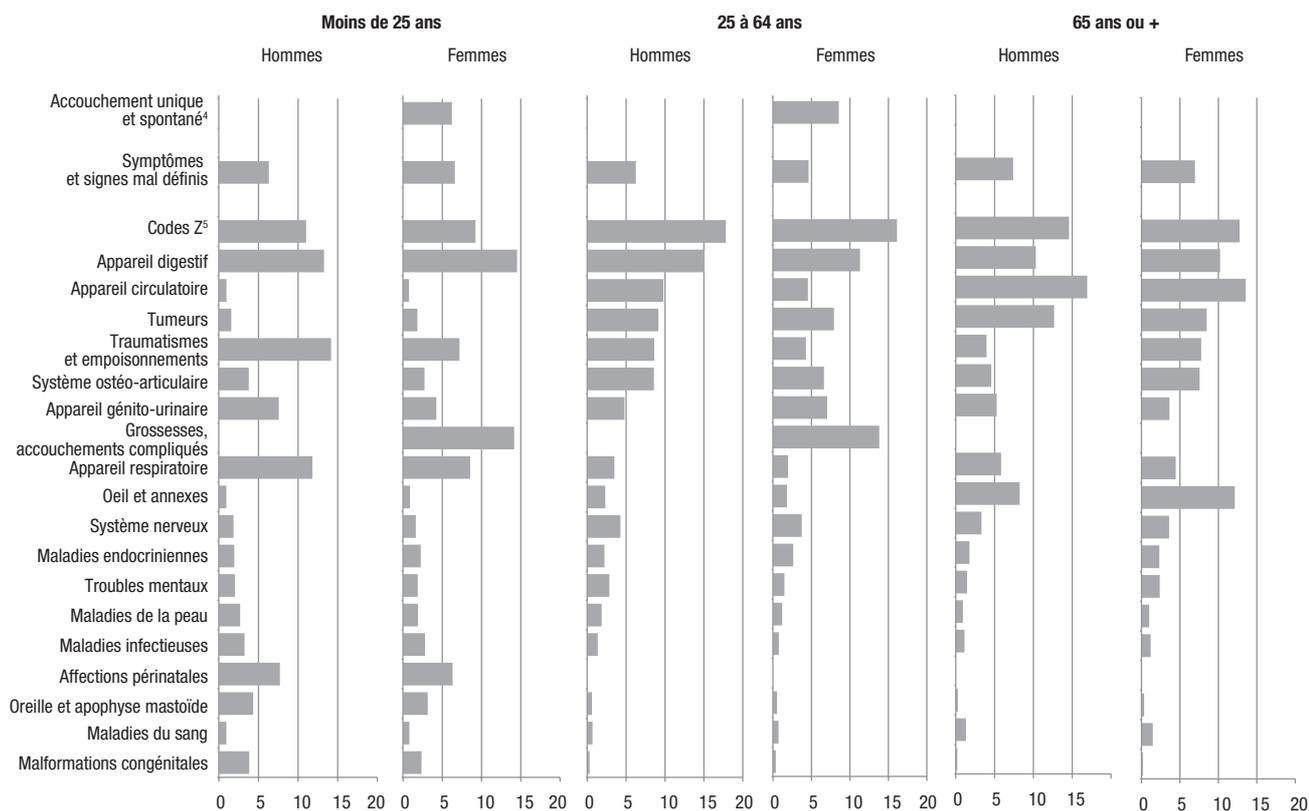
Avant 25 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents étaient, pour les garçons, les traumatismes (14,2 pour 100 séjours) et, pour les filles, les séjours liés à la maternité (20,4 pour 100 séjours) (graphique 2). Pour les deux sexes, les pathologies digestives (maladies des dents et appendicite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

Entre 25 et 64 ans, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (22,4 pour 100 séjours), les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention arrivaient en tête des motifs de recours à l'hôpital pour les hommes comme pour les femmes (17,8 pour 100 séjours chez les hommes et 16,1 chez les femmes). Venaient ensuite les maladies de l'appareil digestif (15,1 pour 100 séjours chez les hommes et 11,3 chez les femmes). Avant 45 ans, les traumatismes et empoisonnements constituaient un motif fréquent de recours chez les hommes (à rapprocher de la mortalité par morts violentes : accidents, suicides dans cette tranche d'âge) : ils représentaient le 1^{er} motif pour les 25-34 ans et le 3^e pour les 35-44 ans. Chez les femmes, les maladies de l'appareil génito-urinaire étaient le motif le plus fréquent avant 45 ans. Après 45 ans, les tumeurs pour les hommes comme pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes et les maladies ostéo-articulaires pour les femmes augmentaient pour se rapprocher des taux d'hospitalisation causés par les maladies digestives.

À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire étaient la première cause de recours à l'hôpital : elles représentent près de 1 séjour hospitalier sur 7 (16,9 pour 100 séjours chez les hommes et 13,6 chez les femmes). Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention étaient également très fréquents (respectivement 14,6 et 12,8 pour 100 séjours). Pour les femmes, les maladies de l'œil motivaient 12,1 séjours pour 100, avec notamment la cataracte qui était responsable à elle seule de 10,5 % des hospitalisations des femmes âgées ; trois groupes intervenaient ensuite dans des proportions proches : les maladies de l'appareil digestif (10,2 pour 100 séjours), les tumeurs (8,5 pour 100 séjours) et les traumatismes en raison de la grande fréquence des fractures du col fémoral (7,8 pour 100 séjours). Pour les hommes, les affections les plus

représentées après les maladies cardiovasculaires et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention étaient les tumeurs, les maladies de l'appareil digestif et les maladies de l'œil (respectivement 12,7, 10,3 et 8,2 pour 100 séjours).

Graphique 2 • Répartition des séjours¹ annuels dans les services de soins de courte durée MCO² selon la pathologie traitée³, l'âge et le sexe du patient en 2007 (en %)



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

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

traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).
2. Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.
3. Diagnostic principal manifestation clinique, regroupement selon les chapitres de la CIM10 de l'OMS.
4. Code O80 de la CIM10.
5. Motifs de recours aux services de santé autres que mala-

dies ou traumatismes, tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.

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

Sources : Base nationale PMSI-MCO, exploitation DREES.

Références bibliographiques

- AOUBA A., PÉQUIGNOT F., LE TOULLEC A., JOUGLA E.**, 2007, «Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS.
- AUVRAY L., LE FUR P.**, 2002, «Adolescents : état de santé et recours aux soins», *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 49, mars.
- CNAMTS**, 2006, *Fréquence des affections de longue durée (ALD30) au régime général - premiers résultats de l'étude fréquence et coût des ALD*, Direction de la stratégie, des études et des statistiques, avril.
- DANET S.** (sous la dir. de), 2009, *La santé des femmes en France*, La Documentation française, Paris.
- IRDES**, 2008, *Premiers résultats de l'enquête ESPS 2006* (<http://www.irdes.fr>).
- LABARTHE G.**, 2004, «Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie», *Études et Résultats*, DREES, n° 315, juin.
- MOUQUET M.-C.**, 2005, «Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003», *Études et Résultats*, DREES, n° 444, novembre.
- PÉQUIGNOT F., LE TOULLEC A., BOVET M., JOUGLA E.**, 2003, «La mortalité évitable liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France», in «La mortalité prématurée en France», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 30/2003, juillet.
- VALLIER N., SALANAVE B., WEILL A.**, 2006, «Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée», *Points de repère*, Caisse nationale d'assurance maladie, n° 1, août.

Inégalités sociales de santé

Malgré l'amélioration des conditions de vie et les progrès des prises en charge médicales, des disparités sociales significatives demeurent en matière de santé en France. Un important travail de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)¹ leur a été consacré, ainsi qu'un chapitre spécifique du rapport 2002 du Haut comité de la santé publique² et plus récemment par le Haut conseil de la santé publique (HCSP)³. Ce dernier soulignait que, si l'on observe des inégalités sociales de santé (morbidité, mortalité, santé perçue, santé fonctionnelle) dans tous les pays à des degrés divers, elles demeurent dans notre pays plus importantes que dans la plupart des autres pays européens et, pour certains indicateurs de santé, se sont aggravées au cours des dernières décennies.

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, le rôle cumulatif des différences de conditions de vie au cours de la vie, la causalité inverse selon laquelle l'état de santé expliquerait les différences de revenus, l'effet de la structure sociale (position relative, domination hiérarchique et perte d'autonomie), le rôle du système de santé et de soins, certains facteurs nationaux dont pourraient faire partie les politiques sanitaires et sociales⁴, etc. Aucune de ces hypothèses ne suffit à elle seule à expliquer le phénomène, qui résulte à l'évidence de causalités combinées.

Il n'en reste pas moins important d'en observer les évolutions au moyen d'indicateurs synthétiques. L'impact des politiques publiques, sur la réduction des inégalités de niveau de vie ou d'éducation et d'accès au système de santé et de soins, pourra être suivi à moyen et long terme à l'aide de ces données chiffrées.

Définir des indicateurs de mesure des inégalités sociales en matière de santé suppose, d'une part, de déterminer les champs de la santé pertinents dans lesquels on souhaite observer des écarts et leur évolution et, d'autre part, d'identifier les critères sociaux appropriés pour mettre en évidence ces écarts. En sus de ces critères de pertinence, la disponibilité et la reproductibilité dans le temps des indicateurs est un élément déterminant de leur choix.

Concernant les champs de la santé pertinents, le rapport de définition des indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la santé publique⁵ a retenu :

- des indicateurs synthétiques de santé comprenant, d'une part, des indicateurs de santé perçue, de santé fonctionnelle et maladies chroniques déclarées ; d'autre part, des indicateurs d'espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale – ce seuil de 35 ans correspond à l'âge auquel les variables actuellement utilisées pour la caractérisation des groupes sociaux sont « stabilisées » pour la majorité de la population : les études sont en général terminées et la vie professionnelle entamée ;
- des indicateurs de santé portant sur la survenue ou la gravité de problèmes de santé spécifiques qui ont été construits pour chacun des objectifs correspondants ;
- des indicateurs de comportements (nutrition, consommation d'alcool, de tabac, etc.), traités également de manière thématique pour chaque objectif correspondant ;
- et enfin, des indicateurs d'accès aux soins, comme le nombre de personnes bénéficiant de la couverture médicale universelle (voir p. 71) et le taux de renoncement aux soins.

Concernant les critères sociaux, deux variables de stratification ont été choisies :

- la répartition de la population en six catégories selon la classification Profession et catégorie sociale (PCS) qui est le plus souvent utilisée en France ;
- la répartition de la population selon le niveau d'études en quatre catégories (primaire, premier niveau secondaire, niveau secondaire supérieur, enseignement supérieur).

Ces deux variables doivent permettre d'établir des comparaisons européennes, soit directement pour le niveau d'études, soit via un algorithme de conversion pour la catégorie socioprofessionnelle.

L'interprétation et le suivi de ces indicateurs devront toutefois prendre en compte certaines limites. Le premier niveau de la PCS, classiquement utilisé en France, regroupe les ouvriers non qualifiés et les autres dans une même catégorie « ouvriers ». La PCS est également moins pertinente pour l'étude des inégalités de santé chez les femmes qui n'exerçaient souvent pas d'activité professionnelle reconnue dans les générations anciennes : le niveau d'instruction serait dans ce cas plus approprié. De même, l'utilisation du critère du niveau d'études pour analyser des évolutions est délicate eu égard à l'élévation du niveau moyen d'études au cours du temps.

Le contenu de ces catégories peut en outre varier au fur et à mesure que l'organisation sociale se modifie, ce qui peut rendre difficile l'interprétation d'une évolution des écarts de santé observés entre des groupes dont la nature est elle-même changeante. Un groupe social dont l'effectif se réduit, comme celui des sans diplômes ou

1. Leclerc A., Fassin D., Granjean H., Kaminski M., Lang T., 2000, *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte/INSERM, Paris.

2. Haut comité de la santé publique (HCSP), 2002, *La santé en France 2002*, La Documentation française, Paris.

3. Haut conseil de la santé publique (HCSP), 2009, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*.

4. Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D., 2005, « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : Les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 92, février.

5. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_indicateurs_drees.pdf

des ouvriers non qualifiés, peut ainsi représenter un groupe de population de plus en plus socialement sélectionné et connaître de ce fait une évolution défavorable des indicateurs de santé. La manière de classer les chômeurs mais aussi les autres inactifs et les retraités dans la taxinomie PCS pose également problème car ces statuts d'activité peuvent être associés à des risques spécifiques en matière de santé. Or, ils évoluent au gré de la situation du marché du travail et n'ont pas la même résonance selon le statut antérieur, l'âge ou les autres caractéristiques démographiques et sociales des personnes concernées.

■ INDICATEURS SYNTHÉTIQUES D'ÉTAT DE SANTÉ

Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques : un gradient social marqué

En dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la «santé perçue» apparaît cependant comme un indicateur pertinent de l'état de santé et très lié aux autres indicateurs de l'état de santé.

Des travaux récents⁶ montrent l'existence d'une hétérogénéité de déclarations, liée à la situation démographique affectant l'ensemble des indicateurs considérés. Parmi ceux-ci, la déclaration de maladies chroniques souffre d'un «biais de pessimisme» lié à l'éducation, à la profession et aux revenus. Au contraire, les indicateurs de santé perçue et de limitations d'activité semblent moins biaisés et peuvent être considérés comme de bons outils de mesure dans l'objectif d'une surveillance globale des inégalités sociales de santé.

On observe un gradient social marqué pour ces indicateurs d'état de santé : les ouvriers déclarent moins souvent être en bonne santé et plus souvent des limitations d'activité et des maladies chroniques, à l'inverse des cadres et professions intellectuelles supérieures. Les différences sont plus nettes encore entre les actifs et les inactifs. Cela s'explique par le fait que cette dernière catégorie surreprésente des personnes retraitées, plus âgées, et les personnes handicapées (tableau 1).

Tableau 1 • Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (en %)

Profession et catégorie socioprofessionnelle	Part de la population déclarant...			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Agriculteurs exploitants	96,1	21,0	11,8	1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	97,1	22,1	13,7	3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	98,1	20,6	8,8	8
Professions intermédiaires	97,8	23,0	10,3	13
Employés	95,4	25,8	14,1	17
Ouvriers (y. c. ouvriers agricoles)	94,2	25,1	15,6	14
Retraités	80,0	59,3	43,4	29
Autres inactifs	90,3	26,4	20,3	14
Total	90,4	34,5	22,7	100

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

** Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

*** Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? ».

Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2007, INSEE.

L'état de santé déclaré varie également selon le niveau de diplôme des personnes interrogées : moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état santé, des limitations d'activité et des maladies chroniques (tableau 2).

Selon le Panel communautaire des ménages⁷ (PCM) en 1998, on constate également dans l'Union européenne (UE) une amélioration de l'état de santé ressenti avec le niveau d'études. De même, l'activité était associée à un meilleur état de santé déclaré : pour l'ensemble de l'UE, les répondants n'ayant pas d'emploi (chômeurs, personnes inaptes au travail ou retraités) sont ceux qui présentent les plus forts taux de personnes considérant que leur état de santé était moyen, mauvais ou très mauvais. Parmi les personnes se considérant en très bonne ou en bonne santé, le rapport de la population en situation d'emploi à la population n'occupant pas d'emploi était d'environ deux pour un⁸.

6. Devaux M., Jusot C., Sermet C. et Tubeuf S., 2008, « Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé », *RFAS*, La Documentation française, n° 1, p. 29-47.

7. Le panel communautaire des ménages (PCM) était une enquête longitudinale à objectifs multiples couvrant de nombreux aspects de la vie quotidienne, en particulier l'emploi et le revenu, mais également les caractéristiques démographiques, l'environnement, l'éducation et la santé. En tout, l'échantillon couvrait quelque 60 000 ménages comprenant 130 000 adultes âgés de 16 ans ou plus au 31 décembre de l'année précédente. La première vague s'est déroulée en 1994, alors que l'Union européenne ne comptait que douze États membres. Après huit années d'utilisation (de 1994 à 2001), Eurostat et les États membres ont décidé de mettre un terme au projet du PCM. Il a été remplacé en 2003 par un nouvel instrument permettant de recueillir des statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie, l'EU-SILC (European Union - Statistics on Income and Living Conditions), afin d'adapter le contenu et l'actualité du panel aux nouveaux besoins politiques.

8. Commission européenne, 2002, *Statistiques de la santé - Chiffres clés sur la santé 2002 - Données 1970-2001*, Eurostat.

Tableau 2 • Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon le niveau d'études (%)

Niveau de diplôme	Part de la population déclarant...			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Sans diplôme ou CEP	80,5	50,4	40,2	30,3
CAP-BEPC	92,5	31,0	18,8	9,7
Bac-Bac +2	93,9	28,9	16,3	38,8
Diplôme supérieur	97,3	23,6	11,3	21,2
Total	90,4	34,5	22,7	100

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

** Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

*** Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? »

Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2007, INSEE.

Espérance de vie à 35 ans : des écarts sensibles entre les cadres et les ouvriers

L'espérance de vie continue sa progression, mais de façon plus ou moins rapide selon la position sociale. Entre le début des années 1980 et le milieu des années 1990, l'espérance de vie à 35 ans a augmenté pour toutes les catégories sociales. Ce sont toujours les ouvriers qui vivent le moins longtemps et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue. Au cours de la période 1991-1999, les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont à 35 ans une espérance de vie de 46 ans supplémentaires, contre 39 ans pour les ouvriers. À 35 ans, les femmes ont une espérance de vie de 50 ans quand elles sont cadres et 47 ans quand elles sont ouvrières. Les différences de mortalité demeurent beaucoup plus modérées chez les femmes que chez les hommes : au milieu des années 1990, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de 3 ans celle des ouvrières, alors que l'écart entre les hommes cadres et ouvriers s'élève à 7 ans. Les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles se sont aggravés chez les hommes, alors qu'ils restaient stables chez les femmes⁹ (tableau 3).

Tableau 3 • Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par période et catégorie socio-professionnelle (en années)

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chef d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble
Hommes								
1976-1984	41,5	40,5	40,5	39,5	37,0	35,5	27,5	38,0
1983-1991	43,5	41,5	41,5	41,0	38,5	37,5	27,5	39,0
1991-1999	46,0	43,0	43,5	43,0	40,0	39,0	28,5	41,0
Femmes								
1976-1984	47,5	46,5	45,5	46,0	45,5	44,5	44,5	45,0
1983-1991	49,5	48,0	47,0	47,5	47,5	46,5	45,5	46,5
1991-1999	50,0	49,5	48,5	49,0	48,5	47,0	47,0	48,0

Champ : France entière.

Sources : INSEE, échantillon démographique permanent et état civil.

De telles inégalités se retrouvent dans toute l'Europe, même si l'ampleur des écarts ne peut être précisément comparée. Les études indiquent que l'accroissement des écarts est dû à une baisse plus importante de la mortalité pour les groupes les plus favorisés, liée à la diminution de certaines causes de décès (par maladies cardiovasculaires notamment)¹⁰.

9. Monteil C., Robert-Bobée I., 2005, « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *Insee Première*, INSEE, n° 1025, juin.

10. Cambois E. et Jusot F., 2007, « Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3, p. 10-14.8.

Espérance de vie sans incapacité : des inégalités aggravées

Aux inégalités d'espérance de vie liées à la catégorie socioprofessionnelle, viennent s'ajouter de fortes inégalités d'espérance de vie sans incapacité¹¹. Une étude récente confirme et précise les conclusions d'une étude antérieure : les ouvriers ont non seulement une espérance de vie plus courte que les cadres, mais ils passent aussi plus de temps qu'eux avec des incapacités¹².

La prévalence de l'incapacité provient de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003. Trois indicateurs d'incapacité y sont examinés (voir l'encadré sur l'estimation de l'espérance de vie sans incapacité) :

- les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles sans gêne sur les activités du quotidien (difficultés à voir, à entendre, à marcher, à monter et descendre des escaliers, etc.);
- les problèmes fonctionnels plus lourds qui gênent la réalisation d'activités courantes;
- les difficultés dans les activités de soins personnels qui reflètent dans la quasi-totalité des cas des situations de dépendance ou de quasi-dépendance (difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, etc.).

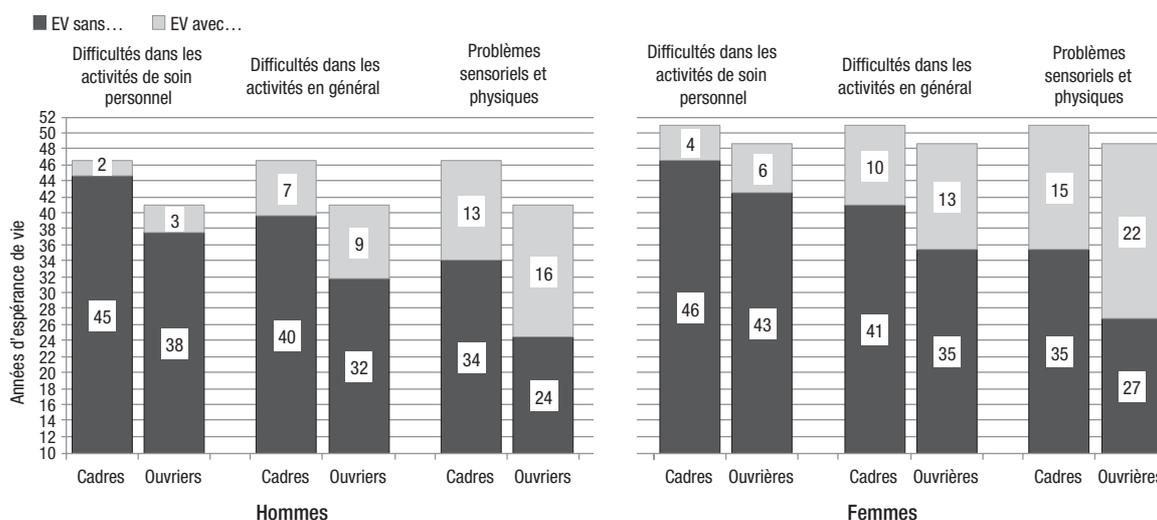
Les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles, 8 années de plus sans gêne dans les activités et 7 ans de plus sans dépendance (graphique 1). De manière générale, plus l'espérance de vie est courte, plus les années d'incapacité sont nombreuses. Seuls les agriculteurs bénéficient d'une espérance de vie plus longue que la moyenne mais avec aussi davantage d'années de limitations fonctionnelles.

Ces différences très marquées chez les hommes s'expliquent par le fait que leur catégorie socioprofessionnelle est très représentative de leurs conditions de vie et qu'elles sont dès lors liées à toutes sortes de facteurs et déterminants de la santé (conditions de travail, niveau de vie, accès à la prévention et aux soins, exposition aux risques de mauvaise santé, etc.). Les années de vie avec limitations fonctionnelles physiques et sensorielles sont particulièrement présentes dans les catégories de professions manuelles. C'est ce qui explique le paradoxe des agriculteurs exploitants : plutôt protégés en termes d'espérance de vie, ils sont aujourd'hui proches des professions indépendantes et chefs d'entreprise ; pour autant, ils restent plus exposés que d'autres professions d'indépendants à des conditions de travail difficiles (activités physiquement exigeantes, en extérieur, sous contrainte de temps, horaires décalés, etc.), ce qui peut expliquer les nombreuses années de limitations fonctionnelles.

11. Ces estimations ont été obtenues pour une période différente et avec une méthode propre : elles ne sont donc pas comparables avec les chiffres présentés dans le tableau précédent.

12. Cambois E., Laborde C., Robine J.-M., 2007, « La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population et sociétés*, n° 441, p. 1-4.

Graphique 1 • Espérance de vie à 35 ans selon trois indicateurs d'incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, en 2003



Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs des auteurs (Cambois *et al.*) d'après les données de l'Echantillon démographique permanent et de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003.

Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité perdurent après 60 ans, témoignant d'un effet de long terme de la catégorie professionnelle et des conditions de vie qui lui sont associées.

L'ensemble de ces résultats se retrouve aussi pour les femmes, même si les écarts sont moins marqués (tableaux 4 et 5). Ces moindres écarts s'expliquent en partie par le fait que la catégorie socioprofessionnelle des femmes est moins représentative de leurs conditions de vie que celle des hommes : elles sont plus souvent inactives ou appartiennent à des professions qui ne correspondent pas à leur formation et qualifications ou encore à leur niveau de vie qui peut être déterminé par la profession du conjoint.

Tableau 4 • Espérance de vie des hommes selon leur incapacité et leur catégorie socioprofessionnelle, en 2003

	EV en années	Indicateurs d'incapacité					
		Difficultés dans les activités de soins personnels		Difficultés dans les activités en général		Problèmes fonctionnels physiques et sensoriels	
EV à 35 ans	EV en années	EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV
Cadres supérieurs	46,6	2,1	95,5%	7,0	84,9%	12,6	72,9%
Professions intermédiaires	44,8	2,4	94,8%	7,9	82,4%	14,0	68,8%
Agriculteurs exploitants	45,3	2,9	93,5%	8,2	81,8%	16,3	64,0%
Indépendants	44,4	2,5	94,3%	7,4	83,4%	14,3	67,8%
Employés	42,1	3,1	92,7%	8,1	80,8%	13,7	67,4%
Ouvriers	40,9	3,4	91,7%	9,1	77,8%	16,5	59,8%
Inactifs	30,4	8,7	71,2%	20,4	32,8%	19,9	34,6%
Total	42,8	3,0	92,9%	8,7	79,6%	15,1	64,7%
Écart cadres-ouvriers	5,7	-1,3	3,8%	-2,0	7,1%	-3,9	13,2%
EV à 60 ans	EV en années	EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV
Cadres supérieurs	23,1	2,1	90,9%	5,8	74,8%	10,5	54,7%
Professions intermédiaires	21,9	2,3	89,4%	6,1	72,0%	10,7	51,1%
Agriculteurs exploitants	21,9	2,9	86,6%	5,7	73,9%	12,2	44,3%
Indépendants	21,4	2,3	89,3%	5,8	73,0%	10,9	49,3%
Employés	20,5	3,2	84,3%	6,3	69,1%	10,7	47,6%
Ouvriers	19,4	3,1	83,8%	6,6	65,9%	12,1	37,8%
Inactifs	14,7	5,9	59,6%	10,6	27,7%	10,6	28,1%
Total	20,7	2,7	86,8%	6,2	70,0%	11,2	45,8%
Écart cadres-ouvriers	3,7	-1,0	7,1%	-0,8	8,9%	-1,6	16,9%

Note : EV = espérance de vie ; EVI = espérance de vie avec incapacité ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs par les auteurs d'après les données de l'Échantillon démographique permanent et de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 (INSEE).

ESTIMATION DE L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ

Méthode

C'est la méthode de Sullivan qui est utilisée pour combiner la prévalence par âge de l'incapacité, établie à partir des données d'enquête, avec la table de mortalité. Les années vécues de la table sont ainsi décomposées en années vécues en incapacité et en années vécues sans incapacité. Comme les enquêtes Santé concernent en général la population vivant en ménage ordinaire, la méthode de Sullivan suggère de tenir compte, dans le partage des années de vie, de celles passées en institution (déduites des taux de résidence en ménages ordinaire), en les considérant comme des années d'incapacité.

Incapacité

Les données de prévalence par âge de l'incapacité sont issues de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003. Trois indicateurs sont utilisés :

- les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles, parmi lesquelles on trouve les niveaux de difficultés les plus modérés, qui n'ont pour la plupart pas de répercussion sur les activités du quotidien (difficultés à voir, à entendre, à marcher, à monter et descendre des escaliers, etc.) ;
- les difficultés dans les activités qui correspondent à des problèmes fonctionnels plus lourds qui gênent la réalisation d'activités courantes ;
- les difficultés dans les activités de soins personnels qui, bien moins courantes, reflètent dans la quasi-totalité des cas des situations de dépendance ou de quasi-dépendance (difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, etc.).

Pour calculer le nombre d'années vécues en institution, les taux d'institutionnalisation par groupes de professions sont déduits des données de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance de 1998-1999 (INSEE). Cette enquête a mis en évidence des différences selon le groupe de professions dans les chances de rester à domicile.

Mortalité : Les tables de mortalité par profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) ont été modélisées à partir des données de l'Échantillon démographique permanent (décès survenus entre 1999 et 2003 selon la PCS repérée au recensement de 1999), à l'aide du logiciel IMaCh.

Tableau 5 • Espérance de vie des femmes selon leur incapacité et leur catégorie socioprofessionnelle, en 2003

	EV en années	Indicateurs d'incapacité					
		Difficultés dans les activités de soins personnels		Difficultés dans les activités en général		Problèmes fonctionnels physiques et sensoriels	
EV à 35 ans	EV en années	EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV
Cadres supérieures	50,9	4,4	91,3 %	9,9	80,6 %	15,5	69,6 %
Professions intermédiaires	49,8	4,4	91,1 %	11,4	77,2 %	17,7	64,5 %
Agricultrices exploitantes	50,1	6,2	87,6 %	12,3	75,5 %	20,7	58,7 %
Indépendantes	50,1	5,3	89,5 %	11,4	77,3 %	18,4	63,2 %
Employées	49,4	5,0	90,0 %	11,2	77,2 %	20,5	58,5 %
Ouvrières	48,6	6,1	87,5 %	13,2	72,8 %	21,8	55,2 %
Inactives	46,7	5,6	88,0 %	13,9	70,3 %	21,2	54,6 %
Total	48,8	5,3	89,2 %	12,1	75,2 %	20,0	59,0 %
<i>Écart cadres-ouvriers</i>	<i>2,3</i>	<i>-1,6</i>	<i>3,7 %</i>	<i>-3,3</i>	<i>7,7 %</i>	<i>-6,3</i>	<i>14,4 %</i>
EV à 60 ans	EV en années	EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV	EVI en années	EVSI/EV
Cadres supérieures	26,6	4,4	83,6 %	7,8	70,7 %	12,3	53,7 %
Professions intermédiaires	25,7	4,3	83,3 %	9,1	64,5 %	14,1	45,2 %
Agricultrices exploitantes	25,7	5,5	78,5 %	10,1	60,6 %	16,7	34,8 %
Indépendantes	25,8	4,9	81,0 %	10,1	60,7 %	15,4	40,2 %
Employées	25,4	4,7	81,4 %	8,9	65,1 %	16,3	35,7 %
Ouvrières	24,7	5,5	77,6 %	10,1	59,0 %	16,2	34,4 %
Inactives	23,4	4,4	81,1 %	8,5	63,6 %	14,0	40,4 %
Total	24,9	4,8	80,5 %	9,1	63,4 %	15,3	38,5 %
<i>Écart cadres-ouvriers</i>	<i>1,9</i>	<i>-1,1</i>	<i>5,9 %-</i>	<i>2,3</i>	<i>11,6 %</i>	<i>-3,9</i>	<i>19,3 %</i>

Note : EV = espérance de vie ; EVI = espérance de vie avec incapacité ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs par les auteurs d'après les données de l'Échantillon démographique permanent et de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 (INSEE).

■ INDICATEURS D'ACCÈS AUX SOINS

Proportion des personnes ayant déclaré avoir dû renoncer à des soins pour raisons financières

Selon l'enquête Santé protection sociale de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2008¹³, 15 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois (14 % en 2006 et 13 % en 2004).

Les renoncements sont toujours concentrés sur un nombre limité des soins, ceux pour lesquels les dépenses restent à la charge des ménages sont les plus importantes. Ainsi, 47 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes et 12 % les soins de spécialistes.

18 % des femmes déclarent avoir renoncé à des soins, contre 12 % des hommes. Le renoncement est maximal entre 18 et 40 ans (14 %) et minimal au-delà de 65 ans (10 %).

L'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement : 29 % des personnes non protégées ont renoncé à des soins, contre 15 % des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire (privée ou CMUC).

Le taux de renoncement varie fortement en fonction du niveau de revenu des ménages : il atteint 22 % pour les individus du premier quintile, contre 7,0 % pour ceux du dernier. Les ménages d'employés de commerce, d'employés administratifs et d'ouvriers non qualifiés sont ceux qui déclarent le plus renoncer à des soins (respectivement 24 %, 18 % et 17 %).

13. Premiers résultats de l'enquête Santé protection sociale 2008, IRDES (www.irdes.fr).

objectifs



Comment lire les fiches ?

LE numéro associé à chaque fiche est celui de l'objectif correspondant au sein du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique. **Certains objectifs n'ayant pas fait l'objet d'évaluation dans ce rapport 2009-2010, la numérotation n'est pas continue.**

Un **encadré contextuel** restitue les enjeux principaux de chaque objectif en termes de santé publique et donne les informations utiles à la compréhension de la fiche.

Les indicateurs de suivi de l'objectif retenus par les experts dans le rapport de juillet 2005 sont, lorsqu'ils ont pu donner lieu à évaluation, commentés sur la page de gauche. Leur libellé apparaît en caractères gras.

Les indicateurs fournis pour la France ont été, le plus systématiquement possible, mis en regard des données relatives aux autres pays comparables (dans la mesure de leur disponibilité). Les comparaisons à l'ensemble des pays de l'Europe des 27 ont été privilégiées, mais la comparaison a parfois été restreinte aux 15 pays composant initialement l'Union européenne.

Lorsque cela était possible, des décompositions des indicateurs par **classes d'âge** ont été produites. Ce sont les tranches d'âges retenues pour les comparaisons européennes (0-14 ans, 15-24 ans, 25-44 ans, 45-64 ans, 65-84 ans et 85 ans ou plus). De même, la question des **disparités territoriales** (le plus souvent régionales) a été prise en compte en fonction de la disponibilité des données sous forme d'un commentaire des écarts observés.

Les **taux** sont présentés sous forme **brute ou standardisée (sur l'âge et le sexe)** pour tenir compte des effets de structure de population. Pour le calcul des taux standardisés, la structure de population prise en référence est la population européenne (publiée par Eurostat).

Une **synthèse** de la fiche permet de retenir l'essentiel sur le sujet.

En regard, sur la page de droite, **des tableaux et graphiques** illustrent les données. Ils sont accompagnés d'un **encadré méthodologique** sommaire qui précise les caractéristiques de l'enquête ou de la base de données d'où les chiffres sont issus, les modes de construction et de calcul des indicateurs retenus ainsi que les limites et les biais à prendre en compte pour l'interprétation des résultats. Quelques références bibliographiques sont également proposées dans cet encadré mais elles ne visent pas à l'exhaustivité sur le sujet. Ont été ainsi privilégiées les publications les plus récentes et les plus synthétiques.

Enfin, la fiche porte la mention de **l'organisme chef de file pour l'élaboration de la synthèse**. La date de mise à jour de la fiche apporte des précisions sur son actualisation. En effet, la synthèse proposée pour chaque objectif a été préparée par l'organisme identifié parmi l'ensemble des institutions ayant participé à la définition des indicateurs comme le producteur de données ayant la meilleure expertise du sujet. Il s'est le cas échéant appuyé sur des données provenant d'autres sources et citées en encadré. La relecture et l'harmonisation de l'ensemble des fiches ont été réalisées par la DREES.

Consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20% entre 1999 et 2008**. À la suite de la concertation organisée par la DREES et la DGS avec les différents organismes concernés par ces questions, il a été jugé préférable de rapporter les volumes d'alcool consommés à la population des 15 ans ou plus, qui est effectivement concernée par la consommation d'alcool. Le choix de cette population de référence entraîne mécaniquement une hausse du niveau de l'indicateur. L'objectif consiste donc à faire passer la consommation par habitant âgé de 15 ans ou plus de 14,4 litres d'alcool pur en 1999 à 11,5 litres en 2008. Plusieurs estimations étaient disponibles pour la France¹. Il a paru souhaitable de préciser et d'harmoniser les modes de calcul de cet indicateur. Ce travail, effectué dans le cadre d'une commission rassemblant des membres du groupe IDA², de l'OFDT et de l'INSEE, a abouti à déterminer un mode de calcul commun sur les dernières années écoulées.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Consommation d'alcool sur le territoire français en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus

En 2008, la consommation d'alcool sur le territoire français pouvait être estimée à 12,3 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus. Ce volume annuel est l'équivalent d'un peu moins de 3 verres d'alcool standard³ par jour et par habitant âgé de 15 ans ou plus. Les hommes consommant beaucoup plus d'alcool que les femmes, cette donnée moyenne se traduit par une consommation évaluée à plus de 4 verres par jour pour les hommes de plus de 15 ans contre un peu moins de deux verres pour les femmes.

La consommation annuelle moyenne d'alcool pur des Français de 15 ans ou plus a diminué d'un peu plus de 2 litres entre 1999 et 2008, soit une baisse proche de 15% sur neuf ans. Entre 2001 et 2005, le rythme de baisse se situait sur la tendance conduisant à l'objectif de réduction adopté dans la loi de santé publique. Après une certaine stabilisation entre 2005 et 2007, le niveau de consommation d'alcool a de nouveau nettement chuté en 2008 (graphiques 1 et 2). La baisse de la consommation observée (-15%) est un peu plus faible que celle qui était fixée (-20%) mais n'en est pas très éloignée.

Depuis quelques années, la France a perdu sa place de premier pays consommateur d'alcool (en litre d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus). Elle était devancée en 2003 par la République tchèque, l'Irlande et la Hongrie (tableau 1). Les méthodes de calcul des quantités d'alcool consommées n'étant pas standardisées, il faut considérer avec prudence ce classement entre pays. Il reste que les habitudes de consommation d'alcool se sont très largement rapprochées dans les pays européens au cours des quatre décennies passées et que la France ne fait plus figure d'exception. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • OFDT.

1. Cet indicateur a été calculé pour la France par l'OMS, l'organisme néerlandais Commission for distilled spirits, l'INSEE et le groupe IDA.

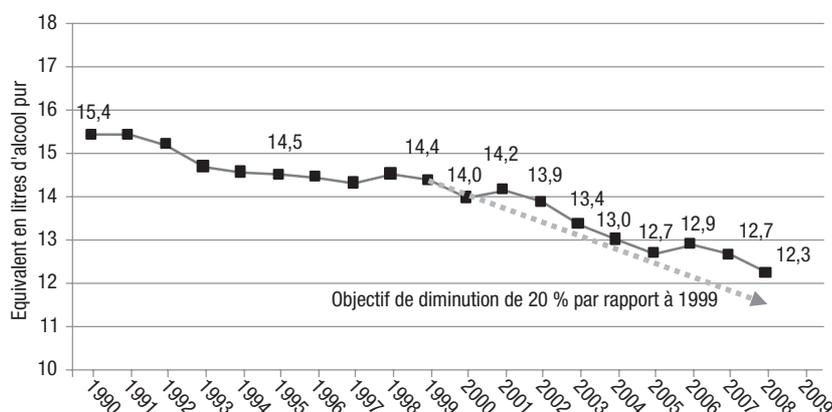
2. Le groupe IDA (Indicateurs d'alcoolisation) rassemble les principaux producteurs institutionnels de données sur les questions d'alcool (DGS, DHOS, DREES, INPES, INSERM, ANPAA, OFDT), des représentants des producteurs d'alcool, des professionnels de la santé et de la prévention ainsi que des chercheurs intéressés par la question des indicateurs. Ce groupe a été à l'origine de la publication du livre *Alcool à chiffres ouverts* (Got C. et Weill J., 1997).

3. Un verre d'alcool standard contient 10 grammes d'alcool pur.

synthèse

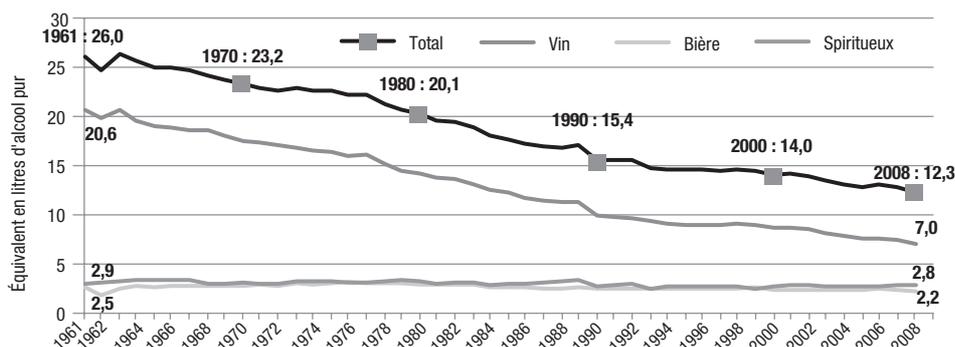
Après une stabilisation entre 2005 et 2007, la consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus a de nouveau été nettement orientée à la baisse en 2008. Les quantités d'alcool consommées sur le territoire français ont baissé de près de 15% entre 1999 et 2008. Cette diminution s'inscrit dans une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la baisse de la consommation de vin. La France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool mais ne se situe plus en tête du classement.

GRAPHIQUE 1 • Consommation d'alcool en France entre 1990 et 2008
(en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus)



Champ : France entière, population âgée de 15 ans ou plus.
Sources : 1990-1999 : IDA ; 2000-2008 : INSEE.

GRAPHIQUE 2 • Consommation de vin, bière et spiritueux en France entre 1961 et 2008
(en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus)



Champ : France entière, population âgée de 15 ans ou plus.
Sources : 1961-1989 : OMS ; 1990-1999 : IDA ; 2000-2008 INSEE.

TABLEAU 1 • Consommation d'alcool dans les pays membres de l'Union européenne en 2003
(en litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus)

Pays	Consommation d'alcool en litres/hab	Pays	Consommation d'alcool en litres/hab
Luxembourg ¹	18,0	Chypre	11,4
République tchèque	16,2	Portugal	11,2
Hongrie	13,8	Belgique	10,8
Irlande	13,4	Lituanie	10,5
France ²	12,9	Lettonie	10,0
Estonie	12,8	Pays-Bas	9,6
Allemagne	12,6	Finlande	9,4
Autriche	12,6	Grèce	9,0
Danemark	12,1	Roumanie	8,9
Espagne	11,7	Italie	8,9
Slovenie	11,6	Pologne	8,2
Slovaquie	11,6	Suède	6,8
Royaume-Uni	11,4	Malte	6,6
		Bulgarie	5,9

1. La proportion très importante d'achat par des personnes habitant dans les pays limitrophes du Luxembourg explique le chiffre particulièrement élevé de consommation d'alcool par habitant, lequel n'est donc pas représentatif de la consommation de la population du Luxembourg.
2. Le chiffre fourni pour la France en 2003 est celui qui a été calculé à partir de la méthode définie conjointement par l'INSEE et le groupe IDA. Pour rendre cette donnée comparable à celle des autres pays, seule la consommation taxée a été prise en compte. Cela explique une légère différence avec le chiffre du graphique 1 qui incorpore une évaluation de l'autoconsommation.

Champ : Pays membres de l'Union européenne, population âgée de 15 ans ou plus.

Sources : France : INSEE et groupe IDA ; autres pays de l'Union européenne : bureau régional Europe de l'OMS (calcul OFDT à partir des données de consommation d'alcool pur par habitant et des chiffres de population figurant en novembre 2009 sur le site de la commission européenne, Direction générale de la santé et de la protection du consommateur, projet ECHI). Les données ont été corrigées par rapport à celles présentées dans le rapport 2008.

CHAMP • France entière, population âgée de 15 ans ou plus.

SOURCES • Statistiques démographiques (INSEE), statistiques fiscales sur les ventes d'alcool (DGDDI). Exploitation des données : INSEE, OFDT et groupe IDA.

LIMITES ET BIAIS • Cet indicateur estime les quantités vendues ou autoconsommées en France. Il est construit à partir des statistiques fiscales, complétées par des estimations de l'autoconsommation déterminées dans le cadre d'un groupe de travail rassemblant des experts en collaboration avec l'INSEE. L'alcool étant soumis à des droits de consommation (droits d'accises) basés sur les volumes, il est donc possible de reconstituer les quantités d'alcool consommées à partir des montants de recettes fiscales. Les quantités d'alcool exportées par la France ne sont pas soumises à ces droits (en France) et ne sont donc pas incluses dans ces chiffres. Le calcul repose également sur des évaluations du degré moyen d'alcool des différentes catégories de vins et de cidres. L'estimation des quantités d'alcool qui échappent à la taxation s'accompagne de marges d'incertitudes non négligeables (de l'ordre de 2% à 3% des quantités totales). Par ailleurs, la quantité d'alcool soumise à taxation constitue un indicateur de consommation moyenne de l'ensemble des personnes présentes sur le territoire français, y compris les non-résidents (les touristes principalement). Les achats de ces personnes viennent gonfler les chiffres de consommation d'alcool des Français. La non-prise en compte des achats d'alcool des Français à l'étranger vient en partie réduire cette surestimation. Les touristes viennent en très grand nombre en France mais la plupart n'y séjourne que pour une courte durée. Des calculs effectués à partir de statistiques de nuits d'hôtel des étrangers montrent que la contribution des touristes à la consommation sur le territoire français représente au plus 2% des quantités totales d'alcool.

RÉFÉRENCES •

- Commission for distilled spirits, *World drink trends 2004*, Henley on thames, WARC, 2004, 184 p.
- INSERM (expertise collective), *Alcool. Dommages sociaux, Abus et dépendance*, Les éditions INSERM, Paris, 2003, 536 p.
- Got C., Weill J. (sous la dir. de), *L'alcool à chiffres ouverts, consommations et conséquences : indicateurs en France*, Seli Arslan, Paris, 1997, 350 p.
- OFDT, *Drogues et dépendances, données essentielles*, La Découverte, Paris, 2005, 202 p.
- Hill C., Laplanche A., 2008, *La consommation d'alcool en France. Rapport d'étude*, Institut Gustave Roussy, 139 p. : http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/echi/echi_11.htm

Prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool (1)

La loi de santé publique de 2004 a pour objectif de **réduire la prévalence de la consommation d'alcool à risque ainsi que l'installation dans la dépendance**. Les indicateurs de suivi de cet objectif sont issus d'enquêtes déclaratives en population générale.

Le premier porte sur les consommations actuelles à risque, intégrant les notions de fréquence et de quantité d'alcool durant les douze derniers mois. Il est produit à partir du test AUDIT-C, c'est-à-dire des trois premières questions du test *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), développé par l'OMS. L'AUDIT entier comporte dix questions, il est conçu pour détecter les personnes dont le mode de consommation provoque déjà des troubles ou risque de causer des dommages dans le futur, en termes de santé physique ou mentale. L'AUDIT-C n'étant pas un test suffisamment précis pour repérer la dépendance à l'alcool, les alcoolo-dépendants ne sont pas distingués des consommateurs à risque chronique. En revanche, il permet de mesurer l'usage à risque ponctuel, en particulier chez les jeunes, qui expose à des risques spécifiques (dont les accidents) et permet de cibler les actions de prévention.

Le second indicateur porte sur la vie entière. Il est basé sur le test DETA (Diminuer, entourage, trop, alcool) qui, s'il est posé avant le test AUDIT, a surtout l'intérêt de repérer les anciens buveurs à risque qui ont diminué voire arrêté leur consommation d'alcool. Posé seul, il est moins précis que l'AUDIT et moins performant en termes de comparaisons internationales. Il est censé repérer les usagers d'alcool présentant des risques d'abus ou de dépendance.

D'autres indicateurs sont utilisés pour éclairer la consommation des adolescents. Ils portent sur l'usage régulier d'alcool (au moins dix fois au cours des trente derniers jours), comportement relativement atypique à l'adolescence, ainsi que sur les ivresses régulières (au moins dix épisodes au cours des douze derniers mois), des pratiques plus spécifiques aux jeunes mais minoritaires.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année (18 ans ou plus)

En 2008, selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES menée en population générale, 31,6% des adultes présentaient une consommation excessive d'alcool dans l'année: 7,9% étaient des consommateurs à risque chronique et 23,7% des consommateurs à risque ponctuel.

Les prévalences varient selon le sexe et l'âge. Ainsi, en 2008, 14,2% des hommes de 18 ans et plus présentent un risque d'alcoolisation excessive chronique, contre 2,4% des femmes. Chez les hommes, le risque augmente globalement avec l'âge. Chez les femmes, les niveaux, qui demeurent faibles, se différencient aussi selon l'âge et culminent chez les 55-64 ans (graphique 1). Le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle est bien plus élevé: 33,9% chez les hommes contre 14,7% chez les femmes. Il culmine entre 25 et

34 ans et décroît assez régulièrement au fur et à mesure que l'âge augmente.

Globalement, la prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool dans l'année a augmenté entre 2002 et 2008, passant de 29% à 32%. Les évolutions observées sont à rapporter à un accroissement du risque d'alcoolisation chronique chez les hommes (+18% contre +3% pour le risque ponctuel) et à un accroissement du risque ponctuel chez les femmes (+23% contre +1% pour le risque chronique).

Il existe des disparités selon la profession ou catégorie sociale (PCS) (graphique 2). En 2008, parmi les hommes, les artisans-commerçants, les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés sont les plus touchés par le risque d'alcoolisation chronique (respectivement 22,5%, 18,0% et 17,9%). En revanche, ces PCS sont les moins concernées par le risque d'alcoolisation excessive ponctuel (27% pour les agriculteurs et 29% pour les artisans-commerçants et les ouvriers non qualifiés), alors que les autres catégories sont plus exposées (de 33% chez

les ouvriers qualifiés jusqu'à 37% chez les professions intermédiaires). La proportion de femmes cadres qui présentent une consommation à risque ponctuel est également très élevée (21%). Contrairement à ce que l'on observe chez les hommes, les femmes cadres sont aussi celles qui présentent le risque d'alcoolisation chronique le plus élevé (4,6%).

Le Baromètre santé de l'INPES permet de connaître la proportion d'adultes consommant, ou ayant consommé à un moment donné de leur vie, de l'alcool à des niveaux susceptibles de relever de l'«abus» ou de la «dépendance». Ainsi, en 2005, 14% des hommes et 5% des femmes présentaient un résultat positif au test DETA. Les différents Baromètres santé réalisés depuis 1993 fournissent, sur la base de ce test, des résultats relativement stables dans le temps, et ce quels que soient l'âge et le sexe, à l'exception des jeunes hommes de 18-34 ans pour lesquels le risque d'abus ou de dépendance à l'alcool a sensiblement augmenté en 2005.

Nombre de conducteurs impliqués dans un accident corporel de la route avec un taux d'alcoolémie positif

Lorsque les forces de l'ordre arrivent sur les lieux d'un accident de la circulation, elles doivent contrôler l'alcoolémie de tous les conducteurs impliqués. Cependant, l'alcoolémie du ou des conducteurs impliqués n'est pas toujours connue pour diverses raisons (refus du conducteur, gravité de l'accident empêchant la réalisation d'une prise de sang, etc.). Ce problème de méconnaissance des résultats oblige à classer les accidents corporels en plusieurs catégories. Les accidents à alcoolémie indéterminée ou inconnue (ATI) sont des accidents dans lesquels aucun des conducteurs n'a de taux d'alcoolémie supérieur au taux maximum autorisé et dans lesquels on ne connaît pas l'alcoolémie pour au moins un des conducteurs.

Les accidents avec alcool (AAA) et les accidents sans alcool (ASA) forment les accidents au taux d'alcoolémie connu (ATC).

En 2008, d'après les données recueillies par l'ONISR, les ATC représentaient 80% des accidents corporels et 77% des accidents mortels. La proportion d'accidents en présence d'alcool est calculée sur le sous-ensemble des accidents dont on connaît l'alcoolémie (soit 61 596 accidents corporels et 3 151 accidents mortels).

TABLEAU 1 • Prévalence des profils d'alcoolisation à risque dans le baromètre santé en 2005 (en %)

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	Total
Hommes							
À risque ponctuel	43,1	49,1	45,6	38,1	24,3	16,5	38,0
À risque chronique	15,6	11,7	11,1	17,4	20,1	22,3	15,1
Femmes							
À risque ponctuel	27,7	23,7	17,9	15,8	10,9	5,8	17,7
À risque chronique	2,6	2	3,1	3,2	3,4	2,5	2,7
Ensemble							
À risque ponctuel	35,8	36,5	30,9	26,8	17,3	11	27,7
À risque chronique	9,5	6,9	6,8	10,3	11,4	12,2	8,9

Champ : Population générale, France métropolitaine.
Sources : Baromètre Santé 2005, INPES.

CHAMP • Personnes francophones vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre santé de l'INPES 2005. En 1992, 1993 et 1995, les questionnaires ont été posés aux Français âgés de 18 à 75 ans, abonnés à France Télécom et inscrits sur liste blanche. Le nombre de personnes interrogées était de respectivement 2099, 1950 et 1993. En 2000, l'enquête a été réalisée auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13685). En 2005, l'INPES a décidé d'accroître la taille de cet échantillon téléphonique classique et de le compléter par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe (n = 30514).

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles

interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à 2 degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

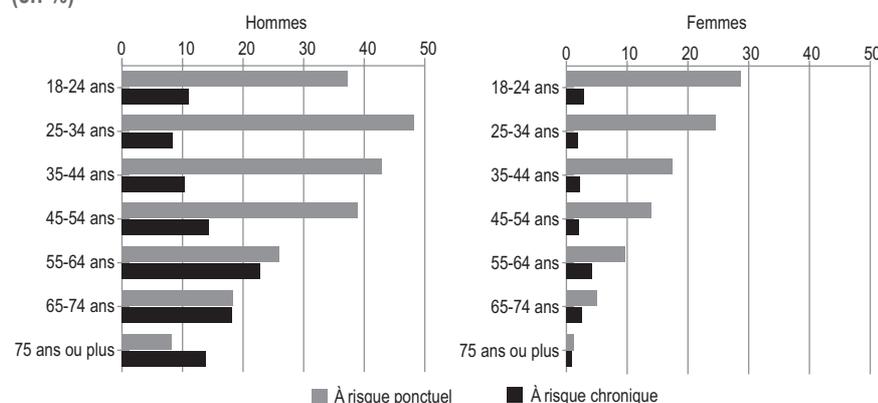
LIMITES ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Pour l'AUDIT-C, voir l'enquête ESPS à cela près que les questions d'usage du baromètre se déclinent selon les quatre types d'alcool (vin, bière, alcools forts et autres alcools). De nombreux travaux méthodologiques suggèrent que la sous-déclaration des fréquences et des volumes de consommation est importante dans les enquêtes déclaratives, mais diminue avec la distinction des types d'alcool consommés. Pour cette raison, les questions du

Baromètre santé 2005 portent précisément et séparément sur les usages de vin, bière, alcools forts et autres alcools. C'est à partir de ces déclarations que sont calculés les fréquences et les volumes consommés et que sont déterminées les catégories de buveurs définies par l'AUDIT-C. Cette procédure améliore le recueil mais s'écarte du calcul standard du score AUDIT-C. Au contraire, l'enquête ESPS respecte la formulation classique, mais recueille des prévalences un peu plus faibles. Les enquêtes s'avèrent ainsi très complémentaires en termes de description, mais incapables à fournir une tendance d'évolution. Le pourcentage ne tient pas compte des 3,2% d'hommes et 4,5% de femmes inclassables dans un profil d'alcoolisation parce qu'elles ont mal ou pas répondu aux questions de l'AUDIT-C. Pour le DETA, l'intérêt est surtout de suivre l'évolution depuis une décennie car ses qualités sont plutôt moyennes en termes de spécificités et de sensibilité. Sa limite la plus importante est sans doute de porter sur la vie entière, ce qui en fait une mesure de stock incluant des individus qui ne sont plus concernés par l'usage d'alcool à risque d'abus ou de dépendance.

RÉFÉRENCES •

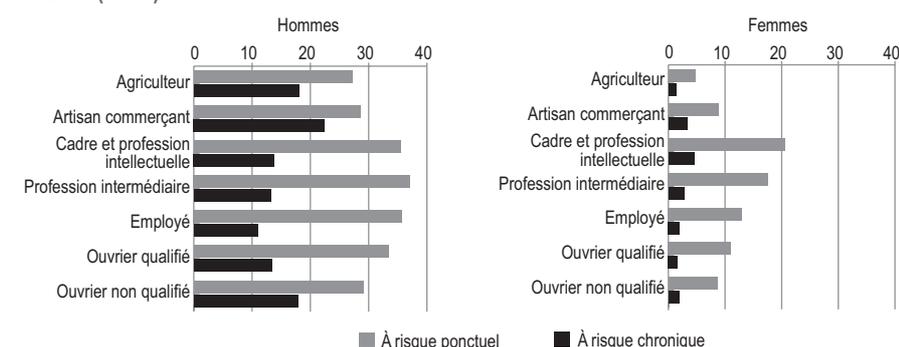
- Beck F., Guilbert P., Gautier A., (sous la dir. de), 2007, *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES.
- Legleye S., Beck F., 2007, « Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation », in Beck F., Gautier A., *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES.

GRAPHIQUE 1 • Prévalence des profils d'alcoolisation en population générale en 2008 (en %)



Champ : Population générale, France métropolitaine.
Sources : Enquête ESPS 2008, IRDES.

GRAPHIQUE 2 • Prévalence des profils d'alcoolisation selon la PCS en population générale en 2008 (en %)



Champ : Population générale, France métropolitaine.
Sources : Enquête ESPS 2008, IRDES.

CHAMP • Personnes vivant en ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois grands régimes d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM), représentatives de 95% des personnes vivant en France métropolitaine.

SOURCES • Enquête Santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES. Cette enquête annuelle de 1988 à 1998 a depuis 1998 lieu tous les deux ans.

MÉTHODOLOGIE • Trois échantillons représentatifs chacun d'un des trois grands régimes d'assurance maladie.

LIMITES ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'estimation de la prévalence des personnes ayant des consommations d'alcool excessives ou à risque de dépendance se fait à partir du test AUDIT-C relatif aux douze derniers mois disponible depuis 2002. Le pourcentage de buveurs excessifs est représenté ici en distinguant le risque ponctuel du risque chronique. Le pourcentage est toujours ramené au nombre de personnes ayant renvoyé leur questionnaire santé. Ont été exclues les personnes jugées inclassables dans un profil d'alcoolisation (5%), parce qu'elles ont mal ou pas répondu aux questions de l'AUDIT-C.

RÉFÉRENCE •

- Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P., 2005, « Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 97, série Méthode.

Prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool (2)

En 2008, on dénombrait 6 256 accidents corporels avec un taux d'alcoolémie positif dont 878 mortels, soit 10,2% des accidents corporels et 27,9% des accidents mortels.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Prévalences des consommations d'alcool et des ivresses régulières déclarées par les jeunes de 17 ans

En 2008, selon l'enquête Escapad menée auprès des jeunes de 17 ans le jour d'appel pour la défense (JAPD), l'usage régulier d'alcool (au moins dix consommations déclarées au cours du dernier mois) est trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (13,6% contre 4,0%) (graphique 3). Après avoir augmenté entre 2000 et 2003, la consommation régulière d'alcool diminue entre 2003 et 2008 (-47% pour les filles et -36% pour les garçons), date à laquelle elle se situe à un niveau inférieur à celui de 2000. Les usages quotidiens sont encore très rares à l'adolescence : moins d'1% des 17 ans étaient concernés en 2008.

Après une hausse importante des ivresses alcooliques entre 2003 et 2005, et notamment des ivresses répétées (au moins trois dans l'année) ou régulières (au moins dix au cours des douze derniers mois), on observe une stabilisation en 2008 : 25,6% des jeunes de 17 ans déclaraient des ivresses répétées et 8,6% des ivresses régulières.

Sur le plan régional, une majorité des régions (14 régions sur 21)¹ ont vu leur niveau d'usage d'alcool régulier diminuer, s'inscrivant ainsi dans la tendance nationale. Quatre régions (Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Bourgogne et Languedoc-Roussillon) se distinguent par des consommations régulières plus fréquentes que dans le reste du territoire, alors que cinq autres régions (Provence - Alpes - Côte d'Azur, Île-de-France, Lorraine, Picardie, Nord - Pas-de-Calais) connaissent des consommations régulières moins fréquentes. En 2008, la cartographie régionale des ivresses répétées scinde nettement le territoire métropolitain en deux zones : la moitié ouest/sud-ouest (façade atlantique et grand sud-ouest) s'avère nettement plus concernée que la moitié nord/nord-est. Seule la région Rhône-Alpes fait figure d'exception. Au sein de chacune de ces deux zones, des régions se démarquent plus particulièrement comme la Bretagne, qui continue de devancer fortement les autres par un niveau d'ivresses alcooliques nettement supérieur (39%) ou bien, à l'inverse, la Picardie (18%), le Nord - Pas-de-Calais (20%) et l'Île-de-France (20%) qui, pour leur part, présentent des ivresses répétées nettement inférieures à ce que l'on observe dans le reste du pays.

Au niveau européen, les jeunes Français déclarent des usages d'alcool relativement moyens, comparativement aux autres pays : selon l'enquête Espad (*European School Survey on Alcohol and other Drugs*), 64% des élèves français âgés de 16 ans déclaraient en

2007 un usage dans le mois, classant la France à la 15^e place des pays européens (sur 35 pays). L'Autriche était le pays où cette consommation mensuelle était la plus élevée (80%) et l'Islande celui où elle était la plus faible (31%)².

Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité liée à l'imprégnation éthylique chronique

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), la cirrhose alcoolique et les psychoses alcooliques constituent les trois principales causes de mortalité liées à la consommation excessive d'alcool. Ces trois pathologies sont à l'origine de près de 20 000 décès en 2006³. La mortalité liée à une consommation excessive d'alcool croît fortement avec l'âge pour les hommes comme pour les femmes. Le taux standardisé de décès des hommes est 4,2 fois plus élevé que celui des femmes. On observe une forte disparité régionale : les taux de décès sont plus élevés dans le Nord (Nord - Pas-de-Calais particulièrement) et en Bretagne, chez les hommes comme chez les femmes.

Le nombre annuel de décès lié à ces trois causes a chuté de plus de 6 000 cas depuis 1990 (-39% pour le taux standardisé) ; ce gain a surtout concerné les hommes. Pour la période récente (2000-2006), le nombre de décès lié à l'imprégnation éthylique chronique a diminué de 10% (-17% pour les taux standardisés). La diminution des taux standardisés de mortalité s'observe dans toutes les régions. En 2006, la France présentait un taux légèrement supérieur à la moyenne des pays de l'UE à 27 en ce qui concerne le taux de mortalité des hommes, alors que celui des femmes était proche de la moyenne européenne. La France tend à s'éloigner des tout premiers rangs européens depuis l'arrivée des nouveaux pays de l'Europe de l'est. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • OFDT-IRDES.

1. Les données régionales pour la Corse ne sont pas disponibles.
2. Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjamason T., Kokkevi A., Kraus L. 2007, *Rapport 2007 sur l'enquête ESPAD. Utilisation de substances parmi les jeunes scolarisés de 35 pays d'Europe*, OEDT.
3. Ce nombre est vraisemblablement très sous-estimé (voir encadré méthodologique). Il constitue cependant un indicateur qui permet de caractériser les populations, les tendances dans le temps et les disparités géographiques des personnes décédées de pathologies liées à l'imprégnation éthylique chronique.

synthèse

En 2008, environ un tiers des individus de 18 ans ou plus présentaient une consommation excessive d'alcool, les trois quarts d'entre eux présentant un risque d'alcoolisation excessive ponctuelle et un quart, un risque d'alcoolisation excessive chronique. Le risque apparaît trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et varie avec l'âge. Entre 18 et 44 ans, le niveau d'alcoolisation excessive ponctuelle est particulièrement important et diminue ensuite avec l'âge, tandis que le niveau d'alcoolisation excessive chronique culmine entre 55 et 64 ans.

La prévalence déclarée des consommations excessives d'alcool est passée de 29,0% en 2002 à 31,6% en 2008. Les évolutions observées sont à rapporter à un accroissement du risque d'alcoolisation chronique chez les hommes (de 12% à 14%) et du risque ponctuel chez les femmes (de 12% à 15%).

En 2008, les artisans-commerçants, les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés étaient les plus exposés au risque d'alcoolisation excessive chronique. En revanche, les autres catégories étaient touchées dans des proportions supérieures du risque d'alcoolisation excessive ponctuel. Pour les femmes, la proportion de cadres qui déclarent une consommation à risque ponctuel est nettement plus élevée que les autres catégories professionnelles. Elles présentent également le risque d'alcoolisation chronique le plus élevé.

En 2008, l'usage régulier d'alcool à 17 ans était trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles (13,6% contre 4,0%). Après avoir augmenté entre 2000 et 2003, la consommation régulière a diminué entre 2003 et 2008 (de 7,5% à 4,0% pour les filles et de 21,2% à 13,6% pour les garçons).

définitions

Dans l'AUDIT-C, qui interroge sur les 12 derniers mois, on distingue plusieurs niveaux de risque progressifs, aux conséquences plus ou moins lourdes selon le mode de consommation, occasionnel ou régulier, et la quantité d'alcool consommée. D'après l'OMS, le **risque d'alcoolisation excessive** reste **ponctuel** si les quantités moyennes par semaine ne dépassent pas un certain seuil (14 verres par semaine pour les femmes et 21 verres pour les hommes), mais boire 6 verres ou plus en une même occasion (*binge drinking*) de temps en temps (pas plus d'une fois par mois) suffit pour être classé dans cette catégorie. Les dangers encourus sont alors les accidents de la route, les accidents domestiques, les rixes ou bagarres et les violences conjugales, les rapports sexuels non protégés, le coma éthylique et le décès.

Le **risque** devient **chronique** chez les buveurs réguliers de grandes quantités d'alcool (15 verres ou plus par semaine pour les femmes et 22 verres ou plus pour les hommes) ou chez ceux qui ont déclaré avoir bu 6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par semaine. Les dangers encourus sont, en plus de ceux communs aux consommateurs à risque ponctuel, les problèmes professionnels (licenciement, etc.) et les maladies induites par l'abus d'alcool (hypertension artérielle,

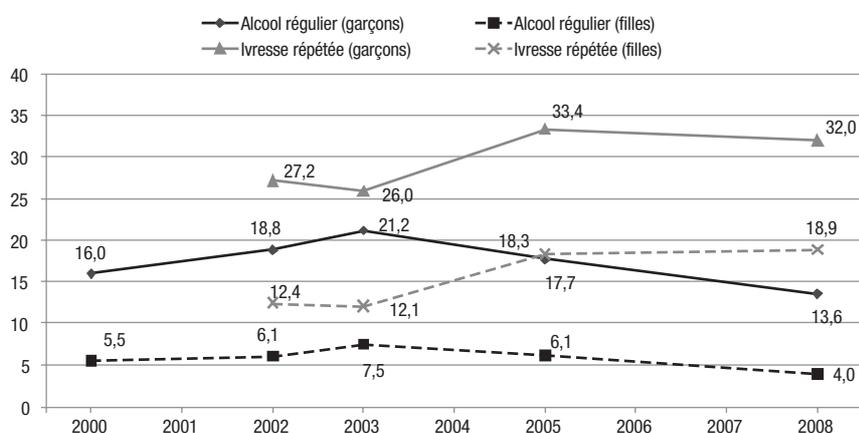
cirrhose du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, dépendance alcoolique, psychose alcoolique, etc.). Des doses de consommation d'alcool très élevées laissent soupçonner une dépendance à l'alcool : soit boire 49 verres ou plus par semaine quel que soit le sexe, soit boire 6 verres ou plus en une même occasion tous les jours ou presque. Cependant, le test AUDIT-C n'est pas considéré comme pertinent pour distinguer cette catégorie de buveurs excessifs – il n'en repère d'ailleurs que très peu (1% à 2%).

Le test DETA vise à repérer les usagers à risque d'abus ou de dépendance à l'alcool au cours de la vie entière. Le test est positif lorsque la personne interrogée répond positivement à au moins deux des quatre questions suivantes :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Ce test portant sur la vie entière, il peut être positif chez des anciens buveurs devenus négatifs à l'AUDIT-C.

GRAPHIQUE 3 • Usage régulier d'alcool et ivresses alcooliques répétées* chez les jeunes de 17 ans entre 2000 et 2008 (en %)



* Usage régulier d'alcool : ≥ 10 usages dans le mois ; ivresses alcooliques répétées : ≥ 3 dans l'année.

Champ : France entière.

Sources : Escapad 2000, 2002, 2003, 2005 et 2008, OFDT.

CHAMP • Les jeunes de 17 ans résidant en France, de nationalité française ou ayant fait la demande de naturalisation.

SOURCES • L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad) est réalisée lors de la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD), qui remplace le service national depuis 2000. Depuis 2001, cette enquête a été étendue aux DOM.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête par questionnaire auto-administré est régulière depuis 2000. L'échantillon consiste à tirer des journées au hasard et à interroger exhaustivement toutes les personnes présentes ces jours. Entre 15 000 et 40 000 jeunes sont interrogés chaque année en fonction de la représentativité souhaitée.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'ivresse déclarée étant une notion moins factuelle que l'usage, l'indicateur d'ivresse régulière est surtout intéressant en tendance. La question du nombre d'ivresses au cours des douze derniers mois n'a été introduite qu'en 2001. La définition des indicateurs comporte une part d'arbitraire dans le choix du seuil de fréquence et dans le choix de leur appellation. Ces choix s'appuient sur des normes européennes. Le terme « régulier » est une appellation utilisée par l'OFDT dans ses enquêtes depuis 2000 ; il évoque plus une notion d'habitude opposée au terme « occasionnel ».

RÉFÉRENCES

- Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., Laffiteau C., 2009, « Les drogues à 17 ans, Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances*, OFDT, n° 66, 6 p.
- Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nezet O., 2007, « Les drogues à 17 ans. Évolutions, contextes d'usage et prises de risque », OFDT, *Tendances*, n° 49, 4 p.
- Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nezet O., 2007, *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France*, OFDT, 77 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., 2008, *Atlas régional Alcool INPES-OFDT*, INPES. Données régionales en ligne sur le site OFDT : www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2004, « Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : Escapad 2003 », *Rapport OFDT*, 251 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2005, « Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002-2003 », *Rapport OFDT*, 224 p.

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

SOURCES • INSERM-CépiDc (Eurostat pour les comparaisons européennes).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976). Ont été retenus, du fait de leur forte implication dans la mortalité liée à une consommation excessive d'alcool, les décès comportant en cause initiale les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (codes CIM-9 140 à 149 jusqu'en 1999 et CIM-10 C00 à C14 à partir de 2000), les tumeurs malignes de l'œsophage (codes CIM-9 150 et CIM-10 C15), les tumeurs malignes du larynx (codes CIM-9 161 et CIM-10 C32), les psychoses alcooliques et alcoolisme (codes CIM-9 291 et 303, et CIM-10 F10) et les cirrhoses alcooliques ou sans précision du foie (codes CIM-9 571.0, 571.3 et 571.5, et CIM-10 : K70.3, K74.4 et K74.6).

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des décès liés à une consommation excessive d'alcool. En effet, si les psy-

choses alcooliques sont entièrement liées à une consommation excessive d'alcool, une petite part des cirrhoses n'est pas d'origine alcoolique mais virale. Par ailleurs, les cancers des VADS sont dans la plupart des cas conjointement liés à la consommation d'alcool et de tabac. Ainsi, il n'est pas possible dans ce cas d'attribuer une part des décès à la seule consommation d'alcool. Enfin, au-delà de ces décès entièrement ou presque entièrement attribuables à l'alcool, il existe de nombreuses autres causes de décès pour lesquels la consommation d'alcool intervient comme un facteur de risque plus ou moins important. La prise en compte de tous ces risques conduit à un chiffre d'environ 45 000 décès attribuable à l'alcool au milieu des années 1990. Cette donnée est en cours d'actualisation.

RÉFÉRENCE

- Hill C., 2000, « Alcool et risque de cancer », *Actualité et dossier en Santé Publique*, 30 : p. 14-17.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

Prévalence du tabagisme quotidien (1)

L'indicateur de prévalence du tabagisme quotidien, produit chaque année, est repris dans de nombreuses enquêtes déclaratives en population générale. La loi de santé publique de 2004 prévoit d'**abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 % à 25 % chez les hommes et de 26 % à 20 % chez les femmes à un horizon quinquennal**, en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence. Utilisé pour marquer la régularité de l'usage, cet indicateur est un standard au niveau international.

Il est complété par la prévalence des fumeurs, selon la quantité de cigarettes fumées au quotidien. Les seuils de référence sont : 1 à 10 cigarettes par jour, 11 à 20 cigarettes, 21 cigarettes ou plus (plus d'un paquet par jour). Parmi les populations vulnérables, les femmes enceintes font l'objet d'une attention particulière, ce qui explique le recours à un indicateur sur la prévalence du tabagisme au cours de la grossesse. Quant au tabagisme chez les adolescents, plusieurs paramètres sont pris en compte : le tabagisme quotidien, les âges moyens d'initiation et d'entrée dans l'usage régulier. En effet, l'entrée précoce dans le tabagisme quotidien est un facteur de risque majeur de persistance du tabagisme et de dépendance au tabac.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence déclarée des fumeurs quotidiens (18-74 ans)

Les données disponibles étant assez anciennes, il est possible de suivre l'évolution du tabagisme actuel, qu'il soit occasionnel ou quotidien, grâce notamment aux sondages menés par l'INPES (ex-CFES) depuis les années 1970. Le tabagisme masculin apparaît en recul, avec une baisse de 20 points en trente ans. Mais la méthodologie et la taille d'échantillon ayant parfois varié selon les enquêtes, la courbe présente une allure chahutée qui conduit à privilégier l'évolution de la consommation sur le long terme, décrite par la droite de régression linéaire (graphique 1). L'enquête Santé protection sociale (ESPS), menée depuis 1988 par l'IRDES, permet de confirmer ces tendances.

En 2008, on estime selon l'enquête ESPS que 30 % des hommes et 22 % des femmes sont des fumeurs habituels (tableau 1). D'après le Baromètre santé, l'usage quotidien de tabac est globalement en baisse depuis quelques années, mais est relativement stable parmi les femmes depuis les années 1980. En 2005, 30 % des hommes et 23 % des femmes de 18-74 ans fumaient quotidiennement. C'est chez les jeunes adultes que le tabagisme quotidien a diminué le plus fortement entre 2000 et 2005. En revanche, il n'a pas diminué pas chez les 45-54 ans (c'est-à-dire la génération de ceux qui ont eu 20 ans dans les années 1970),

il s'élevait à 25 % en 2000 et 26 % en 2005. Chez les femmes de 25 à 34 ans, la baisse de prévalence observée entre 2000 et 2005 était forte surtout chez les femmes enceintes.

Concernant les quantités consommées (tableau 2), le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers est supérieur en 2005 à ce qu'il était en 2000 (14,8 cigarettes contre 13,9). En effet, parmi les fumeurs réguliers, c'est le nombre de petits consommateurs qui a le plus fortement diminué, augmentant mécaniquement la quantité moyenne consommée par l'ensemble des fumeurs restants. La proportion de gros fumeurs parmi les fumeurs réguliers augmente chez les hommes comme chez les femmes, surtout au-delà de 55 ans. En revanche, chez les 45-54 ans, la prévalence est stable depuis 2000, tandis que la proportion de fumeurs de moins de 11 cigarettes par jour augmente. Ces différents résultats révèlent que les « petits fumeurs », qui sont aussi les moins dépendants, arrêtent plus souvent de fumer.

Les chômeurs comptent davantage de fumeurs quotidiens que les actifs occupés du même âge, cette caractéristique restant vraie quels que soient le sexe et l'âge. Parmi les actifs occupés, les employés, les ouvriers, ainsi que, dans une moindre mesure, la catégorie regroupant les artisans, commerçants et chefs d'entreprises, fument plus souvent que la moyenne, contrairement aux agriculteurs, aux cadres et, dans une moindre mesure, aux professions intermédiaires. Quant aux étudiants

du supérieur, ils comptent moins de fumeurs quotidiens et de gros fumeurs que les actifs occupés du même âge. Pour l'ensemble de ces caractéristiques, le Baromètre santé et l'enquête ESPS fournissent des résultats tout à fait similaires qui apparaissent, selon l'enquête ESPS, relativement stables depuis la fin des années 1980.

Au début des années 2000, la France se situait parmi les pays de l'Union européenne des 15 où les plus de 15 ans fument le plus, mais assez loin derrière la Grèce. Elle se trouve aujourd'hui dans une position plus médiane, avec l'Allemagne, l'Espagne, le Luxembourg et les Pays-Bas. Toutefois, ces données peuvent difficilement être comparées, les enquêtes n'ayant pas été conçues spécifiquement pour être mises en regard les unes des autres.

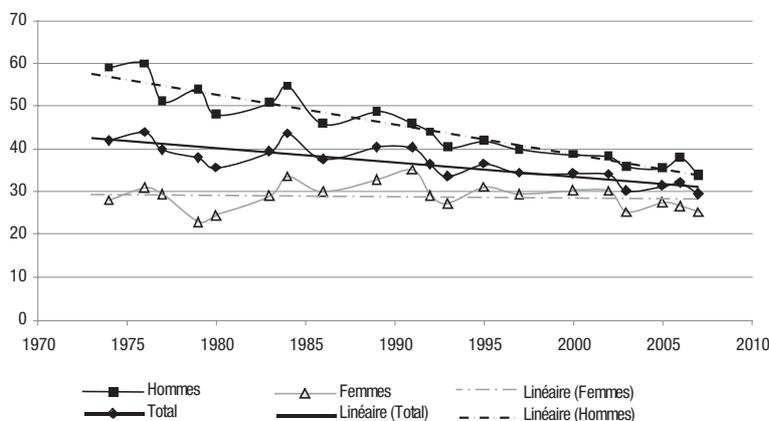
Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes

Parmi les adolescents, quatre jeunes de 17 ans sur dix (40 %) déclarent avoir consommé du tabac au cours des trente derniers jours, sans différence entre les garçons et les filles. Le tabagisme quotidien chez les filles de 17 ans a diminué, passant de 40 % en 2000 à 28 % en 2008. Chez les garçons, il est passé de 42 % en 2000 à 30 % en 2008 (graphique 2). La proportion de fumeurs de plus de dix cigarettes par jour est restée stable de 2000 à 2005, mais a diminué en 2008.

En 2003, selon l'enquête européenne Espad, la France se situait par ailleurs dans la moyenne européenne en termes de tabagisme quotidien des adolescents de 16 ans, alors qu'elle faisait partie des pays de tête à la fin des années 1990. Les hausses des prix participent d'autant plus à la baisse du tabagisme que les capacités financières de la plupart des jeunes sont limitées. Mais cette diminution s'inscrit également dans un contexte où il est par exemple moins bien toléré de fumer dans des lieux couverts non autorisés.

La cartographie régionale 2008 du tabagisme quotidien montre une tendance globale à la baisse sur l'ensemble du territoire (carte 1) : le tabagisme quotidien est passé de 41,1 % en 2000 (premier exercice de l'enquête Escapad) à 28,9 % en 2008 (dernier exercice). La grande majorité des régions s'inscrivent dans cette tendance et ont donc vu également leur consom-

GRAPHIQUE 1 • Évolution de la proportion de fumeurs actuels* parmi les 18-74 ans entre 1974 et 2007 (en %)



*Part des personnes répondant positivement à la question : « Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ? ».

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquêtes CFES de 1974 à 2000; EROPP 2002, OFDT; Enquêtes Prévalences 2003-2005, INPES; Baromètre santé 2005, Baromètre environnement 2007, INPES.

TABLEAU 1 • Proportion de fumeurs habituels* parmi les 18-74 ans en 2008 (en %)

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	Total
Hommes	37,7	44,8	39,2	34,1	24,0	11,5	30,1
Femmes	28,3	33,5	31,5	27,3	15,0	5,7	21,7
Ensemble	32,9	38,9	35,1	30,5	19,3	8,4	25,6

*Part des personnes répondant positivement à la question : « Fumez-vous de façon habituelle ? ».

Champ : France métropolitaine.

Sources : ESPS 2008, IRDES.

TABLEAU 2 • Répartition des fumeurs quotidiens selon le nombre de cigarettes fumées par jour parmi les 18-74 ans en 2005* (en %)

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	Total
Hommes							
1 à 10 cig.	56,3	42,2	32,4	37,0	33,0	44,2	41,9
11 à 20 cig.	32,1	39,1	41,4	35,7	38,6	33,1	36,8
Plus de 20 cig.	11,6	18,7	26,2	27,3	28,4	22,7	21,3
Femmes							
1 à 10 cig.	65,8	54,9	46,4	46,4	44,6	53,5	52,9
11 à 20 cig.	28,2	34,8	39,8	41,5	40,3	33,6	36,1
Plus de 20 cig.	6,0	10,3	13,8	12,1	15,1	12,9	11,0
Ensemble							
1 à 10 cig.	60,4	47,7	39,4	41,1	37,0	47,9	46,8
11 à 20 cig.	30,4	37,2	40,6	38,2	39,2	33,3	36,5
Plus de 20 cig.	9,2	15,1	20,0	20,7	23,8	18,8	16,7

* (n = 7 658). Part des personnes répondant positivement à la question : « Fumez-vous tous les jours ? ».

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre santé 2005.

CHAMP • Les personnes appartenant aux ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois grands régimes d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM); elles sont représentatives de 95% des personnes vivant en France métropolitaine.

SOURCES • L'enquête Santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs chacun d'un des trois grands régimes d'assurance maladie.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête était annuelle de 1988 à 1998. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1998.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Cet indicateur permet d'estimer le pourcentage de fumeurs « habituels » mais pas quotidiens. L'enquête fournit également la quantité de cigarettes manufacturées fumées. Les rares fumeurs de pipe, cigare et cigarillos sont classés en fumeurs avec quantité de tabac inconnu. Il existe certainement une sous-estimation du nombre de fumeurs chez les jeunes, puisque les informations étaient relevées par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire, susceptible d'être rempli avec ou par les parents.

CHAMP • Adolescents scolarisés âgés de 15-16 ans.

SOURCES • ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) est une enquête européenne quadriennale. La dernière enquête s'est déroulée au deuxième trimestre 2007. Elle a réuni plus de 35 pays, dont la France, qui y participait pour la troisième fois consécutive.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête est menée selon une méthodologie standardisée et un questionnaire auto-administré commun à l'ensemble des pays participants. En France, l'enquête est effectuée sous la responsabilité scientifique conjointe de l'OFDT et de l'équipe « santé de l'adolescent » de l'INSERM-U 669. L'échantillon 2007 a été réalisé par la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) selon un sondage aléatoire équilibré : 404 classes au total ont été échantillonnées, dont tous les élèves ont été interrogés (2 950 élèves).

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Centrée sur les usages de produits psychoactifs, l'enquête utilise l'ensemble des indicateurs utilisés au niveau international et repris dans les enquêtes ESCAPAD et Baromètre santé.

RÉFÉRENCES •

- Hibell, B. et al., 2004, *The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, CAN (Council for Information on Alcohol and other Drugs), Stockholm. p. 355 p.
- Legleye, S. et al., 2009, « Alcool, tabac et cannabis à 16 ans », *Tendances*, OFDT, 64, p. 6.

CHAMP • Les personnes francophones appartenant aux ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 18 à 74 ans.

SOURCES • Baromètres Santé de l'INPES. En 1992, 1993 et 1995, les questionnaires ont été posés aux Français âgés de 18 à 75 ans, abonnés à France Télécom et inscrits sur liste blanche. Le nombre de personnes interrogées était respectivement de 2099, 1950 et 1993. En 2000, l'enquête a été réalisée auprès des 12-75 ans et les personnes inscrites sur liste rouge ont été rajoutées à l'échantillon (n = 13685). En 2005, l'INPES a élargi cet échantillon classique et l'a complété par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe, portant la taille totale de l'échantillon à n = 30514.

MÉTHODOLOGIE • Ces enquêtes téléphoniques de type déclaratives utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage; on procède ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu auquel il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Les fumeurs réguliers correspondent ici aux personnes déclarant fumer une ou plusieurs cigarettes « par jour ». Le nombre de cigarettes fumées tient compte du nombre de cigarettes, cigares et de pipes fumés quotidiennement avec les équivalences suivantes : 1 pipe = 5 cigarettes et 1 cigare ou cigarillo = 2 cigarettes. Il convient d'être prudent avec ces chiffres car, si en 2000 et 2005, le nombre précis de chaque produit (cigarettes, pipes, cigares) consommé était renseigné, entre 1992 et 1995, c'est l'enquêteur qui calculait lui-même le nombre de cigarettes fumées en tenant compte des équivalences. Par ailleurs, pour ces trois enquêtes, on distinguait gros cigare (5 cigarettes) et petit cigare (2 cigarettes).

RÉFÉRENCE •

- Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), 2007, *Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES.

Prévalence du tabagisme quotidien (2)

mation diminuer au cours de la même période. Toutefois, 6 régions semblent se démarquer légèrement avec des usages qui sont restés stables : l'Aquitaine, la Haute-Normandie, l'Île-de-France, le Languedoc, la Picardie et le Poitou-Charentes. En revanche, aucune région n'affiche d'évolution à la hausse du tabagisme quotidien entre 2005 et 2008. C'est dans les DOM que la prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes est la plus faible.

Âge moyen d'initiation et d'entrée dans le tabagisme quotidien à 18 ans

La précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans le tabagisme quotidien sont des facteurs de risque très importants pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance. Selon l'enquête Escapad, les jeunes de 18 ans ont en 2008 fumé leur première cigarette à 13,4 ans en moyenne pour les garçons et 13,7 ans pour les filles. Depuis 2000, les âges moyens lors des expérimentations ont connu une diminution jusqu'en 2005 puis une augmentation jusqu'en 2008, et ce parallèlement pour les deux sexes. Les filles et les garçons commencent à fumer quotidiennement à 14,3 ans en moyenne.

INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Prévalence du tabagisme pendant la grossesse

En 2003, 22% des femmes déclaraient avoir fumé au moins une cigarette par jour au cours du troisième trimestre de leur grossesse (tableau 3). La prévention du tabagisme a fait

des progrès depuis 1995. Mais on observe une inflexion modeste du nombre de femmes enceintes fumant au moins une cigarette par jour. En 1995, c'était le cas de plus de 25% de femmes au troisième trimestre de la grossesse, et cette proportion est retombée à moins de 22% en 2003. La consommation de tabac pendant la grossesse varie très nettement selon la catégorie socioprofessionnelle : près de 4 ouvrières non qualifiées sur 10 fument pendant leur grossesse, contre moins d'une femme cadre sur 10.

Avant 25 ans, les femmes fument davantage pendant leur grossesse, alors que celles de 25-34 ans ont le même comportement que leurs aînées à l'égard du tabac (tableau 4). Dans les départements d'outre-mer, elles déclarent beaucoup moins souvent fumer quotidiennement : seules 8% d'entre elles ont fumé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de leur grossesse en 2003.

Nombre de décès, taux bruts et taux standardisé de mortalité par cancer du poumon

En 2006, 29 800 décès par tumeur du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ont été recensés en France. Ils concernent les hommes dans près de 80% des cas. Les taux de décès de ces trois types de pathologies augmentent fortement avec l'âge pour les deux sexes. Alors que le taux standardisé de décès a diminué entre 1990 et 2006 chez les hommes (-15%), il a quasiment doublé chez les femmes durant ces quinze années (+91%)¹ et particulièrement chez celles de moins de 65 ans

(+125%), en lien direct avec le développement du tabagisme féminin au cours des dernières décennies. Par ailleurs, on observe de fortes disparités régionales, le Nord - Pas-de-Calais présentant des taux de décès plus importants que sur le reste du territoire (supérieurs de plus de 20% par rapport au taux moyen de la France métropolitaine).

Dans l'Union européenne à 27 pays, la France se situe dans une position moyenne en ce qui concerne le taux de décès chez les hommes et à une place légèrement inférieure à la moyenne chez les femmes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • OFDT.

synthèse

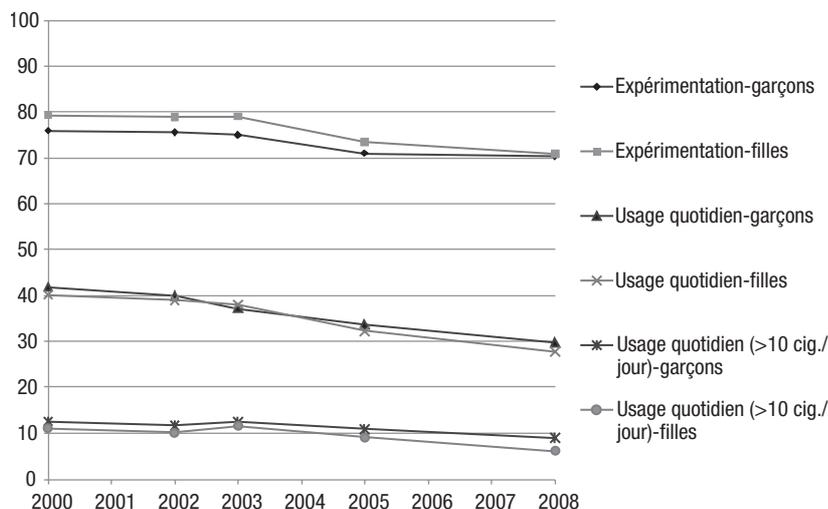
Le développement du tabagisme féminin au cours des dernières décennies se traduit par un accroissement du taux de décès par cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, en particulier chez les femmes de moins de 65 ans (+105% entre 1990 et 2005), alors qu'il a diminué dans le même temps chez les hommes (-14%). Les décès restent cependant majoritairement masculins (80%).

En 2008, 22% des femmes et 30% des hommes de 15-74 ans déclarent fumer habituellement. La prévalence du tabagisme quotidien est en baisse depuis quelques années, mais est relativement stable chez les femmes depuis les années 1980. Les fumeurs consommant de petites quantités de cigarette s'arrêtent plus souvent de fumer car ils sont aussi les moins dépendants. À l'adolescence, le tabac est un produit pour lequel les habitudes de consommation des filles et des garçons sont très peu différenciées. L'usage quotidien chez les filles de 17 ans est passé de 40% à 28% entre 2000 et 2008, celui des garçons de 42% à 30%. La hausse des prix participe d'autant plus à la diminution de la consommation de tabac que les capacités financières de la plupart des jeunes sont limitées. Par ailleurs, l'âge moyen d'expérimentation du tabac semble se stabiliser après avoir diminué entre 2000 et 2005. En 2008, il s'élève à 13,4 ans pour les garçons et 13,7 ans pour les filles. Quant à l'usage quotidien, il se situe en moyenne à 14,3 ans pour les filles comme pour les garçons en 2008, en diminution depuis 2005.

Environ 2 femmes enceintes sur 10 déclarent fumer tous les jours au troisième trimestre de leur grossesse, mais cette part est en baisse depuis 1995. Les femmes jeunes, moins diplômées, ou celles qui résident en métropole apparaissent davantage concernées.

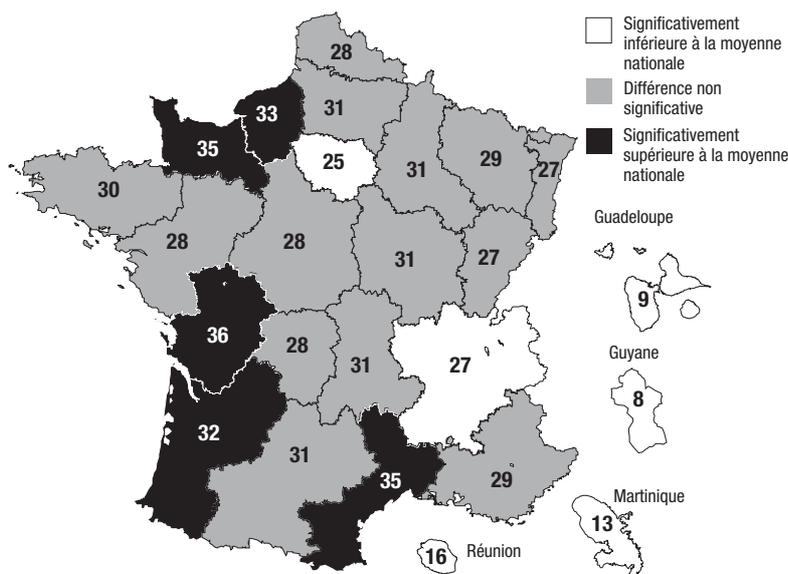
1. Chez les hommes, le nombre de décès est passé de 21 700 en 1990 à 23 300 en 2006 et de 3 000 en 1990 à 6 500 en 2006 chez les femmes.

GRAPHIQUE 2 • Évolution des usages de tabac à 17 ans depuis 2000 (en %)



Champ : France entière.
Sources : Escapad, 2000, 2002, 2003, 2005 et 2008, OFDT.

CARTE 1 • Prévalence du tabagisme quotidien en régions, à 17 ans (en %)



Légende : Les différences sont significatives pour le test du Chi-2 au seuil de 0,05 entre chaque région et le reste de la France (métropole = 29%).
Champ : France entière. Sources : Enquête Escapad 2008, OFDT, exploitation régionale.

TABLEAU 3 • Part des femmes fumant au 3^e trimestre de la grossesse en 2003 selon leur catégorie professionnelle (en %)

Agricultrice	13
Artisan, commerçante	30
Cadre	9
Profession intermédiaire	12
Employée fonction publique	19
Employée de commerce	28
Personnel de services aux particuliers	31
Ouvrière qualifiée	33
Ouvrière non qualifiée	38
Sans profession	27
Ensemble	22

Champ : France métropolitaine. Sources : Enquête nationale périnatale 2003.

TABLEAU 4 • Part des femmes fumant au 3^e trimestre de la grossesse en 2003 selon l'âge (en %)

15-24 ans	32,2	Champ : France métropolitaine. Sources : Enquête nationale périnatale 2003.
25-34 ans	19,4	
35 ans ou plus	20,3	

CHAMP • Les jeunes de 17 ans résidant en France, de nationalité française ou ayant fait la demande de naturalisation.

SOURCES • L'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad) est réalisée lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) qui remplace le service national depuis 2000. Depuis 2001, cette enquête a été étendue aux DOM.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête par questionnaire auto-administré est annuelle depuis 2000. L'échantillon consiste à tirer deux journées au hasard et à interroger exhaustivement tous les présents ces jours. Entre 15 000 et 30 000 jeunes sont interrogés chaque année.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • L'âge d'entrée dans le tabagisme quotidien n'est pas forcément un événement aisément mémorisable.

RÉFÉRENCES

- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2004, *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : Escapad 2003*, OFDT, 251 p.
- Beck F., Legleye S., Spilka S., 2005, *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002-2003*, OFDT, 224 p.
- Legleye S., Beck F., Stanislas S., Le Nezet O., 2007, « Les drogues à 17 ans. Évolutions, contextes d'usage et prises de risque », *Tendances*, OFDT, n° 49, 4 p. : www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend49.html
- Legleye S., Beck F., Stanislas S., Le Nezet O., 2007, *Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France*, OFDT, 77 p. : www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxsln5.html
- Legleye S., Spilka S., Beck F., 2006, « Le tabagisme des adolescents en France suite aux récentes hausses des prix », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 21-22, numéro spécial « journée mondiale sans tabac », pp. 150-152.
- ODFT, Consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête Escapad 2008 (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas.html>)

CHAMP • Mères de tous les enfants nés vivants ou mort-nés au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance, à partir de toutes les naissances de tous les départements français. Calculs réalisés ici sur l'échantillon de 14 482 mères vivant en métropole en 2003.

SOURCES • Enquête nationale périnatale 2003.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR NUMÉRATEUR • Nombre de femmes qui déclarent avoir fumé au moins une cigarette par jour au cours du troisième trimestre de leur grossesse. Dénominateur : nombre de femmes ayant accouché pendant la période de l'enquête.

RÉFÉRENCES

- Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C. du, Breart G., 2005, *Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998*, INSERM-DGS-DREES.
- Vilain A., Peretti C. de, Herbet J.-B., 2005, *Enquête nationale périnatale 2003, compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources*, INSERM-DGS-DREES.
- Vilain A., Peretti C. de, Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

SOURCES • INSERM-CépiDc (Eurostat pour les comparaisons européennes).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne d'Eurostat (IARC 1976). Ont été retenus, les décès comportant en cause initiale les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon (codes CIM-9 161 et 162, et CIM-10 : C32 à C34).

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des décès liés à une consommation excessive de tabac.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

Tabagisme passif (1)

En France, l'usage du tabac en public est réglementé depuis 1976.

Reflète des « hauts et bas » du débat social de ces trente dernières années, le niveau de protection des différents lieux visés par la réglementation a évolué au fil du temps ainsi que le système effectif d'interdictions et d'autorisations. Aujourd'hui, le tabagisme passif est placé au cœur des priorités de santé. Ainsi, la loi de santé publique de 2004 a préconisé la **disparition totale du tabac en milieu scolaire et la réduction du tabagisme passif au travail et dans les lieux de loisirs**. La loi Évin du 10 janvier 1991 avait établi le principe d'une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs.

Le décret du 15 novembre 2006 est venu modifier le cadre réglementaire précédent et assure cet objectif de moyens de mise en œuvre beaucoup plus opérationnels. En effet, depuis ce décret, le tabac est totalement interdit, tant dans les établissements scolaires que de santé.

Dans les lieux de convivialité, des « fumeurs » sont en théorie possibles mais les conditions très contraignantes de leur autorisation en restreignent considérablement l'installation. Le décret est entré en vigueur le 1^{er} février 2007 pour les milieux professionnel, scolaire et sanitaire et le 1^{er} janvier 2008 pour les lieux de convivialité. En ce qui concerne les établissements scolaires et de santé, les enquêtes n'ont pas été renouvelées et les dernières données disponibles représentatives à l'échelle nationale ont été collectées en 2006. Pour les lieux de travail et de convivialité, on dispose de données plus récentes.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion d'établissements publics où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés

Établissements de santé

En avril 2006, 24 % des hôpitaux publics et des centres de lutte contre le cancer (hôpitaux privés non lucratifs) ont totalement interdit le tabac à l'intérieur des bâtiments. Parmi les établissements ayant aménagé des locaux ou toléré des espaces fumeurs informels, seuls 37 % disposaient systématiquement d'extracteurs d'air (tableau 1); 17 % en disposaient dans « la plupart » de ces locaux fumeurs, 18 % dans « quelques-uns » et 29 % n'en avaient « pas du tout ».

Lycées : interdiction du tabac pour les élèves

Les déclarations des proviseurs sur la création des espaces réservés aux fumeurs se sont avérées insuffisantes pour appréhender la situation réelle des interdictions effectives pour les élèves. Sur la base des déclarations des lycéens fumeurs, 40 % des lycées français pri-

vés et publics avaient ainsi totalement interdit le tabac pour les élèves en 2006, contre 14 % en 2002 (tableau 2).

L'écart entre les situations de droit déclarées par les proviseurs et les situations de fait rapportées en 2006 par les élèves et les personnels ne s'élevait qu'à 7 points, s'agissant du statut de la cour de récréation et 6 points s'agissant de l'ensemble des autorisations à l'intérieur du lycée.

Lycées : interdiction du tabac pour les personnels

Le nombre de lycées où les personnels n'étaient pas autorisés à fumer avant le 1^{er} février 2007 a été difficile à estimer avec précision. Dans 18 % des lycées, les personnels fumeurs déclaraient majoritairement en 2006 ne jamais fumer à l'intérieur de l'établissement, un chiffre resté stable par rapport à 2002 (19 %). En 2006, le tabagisme était totalement interdit aux personnels dans au minimum 11 % des lycées, selon les réponses majoritaires à une question posée à tous les personnels, et dans au maximum 18 % si l'on s'en tient aux déclarations des personnels fumeurs (tableau 2). Néanmoins, la variété et la

complexité des espaces et des temps de travail des personnels rendent hypothétique toute réponse qui prétendrait concerner la totalité de l'enceinte du lycée à tout moment.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Pourcentage de personnes déclarant être exposées à la fumée du tabac dans les lieux publics

Établissements de santé

Avant le 1^{er} février 2007, le tabagisme passif était problématique pour les patients et les personnels des hôpitaux publics et des centres de lutte contre le cancer. En avril 2006, 33,5 % des patients déclaraient ne pas être exposés à la fumée des autres patients et 36 % ne pas être exposés à la fumée des personnels. Parmi les personnels, 23 % déclaraient ne pas être exposés à la fumée des autres personnels et 26,5 % ne pas être exposés à la fumée des patients.

Lycées : tabagisme passif des élèves

Avant le 1^{er} février 2007, les non-fumeurs n'étaient pas mieux protégés dans les lycées

TABLEAU 1 • Respect de la loi Évin dans les établissements de santé en 2006 (en %)

Totalement interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments	24,0
Existence d'espace réservé ou tabagisme toléré dont existence d'extracteur d'air	76,0 37,0

Champ : France entière.

Sources : Enquête sur le tabagisme dans les établissements hospitaliers français (DGS/RESUM).

CHAMP • Échantillon aléatoire-cible de 450 établissements publics hospitaliers et centres de lutte contre le cancer en France à partir de l'Annuaire Politi 2005. Cette base couvre l'ensemble des départements français, départements d'outre-mer compris.

SOURCES • Enquête sur le tabagisme dans les établissements hospitaliers français. Périodicité non prévue.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Il s'agissait de connaître le degré d'application des réglementations limitant l'usage du tabac dans les établissements hospitaliers français. Une estimation des comportements, connaissances et opinions des trois acteurs concernés (patients, personnels et direction) sur l'ensemble des problèmes posés par l'application ou non des règles était également recherchée à une échelle statistiquement significative.

LIMITES ET BIAIS SOURCES • Enquête par sondage dont les taux de tirage ont été raisonnés pour minimiser l'importance des nombreux établissements de petite taille : 25 % pour les hôpitaux locaux et 40 % pour les autres catégories. Les établissements sélectionnés ont été sollicités pour participer à une enquête en mode auto-administré s'adressant distinctement à la direction, aux personnels et aux patients. Au sein de l'échantillon-cible, 316 établissements ont répondu positivement par une participation aux trois types de questionnaires, établissant le taux de réponse global à 70 % (CHU : 81 %, CHS : 58 %). Les questionnaires de 2 402 membres du personnel et de 3 465 patients ont été exploités.

RÉFÉRENCES •

- Karsenty S., Mélihan-Cheirin P., Ducrot E., 2007, « L'application de la loi Évin sur le tabac dans les hôpitaux publics français en 2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 21, mai, p. 180-182.
- RESUM, 2006, « Étude visant à évaluer l'application de la réglementation relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé », *Rapport*, Direction générale de la Santé, septembre (non publié).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • OFDT-DGS-CNRS.

TABLEAU 2 • Respect de la loi Évin dans les lycées français entre 2002 et 2006 (en %)

Pour les élèves	Respect de l'interdiction totale de fumer dans l'enceinte de l'établissement	Existence d'au moins un emplacement fumeurs en extérieur (cour)	Existence d'un emplacement fumeurs à l'intérieur (clos exclusivement)	Absence de règles précises - tabagisme toléré
Hiver 2002	14	39	1	46
Hiver 2006	40	59	1	0
Pour les personnels	Respect de l'interdiction totale de fumer dans l'enceinte de l'établissement	Salle des professeurs entièrement fumeurs	Salle des professeurs entièrement non fumeurs	Salle bi-zone et autres cas
Hiver 2002	nd	14	30	55
Hiver 2006	11 à 18	2	43	55

Champ : France métropolitaine sauf la Corse et les DOM-TOM.

Sources : Enquête sur les règles et usages en matière de tabac dans les lycées français (OFDT-IOD).

CHAMP • Enquête sur l'ensemble des lycées publics et privés de France métropolitaine continentale réalisée auprès de 235 chefs d'établissement, 2 318 membres du personnel et 9 476 lycéens appartenant à un échantillon représentatif de lycées français constitué par tirage aléatoire sur base administrative stratifiée selon des variables essentielles.

SOURCES • Enquête sur les règles et usages en matière de tabac dans les lycées français (OFDT). Périodicité non prévue.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Les indicateurs principaux ont été construits à partir des déclarations des élèves fumeurs et des personnels fumeurs. La norme générale a été de traiter et présenter les résultats en base « établissements ». Le comportement institutionnel de chaque lycée a été établi à partir de la modalité de réponse obtenant plus de 50 % des réponses des observateurs interrogés lorsqu'elle était vérifiée par les réponses d'autres observateurs.

LIMITES D'INTERPRÉTATION ET BIAIS CONNUS • La Corse, les DOM-TOM ne sont pas représentés. La localisation quasi exclusivement extérieure des zones fumeurs élèves minimise l'absence d'information sur l'aération des

salles dédiées, mais il n'en est pas de même pour les personnels. En termes de puissance statistique, la taille de l'échantillon (235 lycées) est insuffisante. Enfin, les éventuelles divergences entre les réponses des individus au sein d'un même établissement constituent des zones d'indécision, quoique pour établir la réalité des règles appliquées, il soit possible et légitime d'interpréter l'existence de divergences entre observateurs comme un signe d'absence ou d'ambiguïté des règles.

RÉFÉRENCES •

- Karsenty S., Díaz-Gómez C., 2007, « Le tabac dans les lycées français de 2002 à 2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 21, mai, p. 178-180.
- Karsenty S., Maignon G., Díaz-Gómez C., Brannellec T., 2007, « Règles et usages en matière de tabac : évolution 2002-2006 dans les lycées français », *Rapport*, OFDT, 79 p.
- Site internet : www.ofdt.fr/

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • OFDT.

Tabagisme passif (2)

que dans les établissements de santé. Au cours des mois de décembre 2006 et janvier 2007 (d'après l'enquête mensuelle de l'INPES auprès d'un échantillon total cumulé de 125 lycéens de 15 à 18 ans ayant fréquenté leur lycée pendant les 30 jours précédant l'enquête), 62% des lycéens déclaraient être exposés à la fumée du tabac des autres «assez souvent» ou «toujours». Au cours des mois de février à juin 2007, seulement 32% des lycéens non fumeurs faisaient le même constat sur un échantillon total cumulé de 294 lycéens de même âge.

Pour l'année scolaire 2007-2008 (de septembre à avril inclus), 42% de lycéens déclaraient être exposés à la fumée des autres «assez souvent» ou «toujours», sur un échantillon cumulé de 467 lycéens de même âge (graphique 1). La tendance à la hausse de cet indicateur au cours de cette période ne montre pas nécessairement une mauvaise application du décret de 2006 dans les lycées. Elle peut témoigner d'une intolérance croissante à la fumée des autres à l'extérieur de l'établissement. Elle nécessite néanmoins de diligenter des enquêtes plus précises sur l'application de la nouvelle réglementation dans les lycées.

Lieux de travail

L'entrée en vigueur de la réglementation sur le lieu de travail a encore amélioré une situation déjà favorable : la proportion de personnes qui déclarent n'être «jamais» exposées est passée de 45% lors du dernier week-end du mois de janvier 2007 à 68% lors de l'enquête de février. Et il n'en restait qu'un peu plus de 10% à se déclarer «toujours» ou «souvent» exposés (graphique 2). Les mesures effectuées depuis janvier 2008 indiquent que l'entrée en vigueur dans les lieux de convivialité a redonné une impulsion au respect de l'interdiction puisque 74% des personnes interrogées déclarent n'être «jamais» exposées à la fumée des autres (moyenne sur la période de janvier 2008 à juin 2008).

Hôtels

La situation dans les hôtels est plus favorable que dans les autres lieux de convivialité. Avant le 1^{er} janvier 2008, 60% des personnes interrogées déclaraient déjà ne jamais être exposées à la fumée des autres (graphique 3). Après l'ap-

plication du décret de janvier 2008, les hôtels restent les lieux de convivialité où les gens sont le moins exposés à la fumée des autres. Globalement, près de 80% des personnes interrogées déclaraient ne jamais être exposées à la fumée des autres dans les hôtels (moyenne sur la période de janvier 2008 à juin 2008).

Restaurants

Avant le 1^{er} janvier 2008, une personne sur quatre (27% en moyenne entre février et décembre 2007) déclarait ne jamais être exposée à la fumée des autres au restaurant (graphique 3). Depuis l'entrée en application du décret, ce sont quatre personnes sur cinq (79%) qui déclarent ne jamais être confrontées au tabagisme des autres au restaurant (moyenne sur la période de janvier à septembre 2008).

Cafés, bars, pubs et discothèques

Pour les cafés, bars, pubs et discothèques, l'application de la réglementation s'annonçait

beaucoup plus problématique. L'évolution est toutefois spectaculaire. Pour les cafés, bars et pubs, seule une personne sur 11 (9%) déclarait avant le 1^{er} janvier 2008 ne jamais subir la fumée ambiante (graphique 3). Après l'entrée en vigueur du décret, sur l'ensemble des neuf vagues, 71% des personnes interrogées font le même constat. Par ailleurs, il ne reste plus que 10% qui déclarent être «assez souvent» ou «toujours» exposés. Cette évolution est aussi remarquable dans les discothèques, même si des efforts restent à faire : 6% des personnes interrogées affirmaient ne jamais être exposées à la fumée des autres dans les discothèques avant le 1^{er} janvier 2008. En 2008, c'est le cas de près des deux tiers des personnes interrogées, sur l'ensemble des sept vagues sur la période de janvier à juillet 2008. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • OFDT.

synthèse

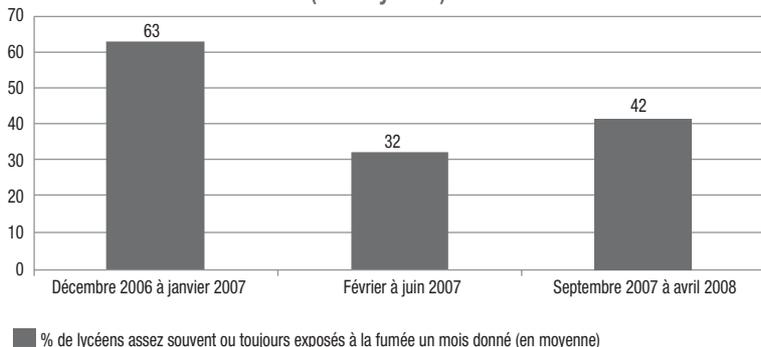
Le décret du 15 novembre 2006 interdit totalement de fumer dans l'enceinte des établissements scolaires et de santé. Pour le milieu professionnel et les lieux de loisirs, la réglementation est devenue très contraignante en n'autorisant le tabac que dans des salles «fermées et ventilées». Selon les données disponibles, la protection des non-fumeurs n'était toujours pas garantie avant la mise en application du nouveau décret et son application restait très inégale selon les différents lieux.

En avril 2006, 24% des établissements de santé ont interdit le tabac dans leur enceinte. Au printemps 2006, 40% des lycées français privés et publics ont interdit le tabac pour les seuls élèves.

Les informations existantes sur l'exposition à la fumée dans les lieux publics apportent d'autres éclairages intéressants sur l'application effective de l'interdit posé par la loi. Désormais, les lieux de travail apparaissent effectivement comme des lieux sans fumée de tabac : alors qu'au mois de janvier 2007 et selon une enquête mensuelle de l'INPES, seules 45% des personnes concernées déclaraient ne jamais être en contact avec la fumée des autres sur leur lieu de travail, elles sont 74% sur le premier semestre 2008. De façon plus spectaculaire pour les lieux de convivialité que sont les bars, cafés, pubs, hôtels, restaurants et discothèques, l'application du décret d'interdiction a nettement fait évoluer l'exposition au tabagisme des autres. Sur le premier semestre 2008, près de 80% des personnes interrogées déclarent ne jamais être exposées à la fumée des autres dans les hôtels (contre 60% avant le décret). Au restaurant, la même proportion des répondants déclarent ne jamais être confrontés au tabagisme des autres, alors qu'ils étaient moins d'un tiers auparavant. Dans les bars, cafés et pubs, 8% des personnes interrogées déclaraient en février 2007 ne jamais subir la fumée ambiante et elles sont passées à 71% en moyenne sur les neuf premiers mois de 2008. Dans les discothèques, elles étaient 6% à affirmer ne jamais être exposées à la fumée des autres en février 2007 et elles sont 61% en moyenne sur le premier semestre 2008.

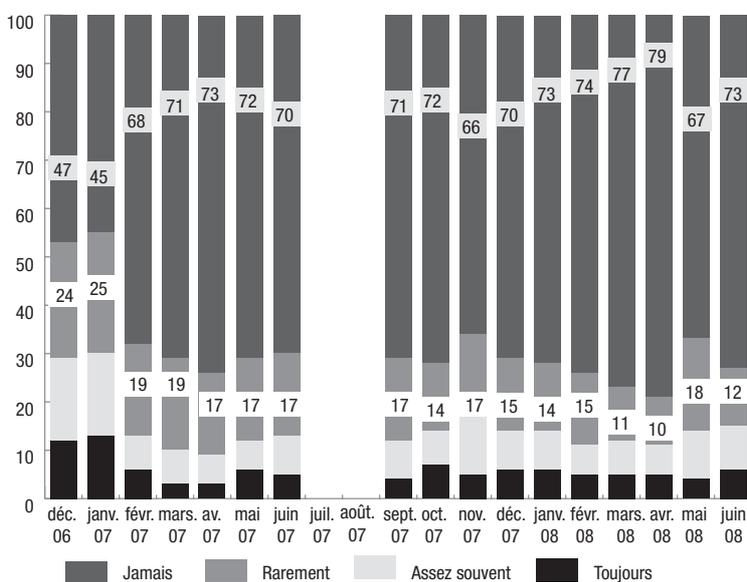
L'application effective du décret apparaît donc avoir radicalement modifié le paysage tabagique des lieux destinés à un usage collectif.

GRAPHIQUE 1 • Lycéens se déclarant « assez souvent » ou « toujours » exposés à la fumée du tabac des autres (en moyenne)



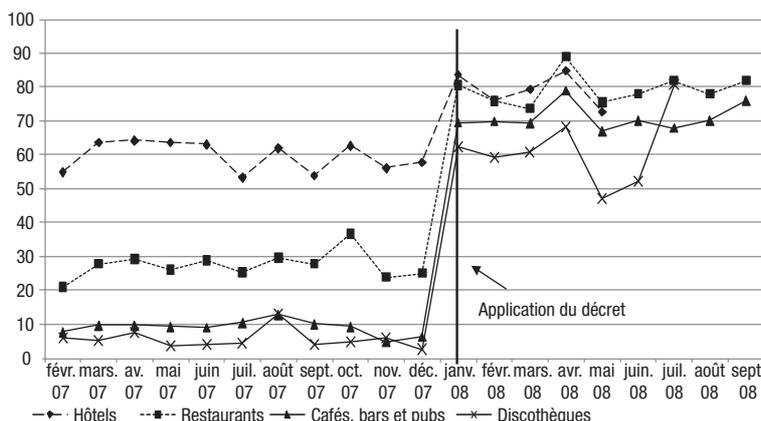
Champ : France métropolitaine.
Sources : Indice mensuel du tabagisme passif (INPES/BVA).

GRAPHIQUE 2 • Exposition à la fumée des autres dans les lieux de travail



Note : Enquête non réalisée en juillet et août 2007.
Champ : France métropolitaine.
Sources : Indice mensuel du tabagisme passif (INPES/BVA).

GRAPHIQUE 3 • Personnes déclarant « ne jamais » être exposées à la fumée des autres dans les lieux de convivialité



Champ : France métropolitaine.
Sources : Indice mensuel du tabagisme passif (INPES/BVA).

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Indice mensuel du tabagisme passif. Mois renseignés : de décembre 2006 à avril 2008 pour le milieu scolaire ; de décembre 2006 à juin 2008 pour le milieu professionnel ; de février 2007 à mai 2008 pour les hôtels, et de février 2007 à septembre 2008 pour les restaurants, cafés bars et pubs, calculé à partir d'enquêtes transversales auprès de 800 individus de 15 à 64 ans constituant un échantillon représentatif et interrogés par téléphone sur leur fréquence d'exposition à la fumée des autres dans les lieux qu'ils ont fréquentés au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Nombre de personnes se déclarant exposées à la fumée des autres pour six lieux publics lors d'une interview téléphonique réalisée au cours du dernier week-end de chaque mois.

LIMITES ET BIAIS • Ceux des sondages par quotas. La question de l'exposition à la fumée des autres en un lieu donné ne permet pas de différencier les expositions en locaux clos et couverts d'autres expositions éventuelles dont le répondant souhaite faire part (cas des abords de lycées ou des terrasses ouvertes de cafés par exemple).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

Surpoids et obésité chez l'adulte

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **réduire de 20 %, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes (IMC \geq 25 kg/m²)** à un horizon quinquennal. Cet objectif est identique à l'un des neuf objectifs prioritaires du Programme national nutrition santé (PNNS). Il repose sur la description de l'évolution des fréquences du surpoids et de l'obésité, qui constituent, ensemble, la surcharge pondérale. Celle-ci correspond à un excès de masse grasse, associé à un risque accru de morbidité et de mortalité. La surcharge pondérale est définie, selon les références internationales, par un indice de masse corporelle (IMC = poids en kg/taille² en m) supérieur ou égal à 25, le surpoids correspondant à un IMC compris entre 25 et 30 et l'obésité à un IMC supérieur ou égal à 30. En 2003, d'après l'enquête ObÉpi, 42 % des adultes étaient en surcharge pondérale, parmi lesquels 11,3 % étaient obèses. Dans les enquêtes nationales, le poids et la taille peuvent être mesurés ou déclarés par les personnes elles-mêmes.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Prévalence de la surcharge pondérale en population adulte

D'après les mesures de poids et de taille réalisées dans l'étude ENNS (2006-2007), 49,3% des adultes sont en surcharge pondérale, parmi lesquels 16,9% sont obèses. Si la prévalence de l'obésité (IMC \geq 30 kg/m²) est comparable entre les hommes et les femmes, celle du surpoids (IMC compris entre 25 et 30 kg/m²) est significativement supérieure chez les hommes (tableau 1).

Les prévalences du surpoids et de l'obésité augmentent fortement avec l'âge. D'après l'étude ENNS, 23,6 % des hommes de 18-29 ans sont en surpoids contre 48,8 % des 55-74 ans ; pour l'obésité, ces proportions passent de 8,3 % à 24,0 %. Chez les femmes, 12,7 % des 18-29 ans sont en surpoids contre 33,6 % des 55-74 ans ; pour l'obésité, ces proportions passent de 10,1 % à 24,1 %.

Le surpoids et l'obésité varient selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) et le niveau scolaire. Les agriculteurs et artisans présentent les prévalences de surpoids les plus élevées (70,3 % chez les hommes et 44,4 % chez les femmes d'après l'étude ENNS), ainsi que, en lien avec l'âge, les retraités (respectivement 75,6 % et 56,8 %). À l'inverse, les cadres et professions intermédiaires présentent les plus faibles prévalences de surpoids (50,9 % chez les hommes et 26,6 % chez les femmes). On observe des variations similaires pour l'obésité, qui concerne 25,9 % des hommes et 27,8 % des femmes de la PCS « agriculteurs et artisans » contre 11,4 % des hommes et 9,6 % des femmes cadres et de professions intermédiaires. L'obésité et le surpoids diminuent également

lorsque le niveau scolaire s'élève, mais de façon moins linéaire chez les hommes que chez les femmes, le surpoids restant stable à partir du niveau collège (graphique 1). D'après les données mesurées de l'enquête INCA2 (2006-2007), la moitié des hommes et un tiers des femmes sont en surcharge pondérale (tableau 1).

Les enquêtes déclaratives se caractérisent par une sous-déclaration du poids et une sur-déclaration de la taille. Cependant, elles permettent de retrouver ces variations par sexe et niveau social (PCS et niveau d'études) sur des échantillons plus importants et, surtout, d'analyser les évolutions temporelles (tableau 1). Depuis les années 1990, le surpoids et l'obésité augmentent chez les hommes comme chez les femmes, et de manière particulièrement marquée pour l'obésité. Des évolutions similaires sont observées dans de nombreux pays de l'Union européenne. D'après Eurostat, c'est en Italie que la prévalence de l'obésité en population adulte est la plus faible (8,1 %), et au Royaume-Uni (22,7 %) et à Malte (23,0 %) qu'elle est la plus élevée.

L'étude ObÉpi a permis de noter un infléchissement récent de l'augmentation de la prévalence de l'obésité (+18,8 % entre 1997 et 2000, +17,8% entre 2000 et 2003, +10,1% entre 2003 et 2006 et 10,7 % entre 2006 et 2009). L'augmentation relative de l'obésité entre 2006 et 2009 a été identique chez les hommes et les femmes (11 %). L'Enquête santé protection sociale montre également un infléchissement chez les hommes (+4 % entre 2002-2004 puis +1 % entre 2004 et 2006) et chez les femmes (+10 % entre 2002 et 2004 puis +6 % entre 2004 et 2006), mais cet infléchissement ne semble pas s'être poursuivi entre 2006 et 2008 (+1,5 % chez les hommes et +6 % chez les femmes). Les résultats récents du Baromètre

santé nutrition 2008 montrent une augmentation, par rapport à 2002, de la prévalence d'obésité chez les femmes mais pas chez les hommes.

Les disparités sociales semblent s'accroître depuis les années 1980. L'Enquête décennale santé de l'INSEE a mis en évidence des évolutions différentes selon les PCS, le niveau de diplôme ou le niveau de vie du ménage, bien que les prévalences augmentent quelles que soient les caractéristiques sociales. Ainsi, la prévalence de l'obésité a augmenté de 7 points chez les agriculteurs entre 1992 et 2003 (contre 2 points chez les cadres). De même, si l'on considère le niveau de diplôme, l'écart entre les prévalences d'obésité des personnes de niveau brevet ou sans diplôme et celles d'un diplôme supérieur au baccalauréat est passé de 5 points à 10 points. Ces évolutions semblent particulièrement marquées chez les femmes.

Des disparités géographiques ont été également rapportées dans les différentes études. Les prévalences de surpoids et d'obésité les plus élevées sont observées dans le Nord, suivi de l'Est et du bassin parisien. ●

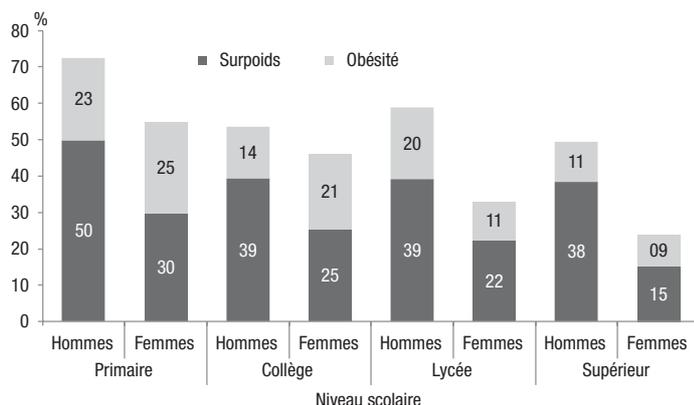
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (InVS – PARIS 13).

synthèse

Actuellement en France, la moitié des adultes sont en surcharge pondérale, parmi lesquels un sur six est obèse. Le surpoids est presque deux fois plus fréquent chez les hommes (environ deux hommes sur cinq sont concernés) que les femmes (près d'une femme sur quatre) et augmente fortement avec l'âge.

La surcharge pondérale, et plus spécifiquement l'obésité, ont fortement augmenté pendant les années 1990 dans la population adulte vivant en France. Les fréquences observées récemment, ainsi que leurs évolutions au cours de la dernière décennie, sont étroitement liées aux conditions socioéconomiques. Les évolutions très récentes ont montré un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité observées depuis le début des années 1990 ; pour autant, celle-ci continue de progresser, notamment chez les femmes.

GRAPHIQUE 1 • Surpoids et obésité selon le niveau scolaire chez les hommes et les femmes (données mesurées)



Champ : France métropolitaine (hors Corse), population âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire. Sources : Etude nationale nutrition santé 2006-2007.

TABEAU 1 • Surcharge pondérale en population adulte (en %)

	Année de recueil	Hommes		Femmes	
		Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Enquêtes avec examen de santé	ENNS 2006-2007	41,0	16,1	23,8	17,6
	InCA2 2006-2007	38,9	11,2	24,2	12,0
Enquêtes déclaratives	1997	36,9	8,8	23,3	8,3
	2000	38,3	10,3	23,5	10,0
	Enquête Obépi (Inserm-Roche) 2003	39,1	12,0	24,5	11,9
	2006	37,5	12,5	24,2	13,6
	2009	38,5	13,9	26,0	15,1
Enquête Santé (Insee)	1991-1992	32,5	6,1	19,8	6,8
	2002-2003	36,8	10,9	23,9	11,3
	2008	39,1	11,4	24,3	12,8
ESPS (Irdes)	1994	32,5	8,4	19,9	7,5
	1998	35,6	9,2	22,4	8,7
	2002	36,0	10,7	24,6	10,2
	2004	35,8	11,1	22,6	11,2
	2006	37,9	12,2	23,7	11,9
	2008	37,2	12,4	24,5	12,6
Baromètres (Inpes)	1996 ^a	32,9	7,4	19,6	5,8
	1999 ^b	36,6	7,0	19,7	7,1
	2002 ^a	34,0	9,9	20,6	5,6
	2005 ^b	35,3	8,2	20,2	7,5
	2008 ^a	38,6	9,8	22,4	9,8

a : Baromètre santé nutrition ; b : Baromètre santé multithématique.

CHAMP • France métropolitaine, Baromètre santé nutrition 1996, 2002 et 2008, Baromètre santé 2000, 2005 : population âgée de 18 à 75 ans

SOURCES • Baromètres santé nutrition 1996, 2002 et 2008, Baromètres santé 2000 et 2005, INPES. Enquêtes téléphoniques.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • À partir des déclarations des personnes interrogées (poids, taille).

LIMITES ET BIAIS • (1) Ceux des enquêtes déclaratives. (2) Les DOM-TOM ne sont pas représentés. Les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution.

RÉFÉRENCES

- Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., 1997, Janvrin M.-P., Michaud C., *Baromètre santé nutrition 1996*, CFES, 180 p.
- Guilbert P., Baudier F. Gautier A. (sous la dir. de), 2001, *Baromètre santé 2000*, vol. 2, CFES, 470 p.
- Guilbert P., Perrin-Escalon H. (sous la dir. de), 2004, *Baromètre santé nutrition 2002*, INPES, 259 p.
- Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), 2007, *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES.
- Escalon H., Bossard C., Beck F. (sous la dir. de), 2009, *Baromètre santé nutrition 2008*, INPES.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

CHAMP • France métropolitaine, population âgée de 18 ans ou plus.

SOURCES • Enquêtes décennales santé 1991-1992 et 2002-2003, Enquête Handicap-Santé en ménages ordinaire (2008), INSEE. Enquêtes par entretien en face à face.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations (poids, taille) des personnes interrogées. Les données de l'enquête 2002-2003 ont été pondérées sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la taille du ménage et la ZEAT.

LIMITES ET BIAIS • (1) Ceux des enquêtes déclaratives. (2) Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institutions.

RÉFÉRENCES

- Lanoë J.-L., Dumontier F. 2005, « Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids », *INSEE première*, INSEE, n° 1048, novembre.
- Expert A. 2005, « Corpulence et consommation médicale », *Point Stat*, CNAMTS, n° 42, juin.
- St Pol T. 2008, « Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 20, mai.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES et INSEE.

CHAMP • Population de 18 ans et plus résidant en ménages ordinaires en France métropolitaine, base permanente TNS-SOFRES, méthode des quotas.

SOURCES • Enquête Obépi, 1997, 2000, 2003, 2006 et 2009. Enquête par auto-questionnaires.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Déclarations de taille et de poids des personnes par autoquestionnaire (mesurées par les personnes).

LIMITES ET BIAIS • (1) Ceux des enquêtes déclaratives. (2) Enquête par quotas. Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institutions.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM, Institut Roche de l'Obésité.

CHAMP • Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine, dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM). L'enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine.

SOURCES • L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des assurés aux trois principales caisses de sécurité sociale. Cette enquête était annuelle de 1988 à 1994. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1994.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Déclarations de taille et de poids des personnes par autoquestionnaire.

LIMITES ET BIAIS • (1) Ceux des enquêtes déclaratives. (2) Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institutions.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

CHAMP • France entière, population de 18 à 79 ans.

SOURCES • Étude de consommation alimentaire INCA2 2006-2007. Enquête en face à face.

MODE DE PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Données mesurées de poids et de taille. Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg/taille² en m.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. Les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire excluant de ce fait les populations en institution.

RÉFÉRENCE

- Lafay L. (sous la dir. de), 2009, *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (Inca 2, 2006-2007)*, Afssa, juillet, 225 pages.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Observatoire des consommations alimentaires – Épidémiologie nutritionnelle (AFSSA).

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques fixes et de portables.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Données mesurées de poids et de taille.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institution.

RÉFÉRENCE

- Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007, *Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*, InVS, Université de Paris 13, CNAM, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Paris 13).

Déficience en iode

La loi de santé publique de 2004 a prévu à un horizon quinquennal de **réduire la fréquence de la déficience en iode ainsi que la fréquence des goitres.**

La déficience en iode est responsable de pathologies telles que le goitre ou le retard mental lorsqu'elle survient *in utero* ou pendant l'enfance. D'après l'OMS, 57 % de personnes (soit 435,5 millions de personnes en 2003) souffriraient d'une déficience en iode en Europe¹. Les dernières données françaises (1996) plaçaient notre pays parmi ceux ayant une légère déficience en iode².

La principale stratégie de prévention repose selon l'OMS sur l'utilisation universelle de sel iodé. Il n'existe pas de réglementation concernant l'iodation du sel en France, mais l'enrichissement en iode des sels de table et de cuisson est recommandé par les autorités sanitaires. La généralisation de l'iodation du sel à tous les types de sels n'est cependant pas recommandée³. Les recommandations actuelles de réduction de l'apport sodé en population générale posent la question de l'utilisation éventuelle d'un autre vecteur d'iodation que le sel de table, afin de poursuivre la réduction de la déficience en iode en France.

La fréquence des goitres est un indicateur approché de l'insuffisance d'apport en iode mais n'est pas spécifique pour les adultes, d'autres causes pouvant également induire une augmentation de volume de la thyroïde. Par ailleurs, les données de l'examen clinique ou échographique étant « opérateurs-dépendants » ne permettent pas de construire un indicateur suffisamment sensible. L'indicateur sur la fréquence des goitres n'a donc pas été jugé nécessaire et n'a pas été conservé par le groupe de définition de suivi de cet objectif.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Concentration urinaire médiane en iode dans la population générale

Le statut nutritionnel en iode peut être évalué par l'analyse biochimique de l'iodurie (mesure de l'iode excrétée dans les urines), qui reflète l'apport nutritionnel en iode des jours précédant le prélèvement d'urines. L'indicateur principal utilisé en population est la médiane d'iodurie (en µg/l). Il est complété par un indicateur de distribution correspondant au 20^e percentile. D'après l'OMS, une population ne présente pas de déficience en iode quand la médiane d'iodurie est supérieure à 100 µg/l et le 20^e percentile supérieur à 50 µg/l.

Dans l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007, la médiane de l'iodurie a été estimée à 136 µg/l pour l'ensemble des adultes de 18-74 ans, le 20^e percentile se situant à 72 µg/l (graphique 1). Le statut nutritionnel de la population résidant en France peut donc être considéré comme adéquat selon les critères de l'OMS. Cette médiane est significativement plus basse chez les femmes (127 µg/l) que chez les hommes (140 µg/l). Cette différence peut s'expliquer en partie par la différence dans l'apport en sel entre hommes et femmes (10,2 g/j chez les hommes contre 7,2 g/j chez les femmes). Une analyse géographique ne montre pas de différence significative entre les

aires géographiques (graphique 2 et tableau 1) : la région du sud-ouest (Aquitaine et Midi-Pyrénées) enregistre la médiane la plus faible (108 µg/l), la région du nord-ouest (Picardie, Normandie, Nord) la médiane la plus élevée (146 µg/l).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Prévalence d'utilisation du sel iodé dans les foyers

La prévalence de l'utilisation de sel iodé dans les foyers est l'indicateur de suivi du programme d'iodation du sel. D'après l'ENNS 2006-2007, 48,6 % de foyers déclaraient utiliser habituellement un sel de table iodé (tableau 2), une proportion comparable selon le sexe et l'âge des personnes incluses.

Des disparités significatives entre les aires géographiques apparaissent (tableau 3) : le sel de table iodé est très utilisé (61 %) dans les régions du Centre (Centre, Bourgogne, Limousin, Auvergne) et peu utilisé (37 %) dans celles de l'Est (Lorraine, Alsace, Champagne-Ardenne).

La proportion d'utilisation de sel iodé pour la cuisson s'élève à 42,9 % (tableau 2), comparable selon le sexe et l'âge des personnes incluses. Les régions utilisant le plus du sel de cuisson iodé sont celles du Sud-Est (Languedoc-Roussillon, PACA : 52,7 %) et

celles qui l'utilisent le moins celles de l'Ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes : 31,6 %). L'objectif d'utilisation de sel iodé par 90 % de la population défini par l'OMS ne semblerait donc *a priori* pas atteint si l'on considère cet indicateur, mais il existe d'autres sources d'iode dans l'alimentation en France, notamment le lait. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (INVS-UNIVERSITÉ PARIS 13).

1. De Benoist B., Andersson M., Egli I., Takkouche B., Allen H., 2004, *Iodine status worldwide. WHO Global Database on Iodine Deficiency*, OMS.

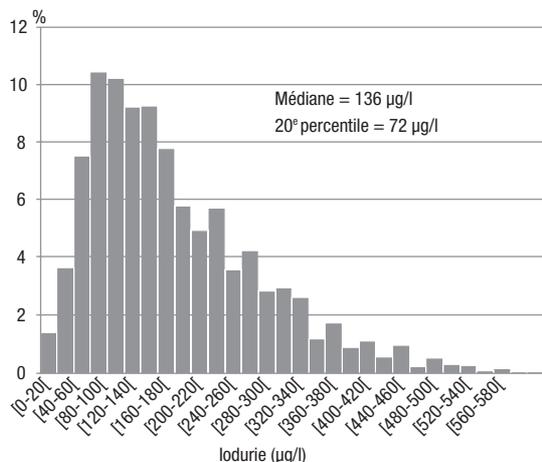
2. Valeix P., Zarebska M., Preziosi P., Galan P., Pelletier B., Hercberg S., 1999, « Iodine deficiency in France », *Lancet*, 353 (1766-1767).

3. Kalonji E., Touvier M., AFSSA, 2005, *Évaluation de l'impact nutritionnel de l'introduction de composés iodés dans les produits agro-alimentaires*, La Documentation française, Paris.

synthèse

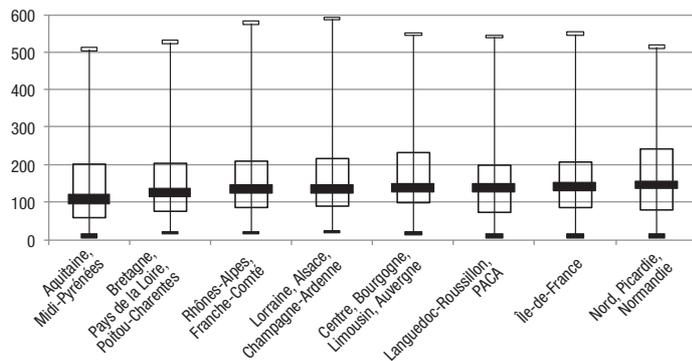
La population résidant en France bénéficie d'un statut nutritionnel en iode adéquat aux critères de l'OMS (médiane d'iodurie >100 µg/l, 20^e percentile >50 µg/l), malgré la proportion modérée de foyers déclarant utiliser du sel iodé (moins de 50% des foyers).

GRAPHIQUE 1 • Distribution des valeurs d'iodurie



Champ : France métropolitaine.
Sources : Étude ENNS 2006-2007.

GRAPHIQUE 2 • Valeur de l'iodurie (en µg/l), minimale, médiane, maximale, 25^e et 75^e percentile selon l'aire géographique



Champ : France métropolitaine.
Sources : Étude ENNS 2006-2007.

TABLEAU 1 • Valeurs de l'iodurie (en µg/l) : médiane et 20^e percentile selon l'aire géographique

Aire géographique	Médiane	IC 95%	20 ^e percentile	IC 95%
Aquitaine, Midi-Pyrénées	108	[99-129]	58	[40-63]
Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes	124	[119-132]	70	[65-72]
Rhône-Alpes, Franche-Comté	134	[121-155]	81	[74-86]
Lorraine, Alsace, Champagne-Ardenne	136	[131-150]	82	[74-91]
Centre, Bourgogne, Limousin, Auvergne	137	[121-154]	88	[81-95]
Languedoc-Roussillon, PACA	137	[127-141]	60	[49-84]
Île-de-France	140	[121-170]	71	[68-90]
Nord, Picardie, Normandie	146	[128-156]	68	[62-83]

Champ : France métropolitaine.
Sources : Étude ENNS 2006-2007.

TABLEAU 2 • Pourcentages d'utilisation des différents types de sel de table et de cuisson

	Sel de table		Sel de cuisson	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Sel non enrichi (ni en iode ni en fluor)	22,0	[19,2-24,8]	22,7	[19,8-25,4]
Sel enrichi	48,6	[45,2-51,9]	42,9	[39,6-46,2]
Sel enrichi en iode	30,5	[27,4-33,6]	27,3	[24,2-30,3]
Sel enrichi en iode et en fluor	18,0	[15,5-20,4]	15,6	[13,4-17,8]
Autre sel de table (par exemple Guérande, Noirmoutier, etc.)	17,7	[15,2-20]	25,3	[22,5-28]
Absence d'utilisation de sel de table	8,2	[6,5-9,7]	5,7	[4,1-7,2]
Ne sait pas	3,6	[2-5,1]	3,4	[1,9-4,8]

Champ : France métropolitaine.
Sources : Étude ENNS 2006-2007.

TABLEAU 3 • Pourcentages d'utilisation de sel enrichi en iode et/ou en fluor selon l'aire géographique

	Sel de table		Sel de cuisson	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Centre, Bourgogne, Limousin, Auvergne	61,0	[51,6-70,3]	46,8	[37,6-56,1]
Bretagne, Pays-Loire, Poitou-Charentes	51,0	[43,3-58,7]	31,6	[24,1-39,1]
Languedoc-Roussillon, PACA	50,7	[40,1-61,3]	52,7	[42,2-63,3]
Rhône-Alpes, Franche-Comté	50,1	[41,4-58,8]	50,0	[41,4-58,7]
Nord, Picardie, Normandie	48,6	[40,1-57,1]	42,9	[34,6-51,2]
Aquitaine, Midi-Pyrénées	42,4	[31,3-53,6]	37,8	[26,7-48,8]
Île-de-France	41,1	[32,1-50]	37,0	[28,3-45,8]
Lorraine, Alsace, Champagne-Ardenne	37,0	[27,4-46,6]	46,5	[36,7-56,3]
Total	48,6	[45,2-51,9]	42,9	[39,6-46,2]

Champ : France métropolitaine.
Sources : Étude ENNS 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine hors Corse, foyers ordinaires, population 18-74 ans. La population prise en compte pour ces calculs exclut : les femmes enceintes et allaitant, pour lesquelles les besoins en iode sont accrus ; les personnes dont le traitement médicamenteux peut influencer le résultat de l'iodurie : traitement d'une dysthyroïdie et médication source d'iode (amiodarone) et les sujets dont l'iodurie est supérieure à 600 µg/l, ceci correspondant à une contamination du prélèvement ou à un excès de charge ponctuelle en iode.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Les indicateurs ont été construits à partir des déclarations des personnes interrogées (pour la prévalence d'utilisation de sel) et à partir des valeurs individuelles d'iodurie (pour l'évaluation du statut nutritionnel en iode). Les prélèvements urinaires pour la détermination de l'iodurie ont été analysés par un laboratoire unique. La distribution de l'iodurie dans la population n'étant pas normale, la valeur indicative retenue est la médiane, complétée par la valeur du 20^e percentile. Les données ont été pondérées selon la probabilité d'inclusion et redressées selon le sexe, l'âge, le diplôme et le type de foyer.

LIMITES ET BIAIS • Les données disponibles ne permettent pas d'évaluer le niveau d'iodation réel des sels utilisés. Les personnes en institution sont exclues, ainsi que les DOM-TOM. Biais : biais de déclaration (prévalence d'utilisation du sel iodé). Les analyses biologiques d'iodurie ayant été réalisées conjointement avec des analyses sur l'exposition aux métaux, il a été demandé aux participants de ne pas consommer de produits de la pêche 72 heures avant le prélèvement. Cette précaution a probablement conduit à sous-estimer isolément le statut nutritionnel en iode.

RÉFÉRENCE • USEN, 2007, *Étude nationale nutrition santé, ENNS 2006*, InVS, Paris 13, CNAM.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • USEN (InVS-Université Paris 13).

Anémie et carence en fer

Selon l'OMS, la carence en fer est un des problèmes nutritionnels les plus fréquents y compris dans les pays développés. Le fer est un micronutriment essentiel pour de nombreuses fonctions biologiques. En raison des pertes liées aux menstruations, les femmes non ménopausées sont celles qui ont le plus de besoins en fer. Les apports nutritionnels conseillés (ANC) en fer sont de 16 mg/jour pour les femmes non ménopausées et de 9 mg/jour pour les hommes et les femmes ménopausées. Chez les femmes enceintes, les besoins en fer sont également plus importants, ce qui implique généralement de recourir à une supplémentation. Des apports en fer insuffisants peuvent conduire à une anémie dite ferriprive. L'anémie est définie par un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dl pour les femmes et à 13 g/dl pour les hommes. Un taux de ferritine sérique (protéine de stockage du fer) inférieur à 15 µg/l marque une déplétion totale des réserves en fer. La présence conjuguée de ces deux déficits constitue l'anémie ferriprive. L'objectif fixé par la loi de santé publique de 2004 est, à un horizon quinquennal, de **diminuer la prévalence de l'anémie ferriprive, de 4% à 3% chez les femmes en âge de procréer, de 4,2% à 3% chez les enfants de 6 mois à 2 ans et de 2% à 1,5% chez les enfants de 2 à 4 ans.** L'étude nationale nutrition santé (ENNS), réalisée en 2006-2007, permet de disposer de données récentes chez les femmes en âge de procréer, mais des travaux restent à être réalisés pour estimer la prévalence de l'anémie ferriprive chez les enfants de 6 mois à 4 ans.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes non ménopausées

Selon l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) réalisée en 2006-2007, la prévalence de l'anémie (voir l'encadré Définitions) s'élevait à 4,5% chez les femmes âgées de 18 à 74 ans (tableau 1). L'anémie est plus fréquente chez les femmes non ménopausées (5,7%) que chez les femmes ménopausées (2,6%). Chez les femmes non ménopausées, le risque d'anémie est associé aux revenus du foyer: 8,0% des femmes appartenant aux foyers les plus défavorisés présentent une anémie, contre 0,8% des femmes appartenant aux foyers les plus aisés.

Par ailleurs, 8,7% des femmes de 18 à 74 ans ont une déplétion totale des réserves en fer (voir l'encadré Définitions) et 18,1% présentent un risque de déplétion (tableau 1). Les femmes non ménopausées présentent davantage de déplétion totale des réserves en fer ou de risque de déplétion (respectivement 13,5% et 25,5%) que les femmes ménopausées (respectivement 0,4% et 5,7%).

La prévalence de la déplétion totale des réserves en fer est associée au niveau d'étude chez les femmes non ménopausées. Le risque de carence en fer augmente significativement chez les femmes ayant un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat (16,4% contre 9,8% pour celles ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat). Les valeurs observées en Europe de l'Ouest sont du même

ordre de grandeur que celles observées dans l'ENNS.

Dans l'ENNS, 1,9% des femmes de 18 à 74 ans étaient atteintes d'anémie ferriprive (voir l'encadré Définitions). La prévalence de l'anémie ferriprive dépend du statut ménopausique: 3,0% des femmes non ménopausées présentent une anémie ferriprive, alors que moins de 0,1% des femmes ménopausées sont concernées (tableau 1). Parmi les femmes non ménopausées, la prévalence de l'anémie ferriprive est associée aux revenus mensuels du ménage et au nombre de grossesses à terme (graphique 1).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Prévalence des insuffisances d'apports en fer

Selon l'étude INCA-2 réalisée en 2006-2007, les apports moyens en fer des femmes de 18-79 ans étaient de 11,5 mg par jour (contre 15 mg par jour chez les hommes). Les deux tiers des femmes ont des apports alimentaires en fer inférieurs à 100% des apports nutrition-

nels conseillés (ANC), qui sont de 16 mg par jour chez celles en âge de procréer et 9 mg par jour chez les plus âgées. En outre, 31,5% ont des apports inférieurs à deux tiers des ANC et 13%, des apports inférieurs à la moitié des ANC. Chez les femmes non ménopausées, les apports sont en moyenne de 11,4 mg par jour, 20,7% d'entre elles ayant des apports inférieurs à la moitié des ANC. S'il n'existe pas de différence significative selon le niveau d'éducation dans les apports alimentaires en fer, ils sont en revanche variables selon la PCS chez l'ensemble des femmes, comme chez celles non ménopausées (graphique 2). Les femmes employées, retraitées et artisans, commerçantes, chefs d'entreprises présentent des apports plus faibles que les femmes cadres ou de profession intermédiaire. Les ouvrières ont des apports en fer comparables à ceux des cadres. De telles variations ne sont pas relevées chez les hommes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (InVS – PARIS 13).

synthèse

En France, en 2006-2007, 13,5% des femmes non ménopausées présentaient une déplétion totale des réserves en fer et 3,0% une anémie ferriprive. Ces fréquences sont plus élevées que celles observées chez les femmes ménopausées. Il existe par ailleurs des disparités selon le niveau d'études, les revenus ou encore le nombre de grossesses. Avec 11,5 mg par jour en moyenne, les apports alimentaires en fer apparaissent cependant insuffisants au regard des apports nutritionnels conseillés chez les femmes non ménopausées, avec des variations selon la PCS. Des travaux restent à réaliser pour estimer la prévalence de l'anémie ferriprive chez les enfants.

TABLEAU 1 • Prévalence de l'anémie, des déplétions en fer, des risques de déplétions en fer et de l'anémie ferriprive

	Femmes non ménopausées			Femmes ménopausées	Femmes 18-74 ans	Hommes
	18-39 ans	≥ 40 ans	Ensemble			
Anémie ¹ (en %)	6,5	4,9	5,7	2,6	4,5	1,9
Statut en fer (en %)						
Déplétion totale des réserves ²	16,3	10,3	13,5	0,4	8,7	1,3
À risque de déplétion ³	33,1	16,9	25,5	5,7	18,1	2,6
Anémie ferriprive ⁴ (en %)	2,3	3,7	3,0	0,0	1,9	0,5

1. Hémoglobine < 12 g/dl (femmes) et < 13 g/dl (hommes).

2. Ferritine sérique < 15 µg/l.

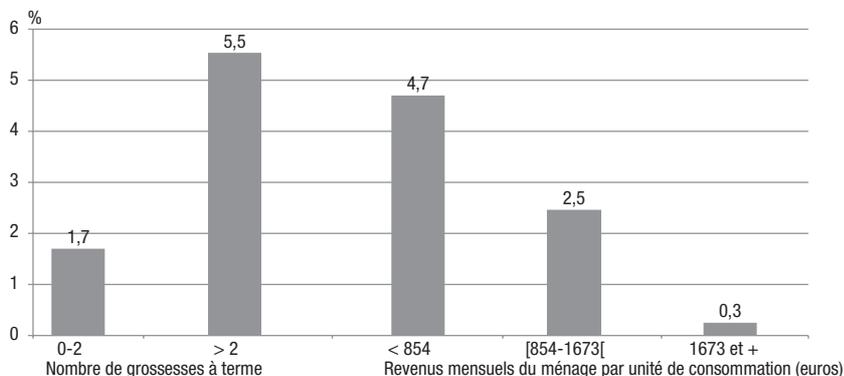
3. 15 µg/l ≤ ferritine sérique < 30 µg/l.

4. Anémie et déplétion totale des réserves en fer.

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire.

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

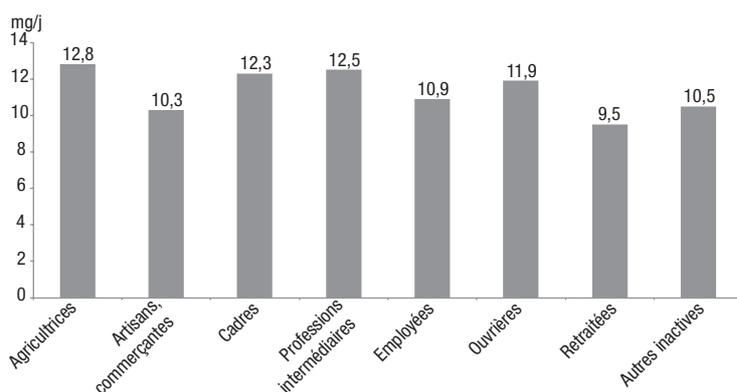
GRAPHIQUE 1 • Prévalence de l'anémie ferriprive selon le nombre de grossesses à terme et les revenus mensuels chez les femmes non ménopausées



Champ : France métropolitaine (hors Corse), femmes de 18-74 ans non ménopausées résidant en ménage ordinaire.

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

GRAPHIQUE 2 • Apports alimentaires en fer chez les femmes non ménopausées



Champ : France métropolitaine (hors Corse), femmes de 18-79 ans non ménopausées résidant en ménage ordinaire.

Sources : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA-2) 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population féminine de 18 à 79 ans résidant en ménage ordinaire contactée aléatoirement sur la base du recensement INSEE 1999 et les bases de logements neufs construits jusqu'en 2004.

SOURCES • Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA-2), 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Recueil des consommations des individus de l'échantillon par un carnet alimentaire de 7 jours (identification des aliments et quantification à l'aide d'un cahier photo). Apports en fer obtenus en croisant les données de consommation avec la composition en fer des tables de composition du Centre d'information sur la qualité des aliments (CIQUAL-AFSSA). Exclusion des sujets sous-

évaluant leurs apports énergétiques par rapport à leurs besoins estimés. Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les apports via les compléments alimentaires n'ont pas été pris en compte. Limites des données déclaratives. Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire excluant de ce fait les populations en institutions. La biodisponibilité du fer dans les aliments n'est pas prise en compte.

RÉFÉRENCE • Lafay L. (sous la dir. de), 2009, *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA-2) 2006-2007*, AFSSA, juillet, 225 pages.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Observatoire des consommations alimentaires - Épidémiologie nutritionnelle (AFSSA).

Carence en fer et anémie¹

– L'anémie est définie par une hémoglobinémie (ou taux d'hémoglobine dans le sang) inférieure à 12 g/dl chez les femmes (inférieure à 13 g/dl chez les hommes).

– Une **déplétion totale des réserves en fer** est définie par un taux de ferritine sérique inférieur à 15 µg/l. Sont considérées comme à risque de déplétion, les personnes dont le taux en ferritine sérique est compris entre 15 et 30 µg/l.

– L'anémie ferriprive est définie chez les femmes par une hémoglobinémie inférieure à 12 g/dl et un taux de ferritine sérique inférieur à 15 µg/l.

– La **déplétion en fer** se fait d'abord aux dépens des réserves : elle se manifeste par une baisse progressive du taux de ferritine plasmatique, anomalie la plus précoce d'une carence en fer débutante. Puis par réaction à l'épuisement des réserves, le taux plasmatique de transferrine augmente. Et enfin, le fer sérique chute. Le déficit en fer induit enfin une diminution de la synthèse de l'hémoglobine et une anémie.

– Les **principales sources alimentaires** en fer sont la viande, le jaune d'œuf, le poisson, les légumes verts et les fruits secs.

– Les **besoins journaliers** sont majorés en cas de grossesse et d'allaitement. Au niveau de la population, les apports alimentaires moyens sont usuellement comparés aux apports nutritionnels conseillés (ANC), en particulier, aux deux tiers des ANC, considérés comme équivalents au besoin nutritionnel moyen.

– Les **principales causes** de l'anémie ferriprive sont des saignements chroniques importants, notamment au cours des menstruations, conjugués à des apports en fer insuffisants.

1. Lefrère F., 2005, *Hématologie et transfusion*, Estem, 218 pages.

définitions

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population féminine de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire, contacté aléatoirement d'après des listes téléphoniques fixes et de portables.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Numérateur : nombre de femmes non ménopausées présentant simultanément une anémie (hémoglobinémie < 12 g/dl) et une déplétion totale des réserves en fer (ferritinémie < 15 µg/l). Dénominateur : nombre de femmes non ménopausées ayant bénéficié d'un dosage de l'hémoglobinémie et de la ferritine sérique. Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire excluant de ce fait les populations en institutions.

RÉFÉRENCE

– Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007, *Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*, Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS - Paris 13).



Rachitisme carentiel, carence en vitamine D

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **faire disparaître le rachitisme carentiel**. Le rachitisme est un défaut de minéralisation résultant d'une carence en dérivé actif de la vitamine D. La supplémentation en vitamine D des laits pour nourrissons, l'augmentation de l'exposition au soleil et les apports accrus en calcium contribuent à diminuer nettement la prévalence de cette carence. Malgré cette supplémentation systématique dans les premiers mois de la vie, une enquête épidémiologique réalisée dans plusieurs centres a montré que le rachitisme carentiel persistait en France et qu'il pouvait être partiellement expliqué par une mauvaise compliance à la supplémentation. De plus, la prévention resterait insuffisante dans les milieux défavorisés.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre (et taux) d'hospitalisations des moins de 25 ans en MCO pour rachitisme évolutif

Le rachitisme carentiel est peu fréquent en France. En 2007, 37 séjours ont été comptabilisés dans les unités de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), ce qui correspondait à 35 personnes âgées de moins de 25 ans hospitalisées pour rachitisme évolutif, la quasi-totalité d'entre elles (32) n'ayant été hospitalisée qu'une seule fois dans l'année. Ces hospitalisations sont probablement dues à des cas aigus qui pourraient être difficiles à éradiquer complètement du fait des cas importés. Le nombre et le taux standardisé d'hospitalisations pour rachitisme carentiel ont sensiblement diminué entre 1997 et 2001 et sont relativement stables depuis 2002 (tableau 1 et graphique 1).

Le niveau de désagrégation régional ne peut pas être produit, compte tenu du très petit nombre de séjours enregistré. Il n'existe pas d'indicateur de comparaison dans les bases internationales. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

Le rachitisme carentiel est peu fréquent en France. En 2007, chez les personnes âgées de moins de 25 ans, 37 séjours ont été comptabilisés dans les unités de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

Après avoir sensiblement diminué entre 1997 et 2001, le taux standardisé d'hospitalisation pour ce motif est relativement stable depuis 2002.

TABLEAU 1 • Évolution des hospitalisations en MCO des personnes âgées de moins de 25 ans pour rachitisme évolutif entre 1997 et 2007

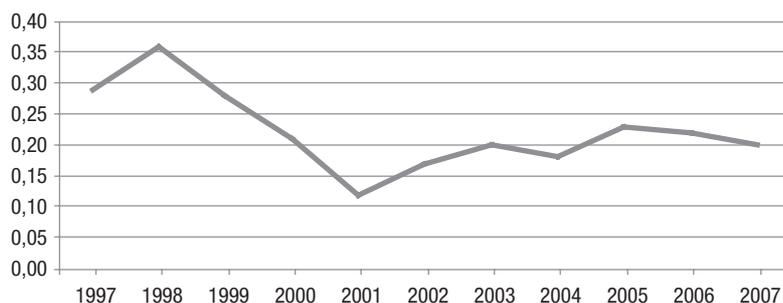
	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation*	Taux standardisé d'hospitalisation*
1997	53	0,27	0,29
1998	63	0,32	0,36
1999	52	0,27	0,28
2000	39	0,20	0,21
2001	23	0,12	0,12
2002	32	0,16	0,17
2003	37	0,19	0,20
2004	35	0,18	0,18
2005	43	0,22	0,23
2006	40	0,20	0,21
2007	37	0,19	0,20

* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et estimations localisées de population.

GRAPHIQUE 1 • Évolution du taux standardisé d'hospitalisation* en MCO des personnes âgées de moins de 25 ans pour rachitisme évolutif entre 1997 et 2007



* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et estimations localisées de population.

CHAMP • France entière, population âgée de moins de 25 ans.

SOURCES • Bases nationales PMSI-MCO (DHOS, ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant le code CIM10 E55.0 (rachitisme évolutif) en diagnostic principal. La population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (Eurostat, population Europe, IARC-1976).

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patients. Il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé. Ce taux d'exhaustivité, évalué en journées par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE), est en augmentation constante : il est passé de 94 % en 1998 à près de 100 % en 2007.

RÉFÉRENCE •

– INSERM, 1999, *Carences nutritionnelles. Étiologies et dépistage*, coll. « Expertise collective », INSERM, 333 p.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Sédentarité et inactivité physique (1)

L'objectif de la loi de santé publique de 2004 est une adaptation de celui du Programme national nutrition santé (PNNS). Il vise à **augmenter de 25 % la proportion de personnes, tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour, au moins 5 fois par semaine, pour atteindre 75 % chez les hommes et 50 % chez les femmes** à un horizon quinquennal. La description de l'activité physique peut reposer sur des mesures physiques objectives (accélérométrie, podométrie, etc.), mais leur coût et leurs contraintes d'utilisation amènent à utiliser des questionnaires reposant sur les données déclarées par les personnes dans les enquêtes en population. Les données présentées sont des données déclarées, issues de quatre enquêtes nationales conduites chez les adultes : le Baromètre santé 2005, l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007, l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA-2) 2006-2007 et le Baromètre santé nutrition 2008. Les résultats de ces études diffèrent mais ces variations ne peuvent être interprétées comme des évolutions de comportements, une grande part étant probablement attribuable aux différences méthodologiques entre ces enquêtes.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

La proportion de personnes qui déclarent faire au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour au moins 5 fois par semaine, correspond, selon les experts, soit aux personnes ayant une activité physique classée dans la catégorie « au moins modérée », soit à celles ayant une activité physique « élevée », dans la mesure où, pour apporter des bénéfices supplémentaires à la santé, cette activité minimum de 30 minutes doit être réalisée en plus des activités de faible intensité de la vie de tous les jours. C'est pourquoi ces deux niveaux sont détaillés ici.

Proportion de personnes ayant une activité physique de niveau « modéré » ou « élevé »

La proportion de personnes ayant une activité physique de niveau au moins « modéré » varie de façon importante selon les enquêtes : entre 6 et 8 adultes sur 10 auraient une activité physique de ce niveau, chez les hommes comme chez les femmes (tableau 1). Quelles que soient les enquêtes, la proportion d'individus pratiquant une activité physique au moins « modérée » est toujours un peu plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Ces proportions varient peu selon le niveau scolaire mais davantage selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) : ainsi, dans l'ENNS 2006-2007, 56 % des cadres pratiquaient une activité physique de niveau « modéré » ou « élevé » contre plus de 80 % des agriculteurs. Les variations régionales sont faibles : par exemple, d'après le Baromètre santé

2005, cette proportion variait entre 75 % dans la zone d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) Ouest et 81 % en région parisienne.

Proportion de personnes ayant une activité physique de niveau « élevé »

Selon les enquêtes, entre 27 % et 46 % des personnes interrogées pratiquent une activité physique de niveau « élevé » (tableau 1). Dans ces études, la proportion d'hommes pratiquant une activité physique « élevée » est supérieure à celle des femmes, les écarts les plus importants étant observés dans les Baromètres. Cette proportion diminue avec l'âge chez les hommes (sauf dans l'enquête INCA-2), tandis qu'elle est stable chez les femmes.

Malgré des niveaux de prévalence différents entre les études, on observe des variations importantes selon les PCS dans les différentes études (graphique 1) : les individus ayant des professions « manuelles » déclarent plus souvent une activité physique de niveau « élevé » que les autres, en particulier les cadres et professions intellectuelles. Dans l'ENNS 2006-2007, les hommes ayant un diplôme de niveau collège ou lycée pratiquaient plus souvent une activité physique de niveau « élevé » (35,5 % et 31,3 %) que ceux qui avaient un diplôme de niveau primaire (21,7 %) ou supérieur (22,3 %). La proportion de femmes pratiquant une activité physique à un niveau « élevé » diminuait, mais pas de façon significative, selon le diplôme (de 26,6 % à 21,6 %).

Dans le Baromètre santé 2005, les variations régionales étaient modérées, avec des proportions homogènes sur l'ensemble du territoire.

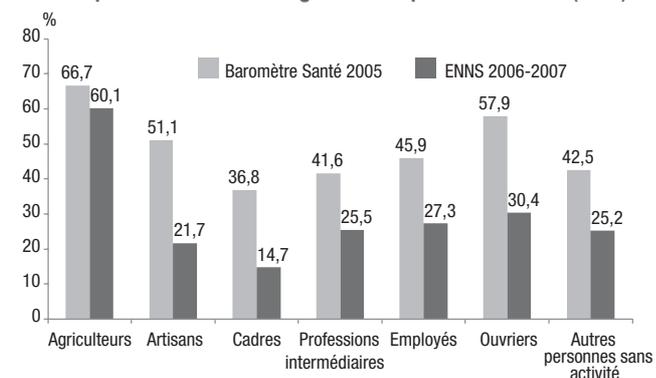
TABLEAU 1 • Pratique d'une activité physique de niveau « modéré » ou « élevé » selon le sexe et l'âge

	Hommes		Femmes	
	Niveaux « modéré » et « élevé »	Niveau « élevé »	Niveaux « modéré » et « élevé »	Niveau « élevé »
Baromètre santé 2005				
15-74 ans	80,4	52,1	78,2	39,5
15-24 ans	87,9	59,3	82,4	35,8
25-34 ans	81,6	51,7	80,2	39,1
35-44 ans	77,2	52,5	77,0	41,2
45-54 ans	76,8	51,3	77,2	40,8
55-64 ans	77,1	48,1	77,9	42,6
65-74 ans	81,0	46,7	72,7	37,3
Étude nationale nutrition santé 2006-2007				
18-74 ans	63,9	29,5	62,5	23,6
18-24 ans	71,9	36,5	59,2	22,7
25-34 ans	72,1	37,1	65,5	24,2
35-44 ans	61,3	26,0	59,8	22,7
45-54 ans	52,7	26,7	64,0	28,1
55-64 ans	67,7	30,6	61,5	20,7
65-74 ans	66,5	22,2	65,1	19,5
Enquête individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA-2)				
18-79 ans	76,9	48,4	73,9	41,3
18-34 ans	-	47,0	-	42,0
35-54 ans	-	48,7	-	41,6
55-79 ans	-	49,3	-	40,2
Baromètre santé nutrition 2008				
15-74 ans	71,4	51,7	62,7	33,9
15-24 ans	85,6	68,7	65,9	32,5
25-34 ans	74,5	57,2	60,6	32,3
35-44 ans	63,8	48,9	63,3	36,6
45-54 ans	63,0	43,0	56,3	30,1
55-64 ans	70,4	45,8	61,2	33,4
65-74 ans	72,5	43,2	72,7	40,7

Champ : France métropolitaine. Personnes âgées de 15 à 74 ans (baromètres), de 18 à 74 ans (ENNS) ou de 18-79 ans (INCA-2) vivant en foyer ordinaire.

Sources : Baromètre santé 2005 ; ENNS 2006-2007 ; Étude INCA-2 2006-2007 ; Baromètre santé nutrition 2008.

GRAPHIQUE 1 • Pratique d'une activité physique de niveau « élevé » selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS)



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 74 ans (baromètre Santé) ou de 18 à 74 ans (ENNS) vivant en foyer ordinaire.

Sources : Baromètre santé 2005 ; ENNS 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine, population âgée de 15 à 74 ans vivant en domicile ordinaire.

SOURCES • Baromètre santé 2005 et Baromètre santé nutrition 2008, INPES (enquêtes téléphoniques).

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Les indicateurs d'activité physique ont été construits à partir des déclarations des personnes interrogées sur la fréquence et la durée d'activité physique selon son intensité (marche, intensité modérée, intensité élevée). La version téléphonique courte du questionnaire IPAQ a été utilisée en 2005 et le GPAQ a été utilisé en 2008.

LIMITES • Le questionnaire IPAQ n'est pas validé chez les moins de 18 ans. Les DOM-TOM ne sont pas représentés. Les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées. La population d'étude est celle des personnes résidant en foyer ordinaire, excluant celles qui vivent en institutions.

BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur la pratique d'activité physique, surestimation des résultats de l'IPAQ et du GPAQ mise en évidence dans d'autres études. Le décompte des jours étant réalisé par type d'activité, la somme peut être supérieure ou égale à 7.

RÉFÉRENCES •

– Escalon H., Vuillemin A., Erpelding M.-L., Oppert J.-M., « Activité physique : entre sport et sédentarité », in Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), 2006, *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES, pages 241-266.

– Escalon H., Bossard C., Beck F. (sous la dir. de), 2009, *Baromètre santé nutrition 2008*, INPES, 424 p.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR

• INPES.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé (ENNS 2006-2007) : enquête en face à face.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Le questionnaire et l'utilisation des données sont identiques à ceux exposés pour le Baromètre santé, à l'exception du fait que le questionnaire IPAQ a été posé en face à face. Données pondérées et redressées.

LIMITES • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. Les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées. La population d'étude est celle des personnes résidant en foyer ordinaire, excluant celles vivant en institutions.

BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur la pratique d'activité physique, surestimation des résultats de l'IPAQ mise en évidence dans d'autres études.

RÉFÉRENCE •

– Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007, *Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*, Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre, 74 pages.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR

• Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Paris 13).

Sédentarité et inactivité physique (2)

La pratique d'une activité physique de niveau « élevé » était toutefois un peu moins fréquente dans la région parisienne que dans le reste de la France (42 % contre 47 %).

En 2002, une vague spécifique de l'Eurobaromètre a été réalisée dans 15 États membres. Selon cette étude, qui utilisait le même type de questionnaire (voir encadré), 24,1 % des adultes en France (19,5 % des femmes et 29,1 % des hommes) pratiquaient une activité physique de niveau « élevé », ce qui correspond à l'une des plus faibles fréquences observées en Europe.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion de personnes qui déclarent faire du sport habituellement

D'après le Baromètre santé 2005, 58 % des personnes âgées de 15 à 74 ans pratiquaient habituellement un sport. Parmi elles, 44 % déclaraient avoir eu une activité sportive dans les sept jours précédant l'interview.

Les hommes font davantage de sport que les femmes (62 % contre 54 %) et cette pratique tend à diminuer avec l'âge (graphique 2). On observe par ailleurs des variations importantes selon les PCS (graphique 3).

Par ailleurs, la proportion de personnes pratiquant habituellement un sport s'avère significativement plus faible dans le Nord et dans le bassin parisien (53 %) que dans le reste de la France (58 % et 59 % à champ constant). ●

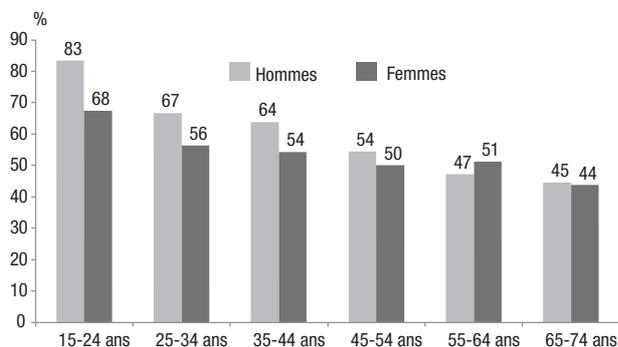
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (INVS – PARIS 13).

synthèse

Selon les enquêtes déclaratives en population générale réalisées depuis 2005, entre 6 et 8 adultes sur 10, hommes ou femmes, pratiquaient l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité au moins modérée au moins cinq fois par semaine. Ils étaient globalement entre 3 et 5 sur 10 à pratiquer une activité physique de niveau « élevé ».

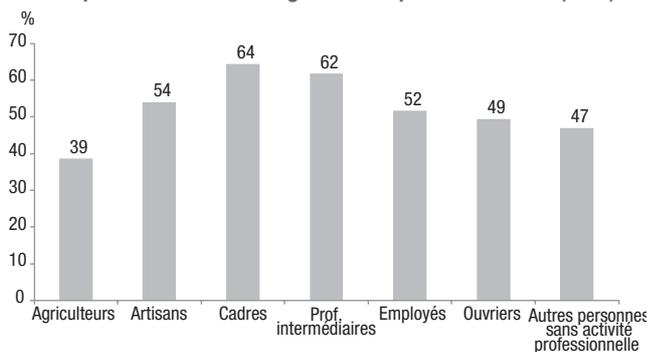
La prévalence de la pratique d'une activité physique varie selon son intensité, avec le sexe, l'âge et la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS), mais relativement peu selon la région ou le niveau de diplôme. La pratique habituelle d'une activité sportive varie également selon le sexe et la PCS: l'absence d'activité physique dans le cadre professionnel est donc probablement compensée dans le cadre des loisirs, chez les hommes notamment.

GRAPHIQUE 2 • Pratique d'un sport habituellement, selon le sexe et l'âge



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.
Sources : Baromètre santé 2005.

GRAPHIQUE 3 • Pratique d'un sport habituellement selon la profession et la catégorie socioprofessionnelle (PCS)



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 15 à 74 ans vivant en foyer ordinaire.
Sources : Baromètre santé 2005.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population adulte de 18 à 79 ans résidant en ménage ordinaire.

SOURCES • Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA-2), 2006-2007 : enquête en face à face.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Le questionnaire et l'utilisation des données sont identiques à ceux exposés pour le Baromètre santé, à l'exception du fait que le questionnaire IPAQ a été posé en face à face. Données pondérées et redressées.

LIMITES • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. Les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées. La population d'étude est celle résidant en foyer ordinaire, excluant les personnes vivant en institutions.

BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives : biais de déclaration sur la pratique d'activité physique, surestimation des résultats de l'IPAQ mise en évidence dans d'autres études.

RÉFÉRENCE •

– Lafay L. (sous la dir. de), 2009, *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (Inca 2, 2006-2007)*, AFSSA, juillet, 225 pages.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Observatoire des consommations alimentaires – Épidémiologie nutritionnelle (AFSSA).

LES QUESTIONNAIRES IPAQ (INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE) ET GPAQ (GLOBAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE)

Ces questionnaires fournissent une description globale de l'activité physique en recueillant des informations sur la fréquence (nombre de jours) et la durée des activités physiques d'intensité élevée et celles d'intensité modérée.

La version courte de l'IPAQ (utilisée dans le Baromètre santé, l'ENNS et l'étude INCA-2) ne distingue pas les circonstances dans lesquelles ces activités sont exercées, tandis que le GPAQ (utilisé dans le Baromètre santé nutrition) permet de recueillir ces informations dans trois situations distinctes : travail (activité professionnelle, rémunérée ou non, travail ménager et d'entretien à domicile), déplacement et loisirs.

L'ensemble de ces informations sur la fréquence, la durée et l'intensité de l'activité physique permet de classer les personnes dans des catégories d'activités physiques : niveaux « bas », « modéré » ou « élevé » selon un mode de calcul équivalent pour l'IPAQ et le GPAQ.

Le niveau modéré est défini par une pratique d'activité physique se rapportant à l'un des trois critères suivants :

- trois jours ou plus par semaine d'une activité physique intense au moins 20 minutes par jour ;
- ou cinq jours ou plus par semaine d'une activité physique modérée ou de marche pendant au moins 30 minutes par jour ;
- ou cinq jours ou plus par semaine d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 600 MET-min/semaine.

L'indicateur correspondant au niveau « élevé » est défini par la pratique d'une activité physique se rapportant à l'un des deux critères suivants :

- trois jours ou plus par semaine d'activité intense entraînant une dépense énergétique d'au moins 1 500 MET-min./semaine ;
- ou sept jours ou plus par semaine d'une combinaison de marche, d'activité modérée ou intense, entraînant une dépense énergétique d'au moins 3 000 MET-min./semaine.

RÉFÉRENCE •

– IPAQ, 2005, *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms*. <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>

Consommation de fruits et légumes (1)

L'augmentation de la consommation de fruits et légumes est l'un des neuf objectifs nutritionnels prioritaires de la loi de santé publique de 2004 et du Programme national nutrition santé (PNNS) : il s'agit de **réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes d'au moins 25 %, pour atteindre une prévalence inférieure ou égale à 45 %** à un horizon quinquennal.

Dans le PNNS, un « petit consommateur » de fruits et légumes est défini comme consommant quotidiennement moins de 1,5 portion de fruits et moins de 2 portions de légumes (pomme de terre exclue).

Les enquêtes de consommations alimentaires individuelles, l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA-2) et l'Étude nationale nutrition santé (ENNS), permettent de décrire les proportions d'adultes et d'enfants ayant ces niveaux de consommation en 2006-2007, à partir de données recueillies en grammes/jour. Ces deux études décrivent également la consommation de moins de 3,5 portions de fruits et légumes.

L'estimation de la part de la population consommant moins de 5 fruits ou légumes par jour a été retenue comme indicateur complémentaire, en cohérence avec le repère de consommation du PNNS. Le Baromètre santé nutrition permet quant à lui de décrire la proportion d'individus déclarant avoir consommé moins de 5 fois des fruits et des légumes la veille de l'enquête. Un autre indicateur complémentaire, issu de la comptabilité nationale, permet de mesurer l'évolution des achats de fruits et légumes.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de personnes déclarant consommer moins de 3,5 portions de fruits et légumes par jour

Les résultats des deux enquêtes de consommation alimentaires individuelles en population sont proches. D'après l'enquête INCA-2, 34 % des adultes de 18-79 ans consommaient moins de 3,5 portions de fruits et légumes par jour (35 % des hommes et 33 % des femmes). Selon l'ENNS, c'était le cas de 35 % des adultes de 18-74 ans (37 % des hommes et 33 % des femmes).

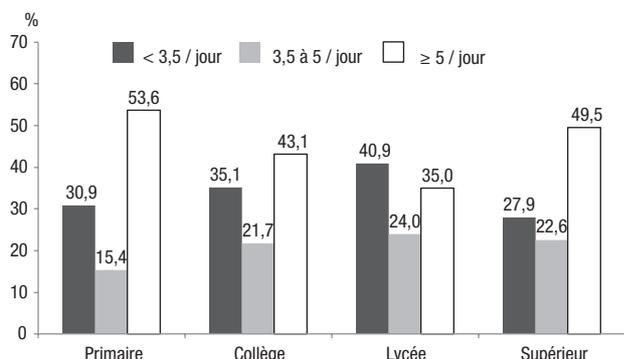
Chez les hommes comme chez les femmes, ces proportions diminuent fortement avec l'âge : elles passaient de 61 % chez les adultes de 18-24 ans à 15 % chez ceux de 65-79 ans, selon l'étude INCA-2. Les consommations varient également selon le niveau d'études (graphique 1) et la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) [graphique 2]. Ces variations peuvent être liées aux différences d'habitudes alimentaires selon les contextes sociaux et éducatifs, à l'accessibilité de ce type d'aliments selon les moyens financiers des personnes, ainsi qu'à un effet de génération.

Une analyse spécifique réalisée dans le cadre de l'étude INCA-2 a montré que, si la consommation de jus de fruits ou de légumes est limitée à une portion par jour maximum, la

proportion d'adultes consommant moins de 3,5 portions de fruits et légumes par jour passe de 34 % à 42 % (43 % chez les hommes et 41 % chez les femmes).

L'analyse des consommations de fruits et de légumes pris séparément fait également apparaître des variations entre ces deux groupes d'aliments. D'après l'ENNS, 40 % des hommes et 33 % des femmes consommaient moins de 1,5 portion de fruits par jour (INCA-2 : 34 % des hommes et 31 % des femmes). Les petits consommateurs de légumes (moins de 2 portions par jour) étaient 48 % chez les hommes et 43 % chez les femmes dans l'ENNS (INCA-2 : 50 % des hommes et 48 % des femmes). Les deux études montrent que la faible consommation de fruits et légumes diminue avec l'âge, particulièrement pour les légumes : les jeunes adultes comptent en effet beaucoup de petits consommateurs de légumes (ENNS : 71 % des 18-29 ans ; INCA-2 : 84 % des 18-24 ans). Globalement, les variations de consommation sont plus importantes pour les légumes que pour les fruits, que l'on considère le niveau d'études dans l'ENNS (graphique 3) ou la PCS dans l'étude INCA-2 (graphique 4). D'après les données de consommation individuelles disponibles, la faible consommation de fruits et légumes semble diminuer depuis le début des années 2000, chez les hommes comme chez les femmes.

GRAPHIQUE 1 • Proportion d'adultes consommant moins de 3,5 fruits et légumes par jour et plus de 5 par jour selon le niveau d'études



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en domicile ordinaire.
Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population adulte âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire, contactée aléatoirement d'après des listes téléphoniques fixes et de portables.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Consommations alimentaires recueillies par trois rappels des 24 heures répartis sur deux semaines, avec un relevé des aliments (y compris aliments composés) et des quantités consommées. Estimation de la moyenne journalière des apports en fruits et en légumes (g/j). Portion : 80 grammes. Exclusion des sujets sous-évaluant leurs apports énergétiques par rapport à leurs besoins estimés. Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions. Biais des enquêtes déclaratives (surestimation possible des apports en aliments connus positivement).

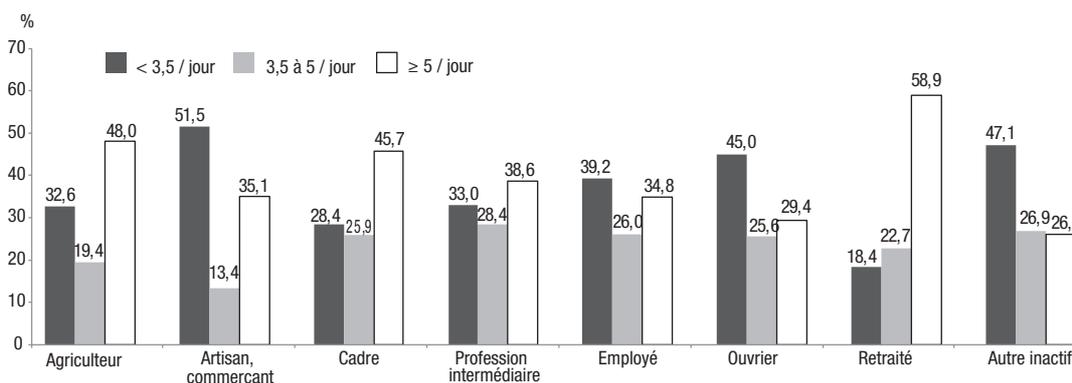
RÉFÉRENCE •

– Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007, *Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*, Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre, 74 pages.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

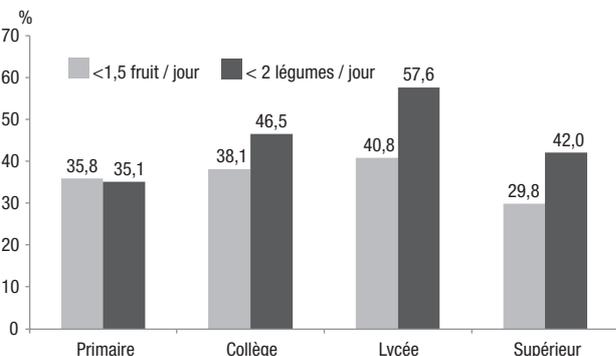
DE L'INDICATEUR • Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS – Paris 13).

GRAPHIQUE 2 • Proportion d'adultes consommant moins de 3,5 fruits et légumes par jour et plus de 5 par jour selon la PCS



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 79 ans vivant en domicile ordinaire.
Sources : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA-2), 2006-2007.

GRAPHIQUE 3 • Proportion d'adultes consommant moins de 1,5 fruit par jour et moins de 2 légumes par jour selon le niveau d'études



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en domicile ordinaire.
Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population adulte de 18 à 79 ans résidant en ménage ordinaire, contactée aléatoirement sur la base du recensement INSEE 1999 et les bases de logements neufs construits jusqu'en 2004.

SOURCES • Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA-2), 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Recueil des consommations des individus de l'échantillon par un carnet alimentaire de 7 jours (identification des aliments et quantification à l'aide d'un cahier photo). Estimation de la moyenne journalière des apports en fruits et en légumes (g/j). Portion : 80 grammes. Exclusion des sujets sous-évaluant leurs apports énergétiques par rapport à leurs besoins estimés. Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institutions. Biais des enquêtes déclaratives (surestimation possible des apports en aliments connus positivement).

RÉFÉRENCE •

– Lafay L. (sous la dir. de), 2009, *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA-2, 2006-2007)*, AFSSA, juillet, 225 pages.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Observatoire des consommations alimentaires - Épidémiologie nutritionnelle (AFSSA).

Consommation de fruits et légumes (2)

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportion de personnes déclarant avoir consommé moins de 5 portions de fruits ou légumes par jour

D'après l'ENNS, 57 % des adultes, hommes et femmes, consommaient moins de 5 portions de fruits et légumes par jour (58 % des hommes et 59 % des femmes dans l'étude INCA-2). Là encore, on note des variations importantes selon l'âge : chez les individus de 18-29 ans, 79 % des hommes et 76 % femmes consommaient moins de 5 fruits et légumes par jour, contre 34 % des hommes et 39 % des femmes de 55-74 ans (ENNS). Le niveau d'études (graphique 1) ou la PCS (graphique 2) sont également des facteurs de variation importants de la consommation de fruits et légumes.

Par ailleurs, comme précédemment, lorsque le nombre de jus est limité à un par jour, la proportion d'adultes consommant moins de 5 fruits et légumes augmente : elle passe de 59 % à 67 % dans l'étude INCA-2 (66 % des hommes et 67 % des femmes). Enfin, si l'on compare les études INCA-1 (1998-1999) et INCA-2 (2006-2007), on constate une augmentation des consommations moyennes de fruits et légumes (en g/jour), chez les hommes (+6,3 %) comme chez les femmes (+14,1 %).

Proportion de personnes déclarant avoir consommé moins de 5 fois des fruits ou légumes la veille de l'enquête

D'après le Baromètre santé nutrition 2008, 88 % des personnes de 12 à 75 ans déclaraient avoir consommé des fruits ou des légumes (jus exclus) moins de 5 fois la veille de l'enquête. Cette proportion était légèrement plus élevée chez les hommes (89 %) que chez les femmes (87 %) et plus faible chez les 55-75 ans (graphique 5). Les consommations varient également selon les régions (tableau 1) : le Nord - Pas-de-Calais (et le Bassin parisien chez les hommes) comprenaient, en proportion, davantage de consommateurs déclarant avoir

consommé moins de 5 fois des fruits et légumes la veille de l'enquête que le Sud-Ouest et le Sud-Est.

En complément de cet indicateur, le Baromètre santé nutrition 2008 fournit des résultats sur le pourcentage d'individus ayant consommé moins de 2 fois, la veille de l'enquête, des fruits et des légumes, pris séparément. Concernant les fruits, 76 % des hommes et 69 % des femmes ont déclaré être dans cette situation. Ces proportions étaient respectivement de 48 % et 42 % concernant les légumes.

Après calibration sur la structure de la population de 2002, les évolutions de ces indicateurs peuvent être appréciées en comparant les résultats du Baromètre santé nutrition 2002 à ceux de 2008. D'après ces données, la part des individus déclarant consommer moins de 5 fois des fruits et légumes la veille a diminué, passant de 90 % en 2002 à 88 % en 2008. Cette diminution est significative chez les hommes (de 92 % à 89 %) mais pas chez les femmes (87 %). Des évolutions plus importantes ont été relevées pour la faible consommation de fruits (de 76 % en 2002 à 72 % en 2008 chez les personnes de 12-75 ans déclarant en consommer moins de 2 fois par jour) et celle de légumes (de 49 % en 2002 à 44 % en 2008).

Achats de fruits et légumes par personne et par an

D'après les données de la comptabilité nationale (INSEE, consommations apparentes), une personne achetait en moyenne 63,1 kg de fruits en 2007, contre 62,3 kg en 2000. Ces valeurs comprennent les fruits frais, qui représentaient plus de 90 % des volumes en 2007, ainsi que les compotes et les fruits en sirop (hors jus de fruits, fruits secs et confitures). Il faut noter que ces valeurs n'incluent pas les pertes, liées à la préparation notamment. Les achats de jus de fruits et nectars sont passés quant à eux de 20,0 litres à 27,2 litres par personne entre 2000 et 2007 (+36 %). Au cours des années 2000, les achats de fruits ont connu un maximum en 2004 (67,5 kg par personne), avant de diminuer à nouveau (66,5 kg en 2005 et 65,3 kg en 2006).

Les achats de légumes (hors pommes de terre et légumes secs) sont passés de 123,2 kg par personne en 2000 à 121,0 kg en 2007 (-9 %). Les achats de légumes frais ont diminué de plus de 5 % (90,1 kg en 2000 contre 85,9 kg en 2007), mais les achats de légumes surgelés (6,9 kg en 2000 contre 7,3 kg en 2007) et en conserve (26,3 kg contre 27,8 kg) ont augmenté de 6 %.

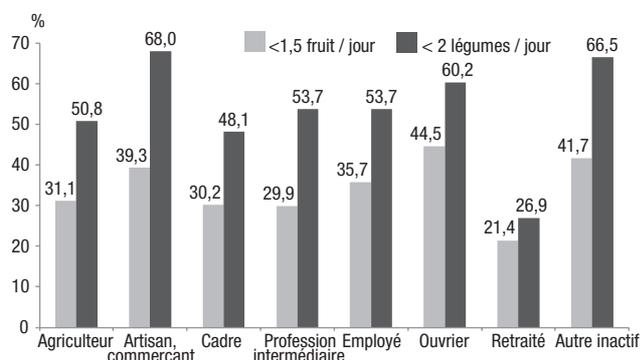
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (INVS – PARIS 13).

synthèse

En 2006-2007, un tiers des adultes étaient de « petits consommateurs » et consommaient moins de 3,5 fruits et légumes par jour et près de 60 %, moins de 5 par jour, seuil correspondant au repère de consommation du PNNS. Si ces fréquences diffèrent relativement peu selon le sexe, elles varient très fortement selon l'âge (les plus jeunes étant très souvent de petits consommateurs de fruits et légumes), le niveau d'études ou la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS). Des analyses spécifiques ont montré que les disparités de consommation concernaient plus les légumes que les fruits.

D'après les données de consommation individuelles disponibles, la faible consommation de fruits et légumes semble diminuer depuis le début des années 2000, chez les hommes comme chez les femmes. Pour cette période, les données de la comptabilité nationale confirment une augmentation des achats de fruits mais pas de ceux de légumes, ce qui est principalement dû à une diminution des achats de légumes frais. Ces évolutions demandent à être confirmées sur le moyen terme, avec une exploration notamment du type de fruits et légumes pour lesquels la consommation augmente.

GRAPHIQUE 4 • Proportion d'adultes consommant moins de 1,5 fruit par jour et moins de 2 légumes par jour selon la PCS



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 12 à 79 ans vivant en domicile ordinaire.
Sources : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA-2), 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine, population âgée de 12 à 75 ans vivant en domicile ordinaire, contactées aléatoirement d'après des listes téléphoniques fixes et portables (en 2008). Inclusion également des individus de foyers en dégroupage total en 2008.

SOURCES • Baromètre santé nutrition, 2002 et 2008, INPES.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Les indicateurs ont été construits à partir des déclarations des personnes interrogées sur ce qu'elles ont mangé la veille de l'interview. Le nombre de fois où un aliment du groupe « fruits et légumes » a été consommé dans la journée a ensuite été calculé, un repas pouvant en comporter plusieurs. Données pondérées et redressées.

LIMITES • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. Les personnes ne parlant pas le français ne sont pas interrogées. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution. Le recueil ne porte que sur la veille de l'entretien, sans relevé des quantités consommées, le recueil étant réalisé en février et mars de l'année d'enquête. Les fréquences de consommation relevées sont ainsi nettement inférieures à celles issues des études INCA-2 et ENNS.

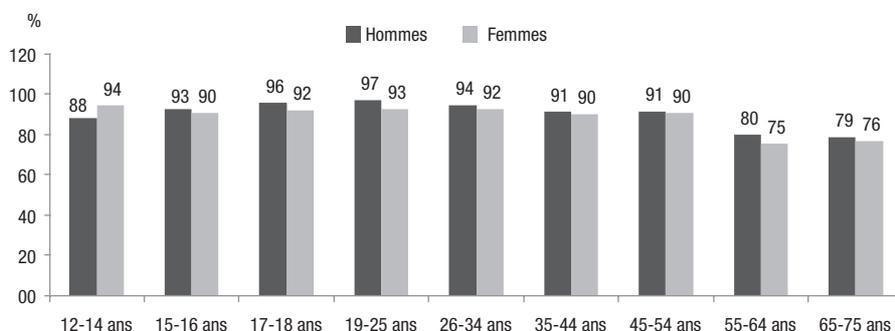
BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives: biais de déclaration sur la consommation de fruits et légumes.

RÉFÉRENCES •

- Guilbert P., Perrin-Escalon H. (sous la dir. de), 2004, *Baromètre Santé nutrition 2002*, INPES, 259 p.
- Escalon H., Bossard C., Beck F. (sous la dir. de), 2009, *Baromètre santé nutrition 2008*, INPES, 424 p.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

GRAPHIQUE 5 • Proportion de personnes ayant consommé des fruits et légumes 5 fois ou moins la veille de l'enquête



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 12 à 75 ans vivant en domicile ordinaire.
Sources : Baromètre santé nutrition, 2008.

TABLEAU 1 • Proportion de personnes ayant consommé des fruits et légumes moins de 5 fois la veille de l'enquête selon la région de résidence

Région	Hommes (%)	Femmes (%)
Île-de-France	90,4	90,1
Bassin parisien Est	91,5	88,6
Bassin parisien Ouest	93,2	87,2
Nord - Pas-de-Calais	94,1	95,9
Est	91,4	88,1
Ouest	89,6	85,2
Sud-Ouest	84,9	84,6
Sud-Est	85,0	82,3
Méditerranée	87,2	84,4

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 12 à 75 ans vivant en domicile ordinaire.
Sources : Baromètre santé nutrition, 2008.

Sel dans l'alimentation

L'excès de sel (chlorure de sodium) dans l'alimentation est un facteur de risque important de l'hypertension artérielle et des maladies cardiovasculaires. L'objectif de la loi de santé publique de 2004 est de **parvenir à une consommation moyenne de sel inférieure à 8 g par jour par personne à un horizon quinquennal**. Deux groupes de travail de l'AFSSA ont émis en 2002 des recommandations sur la consommation de sel. En janvier 2002, un premier rapport, *Sel: évaluation et recommandations*, a préconisé de réduire l'apport sodé moyen de 20% en cinq ans (environ 4% par an), pour atteindre un apport moyen de 7 g à 8 g par jour – la consommation moyenne étant estimée entre 9 g et 10 g par jour –, et « d'avoir un impact en terme de réduction, de la prévalence des consommations supérieures à 12 g par jour ». En mai 2002, un second groupe de travail *Rapport sel: détermination d'une valeur repère de consommation* propose une « valeur repère retenue de 8 g de sel par jour ».

Le programme national nutrition santé (PNNS) a ajouté cet objectif à la liste des objectifs prioritaires en population générale. L'OMS et d'autres pays européens (Royaume-Uni) ont proposé l'objectif d'une consommation habituelle de sel de 6 g par jour.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Consommation de sel moyenne dans la population, estimée par enquête de consommation alimentaire¹

Les données publiées au niveau national portent uniquement sur la consommation individuelle de sel provenant des aliments, sans prendre en compte le sel ajouté à table (salière), même si les études nationales INCA-2 et ENNS intègrent des questionnaires sur les ajouts de sel à domicile². La mesure de la consommation de sel repose sur la combinaison des données de consommation alimentaire au niveau individuel avec des données de teneur en sel des aliments. La table de composition nutritionnelle CIQUAL 2008 de l'AFSSA porte sur 1274 aliments. Pour le sel, l'élaboration de cette table de composition s'est appuyée sur un échantillonnage et une analyse chimique spécifique des 33 groupes d'aliments les plus contributeurs aux apports quotidiens en sel (400 références analysées). Cette étude a été menée conjointement par l'AFSSA et l'INC et a été complétée par des données issues de la littérature scientifique ou des industriels. Dans l'étude individuelle et nationale sur les consommations alimentaires (INCA-2, 2006-2007) auprès de 1918 adultes de 18 à 79 ans représentatifs de la population métropolitaine, les consommations moyennes (hors sel ajouté) étaient de 8,7 g/jour chez les hommes et de 6,7 g/jour chez les femmes (tableau 1). Ces consommations ne varient pas selon les régions ou l'âge.

Par rapport à l'étude INCA-1 de 1998-1999 de méthodologie identique, les apports ont diminué de manière modérée (respectivement 8,1 g/j et 7,7 g/j pour les hommes et femmes).

La part des consommateurs dont les apports sodés provenant des aliments étaient supérieurs à 12 g/j a diminué entre INCA-1 et INCA-2, passant de 15,8% à 10,5% chez les hommes et de 4,7% à 1,7% chez les femmes. Cette évolution est liée à la baisse des teneurs moyennes en sel de différents groupes d'aliments entre la table de composition utilisée pour l'étude INCA-1 et celle utilisée pour l'étude INCA-2. Les diminutions concernent notamment les céréales de petit-déjeuner (-23%), les soupes de légumes (-20%) et les plats composés (-14%). Cependant, les teneurs en sel varient fortement au sein de chaque catégorie d'aliments, par exemple de 1,5% à 5% de la matière sèche pour les fromages fondus, ce qui témoigne d'un potentiel de réduction pour les produits les plus salés de ces catégories. Les principaux groupes d'aliments apportant du sel sont le pain et la panification sèche (25%) et les charcuteries (11%). À cette moyenne de 7,7 g de sel provenant des aliments, on peut ajouter les achats de sel utilisés à domicile, estimés en 2002 à 2,2 g/j par le panel Sécodip.

Cependant, la totalité de ce sel n'est pas réellement consommée (pertes dans les eaux de cuisson, etc.). Les ajouts individuels de sel peuvent être estimés à 1 g/j et 2 g/j en moyenne, ce

qui correspondrait à des apports totaux moyens entre 8,7 g/j et 9,7 g/j (à comparer à un objectif de 8 g/j). Dans l'ENNS 2006-2007, la moyenne des apports en sel par les aliments, estimée au moyen de trois rappels de 24 heures non consécutifs, est de 9,9 g/j chez les hommes et de 7,0 g/j chez les femmes de 18 à 74 ans (tableau 2), soit un peu plus que dans l'étude INCA-2. Chez les femmes, les apports des 18-34 ans sont un peu plus faibles que chez les 35-54 ans et les 55-74 ans. Par ailleurs, 25,6% des hommes et 2,8% des femmes ont des apports en sel supérieurs à 12 g/j.

D'autres études régionales basées sur la natriurèse de 24 heures ont été réalisées, pour une population de consultation hospitalière en région parisienne³ et une population de volontaires en Languedoc-Roussillon⁴. En région parisienne, 12% des personnes consommaient plus de 12 g/j. En Languedoc-Roussillon, 40% des hommes et 20% des femmes dépassaient une consommation de 10 g/j et la consommation moyenne s'élève à 9,7 g/j chez les hommes et 7,4 g/j chez les femmes. D'après l'étude internationale Intersalt en 1988, les apports moyens mesurés par natriurèse de 24 heures varient entre 8,6 g/j et 14 g/j chez les hommes selon les villes et les pays participants et entre 6,9 et 9,8 g/j chez les femmes. La France n'a pas participé à cette étude. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS (AFSSA).

1. Méthode validée par rapport à la natriurèse (élimination du sodium ou sel dans les urines) de 24 heures.
2. Ces questionnaires n'ont pas encore été complètement exploités.
3. Ménard J., 2002, « Étude sur la natrémie de 24 heures, réalisée sur une population des sujets hospitalisés », in AFSSA, *Rapport sel: évaluation et recommandations*, p. 16-17.
4. Du Cailar G., Mimra A., Fesler P., Blacher J., Safar M.-E., 2003, « Dietary sodium ad pulse pressure in normotensive and essential hypertensive subjects », *American Journal of Hypertension*, vol. 16, 5 51, May: 105.

synthèse

Selon plusieurs études convergentes, la consommation moyenne de sel en France était de l'ordre de 9 g/l à 10 g/j autour de l'an 2000. La comparaison des études INCA-1 et INCA-2 montre que les apports en sel provenant de l'alimentation (hors sel ajouté à domicile) ont diminué de 5% entre 1999 et 2006 (8,7 g/j chez les hommes et 6,7 g/j chez les femmes). L'objectif d'un niveau moyen de consommation de 8 g/j n'est donc pas encore atteint, les apports moyens totaux en sel pouvant être estimés à 8,7 et 9,7 g/j. Le renouvellement des études INCA et ENNS, couplé à l'actualisation régulière des tables de composition en sel des aliments, permettra de suivre l'évolution dans le temps des apports quotidiens en sel moyens en France.

TABLEAU 1 • Évolution des apports moyens en sel provenant des aliments selon les études INCA

	Effectifs de l'étude INCA-1	Effectifs de l'étude INCA-2	Apports moyens en sel en g/j (INCA-1)	Apports moyens en sel en g/j (INCA-2)	Écart en %
Hommes	613	839	9,3	8,7	-6,6
Femmes	732	1079	6,9	6,7	-4,1
Ensemble	1345	1918	8,1	7,5	-5,2

Champ : Adultes de 18 à 79 ans. France entière.

Sources : INCA1 (1998-1999), INCA-2 (2006-2007).

TABLEAU 2 • Apports en sel chez les adultes selon l'étude ENNS 2006 (en g/j)

	Hommes	Femmes	Ensemble
18-34 ans	9,6	6,7	8,1
35-54 ans	10,1	7,1	8,6
55 ans ou plus	10	7,1	8,5
Ensemble	9,9	7	8,4

Champ : Population de 18 ans ou plus. France entière.

Sources : ENNS 2006.

CHAMP • France entière, population de 18 ans et plus.

SOURCES • Études de consommation alimentaire INCA-1 (1999) et INCA-2 (2006-2007) et ENNS 2006-2007 ; tables de composition en sel des aliments CIQUAL (pour les études INCA-1 et INCA-2).

LIMITES • L'échantillonnage de l'étude INCA-1 a été réalisé selon la méthode des quotas. Les résultats des études présentés ici ne portent que sur les apports en sel provenant des aliments tels que consommés : les ajouts de sel à domicile (salière) ne sont donc pas pris en compte à ce stade.

RÉFÉRENCES •

- AFSSA, 2002, *Rapport sel : évaluation et recommandations*, 200 p. <http://www.afssa.fr/>
- Lafay L., 2007, *Évolution et origine des apports en sel chez les adultes : résultats de l'étude INCA 2*, <http://www.afssa.fr/>
- InVS, 2007, *Étude nationale nutrition santé ENNS, 2006. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*, 74 pp. <http://www.invs.sante.fr/>

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA).

Surpoids et obésité chez l'enfant

En France, les prévalences de l'obésité et du surpoids chez les enfants ont augmenté de manière forte et continue jusqu'au début des années 2000. La loi de santé publique de 2004 a repris l'un des neuf objectifs prioritaires du Programme national nutrition santé (PNNS), lancé en 2001. Il s'agit d'**interrompre l'augmentation des prévalences d'obésité et de surpoids chez les enfants.**

L'indicateur de référence pour la description de la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC : poids en kg/taille² en m). Compte tenu de l'évolution physiologique de la corpulence au cours de la croissance, de façon différente chez les garçons et les filles, les valeurs de référence de l'IMC sont définies pour chaque âge et sexe, afin d'identifier notamment les enfants en surcharge pondérale. Les courbes de corpulence de l'International Obesity Task Force (IOTF) ont été retenues pour décrire cet indicateur, car elles permettent de distinguer surpoids et obésité au sein de la surcharge pondérale.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en grande section de maternelle, CM2 et troisième

Dans l'enquête réalisée en milieu scolaire en 2005-2006 auprès des enfants de grande section de maternelle (5-6 ans), 9,1 % des enfants examinés étaient en surpoids et 3,1 % étaient obèses. À ces âges, les filles étaient plus fréquemment en surpoids (10,6 %) que les garçons (7,6 %), tandis que les prévalences d'obésité étaient proches (3,3 % et 2,9 % respectivement). Les enquêtes réalisées en CM2 en 2004-2005 et en classe de troisième en 2003-2004 ont montré que 16,0 % des enfants de 10-11 ans et 12,4 % des adolescents de 14-15 ans étaient en surpoids et que respectivement 3,7 % et 4,3 % étaient obèses. À ces âges, les éventuelles différences selon le sexe ne sont pas significatives (tableau 1).

Dans toutes ces enquêtes, les enfants en surcharge pondérale sont proportionnellement plus nombreux parmi ceux qui sont scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) que chez les autres. Ces résultats reflètent les disparités sociales. Ainsi, les prévalences de l'obésité sont toujours plus importantes parmi les enfants dont le père est ouvrier que parmi ceux dont le père est cadre (tableau 2).

On observe également des variations géographiques : les prévalences d'obésité sont parmi les plus élevées pour toutes les classes d'âges dans les zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) du Nord et des départements d'outre-mer (DOM), ainsi que dans celle de l'Est pour les élèves de troisième et de grande section de maternelle (tableau 3).

Chez les élèves de troisième, l'évolution mesurée à champ géographique constant témoigne d'une stabilisation de la prévalence de la surcharge pondérale entre 2000 et 2003 (16,5 % et

16,2 %), tout comme celle de l'obésité, dont l'augmentation n'est pas significative (3,8 % et 4,3 %). De même, les proportions d'enfants de CM2 en surcharge pondérale n'ont pas varié de manière significative entre 2001-2002 (19,9 %, dont 4,1 % d'obèses) et 2004-2005 (19,7 %, dont 3,7 % d'obèses). Enfin, chez les enfants de grande section de maternelle, les prévalences du surpoids et de l'obésité ont diminué entre 1999-2000 (10,5 % de surpoids modéré et 3,9 % d'obésité) et 2005-2006 (9,1 % et 3,1 %).

Si globalement, la prévalence du surpoids et de l'obésité s'est stabilisée, voire a légèrement reculé chez les plus jeunes, les évolutions diffèrent sensiblement selon la catégorie sociale. Ainsi la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de CM2 dont le père est cadre ou de profession intellectuelle supérieure a diminué entre 2001-2002 (12,8 %, dont 1,3 % d'obèses) et 2004-2005 (7,4 %, dont 0,6 % d'obèses). À l'inverse, chez les enfants dont le père est ouvrier, la prévalence de la surcharge pondérale est restée stable (23,3 % en 2001-2002 et 24,5 % en 2004-2005) et la prévalence de l'obésité a augmenté, passant de 5,1 % à 6,1 % pour la même période. L'écart entre les cadres et les ouvriers s'est accru : les ouvriers comptent ainsi dix fois plus d'enfants obèses que les cadres, contre quatre fois plus en 2002.

Pour les élèves de grande section de maternelle, pour lesquels les informations sur la profession du père n'étaient pas disponibles en 1999-2000, l'évolution des disparités a été approchée en comparant les élèves scolarisés en ZEP aux autres : alors que la prévalence de l'obésité est restée stable en ZEP entre 1999-2000 et 2005-2006 (de 5,6 % à 5,0 %), elle a significativement diminué, passant de 3,6 % à 2,8 % hors ZEP. Pour la surcharge pondérale, les proportions sont respectivement passées de 17,5 % à 16,1 % en ZEP contre 13,8 % à 11,6 % hors ZEP (baisses significatives).

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité en CE1 et CE2

Chez les enfants de 7 à 9 ans qui étaient en CE1 ou CE2 en 2007, 18,4 % présentaient une surcharge pondérale, dont 3,8 % une obésité. Ces résultats étaient comparables chez les garçons et les filles et ne variaient pas selon l'âge. Comme précédemment, les proportions d'enfants en surpoids ou obèses sont restées stables entre 2000 et 2007 : à couverture géographique constante, la fréquence du surpoids incluant l'obésité est passée de 18,1 % (dont 3,8 % d'obésité) à 15,8 % (dont 2,8 %), les différences n'étant pas significatives. En 2007, les enfants dont le père était cadre étaient les moins concernés par le surpoids (hors obésité) et les enfants dont le père était agriculteur les plus touchés. Concernant l'obésité, les enfants dont le père était ouvrier étaient ceux qui présentaient la prévalence la plus élevée. Cette hiérarchie était également observée en 2000.

Prévalences de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité des adolescents de 17 ans

L'enquête Escapad fournit des données complémentaires sur la prévalence de la surcharge pondérale chez les adolescents (17-18 ans). Conduite en 2008 auprès de 38 000 personnes, sur la base de données auto-déclarées, cette enquête met en évidence des prévalences de surpoids et d'obésité inférieures à celles observées dans les études comportant des données anthropométriques mesurées. D'après l'enquête Escapad, 7,1 % des adolescents de 17-18 ans seraient en surpoids et 1,3 % seraient obèses. En 2003, ces valeurs étaient de respectivement 4,7 % et 1,1 %. Tout en gardant à l'esprit la sous-estimation des prévalences dans cette enquête¹, des variations sociales et géographiques sont observées : par exemple 3,1 % des enfants sortis du système scolaire seraient en surpoids, contre 1,2 % de ceux scolarisés en filière classique ; ou encore 10,2 % des enfants seraient en surpoids en Haute-Normandie contre 5,8 % en Limousin. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (InVS – PARIS 13).

1. La prévalence de la surcharge pondérale était estimée à 17 % et celle de l'obésité à 4 % chez les 18-24 ans en 2009, dans l'enquête Obépi où le poids et la taille sont auto-mesurés.

TABLEAU 1 • Prévalence de la surcharge pondérale, du surpoids et de l'obésité chez les enfants scolarisés (en %)

	Dernière année de recueil	Sexe	Surcharge pondérale (%)	Surpoids (%)	Obésité (%)
Grandes sections de maternelle (5-6 ans)	2005-2006	Ensemble	12,2	9,1	3,1
		Garçons	10,5	7,6	2,9
		Filles	13,8	10,6	3,3
Classes de CE1 et CE2 (7-9 ans)	2007	Ensemble	18,4	14,6	3,8
		Filles	17,4	13,4	4,0
Classes de CM2 (10-11 ans)	2004-2005	Ensemble	19,7	16,0	3,7
		Filles	19,1	15,6	3,5
Classes de troisième (14-15 ans)	2003-2004	Ensemble	16,8	12,4	4,4
		Garçons	17,5	12,7	4,8
		Filles	16,0	12,1	3,9

Champ : France entière pour les enquêtes triennales en milieu scolaire (grandes sections, CM2 et troisième), France métropolitaine pour l'enquête chez les CE1 et CE2.
Sources : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire pour les classes de grandes sections de maternelle (2005-2006), de CM2 (2004-2005) et de troisième (2003-2004). Enquête Surpoids et obésité des enfants de 7 à 9 ans. Références : courbes de corpulence de l'IOTF.

TABLEAU 2 • Prévalence du surpoids et de l'obésité selon la catégorie socioprofessionnelle du père (en %)

	Grandes sections de maternelle 2005-2006		Classes de CM2 2004-2005		Classes de troisième 2003-2004	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Cadres ^a	7,4	1,2	6,8	0,6	8,5	1,4
Professions intermédiaires	8,7	2,0	16,1	2,0	9,1	3,9
Agriculteurs	9,5	2,9	- ^c	- ^c	10,4	4,1
Artisans ^b	9,1	2,6	16,6	2,2	16,0	5,2
Employés	9,1	2,8	17,8	2,9	11,2	3,1
Ouvriers	9,5	4,3	18,4	6,1	14,4	6,0

a. Cadres, professions intellectuelles supérieures. b. Artisans, commerçants, chefs d'entreprise. c. Effectifs insuffisants.
Champ : France entière pour les enquêtes triennales en milieu scolaire (grandes sections, CM2 et troisième).
Sources : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire pour les classes de grandes sections de maternelle (2005-2006), de CM2 (2004-2005) et de troisième (2003-2004).

TABLEAU 3 • Prévalences du surpoids et de l'obésité selon la zone d'étude et d'aménagement du territoire (ZEAT) (en %)

	Grandes sections de maternelle (2005-2006)		Classes de CM2 2004-2005		Classes de troisième 2003-2004	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
Nord	8,8	4,0	16,7	7,9	9	6,8
Est	10,4	3,5	19,9	3,1	16,7	5,4
Région parisienne	9,6	3,7	15,8	3,8	14,1	4,6
Bassin parisien	9,0	2,9	17,3	3,7	12,7	4,9
Ouest	7,7	2,1	12,4	1,7	11,6	2,7
Sud-ouest	8,8	3,1	17,9	2,3	12,5	3,5
Centre Est	8,2	2,1	13,5	3,8	9,2	4,6
Méditerranée	9,9	3,1	16,6	2,8	11,9	2,8
DOM	9,0	4,2	14,8	9,2	13,6	5,6

Champ : France entière.
Sources : Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire pour les classes de grandes sections de maternelle (2005-2006), de CM2 (2004-2005) et de troisième (2003-2004).

synthèse

Au début des années 2000, entre 10% et 16% (selon l'âge) des enfants pour lesquels le poids et la taille étaient mesurés, étaient en surpoids et 4% étaient obèses. La prévalence du surpoids et de l'obésité diffère peu selon le sexe à ces âges (excepté à 5-6 ans). En revanche, les conditions socioéconomiques sont des facteurs associés à des prévalences plus élevées dans les milieux les plus modestes. Selon les études les plus récentes, les fréquences de surpoids et d'obésité se sont stabilisées chez les enfants et les adolescents ; un léger recul est même observé pour les plus jeunes (5-6 ans). Cette évolution, bien que globalement favorable, masque cependant des évolutions contrastées selon les catégories sociales, qui se traduisent par un accroissement des inégalités.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire : enquêtes 1999-2000 et 2005-2006 (grande section), 2000-2001 et 2003-2004 (troisième), 2001-2002 et 2004-2005 (CM2).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Indicateur construit à partir de l'IMC (poids/taille², mesures anthropométriques réalisées par les infirmiers et médecins de l'Éducation nationale). Classification des enfants en surcharge pondérale (IMC ≥ centile 25), surpoids (centile 30 > IMC ≥ centile 25) ou obèses (IMC ≥ centile 30) selon les références de l'IOTF. Données redressées sur la population scolaire de l'année correspondante.

LIMITES • Matériel de mesure non standardisé ni étalonné.

BIAS SOURCES • Absence de participation de l'académie de Créteil en 2000-2001. Absence de participation des académies de Poitiers et Clermont-Ferrand en 2001-2002. Absence de participation de l'académie de Toulouse en 2003-2004. Absence de participation de la Guyane en 2004-2005.

RÉFÉRENCES •

- Guignon N., Badeyan G., 2002, «La santé des enfants de six ans à travers les bilans de santé scolaire», *Études et Résultats*, DREES, n° 155, janvier.
- Labeyrie C., Niel X., 2004, «La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002», *Études et Résultats*, DREES, n° 313, juin.
- Peretti C. de, 2004, «Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième», *Études et Résultats*, DREES, n° 283, janvier.
- Guignon N., 2007, «La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats», *Études et Résultats*, DREES, n° 573, mai.
- Guignon N., 2008, «La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats», *Études et Résultats*, DREES, n° 632, avril.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Enquête Escapad, 2008 et 2003.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Indicateur construit à partir de l'IMC (poids/taille², données déclarées lors de la Journée d'appel à la préparation de la défense). Classification des adolescents en surcharge pondérale, surpoids ou obèses selon les références OMS pour l'adulte (équivalentes aux références de l'IOTF à 18 ans). Données brutes.

LIMITES SOURCES • Données brutes.

BIAS SOURCES • Données déclarées (sous-estimation de la corpulence).

RÉFÉRENCE •

- Beck F., Legleyes S., Spilka S., 2004, «Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes», *Tendance*, OFDT, n° 39.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • OFDT.

CHAMP • France métropolitaine (11 académies en 2000 et 26 académies en 2007).

SOURCES • Enquête Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans en 2000 et en 2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Indicateur construit à partir de l'IMC (poids/taille², mesures anthropométriques réalisées par les infirmiers et médecins de l'Éducation nationale). Classification des enfants en surcharge pondérale, surpoids ou obèses selon les références de l'IOTF. Données standardisées sur le sexe et l'âge selon le recensement de 1999.

LIMITES • Matériel de mesure non standardisé, ni étalonné.

BIAS • Volontariat des académies participant.

RÉFÉRENCES •

- Castetbon K., Rolland-Cachera M.-F., 2004, *Surpoids et obésité chez les enfants de 7-9 ans*, France, 2000, Institut de veille sanitaire et Conservatoire national des arts et métiers.
- Salanave B et al., 2009, «Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007», *International Journal of Pediatric Obesity*; 4 : 66-72.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • USEN (InVS – Paris 13).

Risques de déficit en folates

Un faible niveau en vitamine B9 (folates) chez la mère avant et au début de la grossesse est un facteur de risque, chez le nouveau-né, d'anomalies neurologiques, comme l'anomalie de fermeture du tube neural (AFTN). L'amélioration du « statut en folates des femmes en âge de procréer notamment en cas de désir de grossesse » fait partie des neuf objectifs spécifiques du Programme national nutrition santé (PNNS). Cet objectif a été repris dans la loi de santé publique de 2004, qui vise à réduire l'incidence des anomalies de fermeture du tube neural (AFTN).

Le risque de déficit en folates varie beaucoup selon les contextes. Aux États-Unis par exemple, le risque de déficit en folates plasmatiques (< 3 ng/mL) chez les femmes de 15 à 45 ans est passé de 20,6% en 1988-1992 à moins de 1% dès le début des années 2000, après la mise en place d'un programme de fortification des aliments céréaliers. En France, des conseils alimentaires et une supplémentation individuelle systématique en folates (400 µg/j) sont encouragés auprès des femmes ayant un projet de grossesse pour améliorer leur statut en folates.

Le risque de déficit en folates peut être décrit par des marqueurs biologiques¹ ou d'après les apports alimentaires comparés aux apports nutritionnels conseillés (300 µg/jour chez les femmes en général et 400 µg/jour en cas de grossesse).

ayant les apports les plus élevés, et selon le niveau scolaire chez les femmes non ménopausées (graphique 1).

Proportion de femmes enceintes ayant eu un traitement par folates

Une forme galénique d'acide folique adaptée à la supplémentation des femmes ayant un désir de grossesse a été mise sur le marché au cours de l'année 2003, avec un dosage de 400 µg par comprimé. Le nombre d'unités remboursées (boîtes de 28 ou 30 comprimés, soit environ un mois de supplémentation) est passé de 28 500 à 558 000 entre 2003 et 2007 (graphique 2). Rapporté à près de 815 000 naissances en 2007, et sachant que la supplémentation doit être entamée au moins 8 semaines avant le début de la grossesse et poursuivie un mois après la conception, la supplémentation aurait donc concerné au mieux une grossesse sur cinq (très probablement beaucoup moins compte tenu du délai pré-conceptionnel). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • USEN (InVS – PARIS 13).

1. Dosage des folates érythrocytaires (méthode de référence) ou taux de folates plasmatiques < 3 ng/ml.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Incidence des anomalies de fermeture du tube neural

Il n'existe pas de données d'incidence des AFTN au niveau national. Cependant, d'après les quatre registres de malformations congénitales, on estime que, entre 2002 et 2006, il y a eu au niveau national 10,2 AFTN pour 10 000 naissances ou interruptions médicales de grossesse pour une moyenne européenne de 8,4 pour 10 000 naissances.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportion de femmes non ménopausées, pour lesquelles les folates sanguins sont inférieurs aux valeurs normales

Dans l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) réalisée en 2006-2007, 6,8% des femmes non ménopausées présentaient un risque de déficit en folates (taux de folates plasmatiques < 3 ng/ml); c'était le cas de 8,0% des femmes ayant entre 18 et 39 ans (tableau 1). Si les risques de déficit selon l'âge ne sont pas significativement différents, les taux moyens de folates plasmatiques sont significativement supérieurs dans les groupes d'âges élevés. Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques, une moindre consommation de fruits et légumes est associée au risque de déficit

en folates. Chez les femmes non ménopausées, le risque de déficit est de 13,3% chez celles qui consomment moins de 280 g par jour de fruits et légumes, de 3,3% chez celles qui en consomment entre 280 g et 400 g et de 2,7% chez celles qui consomment plus de 400 g par jour.

Dans l'ENNS, les 19 femmes enceintes au moment de l'étude se situaient toutes au-dessus du seuil de risque de déficit en folates.

Proportion de femmes non ménopausées, pour lesquelles les apports en folates sont inférieurs aux apports nutritionnels conseillés

D'après l'étude Individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA-2) réalisée en 2006-2007, les femmes non ménopausées avaient en moyenne 262 µg d'apports en folates par jour, avec une différence significative entre celles qui ont entre 18 et 39 ans (250 µg/jour) et celles de plus de 40 ans (286 µg/jour). Près des trois quarts des femmes en âge de procréer avaient des apports alimentaires en folates inférieurs à 100% des apports nutritionnels conseillés (ANC), 29% avaient des apports inférieurs à deux tiers des ANC (34% chez celles de 18-39 ans) et 8% des apports inférieurs à la moitié des ANC (10% chez celles de 18-39 ans). Les niveaux d'apports varient selon la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS), les femmes cadres ou de profession intermédiaire

synthèse

Les données d'incidence des anomalies de fermeture du tube neural disponibles sont fragmentaires et ne permettent pas d'analyser des évolutions temporelles.

D'après l'ENNS réalisée en 2006-2007, 6,8% des femmes en âge de procréer présentaient un risque de déficit en folates plasmatiques, ce risque étant associé à la consommation de fruits et légumes. Cette prévalence relativement élevée porte sur l'ensemble des femmes non ménopausées et ne tient pas compte d'un éventuel désir de grossesse.

Toutefois, les données du régime général de l'assurance maladie montrent que le nombre d'unités remboursées par an de suppléments en acide folique dédiés aux femmes ayant un désir de grossesse reste insuffisant, malgré une augmentation forte et régulière.

TABLEAU 1 • Prévalences du risque de déficit en folates plasmatiques et taux de folates plasmatiques

	Risque de déficit en %	Taux de folates plasmatiques	
	< 3ng/mL	Moyenne	Médiane
Femmes	5,1	7,3	6,6
18-39 ans	8,0	6,4	5,4
40 ans et plus non ménopausées	5,4	6,8	6,0
Ménopausées	2,1	8,4	7,9
Hommes	6,2	6,3	5,9
18-39 ans	9,6	5,7	5,6
40-54 ans	6,2	6,2	5,7
55-74 ans	1,9	7,1	6,8
Ensemble	5,7	6,8	6,1

Champ : France métropolitaine (hors Corse), population âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire.

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population des femmes âgées de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire contactée aléatoirement d'après des listes téléphoniques fixes et de portables.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport entre le nombre de femmes non ménopausées présentant un taux de folates plasmatiques < 3ng/mL et le nombre de femmes non ménopausées ayant participé au volet clinico-biologique de l'étude. Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire excluant de ce fait les populations en institutions. La méthode de référence pour l'évaluation du statut en folates est la mesure des folates érythrocytaires, marqueurs des réserves à moyen terme. Les folates plasmatiques permettent une estimation du « risque » de déficit uniquement.

RÉFÉRENCE •

– Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007, *Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*, Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre, 74 pages.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • USEN (InVS-Paris 13).

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population féminine de 18 à 79 ans résidant en ménage ordinaire contactée aléatoirement sur la base du recensement Insee 1999 et les bases de logements neufs construits jusqu'en 2004.

SOURCES • Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA) 2, 2006-2007.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Recueil des consommations des individus de l'échantillon par un carnet alimentaire de 7 jours (identification des aliments et quantification à l'aide d'un cahier photo). Apports en folates obtenus en croisant les données de consommation avec la composition en folates des tables de composition du Centre d'information sur la qualité des aliments (CIQUAL-AFSSA). Exclusion des sujets sous-évaluant leurs apports énergétiques par rapport à leurs besoins estimés. Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les apports via les compléments alimentaires n'ont pas été pris en compte. Limites des données déclaratives. Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire excluant de ce fait les populations en institutions.

RÉFÉRENCE •

– Lafay L. (sous la dir. de), 2009, *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA-2) 2006-2007*, AFSSA, juillet, 225 pages.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Observatoire des consommations alimentaires – Épidémiologie nutritionnelle (AFSSA).

CHAMP • France entière, population affiliée au régime général de l'assurance maladie (CNAMTS) excluant les sections locales mutualistes soit environ 70 % de la population vivant en France.

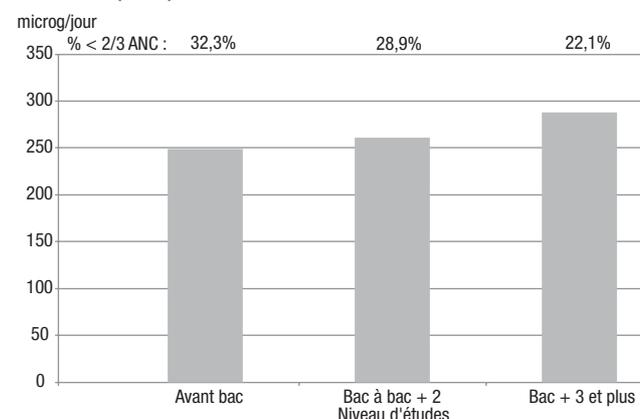
SOURCES • Base Medicam 2008.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Nombre d'unités prescrites et remboursées par l'assurance maladie d'acide folique (400 g/comprimé) par an.

LIMITES ET BIAIS • Cette base ne concerne que les unités remboursées pour les personnes affiliées au régime général de l'assurance maladie. Elle permet une estimation des remboursements mais non de la consommation effective.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • USEN (InVS – Paris 13).

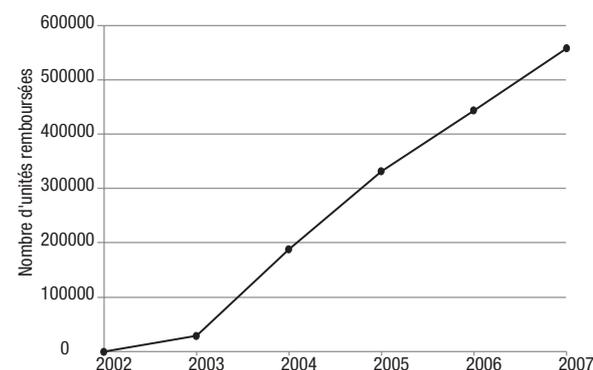
GRAPHIQUE 1 • Moyenne d'apports alimentaires et pourcentage de femmes non ménopausées ayant des apports alimentaires en folates inférieurs à deux tiers des apports nutritionnels conseillés (ANC)



Champ : France métropolitaine (hors Corse), population âgée de 18 à 79 ans résidant en ménage ordinaire.

Sources : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA-2), 2006-2007.

GRAPHIQUE 2 • Nombre de prescriptions d'acide folique* remboursées par le régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes) de 2002 à 2007



* Boîtes de 28 à 30 comprimés de 400 µg.

Champ : France entière, population affiliée au régime général de l'assurance maladie (CNAMTS).

Sources : Base Medicam, 2008.

Statut et apports en folates¹

En Europe, en moyenne 4500 grossesses par an se terminent par la naissance (naissances vivantes ou non, interruptions médicales de grossesse comprises) d'un fœtus atteint d'une anomalie du tube neural, le plus souvent une anencéphalie ou un spina bifida. La supplémentation en acide folique au cours de la période autour de la conception pourrait éviter environ deux tiers des cas.

L'amélioration du statut en folates peut se faire de trois façons différentes :

- en augmentant la consommation individuelle d'aliments riches en folates ;
- par supplémentation en acide folique ;
- en enrichissant en acide folique les aliments destinés à la consommation (pain, céréales, etc.).

Les aliments les plus intéressants, en raison à la fois de leur teneur en acide folique et de la fréquence de leur consommation sont entre autres, les légumes à feuille (laitues, endives, choux, poireaux, artichauts), haricots verts, petits pois, radis, asperges, betteraves, courgettes, avocat, lentilles, etc. Il s'avère cependant que le seuil de 0,4 mg/jour recommandé pour les femmes ayant un désir de grossesse, est difficile à atteindre par la seule alimentation. Le principal levier d'action pour améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer reste la supplémentation en acide folique au cours de la période autour de la conception (8 semaines avant et un mois après la conception).

1. Eurocat, *Prevention of Neural Tube Defects by Periconceptional Folic Acid Supplementation in Europe, Report*, December 2005.
<http://www.eurocat.ulster.ac.uk/pdf/NTD%20Part%20I%20December%202005.pdf>

définitions

Accidents routiers mortels liés au travail

L'objectif de **réduction du nombre d'accidents routiers mortels liés au travail** retenu par la loi de santé publique de 2004 a été assorti d'objectifs préalables. Il s'agit d'améliorer la qualité des dispositifs de prévention des accidents routiers liés au travail et d'encourager la négociation de branche dans le cadre des accords sur la prévention des risques professionnels.

La prévention du risque routier encouru par les salariés s'inscrit en effet dans le cadre des conventions d'objectifs signées par la CNAMTS avec chaque branche professionnelle (programme d'action 2002-2005, CNAMTS). C'est par ailleurs l'une des 19 priorités du Plan santé-sécurité au travail 2006-2010 de la CCMSA.

Les accidents de travail et de trajet liés au risque routier correspondent aux accidents impliquant un véhicule, à l'exclusion des locomotives, wagons, hélicoptères et avions. Les « accidents liés au travail » incluent, d'une part, les accidents « de mission », survenus « par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise » et, d'autre part, les « accidents de trajet » entre le domicile et le lieu de travail.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre d'accidents routiers mortels liés au travail (accidents de mission et accidents de trajet)

En 2007, on dénombrait 526 décès liés au risque routier au travail, reconnus par la CNAMTS ou la CCMSA contre 484 en 2006. Dans trois cas sur dix, il s'agit d'accidents de mission, survenant sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur, et dans sept cas sur dix, d'accidents routiers de trajets. Le taux global d'accidents routiers mortels liés au travail pour ces deux régimes d'assurance maladie est proche de 3 pour 100 000 salariés (graphique 1). La hausse du nombre d'accidents mortels entre 2006 et 2007 (+9%) est due principalement à l'augmentation du nombre d'accidents de mission.

En lien avec la nature des activités, l'étude des données par branches professionnelles

montrait en 2006 que le taux d'accidents routiers mortels liés au travail était plus élevé pour la branche « bâtiment et travaux publics », s'élevant à 5,2 pour 100 000 (graphique 2). Le taux d'accidents routiers mortels liés au travail était également élevé pour la branche « transports, eau-gaz-électricité, livre, communication » et pour celle des travaux agricoles (respectivement 4,7 et 4,6 pour 100 000).

Au cours de la période 2002-2007 (graphique 1), le nombre global d'accidents routiers mortels liés au travail a diminué de près de 40 %, pour les accidents de mission comme pour les accidents de trajet. Les évolutions constatées sont à mettre en parallèle avec celles relevées par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) pour l'ensemble des accidents de la route (voir fiche 94). ●

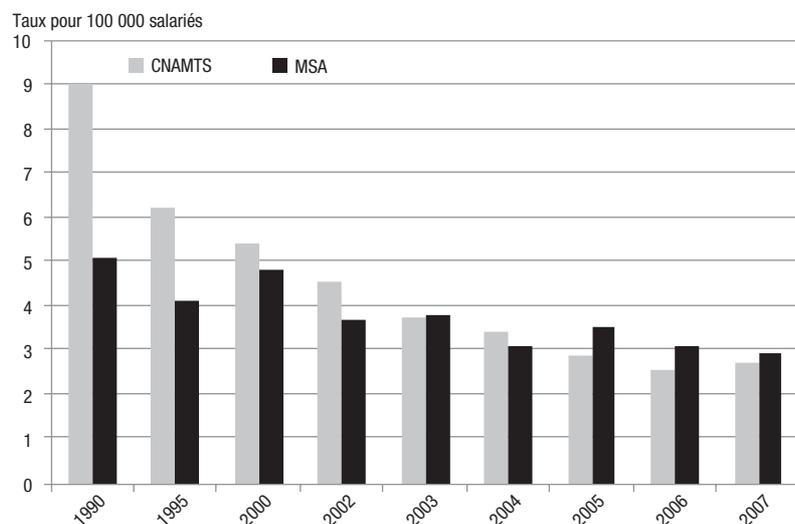
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

En 2007, 526 décès dus à des accidents routiers liés au travail ont été reconnus par la CNAMTS ou la CCMSA. Dans sept cas sur dix, il s'agissait d'accidents de trajet et dans trois cas sur dix d'accidents de travail à proprement parler (survenus sur le lieu de travail ou au cours de déplacements effectués pour le compte de l'employeur).

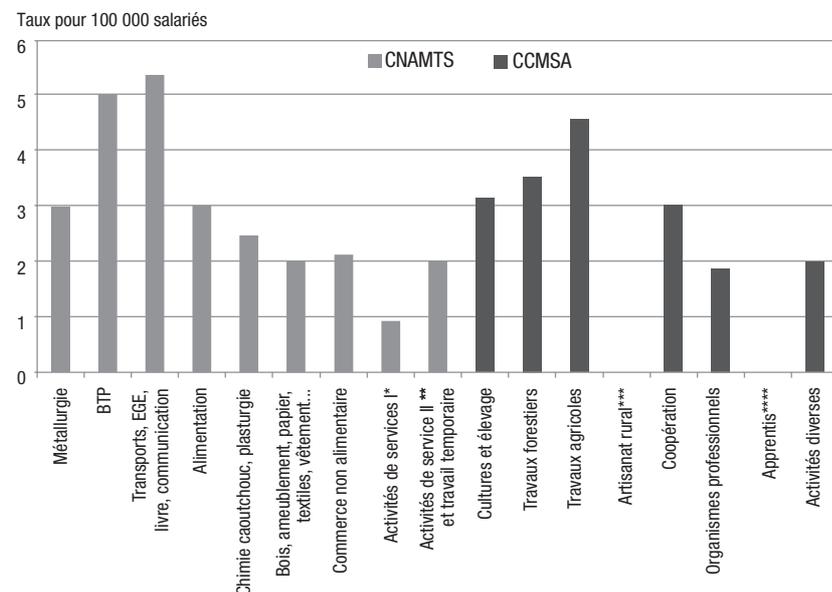
La diminution relative des décès par accidents routiers de mission et de trajet relevée entre 2002 et 2007 est à mettre en parallèle avec celle de l'ensemble des décès routiers comptabilisés par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR).

GRAPHIQUE 1 • Accidents routiers mortels liés au travail (mission et trajet) entre 1990 et 2007



Effectifs de salariés en 2007: 18 263 645 (CNAMTS) et 1 160 502 (CCMSA).
 Pour la CNAMTS de 1990 à 2000 : accidents de trajet mortels dus à des véhicules et autres causes.
Champ : France entière pour la CNAMTS; France métropolitaine hors Alsace et Moselle pour la MSA.
Sources : CNAMTS, CCMSA.

GRAPHIQUE 2 • Accidents routiers mortels par branches professionnelles en 2006



* Activités de service I : banques assurances, administrations, etc.
 ** Activités de service II : santé, etc.
 *** n = 0.
 **** Les données concernant les apprentis ne sont pas réparties dans les différents secteurs professionnels (n = 2).
Champ : France entière pour la CNAMTS; France métropolitaine hors Alsace et Moselle pour la MSA.
Sources : CNAMTS, CCMSA.

CHAMP • France entière pour la CNAMTS à partir de 2000 (principales branches professionnelles); France métropolitaine pour la CNAMTS en 1990 et 1995; et France métropolitaine sauf Alsace (Haut-Rhin, Bas-Rhin) et Moselle pour la CCMSA.

SOURCES • Statistiques technologiques des accidents du travail de la CNAMTS et enquête accidents mortels pour la CCMSA.

CONSTRUCTION DU TAUX • Le nombre total d'accidents routiers mortels liés au travail (accidents de mission et accidents de trajet) est rapporté à l'effectif salarié correspondant (nombre trimestriel moyen de travailleurs pour la CCMSA).

LIMITES • Salariés des 9 branches professionnelles pour la CNAMTS. L'année prise en compte est celle au cours de laquelle le caractère professionnel de l'accident a été reconnu. Les données de la CCMSA n'incluent ni les DOM ni les données du Haut-Rhin, de Bas-Rhin et de Moselle, ces départements étant soumis à un régime particulier. Par ailleurs, le régime des indépendants ne couvre pas les accidents du travail.

BIAIS • Sous-estimation probable puisque ces données comptabilisent les accidents reconnus comme accidents de travail (trajet, mission) par l'assurance maladie.

RÉFÉRENCES •
 – Direction des risques professionnels, 2007, *Sinistralité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles entre 2003 et 2007. Branche AT/MP du régime général de la sécurité sociale*, CNAMTS.
 – Direction des risques professionnels, 2007, *Statistiques technologiques des accidents du travail et des maladies professionnelles. Année 2006*, CNAMTS.
 – Observatoire des risques professionnels et du machinisme agricole, *Enquête annuelle accidents mortels. Années 2000 à 2006*, CCMSA.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Assurance maladie.

Exposition des travailleurs soumis à des contraintes articulaires

C'est pratiquement l'ensemble de la pathologie somatique et psychique qui est potentiellement concernée par des facteurs de risque d'origine professionnelle. Par ailleurs, les conditions de travail et les expositions professionnelles sont sources majeures des inégalités sociales, particulièrement importantes dans notre pays. Des données fiables sont disponibles en France sur les conditions de travail mais leurs conséquences sur la santé sont toujours en discussion.

Les troubles musculo-squelettiques constituent de loin la première cause de maladies professionnelles indemnisées et de journées de travail perdues du fait d'arrêts de travail. L'objectif retenu par la loi de santé publique de 2004 est de **réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine à un horizon quinquennal.**

L'enquête SUMER 2003 permet de connaître le nombre de personnes soumises à « la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée » et parmi elles, à la répétition « de cycle de moins d'une minute ». La réédition de l'enquête en 2009 permettra d'évaluer l'atteinte de cet objectif en 2010-2011. L'enquête Conditions de travail permet, quant à elle, de repérer les salariés exposés actuellement à « des postures pénibles ou fatigantes durant leur travail » (debout prolongé, accroupi, courbé, bras en l'air, etc.).

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage de salariés exposés à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine

En 2003, selon l'enquête SUMER, 1,2 million de salariés étaient soumis à « la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée », plus de 20 heures par semaine, soit 6,6 % d'entre eux. Pour 3,8 % des salariés, cette contrainte s'exerce en plus avec un temps de cycle de moins d'une minute des gestes répétitifs. Les femmes sont plus exposées que les hommes à cette contrainte ainsi que les jeunes (9 % des moins de 25 ans, tableaux 1 et 2).

Le secteur industriel est de loin celui qui affiche les plus fortes prévalences, en particulier ceux de l'industrie automobile, de l'agroalimentaire (16 % chacun) et de l'industrie des biens de consommation (graphique 1). La catégorie sociale des ouvriers est la plus soumise aux contraintes articulaires (14 %) (tableau 2).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Pourcentage de salariés déclarant être exposés à des postures pénibles ou fatigantes à la longue durant le travail

En 2005, selon l'enquête Conditions de travail, 34 % des salariés déclarent devoir rester

longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue pendant leur travail, ce qui représente 7,6 millions de personnes. Cette contrainte a fortement progressé au cours des vingt dernières années, puisqu'elle s'élevait seulement à 16 % en 1984, mais semble marquer une pause. Les jeunes de moins de 25 ans sont plus fortement touchés (46 %) par cette pénibilité que les salariés plus âgés (tableau 3). Les ouvriers (55 %) et employés de la fonction publique (41 %) sont particulièrement concernés, ainsi que les policiers (43 %)

et les employés des services aux particuliers (41 %). Ce sont les secteurs de l'agriculture, avec une forte augmentation entre 1998 et 2005 (66 % à 71 %) et de la construction (64 %) qui exposent le plus leurs salariés à ce type d'effort (graphique 2). ●

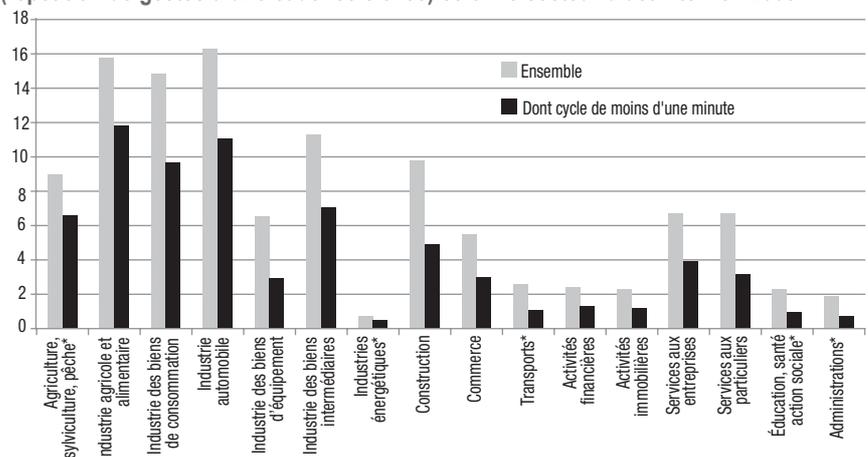
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DARES.

synthèse

Les contraintes articulaires mesurées à partir de « la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée » de plus de 20 heures par semaine concernent dans l'enquête SUMER, en 2003, 1,2 million de salariés, soit 6,6 % d'entre eux. La

réédition de l'enquête permettra d'évaluer l'atteinte de cet objectif en 2010-2011. Dans l'enquête Conditions de travail de 2005, 34 % soit un peu plus de 7 millions de salariés déclarent devoir « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue » pendant leur travail. Ils étaient 37 % en 1998. Ces indicateurs de pénibilité au travail sont d'autant plus souvent déclarés que les personnes sont jeunes. Ils sont plus fréquents chez les ouvriers et sont très différents selon les secteurs d'activité.

GRAPHIQUE 1 • Proportion de salariés soumis à des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) selon le secteur d'activité** en 2003



*Secteurs incomplets (voir limites et biais de l'enquête SUMER). **Nomenclature d'activité française (NAF16).

Lecture : 15,8 % des salariés de l'industrie agricole et alimentaire sont exposés à un travail répétitif.

Champ : France métropolitaine, population salariée. Sources : Enquête SUMER.

TABLEAU 1 • Prévalence des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) selon le sexe en 2003 (en %)

Type de contrainte	Hommes	Femmes	Ensemble
Travail répétitif de plus de 20 heures dont cycle de moins d'une minute	6,0 3,3	7,4 4,5	6,6 3,8

Champ : France métropolitaine, population salariée.

Sources : Enquête SUMER.

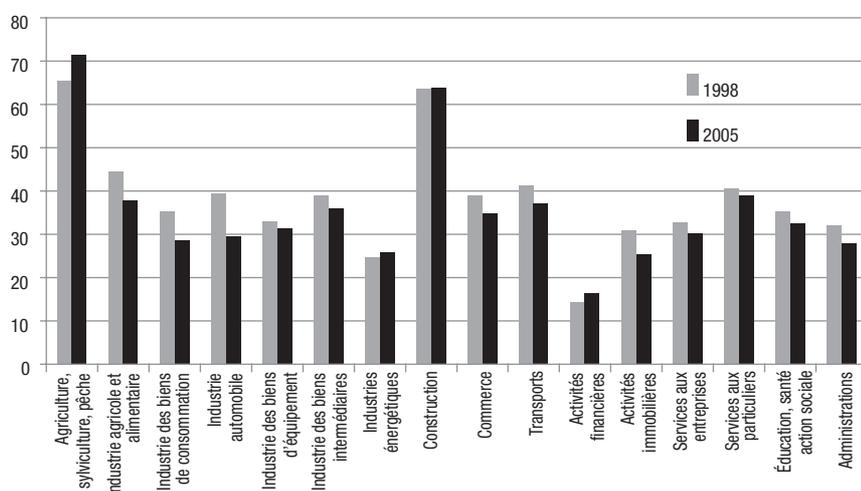
TABLEAU 2 • Prévalence des contraintes articulaires (répétition de gestes à une cadence élevée) selon l'âge et la profession en 2003 (en %)

Âge	Travail répétitif	dont cycle de moins d'une minute
Moins de 25 ans	8,7	4,9
25-29 ans	7,1	4,1
30-39 ans	6,3	3,7
40-49 ans	6,5	3,8
50 ans et plus	5,7	3,1
Ensemble	6,6	3,8
Catégorie socioprofessionnelle		
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,0	0,6
Professions intermédiaires	1,7	0,8
Employés	5,0	2,5
Ouvriers	13,5	8,2
Ensemble	6,6	3,8

Champ : France métropolitaine, population salariée.

Sources : Enquête SUMER.

GRAPHIQUE 2 • Proportion de salariés déclarant devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante pendant leur travail selon le secteur d'activité* en 1998 et en 2005 (en %)



* Nomenclature d'activité française (NAF16).

Lecture : En 2005, 71,4% des salariés de l'agriculture, sylviculture, pêches sont exposés à une posture pénible ou fatigante pendant leur travail.

Champ : France métropolitaine, population salariée. Sources : Enquête Conditions de travail.

TABLEAU 3 • Proportion de salariés déclarant devoir rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante pendant leur travail en 1998 et 2005 (en %)

	Sexe		Âge (ans)					Catégorie socioprofessionnelle				Ensemble
	Hommes	Femmes	< 25	25-29	30-39	40-49	50 et +	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	
1998	39,2	35,1	46,8	36,1	36,7	36,3	37,3	12,9	25,7	37,4	57	37,3
2005	37,2	30,9	45,5	32,9	32,8	33,4	33,4	12,7	24,7	35	54,8	34,2

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête Conditions de travail.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée.

SOURCES • Enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) 2003 copilotée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) et la Direction générale du travail (DGT), ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique et réalisée par la médecine du travail. 56314 salariés tirés au sort dont 49984 ont répondu.

LIMITES ET BIAIS • L'enquête SUMER ne couvre pas l'ensemble des secteurs d'activité.

En sont exclus les salariés :

- de la pêche,
- des mines,
- des transports urbains et maritimes,
- des administrations nationales et territoriales.

RÉFÉRENCE •

- DARES, 2006, « Contraintes posturales et articulaires au travail », *Premières Synthèses*, n° 011.2, mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée. Le champ est celui de l'enquête Emploi. Il inclut l'ensemble des ménages ordinaires de la France métropolitaine, et une partie de la population des communautés, dans la mesure où leurs membres ont des liens familiaux avec des ménages ordinaires. Restent toutefois exclus certains ouvriers des chantiers temporaires, des jeunes et des étrangers hébergés en foyers, ainsi que des personnes des établissements hospitaliers, scolaires et hôteliers vivant en collectivité.

SOURCES • Enquêtes Conditions de travail 1998 et 2005, complémentaires à l'enquête Emploi de l'INSEE (échantillon de 22 000 personnes). Enquête déclarative dont le questionnaire est posé à chaque actif occupé du ménage. Enquête organisée et exploitée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES).

LIMITES • Celles des enquêtes déclaratives, notamment il peut être difficile d'apprécier en évolution la part des changements de perception et des modifications effectives des conditions de travail.

RÉFÉRENCE •

- 2007, « Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail », *Premières Synthèses*, DARES, n° 01.2, janvier.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

Exposition des travailleurs au bruit

L'exposition au bruit est un problème important en termes de conditions de travail et d'expositions professionnelles dans notre pays. La loi de santé publique de 2004 a préconisé **de réduire à un horizon quinquennal le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB A plus de 20 heures par semaine sans protection auditive**. L'enquête SUMER 2003 permet de connaître le nombre de salariés subissant un bruit de ce niveau d'exposition sonore, la durée de cette exposition et la mise à disposition ou non d'une protection auditive. L'enquête Conditions de travail permet quant à elle de repérer le nombre de salariés qui déclarent que, dans leur travail, ils ne peuvent pas entendre une personne placée à deux ou trois mètres qui leur adresse la parole.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage de travailleurs exposés à un bruit de niveau d'exposition sonore supérieur à 85 dB A plus de 20 heures par semaine sans disposer de protections auditives

En 2003, 1,03 million de salariés du champ de l'enquête SUMER (17,5 millions de salariés sur un total de 21,5 millions, soit 80%) étaient soumis à un niveau de bruit de 85 dB A plus de 20 heures par semaine, soit 5,9% de ces salariés. Parmi eux, 275 000 soit 26,7%, n'avaient pas de protection auditive mise à leur disposition (l'enquête SUMER ne permet pas de savoir si les salariés utilisaient ou non les protections mises à leur disposition). Cette enquête révèle que les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes à cette contrainte (917 000 contre 115 000), soit un taux d'exposition de 9,2% contre 1,5%. En revanche, les femmes exposées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de protection auditive mise à leur disposition. En effet, 39% des femmes soumises à un tel bruit n'en ont pas (soit 45 000) contre 25% pour les hommes (soit 230 000). Il n'y a pas de différence notable d'exposition à cette contrainte selon les âges. Cette nuisance se rencontre surtout dans l'industrie, notamment dans les industries de biens intermédiaires, l'industrie automobile et les industries agricoles et alimentaires. Elle touche aussi, dans une moindre mesure, l'agriculture, sylviculture et la construction (graphique 1). Alors que l'exposition est beaucoup moins importante dans le tertiaire, c'est là que les personnes exposées ont le moins souvent une protection auditive mise à leur disposition, notamment dans le secteur «commerce, réparation automobile et d'articles domestiques». Les ouvriers sont de loin la catégorie de travailleurs la plus soumise à ce type de bruit. Viennent ensuite les professions intermédiaires (tableau 1).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Pourcentage de travailleurs déclarant être exposés à un bruit intense en milieu professionnel

En 2005 lors de l'enquête Conditions de travail, un peu plus de 700 000 salariés déclaraient ne pas pouvoir entendre une personne située à 2 ou 3 mètres lorsqu'elle leur adresse la parole, soit 3,3% des salariés de métropole. Cette proportion est stable depuis 1998. Il n'y avait pas de différence notable d'exposition à cette contrainte selon les âges. En revanche, les hommes étaient beaucoup plus exposés (5%) que les femmes (1,4%) y compris dans les catégories socioprofessionnelles et les secteurs les plus concernés. C'est dans le secteur industriel que l'on rencontre les plus fortes proportions de salariés exposées à cette contrainte, et notamment dans les industries des biens intermédiaires, les industries agricoles et alimentaires, mais aussi dans l'agriculture (graphique 2). Les ouvriers sont les plus

touchés par cette nuisance au travail : 8,6% contre moins de 2% pour les autres catégories socioprofessionnelles (tableau 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DARES.

synthèse

En 2003 selon l'enquête SUMER, 275 000 salariés, soit 26,7% des salariés soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB A pendant plus de 20 heures par semaine, n'avaient pas à leur disposition de protection auditive. La réédition de l'enquête permettra de quantifier les évolutions en 2010-2011.

D'après l'enquête Conditions de travail de 2005, 700 000 salariés, soit 3,3% des salariés, déclaraient ne pas entendre une personne située à deux ou trois mètres d'eux lorsqu'elle leur adresse la parole. Ce pourcentage n'a pas évolué depuis la dernière enquête, en 1998. Les hommes sont plus exposés que les femmes à des niveaux de bruit importants mais les femmes exposées sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir de protections auditives. Les différentes catégories professionnelles ne sont pas toutes concernées de la même façon, les ouvriers étant la catégorie la plus touchée. C'est le secteur industriel et l'agriculture qui exposent le plus leurs salariés aux nuisances sonores intenses.

TABLEAU 1 • Taux d'exposition à un bruit de niveau sonore supérieur à 85 décibels A pendant plus de 20 heures par semaine (en %)

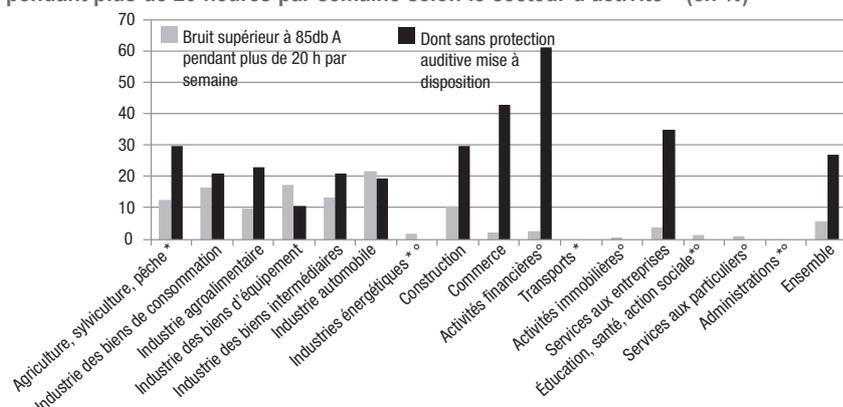
		Bruit supérieur à 85 dB A pendant plus de 20 heures par semaine	dont sans protection auditive mise à disposition
Sexe	Hommes	9,2	25,1
	Femmes	1,5	38,9
Âge	Moins de 25 ans	6,3	27,8
	25-29 ans	6,2	23,7
	30-39 ans	6,0	24,3
	40-49 ans	5,8	28,3
	50 ans et +	5,5	29,6
Catégorie socioprofessionnelle	Cadres et professions intellectuelles supérieures	0,5	-
	Professions intermédiaires	2,4	29,2
	Employés	0,3	-
	Ouvriers	15,0	25,3
Ensemble		5,9	26,7

Lecture : 9,2% des hommes salariés étaient exposés à un bruit intense en 2003 et parmi eux, 25,1% ne disposaient pas de protection auditive.

Champ : France métropolitaine, population salariée.

Sources : Enquête SUMER 2003.

GRAPHIQUE 1 • Taux d'exposition à un bruit de niveau sonore supérieur à 85 décibels A pendant plus de 20 heures par semaine selon le secteur d'activité** (en %)



° Pas de données sur la mise à disposition de protections auditives.

* Secteurs incomplets (voir limites et biais de l'enquête SUMER).

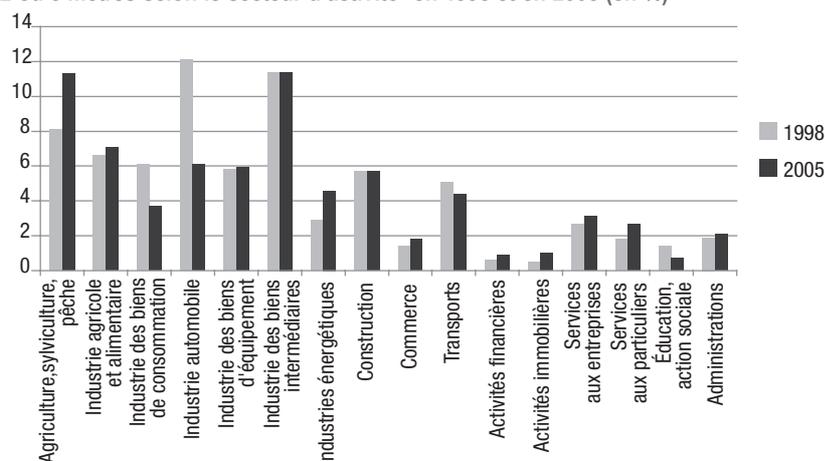
** Nomenclature d'activité française (NAF16).

Lecture : 16,6% des salariés de l'industrie agricole et alimentaire étaient exposés à un bruit intense en 2003 et parmi eux, 21% ne disposaient pas de protection auditive.

Champ : France métropolitaine, population salariée.

Sources : Enquête SUMER 2003.

GRAPHIQUE 2 • Proportion de salariés déclarant ne pas entendre une personne située à 2 ou 3 mètres selon le secteur d'activité* en 1998 et en 2005 (en %)



* Nomenclature d'activité française (NAF16).

Lecture : En 1998, 7,1% des salariés de l'industrie agricole et alimentaire déclaraient ne pas pouvoir entendre une personne située à 2 ou 3 mètres.

Champ : France métropolitaine, population salariée.

Sources : Enquêtes Conditions de travail 1998 et 2005.

TABLEAU 2 • Proportion de salariés déclarant ne pas entendre une personne située à 2 ou 3 mètres en 1998 et 2005 (en %)

		1998	2005
Sexe	Homme	5,0	5,0
	Femme	1,8	1,4
Âge	Moins de 25 ans	3,5	3,3
	25-29 ans	2,8	2,3
	30-39 ans	3,3	3,2
	40-49 ans	4,0	3,5
	50 ans et +	3,7	3,7
Catégorie socioprofessionnelle	Cadres et professions intellectuelles supérieures	1,4	0,9
	Professions intermédiaires	1,8	1,7
	Employés	1,3	1,4
	Ouvriers	8,3	8,6
Ensemble		3,5	3,3

Lecture : 3,5% des salariés de moins de 25 ans déclaraient ne pas pouvoir entendre une personne située à 2 ou 3 mètres en 1998.

Champ : France métropolitaine, population salariée. **Sources :** Enquêtes Conditions de travail 1998 et 2005.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée.

SOURCES • Enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) 2003 réalisée par la DARES et la DGT.

LIMITES ET BIAIS • L'enquête SUMER ne couvre pas l'ensemble des secteurs d'activité.

En sont exclus les salariés :

- de la pêche;
- des mines;
- des transports urbains et maritimes;
- des administrations nationales et territoriales.

RÉFÉRENCE •

- Magaud-Camus I. *et al.*, 2005, «Le bruit au travail en 2003», *Premières Synthèses*, DARES, n° 25.3, juin.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée. Le champ est celui de l'enquête Emploi.

SOURCES • Enquête Conditions de travail 1998, complémentaire à l'enquête Emploi de l'INSEE (échantillon de 22 000 personnes). Enquête déclarative dont le questionnaire est posé à chaque actif occupé du ménage. Enquête organisée et exploitée par la DARES.

LIMITES • Celles des enquêtes déclaratives, notamment il peut être difficile d'apprécier en évolution la part des changements de perception et des modifications effectives des conditions de travail.

RÉFÉRENCE •

- Rougerie C., Vinck L., 1999, «Efforts, risques et charge mentale au travail», *Les Dossiers de la DARES*, La Documentation française.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

Exposition aux agents cancérigènes en milieu professionnel

L'exposition à des cancérigènes professionnels concerne une fraction imposante de la population des travailleurs : elle était estimée à 9 % en 1994, même si la grande majorité était exposée à des niveaux considérés comme faibles.

La loi de santé publique de 2004 a fixé comme objectif de **réduire à un horizon quinquennal les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérigènes (catégories 1 et 2¹) par diminution des niveaux d'exposition.**

Les études portant sur les expositions aux risques sont des études transversales qui apportent des informations extrêmement utiles pour la connaissance du niveau d'exposition au risque mais qui ne permettent pas l'analyse de relations entre exposition et santé. Trois objectifs préalables ont donc été fixés : évaluer la faisabilité de l'identification des cancers d'origine professionnelle dans les registres généraux du cancer ; systématiser la surveillance épidémiologique des travailleurs exposés sur les lieux de travail ; développer la connaissance des dangers des substances utilisées en milieu professionnel.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage de personnes exposées aux agents cancérigènes (catégories 1 et 2) par secteur d'activité et par type de substance pour les 7 principales substances cancérigènes

En 2003, 1,1 million de salariés étaient exposés à au moins un des produits cancérigènes appartenant aux catégories 1 ou 2¹ de la liste de l'Union européenne (UE), soit 6,3 % des salariés du champ de l'enquête SUMER (secteur marchand et hôpitaux publics). Parmi eux, 930 000 étaient exposés à un des sept produits les plus fréquents, soit par ordre d'importance les poussières de bois, le trichloréthylène, les goudrons de houille, le chrome et dérivés, l'amiante, les hydrocarbures halogénés ou nitrés et les fibres céramiques (tableau 1).

Les secteurs où les expositions sont les plus fréquentes sont la construction et les secteurs des biens intermédiaires et des biens de consommation. Les poussières de bois, agents cancérigènes les plus répandus parmi ceux reconnus par l'UE, concernent de nombreux

secteurs, la construction (12 % des salariés) les industries de biens de consommation (6 %), l'agriculture (6 %) et les industries des biens intermédiaires (4 %).

Pour tous ces produits, ce sont les ouvriers qui sont les plus exposés, en général deux fois plus que la moyenne des salariés. Les employés sont les moins exposés. Les professions intermédiaires de production subissent une exposition identique à la moyenne des salariés.

Pour une proportion importante des salariés ainsi exposés, aucune protection collective ou individuelle n'est mise à disposition : 46 % des salariés exposés au trichloréthylène sont dans ce cas, pour 41 % des salariés exposés aux poussières de bois ou aux fibres céramiques, 39 % des salariés exposés à l'amiante, 32 % des salariés exposés au chrome ou aux hydrocarbures halogénés, et 30 % aux goudrons de houille.

Les hommes sont beaucoup plus exposés que les femmes du fait de leur prédominance parmi les ouvriers.

L'âge des salariés ne semble pas jouer un

rôle important à l'exception du cas des poussières de bois pour lesquelles les moins de 25 ans sont plus exposés, et les quinquagénaires moins exposés que la moyenne. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DARES.

1. **Catégorie 1** : substances que l'on sait être cancérigènes pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour établir l'existence d'une relation de cause à effet entre l'exposition de l'homme à de telles substances et l'apparition d'un cancer.

Catégorie 2 : substances devant être assimilées à des substances cancérigènes pour l'homme. On dispose de suffisamment d'éléments pour justifier une forte présomption que l'exposition de l'homme à de telles substances peut provoquer un cancer. Cette présomption est généralement fondée sur des études appropriées à long terme sur l'animal, d'autres informations appropriées.

synthèse

En 2003, 1,1 million de salariés étaient exposés à des produits cancérigènes classés en catégorie 1 ou 2 par l'Union européenne. Plus de 930 000 salariés étaient exposés à au moins un des sept produits les plus fréquents qui constituaient 85 % des produits cancérigènes. Ce sont des produits répandus principalement dans l'industrie et la construction qui touchent surtout les hommes ouvriers. De 30 à 46 % d'entre eux ne bénéficiaient alors d'aucune protection ni collective, ni individuelle. La réédition de l'enquête SUMER permettra d'estimer les évolutions des niveaux d'exposition des salariés aux agents cancérigènes en 2010-2011.

TABLEAU 1 • Salariés exposés à au moins un des sept produits cancérigènes les plus fréquents (classification de l'Union européenne) (en %)

	Poussières de bois	Trichloréthylène	Goudrons de houille et dérivés	Chrome et dérivés	Amiante	Hydrocarbures halogénés ou nitrés	Fibres céramiques
Sexe							
Hommes	3,6	1,3	1,1	0,9	1,0	0,9	1,0
Femmes	0,3	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0
Ensemble	2,2	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
Âge							
Moins de 25 ans	3,4	0,7	0,8	0,7	0,6	0,5	1,0
25 à 29 ans	2,1	0,9	0,6	0,8	0,7	0,8	0,6
30 à 39 ans	2,3	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
40 à 49 ans	2,1	0,8	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5
50 ans et plus	1,5	1,0	0,7	0,5	0,5	0,6	0,5
Ensemble	2,2	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
Secteur d'activité économique**							
Agriculture, sylviculture, pêche*	6,2	0,1	0,4	0	0,3	0,1	0,1
Ind. agricoles et alimentaires	0,2	0,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ind. biens de consommation	6,4	2,6	0,2	0,5	0,4	1,4	0,2
Ind. automobiles	0,7	0,3	0,2	0,7	0	0,9	0,8
Ind. biens d'équipement	1,3	1,6	0,2	3,4	0,5	0,6	1,0
Ind. biens intermédiaires	3,6	2,3	0,6	2,5	0,3	1,7	1,3
Ind. énergétiques*	0,3	0,1	2,2	0,7	5,1	0,6	1,9
Construction	11,8	1,9	5,5	0,6	2,7	0,9	1,2
Commerce, réparation auto articles domestiques	1,2	1,0	0,2	0,3	1,0	0,5	1,3
Transports*	1,0	0,3	0,7	0,2	0,6	0,8	0,8
Activités financières	0,2	0,1	0,1	0	0,1	0	0
Activités immobilières	0,6	0,4	0	0	0,5	0	0,2
Services aux entreprises	1,1	0,6	0,5	0,5	0,3	0,5	0,2
Services aux particuliers	0,5	0,6	0,1	0,2	0	0,2	0
Éducation, santé action sociale*	1,0	0,3	0,1	0,2	0,1	0,4	0,1
Administrations*	0,8	0,1	0	0	0,1	0,2	0,1
Ensemble	2,2	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
Catégorie socioprofessionnelle							
Cadres et professions intellectuelles supérieures	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1
Professions intermédiaires	1,0	0,8	0,5	0,7	0,5	0,8	0,5
Employés	0,4	0,1	0	0,1	0	0	0
Ouvriers	5,2	1,7	1,5	1,1	1,3	1,0	1,4
Ensemble	2,2	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6

* Secteurs incomplets.

** Nomenclature d'activité française (NAF16).

Champ : France métropolitaine, population salariée.

Sources : Enquête SUMER.

CHAMP • France métropolitaine, population salariée.**SOURCES** • Enquête SUMER (surveillance médicale des risques professionnels) 2003 réalisée par la médecine du travail.**LIMITES ET BIAIS** • L'enquête SUMER ne couvre pas l'ensemble des secteurs d'activité.

En sont exclus les salariés :

- de la pêche,
- des mines,
- des transports urbains et maritimes,
- des administrations nationales et territoriales.

L'identification des produits cancérigènes repose, comme le prévoit la loi relative à la politique de santé publique, sur l'appartenance aux catégories 1 ou 2 de la classification européenne des produits cancérigènes. La publication de référence de la DARES (Guignon et Sandret, 2005) fait aussi référence aux catégories 1 ou 2A du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Les produits certainement cancérigènes pour l'homme

sont dans les catégories 1 du CIRC et de l'annexe de la directive européenne. Les produits probablement cancérigènes pour l'homme sont les catégories 2A du CIRC et 2 de la liste européenne.

La définition du CIRC donne une vision plus large des situations d'exposition à des produits cancérigènes que la définition de l'Union européenne. Les classements ne sont pas identiques dans les deux listes pour certains produits : par exemple, les gaz d'échappement diesel sont en 2A pour le CIRC et ne sont pas classés dans la liste européenne, le perchloréthylène est classé 2A par le CIRC et 3 par l'Union européenne. *A contrario*, les fibres céramiques sont en catégorie 2 pour l'Union européenne et 2B pour le CIRC. Enfin, les huiles minérales ne sont pas classées par l'Union européenne, mais apparaissent dans le tableau 36bis des maladies professionnelles dans le cas d'utilisation à très haute température et sont classées 1 par le CIRC.

Selon que l'on se réfère à l'une ou l'autre liste, le nombre de situations d'expositions, c'est-à-dire de produits aux-

quels les salariés sont exposés, varie. Si l'on se réfère aux catégories 1 et 2 de l'Union européenne, SUMER recense 1,4 million de situations d'exposition concernant 1,1 million de salariés, soit 6,3% des salariés. Si l'on se réfère aux catégories 1 et 2A du CIRC, le nombre de situations d'expositions est de 3,4 millions touchant 13,3% salariés. Enfin, si l'on prend en compte l'ensemble des catégories citées des deux listes, ce qui est le choix opéré dans le document de référence évoqué ci-dessus, SUMER repère 3,6 millions situations d'expositions concernant 13,4% des salariés.

RÉFÉRENCES •

- Guignon N., Sandret N., 2005, « Les expositions aux produits cancérigènes », *Premières synthèses*, DARES. 07-n°28.1.
- INRS, 2006, « Produits chimiques cancérigènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction ». www.inrs.fr

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DARES.

Exposition des enfants au plomb

L'intoxication par ingestion ou inhalation de plomb, appelée saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des atteintes du système nerveux. 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 ou bouche). Le cas de saturnisme de l'enfant est défini par « la constatation chez une personne âgée de moins de 18 ans d'une plombémie supérieure ou égale à 100 microgrammes par litre de sang » (arrêté du 5 février 2004). La loi de santé publique de 2004 a ainsi fixé pour objectif de **réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie supérieure à 100 µg/l (passer de 2 % en 1996 à 1 % en 2008).**

L'exposition générale de la population française a diminué depuis une vingtaine d'années à la suite de la limitation, puis de la suppression, de l'usage du plomb tétraéthyle dans les essences (1^{er} janvier 2000). La principale source d'exposition qui subsiste étant la peinture à base de plomb, dont la céruse, présente dans les locaux anciens, les populations exposées sont surtout celles dont l'habitat est dégradé : c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique. Les autres sources d'exposition sont les sites pollués par des activités industrielles, les canalisations d'eau potable en plomb, les plats en céramique d'origine artisanale, les cosmétiques traditionnels, les activités professionnelles ou de loisir (récupération de métaux non ferreux, bricolage, etc.). Les symptômes de l'intoxication par le plomb sont peu spécifiques et passent souvent inaperçus. Le dépistage doit s'appuyer sur une recherche active des facteurs de risque d'exposition, surtout chez les enfants de moins de trois ans.

ont également été menées dans le Nord - Pas-de-Calais (entre 8,8 % et 11,6 % de l'activité de dépistage nationale, avec un maximum à 21,4 % en 2004) et en Rhône-Alpes (de 3,2 % à 5 %). Des campagnes ponctuelles ont eu lieu dans certaines régions : c'est le cas notamment en 2003 en Aquitaine et en Franche-Comté (respectivement 5,9 % et 8,5 %) ainsi qu'en 2006 dans la région Centre (7,1 %).

Le nombre de cas incidents a diminué entre 1995 et 1998 (de 934 cas à 561 cas) puis est resté relativement stable (tableau 1). Il était de 497 cas en 2005, selon les données du SNSPE mises à jour en 2009. Ce nombre a continué de décroître pour atteindre à 333 cas en 2007. Le nombre de cas incidents est très faible au regard des estimations de prévalence faites en 1996, ce qui peut s'expliquer à la fois par une diminution de la prévalence du saturnisme et par une activité de dépistage relativement modeste. Le taux annuel de dépistage des enfants de moins de 7 ans était en moyenne en France de 114 pour 100 000 en 2007 : un enfant a donc une probabilité de 0,8 % d'avoir au moins un test de plombémie avant l'âge de 7 ans. Les données de même nature ne sont pas disponibles dans des pays équivalents.

Proportion d'enfants ayant une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/l parmi ceux qui ont été dépistés (rendement du primodépistage)

La proportion d'enfants de moins de 18 ans ayant une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/l parmi ceux qui ont été dépistés décroît régulièrement : elle est passée de 24,3 % en 1995 à 8,4 % en 2002 et 3,7 % en 2007. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie ≥ 100 µg/l en population générale

L'enquête de prévalence menée par l'InVS entre septembre 2008 et avril 2009 a permis d'estimer la prévalence du saturnisme à 0,1 % chez les enfants de 1 à 6 ans. La prévalence a été divisée par 20 depuis la précédente enquête, menée en 1995-1996 par l'INSERM et le Réseau national de santé publique (RNSP), qui l'avait alors estimée à 2,1 %. Le nombre d'enfants de 1 à 6 ans ayant une plombémie ≥ 100 µg/l en France métropolitaine est estimé à 4 360 contre 84 000 précédemment.

INDICATEURS APPROCHÉS

Nombre d'enfants dépistés pour le saturnisme

L'activité de dépistage du saturnisme de l'enfant, relativement stable de 1995 à 2000, a nettement augmenté à partir de 2001. Selon les données du Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant (SNSPE), le nombre annuel d'enfants de moins de 18 ans pour lesquels un premier test de plom-

bémie a été réalisé a presque triplé entre 1995 et 2005, passant de 3 357 à 9 033 enfants. Le chiffre un peu plus élevé de l'année 2004 était lié à une importante campagne de dépistage autour d'un site industriel (tableau 1 et graphique 1). Les années suivantes, le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une première plombémie a légèrement décliné (7 874 en 2006 et 7 468 en 2007).

L'activité de dépistage est répartie très inégalement sur le territoire (tableau 2). En 2007, la région Île-de-France rassemblait à elle seule les deux tiers des enfants ayant bénéficié d'un primodépistage. Les quatre années précédentes, cette région concentrait déjà au moins 60 % du dépistage. Des activités pérennes de dépistage

synthèse

Le cas de saturnisme de l'enfant est défini par « la constatation chez une personne âgée de moins de 18 ans d'une plombémie supérieure ou égale à 100 microgrammes par litre de sang ». L'enquête de prévalence réalisée par l'InVS en 2008-2009 a permis de constater que l'objectif fixé par la loi de santé publique a été largement atteint : la prévalence du saturnisme chez les enfants de 1 à 6 ans est estimée à 0,1 %. Les mesures de réduction de l'exposition mises en place depuis une quinzaine d'années ont donc porté leurs fruits. La réduction de la prévalence existe aussi dans les groupes à risque : parmi les enfants ciblés pour une première plombémie, la proportion ayant une plombémie ≥ 100 µg/l a continué de baisser, passant de 24,3 % en 1995 à 3,7 % en 2007.

TABLEAU 1 • Évolution de l'activité de dépistage, du rendement du dépistage et du nombre de cas de saturnisme en France

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre total de plombémies (primodépistage et suivi)	6 369	5 672	6 711	6 451	5 166	5 322	5 773	8 520	10 672	14 271	13 493	12 250	11 534
Nombre de plombémies de primodépistage	3 357	2 602	3 704	3 677	2 805	2 938	3 519	5 455	7 286	10 060	9 033	7 874	7 468
Nombre $\geq 100 \mu\text{g/l}$ au primodépistage	817	691	575	476	425	378	351	458	485	504	396	333	277
% $\geq 100 \mu\text{g/l}$ au primodépistage*	24,3	26,6	15,5	12,9	15,2	12,9	10,0	8,4	6,7	5,0	4,4	4,2	3,7
Nombre total de cas incidents de saturnisme**	934	806	653	561	518	462	433	551	577	598	497	435	333

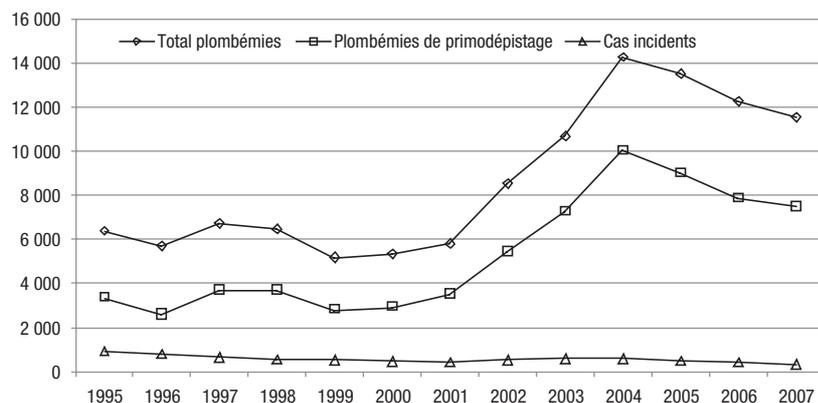
Note : La suppression de doublons explique quelques différences pour l'année 2005 avec l'édition précédente (rapport 2008).

* Rendement de primo-dépistage. ** Cas de primo-dépistage, cas de suivi (taux inférieur à $100 \mu\text{g/l}$ au primodépistage qui devient supérieur lors d'un suivi ultérieur) et cas identifiés lors d'une enquête de prévalence.

Champ : France métropolitaine, 0 à 17 ans inclus.

Sources : SNSPE, mai 2009.

GRAPHIQUE 1 • Évolution de l'activité de dépistage et du nombre de cas incidents de saturnisme en France



Champ : France métropolitaine, 0 à 17 ans inclus.

Sources : SNSPE, mai 2009.

TABLEAU 2 • Part des régions dans l'activité de dépistage du saturnisme de 2003 à 2007 (en %)

Région	2003	2004	2005	2006	2007
Aquitaine	5,9	2,1	2,8	2,5	2,5
Centre	0,3	0,8	1,0	7,1	1,7
Franche-Comté	8,5	0,7	0,4	0,3	0,4
Île-de-France	60,0	60,4	66,3	60,1	66,3
Limousin	0,0	0,7	0,5	1,6	0,9
Midi-Pyrénées	2,2	0,9	1,2	1,1	1,7
Nord-Pas-de-Calais	11,6	21,4	11,6	9,8	8,8
Pays de la Loire	1,0	0,9	1,7	2,6	1,3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,7	1,0	2,5	2,0	3,1
Rhône-Alpes	4,4	3,2	3,4	4,8	5,0
Région non renseignée	1,4	1,0	0,0	0,0	0,0
Autres régions	4,1	6,9	8,6	8,1	8,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Champ : France métropolitaine, 0 à 17 ans inclus.

Sources : SNSPE, mai 2009.

CHAMP • France métropolitaine, 0 à 17 ans inclus.

SOURCES • Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant (SNSPE) mis en œuvre par les prescripteurs, les laboratoires, les centres antipoison et de toxicovigilance et l'InVS, mai 2009. Enquête nationale de prévalence Saturn-Inf 2008-2009 menée par l'InVS.

LIMITES ET BIAIS • Ces données ne sont pas exhaustives ; l'exhaustivité du système de surveillance a été estimée par une enquête auprès des laboratoires à 81 % en 2003 et 90 % en 2004.

RÉFÉRENCE •

– <http://www.invs.sante.fr/surveillance/saturnisme> (Rubrique « Dossiers thématiques », « Saturnisme chez l'enfant »).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Exposition au radon dans les bâtiments publics

Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle, ubiquitaire et présent sur l'ensemble de la surface terrestre. Il provient surtout des sous-sols granitiques ou volcaniques ainsi que de certains matériaux de construction. La loi de santé publique de 2004 a fixé comme objectif de réduire, à un horizon quinquennal, l'exposition au radon en dessous de 400 Bq/m³ dans les établissements d'enseignement et les établissements sanitaires et sociaux. Depuis 1988, le radon est classé par le Centre international de recherche sur le cancer comme cancérigène pulmonaire certain pour l'homme (groupe 1). Les analyses conjointes des études cas-témoins menées directement en population générale ont permis de valider la persistance des risques pour des concentrations de radon habituelles dans l'habitat français (en moyenne 63 Bq/m³). Toutes ces analyses permettent de conclure qu'entre 5 % et 12 % des décès par cancer du poumon observés chaque année en France seraient attribuables à l'exposition domestique au radon. Plusieurs campagnes de mesures menées entre 1980 et 2000 ont permis de réaliser plus de 13 000 mesures sur l'ensemble du territoire français. À partir des résultats de ces campagnes, 31 départements ont été classés comme prioritaires vis-à-vis de la gestion du risque radon, en raison d'une concentration moyenne supérieure à 100 Bq/m³. Tous ces résultats ont amené les pouvoirs publics à mettre en place un plan de gestion des risques sanitaires associés au radon (plan d'action interministériel 2005-2008). L'arrêté du 22 juillet 2004 précise les niveaux (400 Bq/m³ et 1 000 Bq/m³) et les modalités de gestion du risque lié au radon dans certaines catégories d'établissements ouverts au public, ainsi que la liste des 31 départements prioritaires où les mesures de radon y sont rendues obligatoires.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pourcentage d'établissements scolaires et autres (sanitaires et sociaux) ayant des concentrations de radon supérieures à 400 Bq/m³ parmi ceux des 31 départements considérés comme prioritaires

L'absence de connaissance précise du nombre d'établissements entrant dans le champ de la réglementation portant sur le radon¹ ne permet pas de calculer cet indicateur. Cependant, les données issues des bilans des campagnes sont disponibles.

Le bilan de la campagne 2007-2008 montre que, parmi les 31 départements prioritaires, 29 départements ont effectué des mesures de dépistage (carte). Parmi les départements jugés non prioritaires, 8 ont également effectué des dépistages. Comme pour la campagne précédente (2006-2007), il est à noter qu'aucune mesure n'a été réalisée en Corse lors de cette campagne.

Au total, en 2007-2008, sur les 1 153 établissements contrôlés dans les départements prioritaires, 79 % présentaient des concentrations inférieures au niveau d'action fixé par l'arrêté (400 Bq/m³) [tableau 1]. Les autres établissements (21 %) devront mettre en œuvre des actions pour réduire les niveaux d'exposition

au radon, voire réaliser des travaux. Parmi l'ensemble des départements prioritaires, seules la Savoie et la Haute-Vienne ne possédaient aucune valeur supérieure à 400 Bq/m³. Néanmoins, le nombre d'établissements ayant une concentration de radon supérieure au premier niveau d'action (400 Bq/m³) est apparu élevé dans certains départements. Par exemple, dans la Nièvre, 53 % des établissements se situaient au-dessus du niveau d'action de 400 Bq/m³, dont 12 % au-dessus du niveau d'action de 1 000 Bq/m³. Toutefois, seuls 17 établissements de la Nièvre ont été mesurés pendant la campagne 2007-2008, alors que 64 établissements avaient fait l'objet de mesures dans la Nièvre pendant la campagne précédente.

Ces résultats, basés sur une seule année de campagne, ne sont donc pas représentatifs de la distribution des niveaux annuels de radon rencontrés dans l'ensemble de ces établissements. En effet, le nombre d'établissements mesurés a fortement baissé par rapport à la campagne 2006-2007, au cours de laquelle 2 778 établissements avaient été dépistés. Cette diminution peut aussi s'expliquer par l'annonce de la nouvelle réglementation portant sur les lieux de travail en matière de gestion des expositions au radon des travailleurs.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Taux de couverture du programme de détection : pourcentage d'établissements où les mesures de radon ont été faites dans un programme de détection parmi les établissements du département

L'absence de liste exhaustive des établissements entrant dans le champ de la réglementation portant sur le radon empêche d'obtenir directement le taux de couverture du programme de détection radon. Cependant, la dynamique des campagnes de dépistage dans les établissements ouverts au public renforce l'hypothèse de taux de couverture proches de l'exhaustivité pour les départements prioritaires. En effet, la baisse du nombre d'établissements mesurés au cours des dernières campagnes dans plusieurs de ces départements, combinée aux exigences réglementaires (conformément à l'article R. 1333-15 du Code de la santé publique, les mesures de radon doivent être répétées tous les dix ans) apparaît comme un signe d'une bonne couverture dans ces départements (l'ensemble des établissements auraient bénéficié d'au moins une mesure en dix ans). Ainsi, les taux de couverture semblent proches de l'exhaustivité pour certains types d'établissements comme les établissements publics d'enseignement de la région Bretagne et pour tous les établissements d'enseignement du Rhône, du Territoire de Belfort, du Doubs et de la Haute-Saône.

Impact du traitement sur les établissements : pourcentage d'établissements dont les concentrations de radon sont descendues au-dessous des valeurs seuils parmi ceux qui ont été détectés avec des valeurs supérieures au seuil

Cet indicateur n'est pas encore disponible. Il pourrait être renseigné grâce à la synthèse des résultats issus des campagnes de mesures, lors du bilan du premier plan d'action et de gestion du risque radon. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

1. Les catégories de lieux ouverts au public concernées par les mesures de radon sont : les établissements d'enseignement (y compris les bâtiments d'internat), les établissements sanitaires et sociaux disposant d'une capacité d'hébergement, les établissements thermaux et les établissements pénitentiaires.

TABLEAU 1 • Résultats de mesure du radon dans des établissements ouverts au public à l'issue de la campagne 2007-2008

Départements prioritaires	Nombre d'établissements dépistés	Nb < 400 Bq/m ³	Nb entre 400 et 1000 Bq/m ³	Nb > 1000 Bq/m ³	Départements non prioritaires	Nombre d'établissements dépistés	Nb < 400 Bq/m ³	Nb entre 400 et 1000 Bq/m ³	Nb > 1000 Bq/m ³
Allier	40	30	8	2	Côte-d'Or	12	8	3	1
Hautes-Alpes	12	8	1	3	Gard	1	0	1	0
Ardèche	140	124	13	3	Maine-et-Loire	2	0	1	1
Ariège	44	28	12	4	Mayenne	1	0	0	1
Aveyron	11	10	0	1	Meurthe-et-Moselle	13	11	2	0
Calvados	78	73	3	2	Moselle	5	5	0	0
Cantal	38	32	6	0	Orne	12	11	1	0
Corrèze	10	7	3	0	Bas-Rhin	5	5	0	0
Corse	0	0	0	0	Total	51	40	8	3
Côtes-d'Armor	20	13	4	3					
Creuse	8	7	1	0					
Doubs	19	18	1	0					
Finistère	113	61	28	24					
Indre	13	8	4	1					
Loire	14	13	1	0					
Haute-Loire	154	134	16	4					
Lozère	26	14	9	3					
Haute-Marne	30	20	9	1					
Morbihan	63	49	8	6					
Nièvre	17	8	7	2					
Puy-de-Dôme	62	46	10	6					
Hautes-Pyrénées	62	59	3	0					
Rhône	49	46	3	0					
Haute-Saône	35	28	4	3					
Saône-et-Loire	11	9	2	0					
Savoie	13	13	0	0					
Deux-Sèvres	31	19	7	5					
Haute-Vienne	3	3	0	0					
Vosges	28	23	3	2					
T. de Belfort	9	8	0	1					
Total	1 153	911	166	76					

Champ : France entière.

Sources : Autorité de sûreté nucléaire.

CHAMP • France entière. Établissements recevant du public : enseignement et médico-sociaux.

SOURCES • Données campagnes radon, Autorité de sûreté nucléaire (ASN).

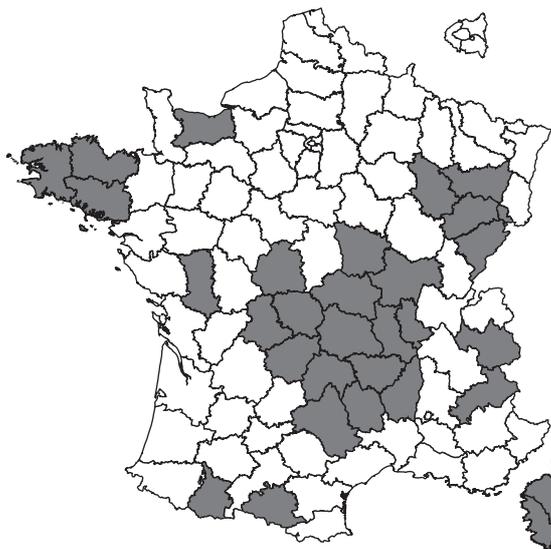
LIMITES ET BIAIS • Mesures issues de campagnes annuelles non exhaustives pour la plupart des départements. Ces résultats ne sont cependant pas représentatifs de la distribution des niveaux annuels de radon rencontrés dans l'ensemble de ces établissements. En effet, des corrections sont nécessaires pour prendre en compte la saisonnalité des concentrations de radon et le défaut d'exhaustivité des données. Enfin, ces contrôles portent sur l'ensemble des établissements ouverts au public et couvrent donc un champ légèrement plus large que celui visé par la loi de santé publique. Ainsi, la grande majorité des établissements contrôlés sont des établissements d'enseignement et des établissements sanitaires et sociaux.

RÉFÉRENCES •

- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000, « Campagne 1999-2000 de mesure du radon dans les établissements recevant du public : bilan intermédiaire novembre 2000 ».
- Autorité de sûreté nucléaire, 2006, Plan d'actions interministériel 2005-2008 pour la gestion du risque lié au radon (http://www.radon-france.com/fileadmin/modeles/radon/Plan-actions-radon_310306.pdf)
- InVS, 2007, « Impact du radon domestique : de la connaissance à l'action », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 18-19.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Carte des 31 départements prioritaires* pour la réalisation des campagnes de dépistage du radon dans les établissements recevant du public



* Pour ces départements, une campagne de dépistage exhaustive est demandée. Pour les autres départements, il est demandé d'effectuer une étude géologique au préalable pour lancer ensuite des campagnes de dépistage ciblées géographiquement.

Champ : France entière.

Sources : DGS circulaire DGS n° 2001/303 du 2 juillet 2001 et arrêté du 22 juillet 2004 relatif aux modalités de gestion du risque lié au radon dans les lieux ouverts au public.

synthèse

Le radon présent dans les immeubles bâtis représente un enjeu de santé publique majeur : entre 5% et 12% des décès par cancer du poumon observés chaque année en France seraient attribuables à l'exposition domestique au radon. La diminution de cet impact passe notamment par la réduction de l'exposition au radon dans les établissements publics.

Actuellement, des campagnes de dépistage se poursuivent, en particulier dans les départements prioritaires, dans le but d'obtenir des mesures de radon pour l'ensemble des établissements ouverts au public. Conformément aux dispositions définies par l'arrêté de juillet 2004, des actions de gestion doivent être obligatoirement réalisées dès que le 1^{er} niveau d'action est atteint (400 Bq/m³).

Exposition de la population aux polluants atmosphériques (1)

Les objectifs proposés par la loi de santé publique de 2004 pour les polluants réglementés au plan européen, notamment NO₂, ozone et particules en suspension, ont été repris et précisés dans le Plan national santé-environnement.

Il s'agit à un horizon quinquennal, d'une part, de **réduire de 30 % les concentrations urbaines moyennes en particules PM₁₀ et PM_{2,5} (particules de moins de 10 µm et 2,5 µm de diamètre respectivement) et de dioxyde d'azote** et, d'autre part, de **réduire de 20 % les concentrations urbaines moyennes d'autres polluants réglementés au niveau européen (ozone et dioxyde de soufre).**

Les indicateurs de suivi de cet objectif décrivent la moyenne annuelle (et le nombre de dépassements réglementaires) des concentrations en particules PM₁₀, dioxyde d'azote (NO₂), ozone (O₃) et dioxyde de soufre (SO₂) et l'impact sanitaire attribuable à la pollution atmosphérique urbaine. La surveillance des concentrations des particules PM_{2,5} est désormais réglementée dans le cadre de la directive européenne du 20 mai 2008.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Concentrations moyennes annuelles en particules (PM₁₀), SO₂, NO_x et O₃ dans l'air ambiant

Les données sont exprimées en µg/m³ pour les années 2000 à 2008 pour les trois premiers indicateurs de pollution, et depuis 1994 pour l'ozone. Il s'agit des moyennes de concentrations annuelles calculées sur 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants (graphiques 1 à 4).

Pour le NO₂, les concentrations moyennes ont progressivement diminué au cours de cette période, pour se stabiliser ces dernières années (graphique 1). Cette baisse est liée en grande partie au renforcement des réglementations relatives aux émissions des véhicules routiers (notamment les normes Euro III et Euro IV) et au renouvellement progressif du parc roulant. La stabilité récente des niveaux de NO₂ est également observée dans les autres pays de l'Union européenne.

Les niveaux de PM₁₀ sont restés relativement stables entre 2000 et 2006, à l'exception d'une légère pointe en 2003 (graphique 2). Depuis le 1^{er} janvier 2007, les modalités de mesure des PM₁₀ ont été modifiées dans les réseaux de surveillance de la qualité de l'air afin de prendre en compte la fraction volatile des particules. Ce changement dans la mesure des particules empêche de comparer directement les années 2007 et 2008 avec les années précédentes. La légère baisse des concentrations de PM₁₀ entre 2007 et 2008 (en moyenne de l'ordre de -7 % sur les sites à proximité du tra-

fic et sur les sites de fond) peut être expliquée par l'absence en 2008 de conditions météorologiques aussi défavorables qu'au printemps et à la fin de l'année 2007, pendant lesquels il y avait eu des épisodes de pollution particulaire. Au niveau européen, on observe une légère baisse au cours de la période 2000-2007. Bien que les moyennes des concentrations en particules (PM₁₀) soient en général plus faibles l'hiver que l'été, les épisodes de forte pollution sont plus fréquents en hiver et surviennent souvent près des grands axes de circulation. Certains sites en milieu urbain et en sites à proximité du trafic risquent donc de ne pas respecter les objectifs en matière de niveaux PM₁₀ fixés pour 2010 par la directive 1999/30/EC¹. Des situations semblables sont également observées dans d'autres pays européens.

Les niveaux de SO₂, polluant lié à l'industrie et au chauffage urbain, sont actuellement, à de rares exceptions près, extrêmement faibles (graphique 3).

En ce qui concerne l'ozone, les niveaux moyens ont augmenté entre 1994 et 2008 (graphique 4). Les situations peu ensoleillées de l'été 2008 n'ont pas conduit à des niveaux élevés de pollution photochimique sur le territoire. Ainsi, le nombre de jours où le seuil de procédure d'information pour l'ozone a été dépassé est notablement inférieur à celui des étés précédents. Une augmentation plus importante avait bien évidemment été observée en 2003, avec, pour ce polluant, des niveaux exceptionnels en relation avec les conditions climatiques rencontrées cette année-là. Les niveaux d'ozone les plus élevés

sont observés en été dans les zones périurbaines et rurales, notamment dans les régions ensoleillées. La même tendance est observée dans les autres pays de l'Union européenne.

Fréquence de dépassement des seuils légaux (une mesure par polluant)

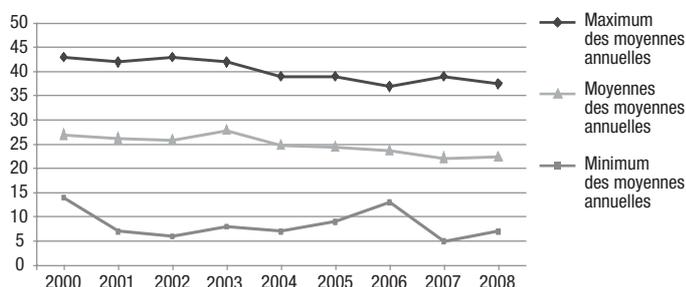
Cet indicateur est d'un intérêt relativement limité pour les comparaisons interannuelles. En effet, les dépassements sont déclenchés lors de la mise en œuvre de procédures d'information et d'alerte en application de circulaires et selon les modalités des arrêtés préfectoraux adoptés localement. Par ailleurs, le nombre d'événements ne donne d'information ni sur leur durée, qui peut être assez brève, ni sur l'étendue spatiale des épisodes. En 2008, cet indicateur intègre les PM₁₀². Le nombre de déclenchements d'une procédure préfectorale en 2008 a été très inférieur à celui de 2007 pour le dioxyde d'azote, l'ozone et le dioxyde de soufre. Pour les PM₁₀, le nombre de déclenchements d'une procédure préfectorale s'élève à 50 jours pour le seuil d'information et 9 jours pour le seuil d'alerte (tableau 1).

1. 40 µg/m³ par an et 50 µg/m³ par 24 heures (nombre maximal de dépassements permis : 35).

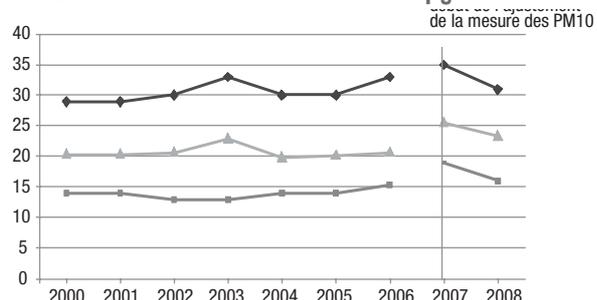
2. À la suite de la mise en application de la circulaire du 12 octobre 2007 relative à l'information du public sur les particules en suspension dans l'air ambiant.

Évolution des niveaux annuels de polluants en France pour 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants

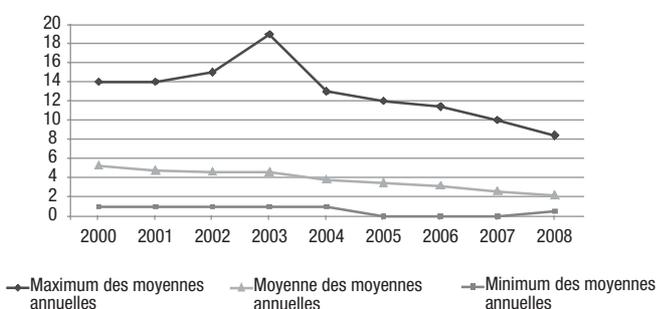
GRAPHIQUE 1 • Niveaux de fond de NO₂ en µg/m³



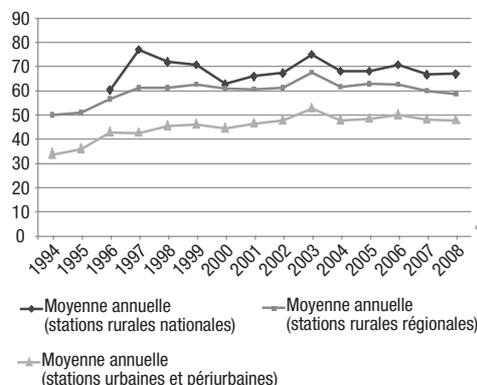
GRAPHIQUE 2 • Niveaux de fond de PM₁₀ en µg/m³



GRAPHIQUE 3 • Niveaux de fond de SO₂ (en µg/m³)



GRAPHIQUE 4 • Niveaux de fond de O₃ (en µg/m³)



* L'ozone est formé dans la troposphère au travers de processus photochimiques complexes à partir de composés précurseurs émis par des sources naturelles et les activités humaines (oxydes d'azote, composés organiques volatils, monoxyde de carbone). De plus, l'ozone a une durée de vie de quelques jours dans les basses couches de l'atmosphère, de sorte qu'il peut être transporté loin de sa zone de production. En raison de ces mécanismes, les valeurs de fond les plus élevées se mesurent à distance des agglomérations.

Champ : France, 60 agglomérations de plus de 100 000 habitants.

Sources : ADEME-BDQA/fédération ATMO.

TABLEAU 1 • Nombre de déclenchements de procédures préfectorales* en 2008 en France

Polluant	Nombre de jours de déclenchements du seuil de procédure d'information	Nombre de jours de déclenchements du seuil de procédure d'alerte
Dioxyde d'azote	11	0
Ozone	36	0
Dioxyde de soufre	35	0
PM ₁₀	50	9

* Cette liste est établie en fonction des dépassements ou des risques de dépassements des seuils d'information ou d'alerte lorsqu'il y a déclenchement d'une procédure préfectorale.

Champ : France entière.

Sources : Déclaration des AASQA au MEEDDAT via un système de saisie mis en place par l'ADEME.

Exposition de la population aux polluants atmosphériques (2)

Nombre de personnes exposées à des dépassements de seuils réglementaires pour les polluants majeurs (NO₂ et ozone)

Cet indicateur relève encore du domaine de la recherche. L'ADEME a lancé une étude sur ce sujet en collaboration avec l'IFEN. Les résultats devraient être disponibles à brève échéance. Selon les premières estimations, il y aurait entre 13 et 15,6 millions d'habitants potentiellement exposés au risque du seuil d'ozone pour la santé humaine (soit plus de 25 jours d'exposition au seuil 120 µg/m³ sur 8 heures en ozone) en France métropolitaine.

En ce qui concerne la région Île-de-France, les travaux d'Airparif, permettent d'estimer qu'en 2007, 3,9 millions de Franciliens, soit 36 % de la population régionale, étaient exposés à un air qui ne respectait pas la réglementation pour les PM₁₀ (au moins 35 jours de dépassement de 50 µg/m³), et ce essentiellement dans l'agglomération parisienne. Pour le dioxyde d'azote (NO₂), le dépassement de l'objectif de qualité à atteindre en 2010 (40 µg/m³ en moyenne annuelle) concernait quant à lui 3,4 millions de personnes (soit 31 % des Franciliens) et 2200 km du réseau routier francilien (dont 61 % des voies de circulation de Paris et de la petite couronne). Ces dépassements sont à nouveau majoritairement localisés dans l'agglomération parisienne et le long des principaux axes routiers de la région.

Évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans les villes de plus de 100 000 habitants où les niveaux d'exposition aux polluants atmosphériques sont mesurés

La méthode d'évaluation des impacts sanitaires (EIS) de la pollution atmosphérique urbaine se fonde sur les relations, établies au moyen d'études épidémiologiques, liant les concentrations d'un indicateur de pollution dans l'air ambiant au risque sanitaire, pour

évaluer le nombre de cas (décès, hospitalisations, etc.) attribuables à l'exposition à la pollution atmosphérique dans une situation locale donnée. Cette méthode permet également de comparer les bénéfices sanitaires attendus selon différents scénarios de réduction des niveaux de pollution atmosphérique.

À ce jour, des évaluations de l'impact sanitaire à court terme de la pollution atmosphérique sur la mortalité et les hospitalisations ont ainsi été réalisées dans une quarantaine d'agglomérations françaises. Les résultats de ces évaluations ne peuvent cependant être somés, ou directement comparés entre villes, en raison de différences trop importantes quant aux années prises pour référence et aux scénarios étudiés.

Le Programme de surveillance air et santé (Psas) de l'InVS a publié en 2008 et 2009 de nouveaux résultats sur l'impact de la pollution atmosphérique urbaine sur la mortalité et les hospitalisations pour motifs respiratoires et cardiovasculaires dans neuf villes françaises (Pascal, 2009). Cela a permis de publier une version actualisée du guide méthodologique pour l'évaluation des impacts sanitaires de la pollution atmosphérique dans les zones urbaines françaises (Programme de surveillance air et santé, 2008). Une évaluation de l'impact à long terme de l'exposition chronique

à la pollution particulaire (PM_{2,5}) sur la mortalité a ainsi pu être réalisée dans neuf villes françaises (Bordeaux, Le Havre, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rouen, Strasbourg et Toulouse), en appliquant la méthodologie préconisée par le guide.

Au total, près de 1500 décès chez les adultes de 30 ans et plus, en lien avec l'exposition chronique aux PM_{2,5} pourraient être évités chaque année, si les niveaux moyens annuels de chacune des neuf villes était diminué de 5 µg/m³. Cela représenterait en moyenne, dans les neuf villes, une réduction d'environ 2 % du taux de mortalité, soit 20,5 décès pour 100 000 habitants : de 19,0 pour 100 000 à Toulouse à 26,2 pour 100 000 au Havre (tableau 2).

L'impact sanitaire calculé ici ne rend compte que de l'effet à long terme de l'exposition chronique aux PM_{2,5} sur la mortalité et ne représente donc qu'une partie de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique particulaire. L'impact sur la morbidité n'est pas pris en compte dans cette évaluation. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

synthèse

Au cours de la période 2000-2008, les concentrations de particules atmosphériques (PM₁₀) sont restées stables en France. On constate même en 2007 une augmentation des niveaux de PM₁₀ en raison d'épisodes de pollution assez exceptionnels. Les concentrations moyennes de NO₂ sont également restées assez stables, avec une légère tendance à la baisse, tandis que celles de SO₂ sont maintenant extrêmement faibles. En revanche, les niveaux moyens d'ozone ont enregistré une augmentation régulière entre 2000 et 2006. Ils sont en très légère baisse depuis 2007. L'objectif de réduction des concentrations de particules en suspension ne sera donc pas atteint, alors qu'une évaluation de l'impact à long terme de l'exposition chronique aux PM_{2,5} sur la mortalité dans neuf villes françaises confirme que le bénéfice sanitaire d'une diminution des niveaux d'exposition pourrait être tout à fait substantiel (environ 1500 décès annuels potentiellement évitables dans les neuf villes en cas de réduction de 5 µg/m³ des concentrations de PM_{2,5}).

TABLEAU 2 • Mortalité* potentiellement évitable par une réduction de 5 µg/m³ des niveaux moyens annuels de PM_{2,5} (adultes de 30 ans et plus)

Ville	Nombre annuel moyen de décès pour 100 000 hab.
Bordeaux	22,3
Le Havre	26,2
Lille	23,6
Lyon	21,3
Marseille	25,4
Paris	18,5
Rouen	25,6
Strasbourg	22,8
Toulouse	19,0
Total des neuf villes	20,5

*Mortalité toutes causes.

Champ : Neuf villes françaises (soit plus de 12 millions d'habitants); moyenne des années 2004 et 2005.

Sources : Programme de surveillance air et santé.

CHAMP • Agglomérations de plus de 100 000 habitants, population tous âges.

SOURCES • Niveaux des polluants et nombre de dépassements: ADEME; évaluations d'impact sanitaire: Programme de surveillance air et santé (Psas) de l'InVS

LIMITES ET BIAIS • Causes de décès renseignées par les praticiens lors de l'établissement du certificat de décès. L'indicateur « fréquence de dépassement des seuils légaux » peut présenter des limites, si on fait des comparaisons interannuelles, car il est par exemple dépendant du nombre de sites de mesure et le nombre d'événements ne donne pas d'information sur leur durée (qui peut être assez brève) et leur étendue spatiale.

RÉFÉRENCES •

- ADEME: www.ademe.fr
- Psas (www.invs.sante.fr/surveillance/psas9/default.htm)
- Directive 1999/30/CE du Conseil du 22 avril 1999 relative à la fixation de valeurs limites pour l'anhydride sulfureux, le dioxyde d'azote et les oxydes d'azote, les particules et le plomb dans l'air ambiant.
- Directive 2008/50/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2008 concernant la qualité de l'air ambiant et un air pur pour l'Europe.
- Airparif, 2008, *Surveillance de la qualité de l'air en Île-de-France. Rapport d'activité. Bilan 2007*, Airparif, Paris.
- Pascal L., Blanchard M., Fabre P., Larrieu S., Borrelli D., Host S., Chardon B., Chatignoux E., Prouvost H., Jusot J.-F., Wagner V., Declercq C., Medina S., Lefranc A., 2009, « Liens à court terme entre la mortalité et les admissions à l'hôpital et les niveaux de pollution atmosphérique dans neuf villes françaises ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 5, p. 41-44.
- Programme de surveillance air et santé, 2008, *Évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine. Concepts et méthodes*, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • InVS/ADEME-BDQA/ATMO.

Exposition de la population aux polluants atmosphériques d'origine industrielle (1)

L'objectif de la loi de santé publique de 2004 concernant l'exposition de la population aux polluants atmosphériques d'origine industrielle a été précisé dans le plan national Santé-Environnement.

Il s'agit de **réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques entre autres d'origine industrielle** (benzène, certains métaux lourds toxiques) et de **réduire les rejets atmosphériques industriels globaux nationaux**. Les cibles à atteindre sont de -40% pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010, d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008 et de -50% pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008.

En plus d'indicateurs de baisse des émissions et de baisse des expositions, il faudrait également **disposer d'indicateurs sur l'imprégnation des êtres humains**. Le développement de ces indicateurs par l'InVS est à poursuivre. Il n'y a, par ailleurs, pas lieu de prévoir pour le moment un indicateur d'impact sanitaire, comme pour l'objectif précédent.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Concentrations moyennes annuelles en benzène et métaux lourds (plomb, cadmium, arsenic, nickel) dans l'air ambiant

Les concentrations annuelles du benzène¹ en site urbain ou en site trafic ont connu une tendance à la baisse entre 2000 et 2007 (tableaux 1 et 2). Dans certaines agglomérations, les concentrations ont été divisées par trois depuis 2000. Aucun dépassement du seuil réglementaire n'a été constaté en 2007.

La surveillance des métaux lourds est réglementée par la directive du 15 décembre 2004, entrée en vigueur en février 2007, excepté pour le plomb réglementé depuis de nombreuses années. Les moyennes de concentrations annuelles sont calculées sur quelques agglomérations de plus de 100 000 habitants.

Les métaux lourds proviennent de la combustion du charbon, du pétrole, des déchets ménagers et de certains procédés industriels (métallurgie des métaux non ferreux notamment).

Pour le plomb, métal le plus anciennement mesuré, la suppression de l'utilisation de plomb tétraéthyle dans les essences depuis le 1^{er} janvier 2000 a conduit à une division par trois des émissions de plomb dans l'air.

Pour les autres métaux, les premiers résultats de mesure montrent que les valeurs réglementaires fixées par la norme européenne ou française sont largement respectées, excepté à Saint-Étienne où la valeur cible pour l'arsenic a

été dépassée du fait de la composition du sol (remblais issus de résidus miniers et de charbon à teneur élevée en arsenic) [tableau 3].

Dans les agglomérations de plus de 250 000 habitants, seule l'agglomération de Saint-Étienne est donc, à ce jour, concernée par un dépassement en arsenic pour les valeurs cibles des métaux toxiques. Aucune d'entre elles en revanche n'enregistre de dépassement pour les valeurs réglementaires en benzène.

Émissions totales et sectorielles de benzène, chlorure de vinyle, dioxines, métaux toxiques (plomb, cadmium, mercure)

Le Centre interprofessionnel technique d'étude de la pollution atmosphérique (CITEPA), qui regroupe en particulier des industriels, des fédérations et des syndicats professionnels, surveille les émissions totales et sectorielles de composés organiques volatils.

En 2006, les émissions de benzène s'élevaient selon les dernières estimations à 54,9 ktonnes. Le principal émetteur de benzène est le résidentiel tertiaire (75%), suivi du transport routier (15%). En France, les émissions de benzène ont baissé de 38% entre 2000 et 2006. Cette baisse est plus marquée dans le secteur du transport routier (58%) et du résidentiel/tertiaire (35%) [graphique 1].

Pour les dioxines (et les furanes), les émissions en 2006 s'élevaient à 127 g ITEQ (équivalent toxique international). Les secteurs prépondérants sont le traitement des déchets (33%) et la métallurgie des métaux ferreux

(33%). Les émissions ont baissé de 75% depuis 2000. Cette diminution est observée dans l'ensemble des secteurs, en particulier grâce aux progrès réalisés dans les domaines de l'incinération des déchets et de la sidérurgie (graphique 2).

Les émissions en plomb s'élèvent à 127 tonnes en 2006. Le secteur le plus émetteur est l'industrie manufacturière avec 66% des émissions totales. Une baisse de 50% a été constatée de 2000 à 2006. Cette baisse est attribuée, d'une part, au transport routier grâce à l'introduction de carburants sans plomb et l'interdiction d'essence plombée au 1^{er} janvier 2000 et, d'autre part, à la fermeture d'un important site de production de métaux non ferreux en 2003 (graphique 3).

1. Pour le benzène, les données sont exprimées en µg/m³.

TABLEAU 1 • Évolution des moyennes annuelles (en µg/m³)

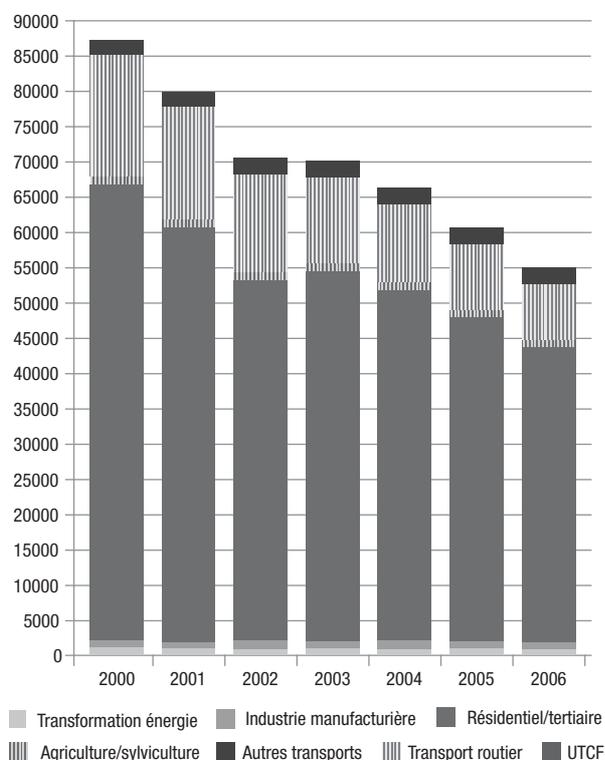
pour le benzène en site urbain

Agglomération	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Amiens	-	-	-	-	-	-	-	0,9
Avignon	-	-	-	-	1,5	1,4	1,2	1,1
Bayonne	-	-	-	-	-	-	-	0,6
Besançon	-	-	-	-	-	-	-	1,2
Bordeaux	-	-	-	-	-	-	-	0,6
Dijon	-	-	-	2,1	2,1	1,7	1,9	1,6
Grenoble	2,1	2,2	-	2,4	1,8	1,8	0,8	0,8
Lille	-	-	-	-	0,6	-	-	-
Limoges	-	-	-	-	1,8	1,6	1,5	-
Lyon	-	-	-	-	-	-	0,8	1,2
Marseille	-	-	-	3,7	4,9	4,1	2,7	2,4
Montpellier	-	2	2,1	2,7	2,4	1,4	2,2	1,6
Nancy	-	-	-	-	-	-	-	1,0
Nantes	-	-	0,8	1,0	0,9	0,9	0,9	0,6
Nice	-	-	2	1,8	2,2	1,9	-	0,9
Paris	1,9	1,8	1,6	1,7	1,3	1,2	1,4	1,3
Poitiers	1,6	-	1,6	-	-	-	1,7	1,7
Reims	-	-	1,3	1,4	1,7	1,7	1,4	1,3
Rouen	-	1,7	1,4	1,6	1,5	1,2	1,4	1,3
St-Denis de la Réunion	-	-	-	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4
Strasbourg	-	-	-	1,9	1,7	1,9	1,5	1,3
Tours	-	-	-	-	-	0,8	1,1	0,9

Champ : France entière, agglomérations de plus de 100 000 habitants.

Sources : ADEME-BDQA/réseau ATMO.

GRAPHIQUE 1 • Évolution des émissions totales et sectorielles de benzène (en tonnes)



Champ : France métropolitaine.

Sources : CITEPA/Coralie.

TABLEAU 2 • Évolution des moyennes annuelles (en µg/m³)

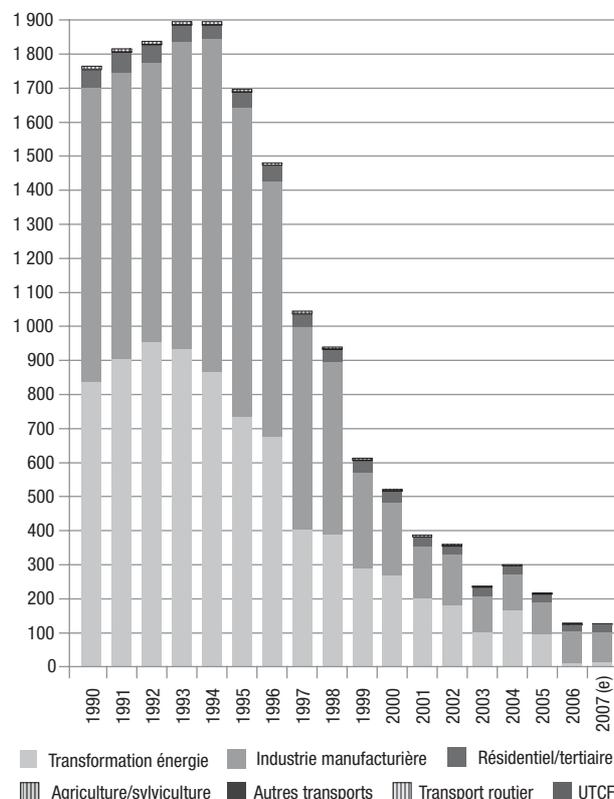
pour le benzène en site trafic

Agglomération	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Avignon	-	-	-	-	-	1,9	1,6	1,4
Besançon	-	-	-	-	-	-	-	2,1
Bordeaux	-	-	-	-	-	-	-	1,3
Caen	-	2,4	2,5	2,5	2,1	-	3,1	-
Clermont-Ferrand	7,0	5,0	5,0	5,0	4,0	2,0	2,0	2,0
Dijon	-	-	-	3,4	3,6	2,8	2,8	2,4
Fort de France	-	-	4,0	-	-	3,0	1,0	-
Grenoble	-	-	2,0	2,3	2,1	1,8	1,8	1,6
Lille	3,0	-	-	3,0	2,0	2,4	-	-
Lyon	-	8,0	8,0	-	4,0	3,4	2,4	1,4
Marseille	-	-	-	3,8	4,6	3,7	3,0	2,7
Montpellier	-	4,2	4,2	5,1	4,7	3,8	2,8	3,0
Nancy	-	-	-	-	-	-	-	2,7
Nantes	-	-	4,7	4,4	4,0	3,0	2,8	1,9
Nice	-	-	3,3	3,3	4,2	3,3	-	2,3
Orléans	-	-	-	-	2,0	-	2,0	1,0
Paris	11,8	6,3	6,9	6,3	5,2	4,4	4,0	3,4
Rouen	-	2,8	2,3	2,4	2,2	1,9	2,1	1,8
Strasbourg	-	-	-	3,0	3,4	3,2	2,3	2,3
Toulouse	-	-	-	-	2,0	2,3	-	2,2

Champ : France entière, agglomérations de plus de 100 000 habitants.

Sources : ADEME-BDQA/réseau ATMO.

GRAPHIQUE 2 • Évolution des émissions totales et sectorielles de dioxines (en g ITEQ)



Champ : France métropolitaine.

Sources : CITEPA/Coralie.

CHAMP • France, agglomérations.

SOURCES • concentration des polluants : ADEME-BDQA/réseau ATMO ; Émissions sectorielles : CITEPA.

RÉFÉRENCES •

- www.ademe.fr
- www.citepa.org/

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • ADEME-réseau ATMO/CITEPA.

Exposition de la population aux polluants atmosphériques d'origine industrielle (2)

En 2006, les émissions de cadmium s'élevaient à 4,6 tonnes. Les principaux émetteurs de cadmium sont issus de l'industrie manufacturière (combustion des combustibles minéraux solides, du fioul lourd ou biomasse, aciérie électrique, verrerie, métallurgie des métaux non ferreux) et de la transformation d'énergie (UIOM avec récupération d'énergie). Ces différentes sources ont diminué de 66% entre 2000 et 2006. Cette baisse s'explique par les progrès réalisés dans les secteurs industriels, en particulier dans les secteurs de la sidérurgie, de la métallurgie et dans le traitement des fumées des usines d'incinération (graphique 4).

Pour le mercure, les émissions représentaient 7,9 tonnes en 2006. La transformation d'énergie et l'industrie manufacturière sont les deux secteurs qui contribuent principalement aux émissions. Une baisse de 39% a été constatée entre 2000 et 2006. Plusieurs raisons expliquent cette baisse: l'amélioration des performances de l'incinération des déchets, l'interdiction de l'emploi de ce métal dans les piles et thermomètres médicaux et une optimisation des procédés de production du chlore (graphique 5). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • ADEME.

synthèse

En France, les mesures du benzène et des métaux lourds dans l'air ambiant montrent qu'au cours de la période 2000-2006, les niveaux de benzène ont diminué d'un facteur trois dans les sites de proximité trafic et ont tendance à baisser dans les sites urbains. Les premières mesures en métaux lourds montrent que les valeurs cibles sont respectées sur l'ensemble des agglomérations françaises, excepté pour l'arsenic à Saint-Étienne, où la valeur cible est dépassée en raison de la nature du sol (remblais de résidus miniers) et de l'érosion éolienne.

En termes d'émissions totales et sectorielles, le benzène et les métaux sont en très forte diminution en raison d'importantes améliorations apportées lors de process industriels et de la suppression de plomb dans le carburant. Les objectifs de diminution de rejets atmosphériques devraient, a priori, être atteints dans le calendrier prévu.

TABLEAU 3 • Évolution des moyennes annuelles pour l'arsenic, cadmium et nickel (en ng/m³) dans quelques agglomérations

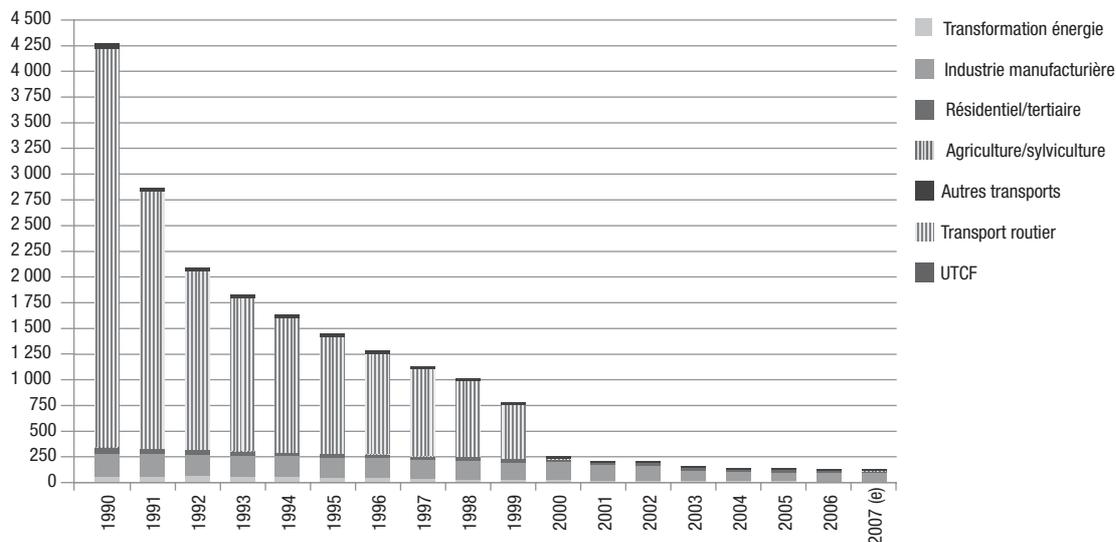
Valeurs cibles: 6 ng/m³ pour l'arsenic; 5 ng/m³ pour le cadmium; 20 ng/m³ pour le nickel

Agglomération	Typologie du site	Arsenic 2006	Arsenic 2007	Cadmium 2006	Cadmium 2007	Nickel 2006	Nickel 2007
Bayonne	urbaine	-	0,44	-	0,26	-	1,2
Besançon	trafic	-	0,08	-	0,04	-	0,6
Béthune	industrielle	-	1,6	-	0,4	-	3,2
Béthune	urbaine	-	0,5	-	0,2	-	3,1
Châlons-en-Champagne	urbaine	-	0,5	-	0,2	-	1,2
Chalon-sur-Saône	industrielle	-	0,6	-	0,2	-	1,9
Dijon	urbaine	-	0,4	-	0,1	-	1,3
Dijon	urbaine	-	0,3	-	0,1	-	0,9
Dijon	trafic	-	0,4	-	0,1	-	1,7
Douai	industrielle	-	0,7	-	0,5	-	3,2
Douai	observation spécifique	-	0,6	-	0,3	-	2,6
Dunkerque	industrielle	-	0,9	-	0,5	-	16,5
Grenoble	urbaine	0,7	0,65	0,7	0,32	5,4	3,27
Le Havre	urbaine	-	0,3	-	0,2	-	5,5
Le Mans	urbaine	-	0,41	-	0,23	-	2,03
Lille	urbaine	-	0,5	-	0,3	-	3,1
Lyon	trafic	0,8	-	0,6	-	6,8	-
Lyon	industrielle	0,9	0,79	0,6	0,37	5,0	3,42
Lyon	urbaine	-	0,64	-	0,49	-	2,98
Montbéliard	urbaine	-	0,4	-	0,1	-	2
Montpellier	urbaine	-	0,5	-	0,2	-	2,1
Montpellier	trafic	-	0,9	-	0,2	-	2,7
Orléans	trafic	-	0,34	-	0,07	-	1,16
Paris	urbaine	-	0,61	-	0,28	-	0,77
Pau	urbaine	-	0,3	-	0,15	-	1,6
Perpignan	périurbaine	-	0,3	-	-	-	1,7
Reims	périurbaine	-	1,3	-	0,4	-	2,4
Rouen	urbaine	-	0,4	-	0,2	2,0	1,91
Saint-Étienne	urbaine	12,6	11,5	0,3	0,25	-	1,05
Toulouse	industrielle	-	0,64	-	0,19	-	1,22
Toulouse	industrielle	-	0,44	-	0,17	-	0,62
Tours	trafic	-	0,22	-	0,09	-	4,5
Berre-l'Étang	urbaine	-	0,5	-	0,2	-	6,6
Fos-sur-Mer	urbaine	-	1,1	-	0,3	-	1,5
Mâcon	périurbaine	-	0,6	-	0,1	-	-

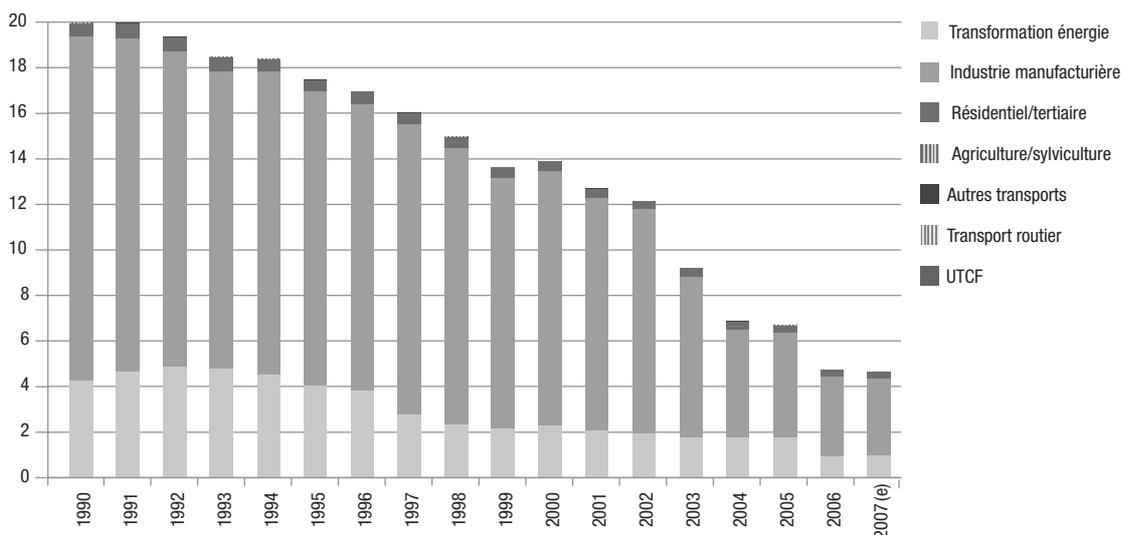
Champ: France entière, agglomérations de plus de 100 000 habitants.

Sources: ADEME-BDQA/réseau ATMO.

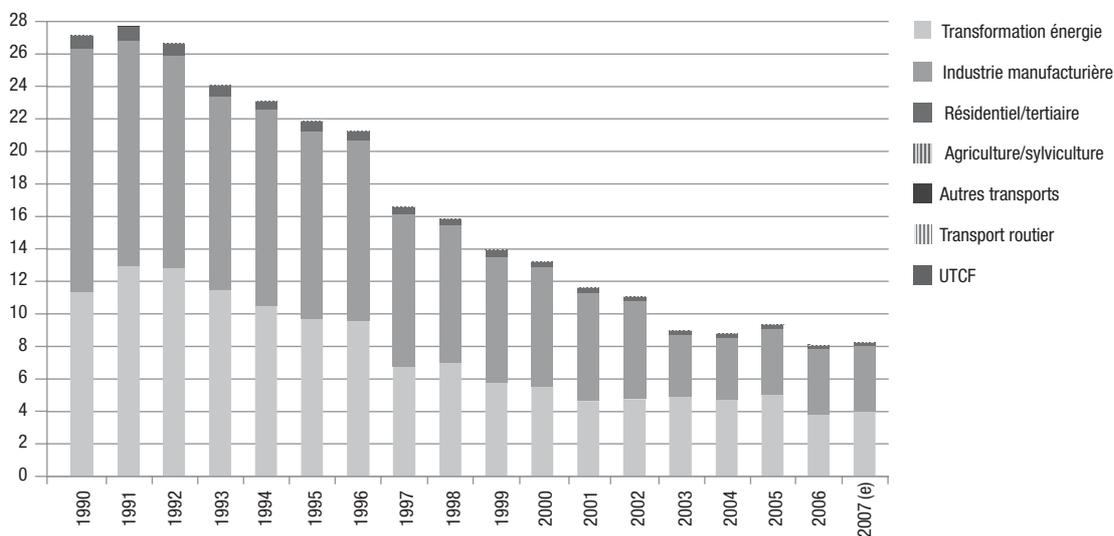
GRAPHIQUE 3 • Évolution des émissions totales et sectorielles de plomb (en tonnes)



GRAPHIQUE 4 • Évolution des émissions totales et sectorielles de cadmium (en tonnes)



GRAPHIQUE 5 • Évolution des émissions totales et sectorielles de mercure (en tonnes)



Qualité de l'eau de distribution publique

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **diminuer par deux, à un horizon quinquennal, le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique, dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et pesticides.**

La directive européenne n° 98/83/CE du 3 novembre 1998, relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine, fixe des exigences de qualité pour une quarantaine de paramètres transposées dans le code de la santé publique. Pour les paramètres microbiologiques et les pesticides, les limites (ou références) de qualité sont les suivantes :

- les germes *Escherichia coli* et entérocoques, indicateurs de contamination fécale, doivent être absents dans un échantillon de 100 ml d'eau prélevée ;
- les substances individualisées de pesticides ne doivent pas être présentes à une concentration supérieure à 0,1 µg/l ;
- la concentration de la totalité des pesticides présents ne doit pas dépasser 0,5 µg/l.

Le suivi des indicateurs microbiologiques et pesticides se justifie ainsi :

- la bonne qualité microbiologique des eaux d'alimentation est essentielle, afin de limiter l'apparition de pathologies telles que les gastro-entérites (risque à court terme) ;
- la présence de pesticides dans l'eau potable donne des indicateurs pertinents de la dégradation des ressources en eau ; de plus, ces substances, même à faible dose d'exposition, sont susceptibles d'engendrer des effets sur la santé (cancers, troubles neurologiques et troubles de la reproduction essentiellement).

Généralement, les situations de non-conformité microbiologique recensées proviennent de la défaillance ou l'absence de système de désinfection des eaux. L'instauration de périmètres de protection autour de l'ensemble des points de captage d'eau souterraine et superficielle, qui constitue l'un des objectifs du Plan national santé-environnement (PNSE) 2004-2008, contribuera à améliorer la qualité microbiologique des eaux distribuées à la population.

Les actions d'amélioration de la qualité de l'eau distribuée vis-à-vis des pesticides doivent être poursuivies et confortées, voire parfois engagées dans certaines zones du territoire. Au niveau national, les ministres en charge de la santé, de l'agriculture, de l'écologie et de la concurrence de la consommation et de la répression des fraudes ont décidé, en juin 2006, de mettre en œuvre un plan interministériel. Celui-ci vise à réduire l'utilisation des pesticides et les risques qu'ils engendrent sur le plan sanitaire pour les utilisateurs de produits et les consommateurs de denrées, ainsi que leurs effets potentiels sur les différents compartiments de l'environnement (eau, air, sol) et la biodiversité. Il répond également aux engagements pris par le gouvernement dans le PNSE 2004-2008.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques

Cette proportion est estimée par le rapport de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques sur la population alimentée par de l'eau ayant fait l'objet d'un contrôle sanitaire. En 2008, 3,8% de la population ont été alimentés par de l'eau du réseau public ayant été au moins une fois non conforme pour les paramètres microbiologiques, contre 5,1% en 2003 et 8,8% en 2000 (graphique 1).

Les zones géographiques où la qualité de l'eau respecte le moins souvent les limites de qualité microbiologique correspondent à celles où les réseaux d'adduction sont les plus nombreux et desservent peu de population (zones de montagne, zones rurales). Ainsi, 99,8% des prélèvements étaient conformes dans les unités de distribution (UDI) de plus de 50 000 habitants, contre 90,2% dans les UDI de moins de 500 habitants.

Proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les pesticides

Cette proportion est estimée à partir des informations fournies par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Au cours de l'année 2008, 91,9% de la population ont été alimentés par de l'eau en permanence conforme pour les paramètres pesticides (tableau 1).

En 2008, des concentrations élevées et durables en pesticides dans les eaux ont nécessité de restreindre les usages alimentaires de l'eau de la distribution publique pour environ 61 600 personnes, réparties sur 19 départements (0,1% de la population française). Les zones concernées par ce type de restriction étaient principalement situées dans le bassin parisien et le quart nord-est de la France. ●

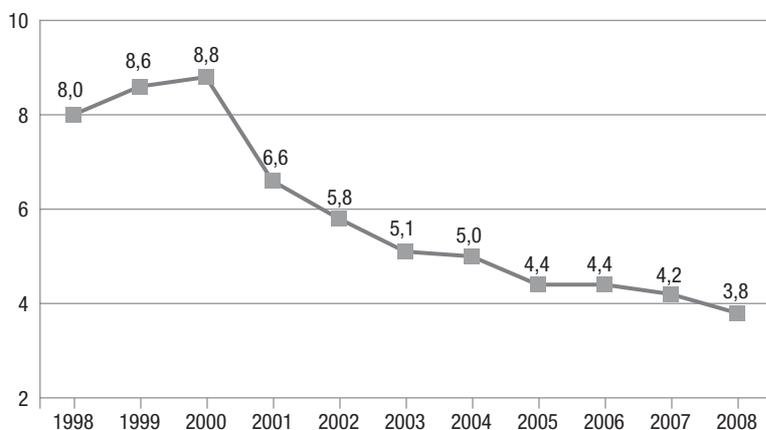
synthèse

La proportion de la population alimentée par de l'eau au moins une fois non conforme aux paramètres microbiologiques au cours de l'année a diminué de 5 points entre 2000 (8,8%) et 2008 (3,8%) et de 1,3 point entre 2003 (5,1%) et 2008 (3,8%). Cette amélioration semble durable et traduit les efforts faits par les responsables de la distribution d'eau et les services de l'État pour améliorer la qualité de l'eau de la distribution publique.

S'agissant des pesticides, la situation en 2008 a montré une évolution favorable par rapport à 2007, mais la proportion de la population alimentée par l'eau en permanence conforme est restée inférieure à celle de 2006 (94,9% en 2006, contre 91,6% en 2007 et 91,9% en 2008). Cette évolution défavorable depuis 2006 est liée en grande partie à de faibles dépassements ponctuels, notamment au niveau des unités de distribution de l'Île-de-France à forte population. Toutefois, pour 8% de la population, le non-respect des valeurs réglementaires a été limité, dans le sens où il n'a pas justifié de restreindre les usages alimentaires de l'eau.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DGS, BUREAU « QUALITÉ DES EAUX » EA4.

GRAPHIQUE 1 • Proportion de la population desservie par une eau non conforme pour les paramètres microbiologiques entre 1998 et 2008 (%)



Champ : France (métropole et départements d'outre-mer).
Sources : SISE-Eaux, DDASS, ministère chargé de la santé.

CHAMP • France (métropole et départements d'outre-mer).

SOURCES • Données du contrôle sanitaire des eaux contenues dans la base de données SISE-Eaux (Système d'information en santé-environnement sur les eaux) et informations recueillies auprès des DDASS.

LIMITES ET BIAIS • Indicateur relatif aux paramètres microbiologiques : compte tenu des aléas liés à l'échantillonnage et au contexte de la production des eaux, l'indicateur de conformité des eaux pour ces paramètres se fonde, dans le cadre de cette synthèse, sur le respect des limites de qualité microbiologiques (*Escherichia coli* et entérocoques) pour 95 % des prélèvements réalisés annuellement. Indicateur relatif aux pesticides : des informations ne sont pas disponibles pour 0,7 % de la population.

RÉFÉRENCE •

– Rapports disponibles sur le site du ministère chargé de la Santé, rubrique «Dossiers de la santé de A à Z», «E», «Eau», «Eau du robinet», «Bilan de la qualité des eaux d'alimentation» et «Eau et pesticides».

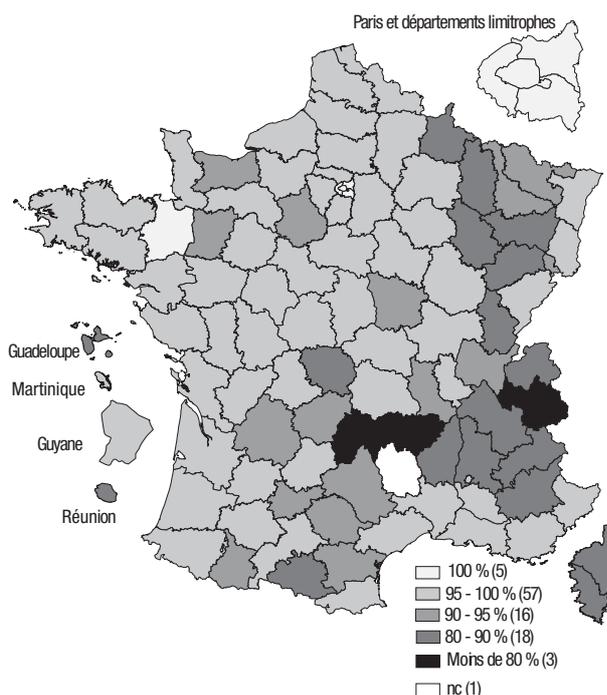
TABLEAU 1 • Proportion de la population desservie par une eau au moins une fois dans l'année non conforme pour les paramètres pesticides entre 2003 et 2008 (%)

2003	9,0
2004	6,8
2005	6,2
2006	5,1
2007	8,4*
2008	8,1*

* L'augmentation entre 2006 et 2007/2008 est due essentiellement à de faibles dépassements ponctuels notamment au niveau d'unités de distribution (UDI) de l'Île-de-France à forte population.

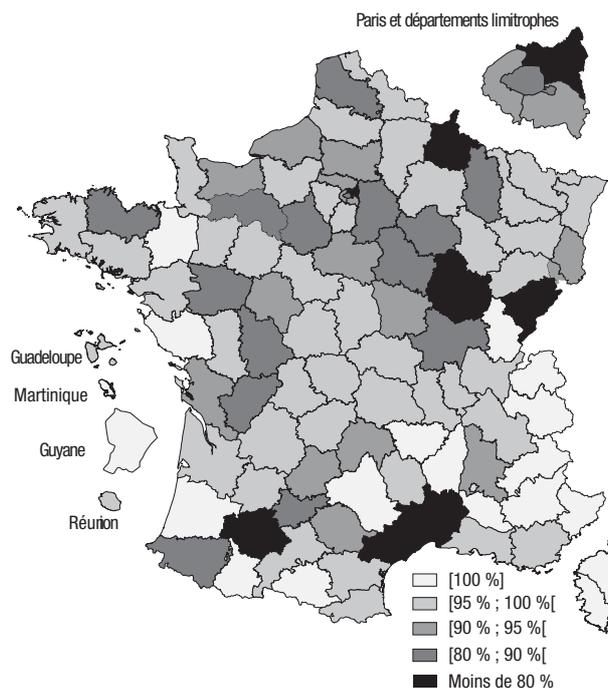
Champ : France (métropole et départements d'outre-mer).
Sources : SISE-Eaux, DDASS, ministère chargé de la santé.

CARTE 1 • Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme en permanence pour les paramètres microbiologiques en 2008



Champ : France (métropole et départements d'outre-mer).
Sources : SISE-Eaux, DDASS, ministère chargé de la santé.

CARTE 2 • Proportion de la population alimentée par de l'eau conforme en permanence pour les paramètres pesticides en 2008



Champ : France (métropole et départements d'outre-mer).
Sources : SISE-Eaux, DDASS, ministère chargé de la santé.

Mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO)

L'un des objectifs du Plan national santé-environnement (PNSE) 2004-2008 est de réduire le risque accidentel lié à l'utilisation d'appareils, d'installations ou de moteurs thermiques produisant du monoxyde de carbone (CO). Cet objectif figure également dans la loi de santé publique de 2004, qui a préconisé au cours de la période du PNSE de **réduire de 30% le risque de mortalité par intoxication au monoxyde de carbone** (150 à 300 décès au moment de la définition des objectifs).

La mortalité par intoxication au CO exclut à cet égard les décès liés à une intoxication volontaire (suicide) ou aux fumées d'incendie. Parmi les causes de décès, sont comptabilisées les intoxications au CO accidentelles survenues dans l'habitat, dans des locaux à usage collectif, en milieu professionnel, ou encore celles, plus rares, liées à l'usage de véhicules à moteur en mouvement¹. On différencie la mortalité par intoxication au CO « certaine », correspondant aux décès pour lesquels le CO est clairement identifié, de la mortalité « possible », qui adjoint des décès pour lesquels on ne peut affirmer que le gaz en cause est bien le CO. Les fourchettes de chiffres (décès certains-décès possibles) sont présentées, la mortalité n'étant qu'un indicateur partiel du problème de santé publique posé par l'intoxication au CO, qui provoque plusieurs milliers d'hospitalisations chaque année, dont certaines suivies de séquelles irréversibles.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre de décès, taux brut et taux standardisé de mortalité par intoxication au CO

Le nombre annuel de décès par intoxication au CO (hors incendies et suicides) a régulièrement diminué en France métropolitaine depuis la fin des années 1970, passant de 260-280 au cours de la période 1979-1984 (décès certains-décès possibles), à 174-183 pour la période 1990-1994 puis à 88-107 dans les années 2000-2004 (tableau 1). En 2006, on dénombrait 85 décès par intoxication au CO de cause certaine (hors incendies et suicides) et 113 décès si l'on ajoute à ces décès de cause certaine ceux pour lesquels l'intoxication au CO est une cause possible. Ces taux annuels bruts et standardisés de mortalité ont connu une décroissance régulière au cours du temps. En 2006, le taux brut de mortalité par intoxication au CO certaine était de 0,14 décès pour 100 000 habitants et le taux standardisé de 0,12 pour 100 000, soit une diminution de plus de 75% par rapport à 1979. Au cours de la période 2002-2006, les taux annuels de mortalité, bruts et standardisés sur l'âge, sont demeurés à un niveau stable, après une longue période de diminution (graphique 1).

Depuis 1990, les décès hors suicides et incendies représentent chaque année 35% à 46% de l'ensemble des décès qui mettent en cause de façon certaine le CO. Les taux de mortalité annuels par intoxication au CO (hors

incendies et suicides) augmentent avec l'âge (tableau 1). Ils sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et cela quelles que soient la classe d'âge et la période considérées.

Pour la période 2002-2006, l'incidence de mortalité moyenne annuelle régionale variait de 1 en Corse à 13 dans le Nord - Pas-de-Calais. Le taux moyen annuel brut de mortalité variait de 0,10 décès pour 100 000 habitants en Rhône-Alpes à 0,31 décès pour 100 000 habitants dans le Nord - Pas-de-Calais.

La situation de la France par rapport aux autres pays européens n'a pu être évaluée en l'absence de données internationales comparables. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

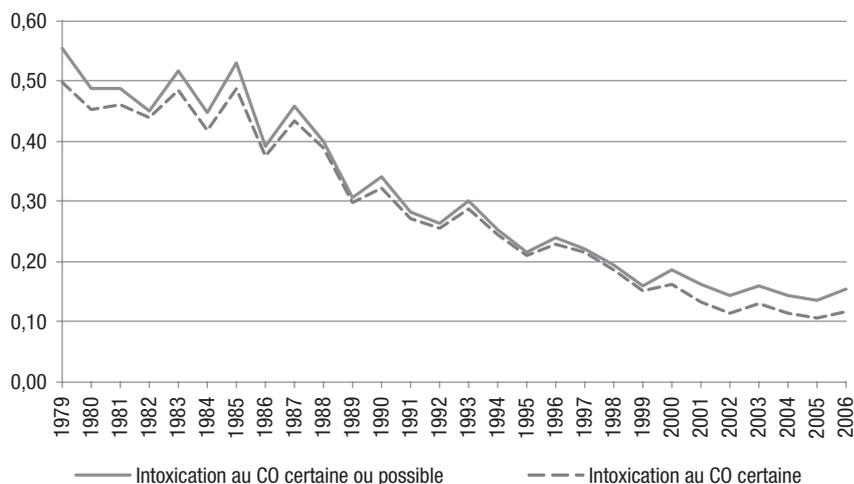
1. L'estimation indiquée dans le libellé de l'objectif (150 à 300 décès annuels) se réfère à des publications prenant en compte une définition large des cas (toutes intoxications y compris suicides et incendies).

synthèse

La mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (CO) demeure à un niveau stable depuis 2002, après avoir régulièrement diminué entre la fin des années 1970 et 2000. En 2006, les taux de mortalité brut et standardisé s'élevaient respectivement à 0,14 et 0,12 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine.

Quelle que soit la période d'observation, la mortalité par intoxication au CO est plus élevée chez les hommes que chez les femmes et elle augmente avec l'âge.

GRAPHIQUE 1 • Taux standardisés de mortalité* par intoxication au CO (hors incendies et suicides)



* Taux pour 100 000 habitants standardisés sur la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

TABLEAU 1 • Nombre et taux annuels moyens de décès par intoxication au CO* (hors incendies et suicides) selon le sexe et la classe d'âge

	1979-1984		1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004	
	Nombre de décès	Taux pour 100 000	Nombre de décès	Taux pour 100 000	Nombre de décès	Taux pour 100 000	Nombre de décès	Taux pour 100 000	Nombre de décès	Taux pour 100 000
Femmes										
< 25 ans	28 (+1)	0,28 (+0,01)	21 (+1)	0,20 (+0,02)	10 (+0)	0,10 (+0,00)	8 (+0)	0,08 (+0,00)	6 (+0)	0,06 (+0,00)
25-44 ans	14 (+1)	0,19 (+0,01)	15 (+0)	0,18 (+0,00)	12 (+0)	0,14 (+0,00)	7 (+0)	0,08 (+0,00)	4 (+2)	0,05 (+0,02)
45-64 ans	13 (+1)	0,22 (+0,01)	13 (+0)	0,20 (+0,01)	16 (+1)	0,24 (+0,01)	9 (+0)	0,13 (+0,00)	8 (+1)	0,12 (+0,02)
65 ans	48 (+3)	1,07 (+0,06)	33 (+2)	0,65 (+0,03)	32 (+2)	0,70 (+0,03)	26 (+1)	0,49 (+0,01)	17 (+4)	0,42 (+0,10)
Total	103 (+6)	0,37 (+0,02)	81 (+3)	0,27 (+0,02)	69 (+3)	0,23 (+0,01)	50 (+1)	0,17 (+0,00)	35 (+7)	0,12 (+0,02)
Hommes										
< 25 ans	35 (+3)	0,34 (+0,02)	31 (+2)	0,30 (+0,02)	17 (+1)	0,17 (+0,01)	11 (+1)	0,12 (+0,00)	7 (+1)	0,07 (+0,01)
25-44 ans	50 (+3)	0,66 (+0,04)	50 (+2)	0,61 (+0,03)	33 (+1)	0,38 (+0,01)	23 (+1)	0,27 (+0,01)	14 (+4)	0,17 (+0,04)
45-64 ans	36 (+4)	0,64 (+0,06)	38 (+2)	0,62 (+0,04)	29 (+2)	0,47 (+0,02)	23 (+0)	0,35 (+0,01)	16 (+4)	0,23 (+0,06)
65 ans	38 (+3)	1,33 (+0,10)	40 (+1)	1,13 (+0,04)	26 (+2)	0,90 (+0,07)	23 (+1)	0,64 (+0,03)	16 (+3)	0,41 (+0,08)
Total	159 (+13)	0,60 (+0,05)	159 (+7)	0,56 (+0,03)	105 (+6)	0,38 (+0,02)	80 (+4)	0,28 (+0,02)	53 (+12)	0,19 (+0,04)

* Décès « certains » par intoxication au CO (+ nombre de décès supplémentaires possibles correspondant aux codes « mélangeant » gaz CO et autres gaz et, à partir de 2000, pour lesquels le gaz CO n'est pas mentionné dans le certificat de décès).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Causes médicales des décès (INSERM-CépiDc).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Tous décès dus au CO hors incendies et suicides.

CO certain (= gaz CO identifié) :

– CIM 9 (années < 2000) : code 986 en cause immédiate associé à un code d'intoxication accidentelle ou indéterminée quant à l'intention en cause principale ou E868.3/.8/.9 ou E982.1 en cause principale ;

– CIM 10 (années 2000-2004) : T58 en diagnostic associé + intoxication accidentelle ou indéterminée quant à l'intention en cause initiale ou associée, ou V93, X47, Y17 et identification en clair du gaz CO dans le certificat de décès.

CO possible (= gaz CO parmi d'autres gaz possibles) :

– CIM 9 : E825, E844, E867, E868.0/.1/.2, E981.0/.1/.8, E982.0 en cause principale (et absence de N986) ;

– CIM 10 : V93, X 47, Y17 en cause initiale ou associée (et absence d'individualisation en clair du gaz CO).

Population de référence pour la standardisation : Eurostat, population Europe, IARC-1976.

LIMITES ET BIAIS • De nombreux codes font suspecter une intoxication au CO sans pouvoir l'affirmer, car ils mélangent les décès liés au CO et ceux liés à d'autres gaz. À partir des années 2000, aucun code sélectionné en diagnostic principal n'individualisait l'intoxication au CO et le code T58 « effets toxiques du CO » n'était pas systématiquement porté en diagnostic associé lorsque l'intoxication au CO était certifiée [code T58 présent pour seulement 13% des décès dont le certificat mentionne l'intoxication accidentelle au CO (années 2000 à 2004)]. La prise en compte des causes de décès inscrites en clair dans le certificat a permis de redresser le nombre de décès « certains » par intoxication au CO de 2000 à 2004. Cette démarche a mis en évidence l'inadéquation du codage CIM 10 pour quantifier la mortalité par intoxication au CO diagnostiquée et la nécessité de recourir aux informations certifiées pour cet indicateur.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS, INSERM-CépiDc.

Incidence de la légionellose

La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif de **réduire de 50 % l'incidence des légionelloses** à un horizon quinquennal. La légionellose est une maladie bactérienne transmise par voie respiratoire connue seulement depuis 1976. Elle se caractérise par des symptômes respiratoires aigus avec une mortalité non négligeable pour les sujets fragilisés (personnes âgées, immunodéprimées, tabagiques, éthyliques, diabétiques, patients atteints de maladies respiratoires chroniques, etc.). L'agent infectieux, présent dans le milieu naturel, se multiplie très facilement dans les réseaux d'eau et peut être inhalé lorsqu'il se retrouve en suspension dans l'air : douches, jets d'eau, fontaines, certains systèmes de climatisation. À cet égard, le renforcement de la réglementation nationale et européenne devrait aussi favoriser le traitement précoce des lieux contaminés et contribuer ainsi à éviter l'apparition de cas groupés.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre de nouveaux cas de légionellose ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire

En 2008, 1 244 cas de légionellose ont été notifiés, soit une incidence de 2,0 cas pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Cette incidence, en apparence élevée au regard de l'incidence moyenne européenne (1,2 pour 100 000 habitants en 2008), peut être mise au compte d'une meilleure performance du système de surveillance (diagnostic et déclaration).

Les données de la déclaration obligatoire montrent que la diminution de l'incidence de la légionellose en France, amorcée en 2006, s'est poursuivie en 2008. Cette baisse peut être en partie attribuable aux nombreux efforts réalisés pour maîtriser le « risque légionelle ». Cependant, l'objectif ambitieux du plan de prévention des légionelloses mis en place par les autorités gouvernementales en 2004 – réduire l'incidence de 50 % – était loin d'être atteint en 2008. Pour que le nombre de cas continue de diminuer, il importe de mieux contrôler la prolifération des bactéries dans les installations à risque, tours aéro-réfrigérantes ou réseaux d'eaux sanitaires, notamment dans les établissements recevant du public.

La complexité des processus et systèmes de production, d'acheminement et de distribution de l'eau doit être considérée dans son ensemble. Ainsi, l'incidence des légionelloses ne peut pas être retenue en soi comme indicateur de qualité de l'eau.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre de décès et taux de mortalité par légionellose

La légionellose n'est identifiée dans les bases de données de l'INSERM-CépiDc que depuis 2000 (passage à la CIM-10). Aucune étude spécifique de la qualité des données n'a encore été effectuée.

Le nombre de décès par légionellose s'élevait à 63 en 2000, 87 en 2001 et 65 en 2002, avant d'atteindre 83 en 2003, 111 en 2004 et 101 en 2005. En 2006, 96 décès par légionellose ont été comptabilisés dans la statistique annuelle de mortalité.

Le nombre et les taux de décès augmentent avec l'âge (tableau 1). Ils sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. ●

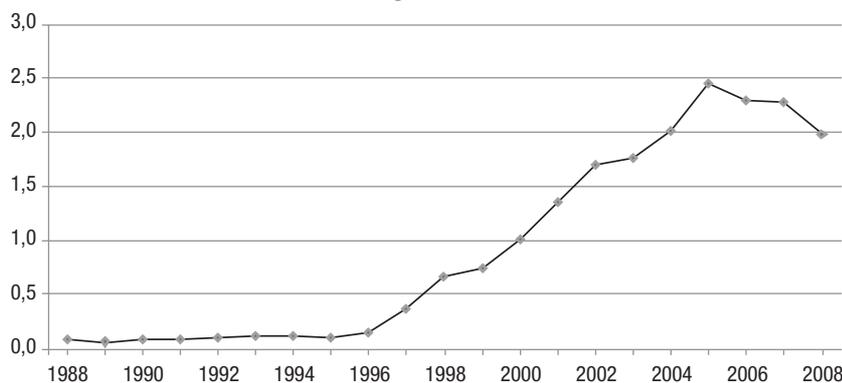
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS.

synthèse

En 2008, l'incidence observée en France métropolitaine était de 2,0 cas de légionelloses déclarés pour 100 000 habitants.

Après une augmentation régulière entre 1997 et 2005, les données de la déclaration obligatoire montrent que la diminution de l'incidence de la légionellose en France amorcée en 2006 s'est poursuivie en 2008. Cette baisse peut être attribuable en partie aux nombreux efforts réalisés pour maîtriser le « risque légionelle ». Cependant, l'objectif du plan de prévention des légionelloses était loin d'être atteint en 2008. L'augmentation observée entre 1997 et 2005 était peut-être plutôt due à l'amélioration de la surveillance ou du diagnostic qu'à une augmentation réelle des expositions aux légionelles. Il convient toutefois d'être prudent quant à l'interprétation de ces tendances qui devront être confirmées.

GRAPHIQUE 1 • Taux d'incidence* de la légionellose en France de 1988 à 2008



* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France entière.

Sources : InVS.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Statistiques démographiques (INSEE). Déclaration obligatoire (InVS).

LIMITES ET BIAIS • Fortes disparités régionales quant à l'exhaustivité de la déclaration obligatoire. L'exhaustivité de la déclaration obligatoire s'améliore : estimée à 10 % en 1995, à 33 % en 1998 et à 48 % sur les cas confirmés en 2002 (mais cette dernière estimation reste non validée du fait de dépendances fortes entre les différentes sources de données).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

TABLEAU 1 • Évolution des taux de mortalité par légionellose entre 2000 et 2005

	Taux brut de décès*			Taux standardisé **		
	Total	< 65 ans	> 65 ans	Total	< 65 ans	> 65 ans
2000	0,11	0,05	0,41	0,08	0,05	0,56
2001	0,15	0,06	0,57	0,11	0,06	0,78
2002	0,11	0,04	0,44	0,08	0,04	0,48
2003	0,14	0,05	0,57	0,10	0,05	0,52
2004	0,18	0,07	0,76	0,14	0,07	0,69
2005	0,17	0,05	0,75	0,11	0,05	0,65
2006	0,16	0,06	0,66	0,11	0,05	0,59

* Taux pour 100 000 habitants de la population moyenne de l'année en cours.

** Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés sur la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, années 2000 à 2006.

SOURCES • INSERM-CépiDc, INSEE.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne d'Eurostat (IARC 1976). Numérateur : pour les légionelloses, ont été retenus les décès comportant le code CIM 10 A 48 1. Dénominateur : population française de l'année considérée (INSEE) ; population de référence pour la standardisation : population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

LIMITES ET BIAIS • La légionellose n'est identifiée dans les bases de données de l'INSERM-CépiDc que depuis 2000 (passage à la CIM-10). Aucune étude spécifique de la qualité des données n'a encore été effectuée.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

Séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène (1)

L'objectif fixé par la loi de santé publique de 2004 est de réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 30 % à un horizon quinquennal.

Le terme « iatrogène » présume que l'on puisse imputer l'événement indésirable aux soins, avec un niveau de preuve suffisant. Cette imputabilité n'implique pas la notion d'erreur ou de faute et est souvent difficile à établir. Depuis la loi de santé publique de 2004, ce terme a été abandonné au profit de celui d'« événement indésirable grave (EIG) lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention ».

Le groupe de définition des indicateurs de suivi des objectifs a retenu quatre indicateurs approchés issus de deux sources principales : une enquête *ad hoc* pour estimer la densité d'incidence des EIG liés aux soins, conduite en 2004 auprès d'un échantillon aléatoire de 71 établissements de santé, et les données issues de plusieurs réseaux de surveillance des infections nosocomiales regroupés dans le cadre du réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) et auxquels participent tous les établissements de santé volontaires.

■ INDICATEURS APPROCHÉS

Densité d'incidence des événements indésirables graves liés aux soins dans les établissements de santé

La première enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) a été réalisée en 2004. Elle a permis d'estimer le nombre d'événements indésirables graves (EIG) survenus en cours d'hospitalisation dans les unités de court séjour à 6,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation, soit 350 000 à 460 000 EIG par an (tableau 1).

D'après cette enquête, la densité d'incidence augmente avec l'âge, passant de 5,0 EIG pour 1 000 journées d'hospitalisation chez les moins de 25 ans à 8,8 pour 1 000 chez les personnes âgées de 85 ans ou plus. En 2004, la densité d'incidence s'établissait à 6,2 pour 1 000 journées d'hospitalisation en médecine et à 7,0 pour 1 000 en chirurgie. La question de l'évitabilité des EIG est abordée dans l'objectif 28.

Deux tiers des EIG détectés en cours d'hospitalisation étaient liés à un acte invasif (4,4 EIG pour 1 000 journées) et un quart à des produits de santé (1,8 EIG pour 1 000). Enfin, la densité s'élevait à 1,6 EIG pour 1 000 pour les infections liées aux soins.

Il est difficile d'apprécier la part liée aux soins et à l'état de santé dans la survenue de l'EIG, dans la mesure où l'état de santé et les soins

sont presque toujours intriqués dans la survenue d'un événement. Ainsi, pour 41 % des EIG, des éléments permettaient de penser que l'événement clinique était attendu, compte tenu de l'évolution prévisible de la maladie ou de l'état du malade. La présomption du caractère indésirable lié aux soins était « assez probable » pour 32 % des événements, « très probable » pour 34 % et « certaine » pour la même proportion. La survenue d'EIG s'est traduit le plus souvent par une prolongation d'hospitalisation (77 % des EIG), avec éventuellement d'autres complications : menace du pronostic vital (39 %) ou incapacité (25 %). Dans 8,4 % des cas, l'EIG était associé à un décès (tableau 2).

Les résultats d'études publiées à l'étranger ne sont pas directement comparables, dans la mesure où la plupart se fondent uniquement sur l'analyse rétrospective des dossiers des patients (séjours complets), alors que l'enquête ENEIS interroge l'équipe de soins. On observe cependant une proportion comparable d'EIG liés à une intervention (entre 40 % et 50 % de l'ensemble), de même que pour les EIG liés aux médicaments (entre 19 % et 29 %).

Incidence des infections du site opératoire pour 100 interventions

Les infections du site opératoire (ISO) sont surveillées en France depuis 1999 par le

réseau ISO-Raisin. Chaque année depuis 2004, les évolutions sont analysées à partir des données issues de la cohorte des services ayant participé au moins une année au cours de la période.

En 2007, 215 296 interventions (29 % en orthopédie, 23 % en chirurgie digestive et 16 % en gynécologie-obstétrique) ont été surveillées par 1 413 services de chirurgie ; 2 492 ISO étaient identifiées, dont 44 % étaient de localisation profonde. L'incidence brute des ISO était de 1,16 pour 100 patients opérés. Elle varie selon le type d'intervention et le niveau de risque infectieux des patients (évalué d'après le score NNIS¹).

Dans la cohorte des services ayant participé chaque année à la surveillance des ISO, l'incidence globale des ISO a diminué, passant de 1,62 % en 2004 à 1,04 % en 2007 (-36 %). Parmi les patients à faible risque (NNIS 0),

1. Le score NNIS, calculé après l'intervention, varie de 0 à 3 selon : (I) le degré de contamination initiale de la plaie (0 = chirurgie propre ou propre contaminée ; 1 = chirurgie contaminée, sale ou infectée) ; (II) le score pré-anesthésique ASA (0 = patient en bonne santé ou présentant une atteinte modérée d'une grande fonction ; 1 = patient présentant une atteinte sévère d'une grande fonction ou patient moribond) ; (III) la durée d'intervention (délai incision/fermeture) : 0 = durée inférieure ou égale au percentile 75 de la durée de chaque type d'intervention ; 1 = durée supérieure au percentile 75.

TABLEAU 1 • Densité d'incidence pour 1 000 jours d'hospitalisation

	Total	Intervalle de confiance
Services		
Médecine	6,2	[4,9 - 7,5]
Chirurgie	7,0	[5,8 - 8,3]
Total	6,6	[5,7 - 7,5]
Classes d'âge		
< 25 ans	5,0	[2,4 - 7,5]
25-64 ans	6,1	[4,7 - 7,5]
65-84 ans	6,9	[5,5 - 8,4]
85 ans ou plus	8,8	[5,3 - 12,3]
Mécanismes et exposition*		
Acte invasif	4,4	
<i>dont intervention chirurgicales</i>	3,2	
Produits de santé	1,8	
<i>dont médicaments</i>	1,3	
Infections liées aux soins	1,6	

* La somme des densités est supérieure à la densité totale car un EIG peut relever de plusieurs expositions ou mécanismes.

Champ : France métropolitaine.

Sources : ENEIS, 2004.

TABLEAU 2 • Gravité des événements identifiés (en %)

Prolongation d'hospitalisation*	76,6
<i>dont prolongation seule</i>	41,0
Menace du pronostic vital*	38,8
Incapacité*	24,5
Décès	8,4

* Associé ou non à un autre critère de gravité.

Champ : France métropolitaine.

Sources : ENEIS, 2004.

TABLEAU 3 • Évolution de l'incidence des ISO pour les interventions les plus fréquentes dans les établissements participant à leur surveillance depuis 2004

	Nombre d'interventions entre 2004 et 2007	Incidence brute des ISO (en %)					Évolution 2004-2007 (p)*
		2004	2005	2006	2007		
Hernie de paroi abdominale							
Ensemble des patients	21 265	0,94	0,78	0,54	0,55	0,02	
Patients à faible risque (NNIS 0)	14 098	0,53	0,31	0,16	0,38	NS	
Cholécystectomie							
Interventions (N)	10 078	0,91	1,14	0,97	0,86	NS	
Interventions NNIS-0 (N)	7 049	0,3	0,68	0,49	0,51	NS	
Appendicectomie							
Interventions (N)	6 311	3,27	2,69	3	1,54	< 0,01	
Interventions NNIS-0 (N)	3 190	1,86	0,71	1,25	1,05	NS	
Chirurgie du côlon							
Interventions (N)	5 909	10,69	7,27	10,38	8,78	NS	
Interventions NNIS-0 (N)	1 768	7,47	6,69	5,65	5,2	NS	
Prothèse de hanche							
Interventions (N)	16 111	1,41	1,26	1,12	0,72	< 0,01	
Interventions NNIS-0 (N)	10 241	0,94	1,05	0,83	0,43	0,03	
Prothèse de genou							
Interventions (N)	6 555	0,1	0,36	0,39	0,73	0,02	
Interventions NNIS-0 (N)	4 089	0,16	0,24	0,15	0,53	NS	
Césarienne							
Interventions (N)	6 602	2,56	2,49	1,63	1,94	NS	
Interventions NNIS-0 (N)	5 756	2,69	2,43	1,54	2,06	NS	
Chirurgie du sein							
Interventions (N)	5 096	2,99	2,07	2,01	1,78	0,04	
Interventions NNIS-0 (N)	4 000	2,6	1,25	1,93	1,33	0,04	
Hystérectomie abdominale							
Interventions (N)	1 326	2,08	2,35	3,16	2,11	NS	
Interventions NNIS-0 (N)	814	2,37	1,79	2,06	1,39	NS	
Chirurgie des veines périphériques							
Interventions (N)	10 683	0,76	0,33	0,46	0,57	NS	
Interventions NNIS-0 (N)	7 355	0,47	0,26	0,31	0,46	NS	
Chirurgie urologique							
Interventions (N)	5 720	2,43	2,31	1,54	1,23	0,02	
Interventions NNIS-0 (N)	3 644	1,74	1,82	1,1	0,79	NS	
Prostatectomie							
Interventions (N)	1 973	4,86	4,38	3,09	2,66	NS	
Interventions NNIS-0 (N)	1 185	2,67	2,45	2,31	1,68	NS	

* Chi² de tendance sur les données 2004 à 2007.

Champ : France métropolitaine ; 179 établissements participant à la surveillance depuis 2004.

Sources : Base nationale du réseau ISO-Raisin 2004-2007, InVS.

CHAMP • France métropolitaine, services de médecine et chirurgie de court séjour.

SOURCES • Enquête ENEIS, 2004.

LIMITES ET BIAIS • Cette étude ne couvre que les unités de court séjour, hors obstétrique ; le taux de participation des établissements sous OQN est sensiblement plus faible que pour ceux sous dotation globale.

RÉFÉRENCES •

– Michel P. *et al.*, 2005, «Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale», *Études et Résultats*, DREES, n° 398, mai.

– Michel P., Quenon J.-L., Djihoud A., Tricaud-Vialle S., De Sarasqueta A.-M., 2005, «Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS)», *Rapport final à la DREES*.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES-CCECQA.

CHAMP • France métropolitaine, services de chirurgie volontaires participant au réseau de surveillance ISO-Raisin.

SOURCES • Réseau de surveillance ISO-Raisin, InVS. Résultats 1999-2007.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Chaque année, les services volontaires doivent inclure les interventions pendant une période de deux mois et suivre les patients jusqu'au 30^e jour post-opératoire. Numérateur : nombre de cas d'infection du site opératoire chez les patients opérés sur une période T. Dénominateur : nombre total de patients opérés sur la même période T.

LIMITES ET BIAIS • La participation étant volontaire, la couverture est estimée à 20,5% des établissements de santé français en 2003. Sous-représentation des établissements de santé privés. Sous-estimation possible des taux, liée en particulier à l'identification des ISO et aux modalités de suivi des patients après hospitalisation. L'étude des tendances annuelles est actuellement réalisée de façon privilégiée sur une cohorte de services participant chaque année à la surveillance depuis au moins 2004, ce qui rend leur interprétation plus robuste ; pour certaines procédures, les effectifs inclus et l'incidence des ISO sont toutefois faibles et limitent la portée des analyses. Les données de ces analyses étant restreintes à certains services, elles peuvent être légèrement différentes de celles présentées en 2007 sur l'ensemble des services participant à l'enquête.

RÉFÉRENCES •

– Réseau ISO-Raisin, à paraître, *Surveillance des infections du site opératoire, France, 1999-2007*. Résultats, InVS (<http://www.invs.sante.fr/raisin>).

– Astagneau P., Olivier M. pour le groupe de travail ISO/Raisin, 2007, «Surveillance des infections du site opératoire : résultats de la base de données nationale ISO/Raisin 1999-2004», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (12-13) : 97-100.

– Danet S., Régulier B. pour le groupe de travail ANAES, 2007, «Infections du site opératoire : limites de la surveillance pour des comparaisons entre services et établissements de santé», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (12-13) : 95-7.

Séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène (2)

l'incidence des ISO a également diminué, passant de 0,94 % en 2004 à 0,59 % en 2007 (-37 %). Cette évolution concerne certaines interventions, par exemple les prothèses de hanche (-49 %) ou la chirurgie du sein (-40 %) (tableau 3). Pour l'ensemble de services ayant participé à la surveillance, la comparaison des données ajustée sur les facteurs de risques d'ISO en analyse multivariée aboutit à un résultat similaire : l'incidence globale a baissé de 33 % entre 2004 et 2007.

Ces résultats suggèrent que la surveillance et les mesures de prévention l'accompagnant diminuent l'incidence des ISO, notamment chez les patients à faible risque infectieux et pour les interventions les plus fréquentes. Il reste désormais à évaluer l'impact du Programme national de lutte contre les infections nosocomiales sur leur incidence pour d'autres types d'interventions ou chez les patients présentant des risques plus élevés.

Densité d'incidence des bactériémies nosocomiales pour 1 000 jours d'hospitalisation

Les bactériémies nosocomiales (BN) sont surveillées en France depuis 2002 par le réseau BN-Raisin. Cette surveillance cible les BN contractées par un patient en hospitalisation complète dans un établissement de santé.

En 2006, 315 établissements de santé ont participé à cette surveillance : 9 % étaient des centres hospitaliers universitaires (CHU), 52 % des centres hospitaliers (CH) et 27 % des cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ; ils regroupaient 117 051 lits, soit 25 % des lits français. 5 778 BN ont été recensées, soit une densité d'incidence de 0,45 BN pour 1 000 journées d'hospitalisation. La densité d'incidence des BN était plus élevée en réanimation (3,67) que dans les autres spécialités de court séjour (de 0,67 en médecine adulte à 0,08 en gynécologie-obstétrique), de soins de suite et de réadaptation (0,20) ou de soins de longue durée (0,08). Elle était également plus élevée dans les centres de lutte contre le cancer (1,57) que dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les CHU (0,91), les CH (0,33) et les cliniques de MCO (0,55).

Les cathéters (23,9 %) et l'appareil urinaire (21,1 %) étaient les portes d'entrée les plus souvent identifiées. Les micro-organismes les

plus souvent isolés lors de BN étaient les staphylocoques (34,1 % ; *S. aureus* : 16,6 %, *S.* à coagulase négative : 17,5 %) et *E. coli* (19,7 %). La résistance à la méticilline concernait 36,1 % des souches de *S. aureus* isolées de BN, soit 6,6 % des BN contre 8,2 % en 2004. De même, 3,1 % des *E. coli* isolés étaient producteurs d'une bêta-lactamase à spectre étendu, contre 2,8 % en 2004.

Entre 2002 et 2006, la densité d'incidence des BN a augmenté de 19,5 % au sein de la cohorte des 144 établissements de santé ayant participé aux trois périodes de surveillance (tableau 4). Au sein de cette cohorte d'établissements, les densités d'incidence des BN à portes d'entrée urinaire ou « chambre implantée » ont augmenté, alors que celles des BN liées à un cathéter central ou périphérique sont restées stables (tableau 5). Ces évolutions sont toutefois difficiles à interpréter car on ne peut prendre en compte l'exposition des patients aux dispositifs médicaux représentant d'éventuelles portes d'entrée. Enfin, toutes les BN ne sont pas évitables et leur évolution globale ne peut servir à évaluer l'impact d'un programme de lutte contre les infections nosocomiales.

Prévalence des infections nosocomiales pour 100 personnes hospitalisées un jour donné

Après une première enquête en 1990, la France propose, tous les cinq ans depuis 1996, aux établissements de santé publics ou privés volontaires français de participer à une enquête nationale de prévalence des infections

nosocomiales (IN). D'après l'enquête réalisée en 2006, 4,97 % des patients étaient infectés et 5,38 % des infections étaient des IN (un patient peut avoir plusieurs infections).

C'est dans les centres de lutte contre le cancer (9,34 %) et les CHU (6,73 %) que la prévalence des patients infectés était la plus élevée et dans les établissements de santé psychiatriques (1,84 %) qu'elle était la plus basse. Elle était également plus élevée en réanimation (22,40 %) et en soins de suite et réadaptation (7,09 %). Les facteurs associés à une prévalence plus élevée sont l'âge (65 ans ou plus), le sexe (homme), l'indice de McCabe (présence de comorbidités impliquant le décès dans les cinq ans), l'immunodépression, le cathétérisme vasculaire, le sondage urinaire et l'intubation trachéale. Trois localisations totalisaient 59,2 % des IN : urinaire (30,3 %), respiratoire haute (14,7 %) et infection du site opératoire (14,2 %). Les trois micro-organismes les plus fréquemment isolés d'une IN étaient *E. coli* (24,7 %), *S. aureus* (18,9 %, dont 52 % résistant à la méticilline) et *P. aeruginosa* (10,0 %).

Entre 2001 et 2006, dans les 1 351 établissements de santé ayant participé aux deux enquêtes, la prévalence des patients infectés a diminué, passant de 4,61 % à 4,25 %, soit une baisse de 8 % (tableau 6). En tenant compte d'éventuelles modifications des caractéristiques des établissements de santé, des services et des patients (analyse multivariée), cette diminution est estimée à 12 %.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES - INVS.

synthèse

On ne dispose que d'une enquête ponctuelle pour estimer la fréquence des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins dans les établissements de santé : l'enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS), réalisée en 2004 dans les unités de court séjour (à l'exception des services d'obstétrique) de 71 établissements de santé. D'après cette enquête, on estime qu'il y a 6,6 EIG pour 1 000 journées d'hospitalisation en 2004. En extrapolant ces résultats à l'ensemble des établissements de santé, le nombre total d'EIG survenant chaque année au cours d'une hospitalisation en France varierait entre 350 000 et 450 000.

Pour les infections nosocomiales, les données de surveillance du réseau Raisin suggèrent que la prévalence des patients infectés a diminué de 12 % entre 2001 et 2006. Ces données de prévalence semblent confirmées par les données d'autres réseaux de surveillance, notamment celles du réseau de surveillance des infections du site opératoire (ISO). L'incidence brute des ISO a diminué de 46 % entre 2004 et 2007. Ces résultats suggèrent un impact positif du Programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

TABLEAU 4 • Densité d'incidence des bactériémies nosocomiales (BN) selon le type d'activité de l'établissement

	Densité d'incidence pour 1 000 journées d'hospitalisation complète [IC à 95 %]			Évolution 2002-2006 (p)*
	2002	2004	2006	
Court séjour	0,59 [0,57 - 0,61]	0,66 [0,63 - 0,68]	0,66 [0,64 - 0,68]	< 0,001
Médecine adulte	0,68 [0,64 - 0,72]	0,7 [0,66 - 0,75]	0,7 [0,66 - 0,74]	ns
Médecine pédiatrie	0,35 [0,26 - 0,47]	0,33 [0,23 - 0,47]	0,25 [0,18 - 0,35]	ns
Chirurgie	0,49 [0,44 - 0,54]	0,59 [0,54 - 0,65]	0,61 [0,56 - 0,66]	< 0,05
Gynécologie-obstétrique, maternité	0,12 [0,09 - 0,18]	0,16 [0,11 - 0,23]	0,07 [0,05 - 0,12]	ns
Réanimation	2,35 [2,11 - 2,61]	3,54 [3,17 - 3,94]	3,41 [3,10 - 3,75]	< 0,001
Psychiatrie	0,01 [0,00 - 0,03]	0,01 [0,00 - 0,03]	0,01 [0,00 - 0,02]	ns
Soins de suite et réadaptation	0,18 [0,16 - 0,22]	0,26 [0,22 - 0,30]	0,25 [0,22 - 0,29]	ns
Soins de longue durée	0,06 [0,05 - 0,07]	0,09 [0,08 - 0,11]	0,08 [0,06 - 0,09]	ns
Ensemble	0,41 [0,39-0,42]	0,48 [0,46-0,50]	0,49 [0,47-0,50]	0,001

* Comparaison 2002-2006 : test de Oleinick et Mantel.

Champ : France entière, à l'exclusion du CCLIN Paris-Nord pour les données de répartition par type de séjour du court séjour ; cohorte des 144 établissements de santé ayant participé aux trois enquêtes.**Sources :** Base nationale BN-Raisin, 2002-2006, InVS.

TABLEAU 5 • Densité d'incidence des bactériémies nosocomiales (BN) selon la porte d'entrée

Portes d'entrée des BN	Densité d'incidence pour 1 000 journées d'hospitalisation [IC à 95 %]			Évolution 2002-2006 (p)*
	2002	2004	2006	
Cutanée	0,026 [0,023 - 0,030]	0,031 [0,026 - 0,036]	0,029 [0,025 - 0,033]	ns
Site opératoire	0,021 [0,018 - 0,025]	0,026 [0,022 - 0,031]	0,03 [0,026 - 0,034]	< 0,05
Pleuro- pulmonaire	0,031 [0,027 - 0,036]	0,047 [0,042 - 0,053]	0,038 [0,034 - 0,043]	ns
Intubation endotrachéale	-	0,015 [0,012 - 0,018]	0,015 [0,012 - 0,018]	ns
Urinaire	0,078 [0,072 - 0,085]	0,102 [0,094 - 0,111]	0,102 [0,094 - 0,109]	< 0,001
Sonde urinaire	-	0,049 [0,043 - 0,054]	0,047 [0,042 - 0,052]	ns
Cathéter central	0,055 [0,049 - 0,060]	0,05 [0,044 - 0,056]	0,06 [0,054 - 0,066]	ns
Cathéter périphérique	0,021 [0,018 - 0,025]	0,025 [0,021 - 0,029]	0,022 [0,019 - 0,026]	ns
Chambre implantée	0,02 [0,017 - 0,024]	0,02 [0,016 - 0,024]	0,031 [0,027 - 0,036]	< 0,01
Foyer infectieux digestif	0,051 [0,046 - 0,056]	0,065 [0,058 - 0,072]	0,07 [0,065 - 0,077]	< 0,001

* Comparaison 2002-2006 : test de Oleinick et Mantel.

Champ : France entière, à l'exclusion du CCLIN Paris-Nord pour les données de répartition par type de séjour du court séjour ; cohorte des 144 établissements de santé ayant participé aux trois enquêtes.**Sources :** Base nationale BN-Raisin, 2002-2006, InVS.

TABLEAU 6 • Prévalence des patients infectés selon la catégorie d'établissement de santé entre 2001 et 2006

Catégorie d'établissements de santé	2001*			2006			Évolution (en %)
	Patients	Patients infectés		Patients	Patients infectés		
		Nombre	%		Nombre	%	
CHR/CHU	59 360	3 822	6,44	57 708	3 489	6,05	-6,1
CH**	121 683	5 705	4,69	116 430	5 055	4,34	-7,4
dont < 300 lits	33 784	1 460	4,32	29 613	1 284	4,34	0,3
dont > = 300 lits	87 899	4 245	4,83	86 817	3 771	4,34	-10,1
CHS/Psy	24 567	484	1,97	24 066	441	1,83	-7,0
Hôpital local	8 682	466	5,37	7 216	335	4,64	-13,5
Clinique MCO	38 286	1 240	3,24	38 361	1 190	3,10	-4,2
dont < 100 lits	8 374	217	2,59	7 295	179	2,45	-5,3
dont > = 100 lits	29 912	1 023	3,42	31 066	1 011	3,25	-4,8
Hôpital des armées	1 719	78	4,54	1 500	77	5,13	13,1
SSR/SLD	18 882	753	3,99	19 320	630	3,26	-18,2
CLCC	2 066	182	8,81	2 092	175	8,37	-5,0
Autre	4 245	142	3,35	4 454	129	2,90	-13,4
Total	279 490	12 872	4,61	271 147	11 521	4,25	-7,7

* Patients entrés le jour de l'enquête et bactériuries asymptomatiques exclus (pour une analyse à champ constant entre 2001 et 2006).

** Les établissements privés à but non lucratifs sont inclus dans la catégorie « Clinique MCO, CHS/PSY, SSR-SLP ou CLCC ».

Champ : France entière. Analyse restreinte à 1 351 établissements de santé ayant participé aux deux enquêtes et aux infections nosocomiales acquises dans les établissements enquêtés.**Sources :** Enquêtes nationales de prévalence, InVS/Raisin, France, 2001 et 2006.**CHAMP** • France entière ; services volontaires participant au réseau de surveillance BN-Raisin.**SOURCES** • Réseau de surveillance BN-Raisin, InVS.**MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • Surveillance en incidence, 3 mois par an (d'octobre à décembre) tous les deux ans. Résultats restreints aux BN acquises en hospitalisation complète. Numérateur : nombre de bactériémies nosocomiales, apparues au cours ou à la suite de l'hospitalisation alors qu'elles étaient absentes à l'admission, détectées par hémocultures. Dénominateur : nombre total de journées d'hospitalisation complète durant la même période.**LIMITES ET BIAIS** • Du fait de la participation volontaire, la couverture est estimée à 25 % des lits d'hospitalisation de santé français en 2004 et 2006.**RÉFÉRENCE** •— Réseau BN-Raisin, *Surveillance des bactériémies nosocomiales en France. Rapports 2002, 2004 et 2006*, InVS (<http://www.invs.sante.fr/raisin>)**ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • InVS.**CHAMP** • France entière. 2 337 établissements de santé publics ou privés, volontaires pour participer à l'enquête 2006 (95 % des lits d'hospitalisation en France ; 358 353 patients inclus).**SOURCES** • Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, InVS/Raisin, juin 2006.**MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • Enquête de prévalence un jour donné. Numérateur : nombre de patients infectés ou nombre d'IN. Dénominateur : nombre de patients en hospitalisation complète présents un jour donné dans les établissements enquêtés. Les bactériuries asymptomatiques et les entrants du jour étaient exclus.**LIMITES ET BIAIS** • Couverture excellente (enquête quasi exhaustive en 2006) ; les éventuelles limites sont liées à des variations dans l'application des méthodes de l'enquête selon les établissements de santé.**RÉFÉRENCE** •— InVS, Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales. Mai-juin 2006 (www.invs.sante.fr/enp2006)**ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • InVS.

Événements iatrogènes d'origine médicamenteuse, survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation

La loi de santé publique de 2004 a retenu un objectif de réduction de l'iatrogénie médicamenteuse survenant en ambulatoire. Il s'agit de **diminuer la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse qui entraînent une hospitalisation, en passant de 130 000 par an à moins de 90 000 à un horizon quinquennal**. Les valeurs citées dans l'objectif sont issues de l'estimation faite par l'AFSSAPS, sur la base de l'étude réalisée par les centres régionaux de pharmacovigilance en 1998 auprès d'un échantillon d'hôpitaux publics.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Fréquence et proportion des admissions hospitalières causées par des effets indésirables graves médicamenteux

Le nombre d'hospitalisations pour événements iatrogènes médicamenteux n'est pas une donnée produite en routine. Les premières données nationales disponibles sont issues de l'enquête menée par les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) en 1998 (« Les hospitalisations dues à un effet indésirable médicamenteux »), réalisée sur un échantillon d'hôpitaux publics français. L'objectif principal de cette enquête était d'estimer la fréquence des hospitalisations motivées par la survenue d'un effet indésirable médicamenteux. Le recueil et l'expertise ont été réalisés par des spécialistes des 31 CRPV, auprès d'un échantillon représentatif des services de spécialités médicales (court séjour) : sur 3 137 malades hospitalisés au cours de la période d'enquête dans les services participant à cette étude, 100 l'avaient été pour un effet indésirable de médicaments, soit 3,2% des admissions [2,37% - 4,01%].

L'enquête a été renouvelée en 2007 selon la même méthode, *via* le réseau national des CRPV. Sur 2 692 malades hospitalisés, 98 l'étaient pour un effet indésirable d'un médicament, soit 3,6% des admissions [2,4% - 4,4%]. Ces taux d'incidence ne sont pas significativement différents entre 1998 et 2007. Les deux enquêtes montrent également que les hospitalisations pour effet indésirable d'un médicament augmentent avec l'âge.

L'étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS), réalisée en 2004, porte quant à elle sur l'ensemble des événements indésirables, dont ceux liés aux médicaments (effets indésirables des médicaments et erreurs de pratique dans leur utilisation).

Elle inclut tous les services de médecine et de chirurgie des établissements publics et privés. Sur l'ensemble des admissions en médecine et en chirurgie, l'étude montre que 3,9% étaient causées par des événements indésirables graves [3,3% - 4,6%], les deux tiers faisant suite à une prise en charge extra-hospitalière. Par ailleurs, 1,6% des admissions (2,5% en médecine et 0,8% en chirurgie) étaient motivées par un événement indésirable lié aux médicaments (tableau 1) : dans 53% des cas, ces effets indésirables étaient survenus dans des conditions normales d'emploi et dans 47% des cas, ils ont été imputés aux pratiques de prescription ou d'observance. Si l'on restreint l'analyse aux admissions dans les services de médecine des établissements publics, les événements indésirables graves médicamenteux représentent 2,75% des causes d'hospitalisation (tableau 2).

La réédition de l'enquête ENEIS permettra d'apprécier les évolutions de ces indicateurs dans le temps. Les premiers résultats seront disponibles à l'automne 2010. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

L'étude réalisée en 1998 par les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) a permis d'estimer à 3,2% la proportion des séjours hospitaliers motivés par des effets indésirables médicamenteux dans les services de médecine des établissements publics. La réédition de l'enquête en 2007 a montré un taux d'admission pour effet indésirable médicamenteux similaire (3,6%).

L'enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS), réalisée en 2004 sur l'ensemble des établissements de santé et selon un protocole différent, évaluait à 2,75% la proportion d'admissions pour événements indésirables graves médicamenteux dans les établissements publics et à 1,6% dans l'ensemble des services de médecine et chirurgie (publics et privés). La réédition de l'enquête ENEIS permettra d'apprécier les évolutions de ces indicateurs dans le temps. Les premiers résultats seront disponibles à l'automne 2010.

TABLEAU 1 • Proportion d'hospitalisations pour un événement indésirable lié aux médicaments selon la classe d'âge (en %)

	Total	[IC à 95%]	< 25 ans	25 - 64 ans	65 -84 ans	85 ans ou +
Médecine	2,5	[1,7 ; 3,2]	1,4 [0,0 - 2,8]	1,5 [0,6 - 2,4]	2,8 [1,4 - 4,1]	7,8 [3,2 - 12,3]
Chirurgie	0,8	[0,4 ; 1,2]	0	0,8 [0,2 - 1,3]	0,95 [0,3 - 1,6]	2,4 [0,0 - 5,65]
Total	1,56	[1,16 ; 1,97]	0,5 [0,0 - 1,1]	1,0 [0,55 - 1,5]	1,8 [1,1 - 2,5]	5,4 [2,5 - 8,35]

Champ : France métropolitaine.

Sources : Enquête ENEIS, 2004.

TABLEAU 2 • Proportion de séjours hospitaliers motivés par un effet indésirable médicamenteux dans les services de spécialités médicales des établissements publics (en %)

1998 (Enquête CRPV)	3,19
2004 (Enquête ENEIS)	2,75
2007 (Enquête CRPV)	3,60

* Dans l'enquête ENEIS, il s'agit d'événements et non d'effets indésirables, comme dans l'enquête CRPV.

Champ : France métropolitaine ; CRPV : services de spécialités médicales des établissements publics (CH et CHU) ; ENEIS : services de médecine et de chirurgie publics et privés (hors obstétrique).

Sources : Enquêtes CRPV et ENEIS.

CHAMP • Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) : spécialités médicales des centres hospitaliers (CH) et centres hospitaliers universitaires (CHU). ENEIS : services de médecine et chirurgie de court séjour publics et privés (France métropolitaine).

SOURCES • Enquêtes CRPV 1998 et 2007 ; ENEIS 2004.

LIMITES ET BIAIS • Les études CRPV couvrent les services de spécialités médicales. L'étude ENEIS couvre les unités de court séjour de médecine et de chirurgie publiques et privées, mais pas l'obstétrique ; le taux de participation des établissements sous OQN (objectif quantifié national) est sensiblement plus faible que pour ceux sous dotation globale (établissements publics et privés participant au service public).

RÉFÉRENCES •

- Pouyanne P., Haramburu F., Imbs J.-L., Begaud B., 2000, « Admissions To Hospital Caused By Adverse Drug Reactions: A Cross- Sectional Incidence Study », *British Medical Journal*, 320 : 1036.
- Michel P., Quenon J.-L., Djihoud A., Tricaud-Vialle S., De Sarasqueta A.-M., Domecq S., 2005, « Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale », *Études et Résultats*, DREES, n° 398, mai.
- Michel P., Quenon J.-L., Djihoud A., Tricaud-Vialle S., De Sarasqueta A.-M., 2005, « Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (Eneis) », *Rapport DREES*.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • CRPV : AFSSAPS ; ENEIS : DREES-CCECQA.

Événements iatrogènes « évitables »

L'objectif retenu par la loi de santé publique de 2004 est de réduire à un horizon quinquennal d'un tiers la fréquence des événements iatrogènes évitables à l'hôpital et en ambulatoire.

L'Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) permet d'estimer la fréquence des événements indésirables graves (EIG¹) survenant à l'hôpital, leur évitabilité ainsi que la proportion d'hospitalisations dont le motif est un EIG.

Il convient cependant de souligner que les événements iatrogènes survenant en ambulatoire ne conduisent pas tous à une hospitalisation, notamment parmi les plus graves, pour ceux qui ont provoqué un décès.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Densité d'incidence par jour d'hospitalisation des événements indésirables graves liés aux soins (EIG) évitables en cours d'hospitalisation

L'enquête ENEIS réalisée en 2004 dans les unités de court séjour (à l'exception des services d'obstétrique) a estimé à 6,6 pour 1 000 journées d'hospitalisation la densité d'incidence des EIG identifiés en cours d'hospitalisation (tableau 1). Celle-ci tend à augmenter avec l'âge passant de 5 jours chez les moins de 25 ans à 8,8 jours chez les plus de 85 ans (tableau 2).

Le caractère évitable était exprimé sur une échelle de présomption à 6 degrés (caractère évitable : exclu, très peu probable, peu probable, assez probable, très probable, certain). Seuls les trois derniers étaient retenus comme des événements évitables. La densité imputée à des EIG évitables est ainsi estimée à 2,3 pour 1 000 journées d'hospitalisation et leur nombre total annuel, dans une fourchette comprise entre 120 000 et 190 000. Les densités sont similaires dans les services de médecine et de chirurgie, respectivement 2,4 et 2,2 pour 1 000 journées d'hospitalisation (tableau 1).

La densité d'incidence des EIG évitables faisant suite à un acte invasif est de 1,4 pour 1 000 journées d'hospitalisation, contre 0,5 pour 1 000 journées pour les médicaments (tableau 3). La densité correspondant aux infections liées aux soins est estimée à 0,4 pour 1 000 journées d'hospitalisation.

Comme pour l'ensemble des EIG, la survenue d'EIG évitables se traduit le plus souvent par une prolongation d'hospitalisation (1,7 pour 1 000 jours d'hospitalisation) éventuellement associée à d'autres complications : menace du pronostic vital et/ou incapacité (tableau 4). Les organes les plus concernés par les EIG évitables sont le système cardio-pulmonaire (avec notamment les infections broncho-pulmonaires consécutives à des fausses routes, des pneumothorax liés à la pose de cathéters) et l'appareil digestif (complications à la suite d'intervention chirurgicale ou d'une endoscopie).

Proportion d'événements évitables parmi les EIG survenus en cours d'hospitalisation

Au total, parmi les EIG identifiés pendant la période d'hospitalisation, pour lesquels le degré d'évitabilité est renseigné, 35,9% ont été considérés comme évitables. Toutefois, le degré de présomption n'est pas identique pour tous les événements évitables : le caractère évitable a été estimé certain pour 8,3% des EIG, très probable pour 6,6% et assez probable pour 21% d'entre eux.

La proportion d'événements évitables parmi l'ensemble des EIG varie avec les mécanismes et expositions considérés. Ainsi, 32% des EIG liés à un acte invasif, 37% des EIG liés à un médicament et 25,5% des EIG liés à une infection ont été jugés évitables. La gravité et la

complexité de la situation clinique des patients ayant eu un EIG évitable étaient fréquentes (relevées dans respectivement 70,6 et 57,8% des cas).

Cependant, dans 72,3% des cas, les médecins ou professionnels de santé auraient certainement pris en charge le patient de la même manière dans un contexte identique.

Proportion d'hospitalisations causées par un EIG évitable parmi les hospitalisations causées par un EIG

Cette seconde catégorie d'EIG concerne les événements survenus lors de soins ambulatoires qui sont à l'origine d'hospitalisations. La proportion d'hospitalisations causées par un événement indésirable lié aux soins est estimée à 3,9% (tableau 5). Près de la moitié d'entre eux ont été jugés évitables (46,4% de ceux pour lesquels le degré d'évitabilité est renseigné), soit 1,9% des hospitalisations (2,3% en médecine et 1,5% en chirurgie) ; leur nombre total annuel se situe dans une fourchette comprise entre 125 000 et 205 000. L'évitabilité a été estimée certaine pour 6% des EIG à l'origine d'hospitalisation, très probable pour 14,1% et assez probable pour 26,3%.

La part des hospitalisations causées par des EIG évitables faisant suite à un acte invasif est estimée à 0,7% et pour les produits de santé à 0,9%. La proportion correspondant aux infections liées aux soins a été estimée à 0,4% des hospitalisations. Les EIG liés à l'administration de produits de santé (en particulier, de médicaments) ont été plus souvent jugés évitables que les autres EIG à l'origine d'une hospitalisation et c'est le cas d'environ la moitié d'entre eux (47%) contre moins de 30% de ceux liés, par exemple, à un acte invasif.

Comme les EIG survenant au cours de l'hospitalisation, les EIG qui ont été identifiés comme des causes d'hospitalisation ont tendance à être plus fréquents avec l'âge (tableau 6). Selon les études réalisées à l'étranger, la plupart à partir de revues de dossiers, la part de l'iatrogénie globale évitable est estimée entre 27% et 51% des événements indésirables. Les résultats de l'étude ENEIS se situent dans cet intervalle, plutôt à la limite supérieure pour les EIG causes d'hospitalisation. La méthode utilisée dans ENEIS tend à identifier une plus grande proportion d'événements évitables que les revues de dossiers. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

La première enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (EIG) a été réalisée en 2004 dans les unités de court séjour de médecine et de chirurgie, à l'exception des services d'obstétrique.

Elle a permis d'estimer à 2,3 pour 1 000 journées d'hospitalisation le nombre d'événements indésirables graves évitables liés aux soins (EIG) survenus en cours d'hospitalisation. La part des EIG évitables représentait 36% de l'ensemble des EIG survenus au cours de l'hospitalisation.

Parallèlement, la part des séjours dont le motif était lié à un EIG considéré comme évitable a été estimée à 1,9%. La part des EIG évitables parmi les EIG « cause d'hospitalisation » était quant à elle estimée à 46% de l'ensemble des séjours causés par un EIG. La réédition de l'enquête permettra d'apprécier les évolutions de ces indicateurs dans le temps. Les premiers résultats seront disponibles à l'automne 2010.

EIG évitables liés aux processus de soins en cours d'hospitalisation (tableaux 1 à 4)

TABLEAU 1 • Densité d'incidence (pour 1 000 jours d'hospitalisation)

	EIG		EIG évitables	
	Pour 1 000 J	IC 95 %	Pour 1 000 J	IC 95 %
Médecine	6,2	[4,9 ; 7,5]	2,4	[1,7 ; 3,2]
Chirurgie	7,0	[5,8 ; 8,3]	2,2	[1,5 ; 3,0]
Total	6,6	[5,7 ; 7,5]	2,3	[1,8 ; 2,9]

Champ : Services de médecine et de chirurgie publics et privés. France métropolitaine.
Sources : Enquête ENEIS 2004.

TABLEAU 2 • Densité d'incidence selon l'âge (pour 1 000 jours d'hospitalisation)

Densité d'incidence	< 25 ans	25 – 64 ans	65 – 84 ans	85 ans et +
Total	5,0 [2,4 – 7,5]	6,1 [4,7 – 7,5]	6,9 [5,5 – 8,4]	8,8 [5,3 – 12,3]
Dont évitables	2,4 [0,6 – 4,1]	2,3 [1,5 – 3,2]	2,0 [1,2 – 2,7]	4,2 [1,7 – 6,6]

Champ : Services de médecine et de chirurgie publics et privés. France métropolitaine.
Sources : Enquête ENEIS 2004.

TABLEAU 3 • Mécanismes et exposition

	EIG évitables	
	pour 1 000 J	IC 95 %
Acte invasif	1,4	[1,0 ; 1,8]
<i>dont lié à une intervention chirurgicale</i>	<i>1</i>	<i>[0,6 ; 1,4]</i>
Produits de santé	0,7	[0,4 ; 1,0]
<i>dont médicaments</i>	<i>0,5</i>	<i>[0,3 ; 0,7]</i>
Infections liées aux soins	0,4	[0,2 ; 0,6]
<i>dont infections du site opératoire</i>	<i>0,02</i>	<i>[0,0 ; 0,4]</i>

Un EIG peut être lié à plusieurs expositions ou mécanismes différents, donc la somme des densités est supérieure à la densité totale.

Champ : Services de médecine et de chirurgie publics et privés. France métropolitaine.
Sources : Enquête ENEIS 2004.

TABLEAU 4 • Gravité des événements identifiés

	EIG évitables	
	pour 1 000 jours	IC 95 %
Prolongation d'hospitalisation*	1,7	[1,3 ; 2,2]
dont prolongation seule	0,9	[0,7 ; 1,4]
Pronostic vital*	0,9	[0,6 ; 1,2]
Incapacité*	0,5	[0,3 ; 0,8]
Décès**	0,2	[0,04 ; 0,3]

* Associé ou non à un autre critère de gravité.

** Le fait que le décès soit associé à un EIG ne signifie pas forcément qu'il en soit directement la cause.

Champ : Services de médecine et de chirurgie publics et privés. France métropolitaine.
Sources : Enquête ENEIS 2004.

EIG évitables « causes d'hospitalisation » (tableaux 5 et 6)

TABLEAU 5 • Proportion d'EIG évitables à l'origine d'hospitalisations (pour 100 hospitalisations)

	EIG		EIG évitables	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Médecine	4,6	[3,5 ; 5,6]	2,3	[1,6 ; 3,1]
Chirurgie	3,5	[2,8 ; 4,3]	1,5	[1,0 ; 2,1]
Total	3,9	[3,3 ; 4,6]	1,9	[1,4 ; 2,3]

Champ : Services de médecine et de chirurgie publics et privés. France métropolitaine.
Sources : Enquête ENEIS 2004.

TABLEAU 6 • Proportion selon l'âge (pour 100 hospitalisations)

Densité d'incidence	< 25 ans	25 – 64 ans	65 – 84 ans	85 ans et +
Total	2,8 [1,3 – 4,3]	3,1 [2,3 – 4,0]	4,8 [3,6 – 5,9]	7,6 [4,1 – 11,0]
Dont évitables	1,7 [0,5 – 2,8]	1,2 [0,7 – 1,6]	2,2 [1,4 – 3,0]	5,0 [2,1 – 7,8]

Champ : Services de médecine et de chirurgie publics et privés. France métropolitaine.
Sources : Enquête ENEIS 2004.

CHAMP • France métropolitaine, services de médecine et chirurgie de court séjour.

SOURCES • Enquête ENEIS 2004.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Densité d'incidence (fréquence de survenue des événements indésirables graves prenant en compte la durée d'exposition) et proportion d'événements indésirables graves. Un événement indésirable lié aux soins est défini comme un événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention, ou de réhabilitation. Les événements indésirables identifiés pendant la période d'observation ont été considérés comme graves à partir du moment où ils étaient susceptibles d'entraîner une prolongation de l'hospitalisation d'au moins un jour, s'ils pouvaient être à l'origine d'un handicap ou d'une incapacité à la fin de l'hospitalisation ou s'ils étaient associés à une menace vitale ou à un décès. Tous les événements indésirables qui étaient à l'origine d'une hospitalisation étaient considérés comme graves. Le caractère évitable de chaque événement indésirable faisait l'objet d'une étude particulière. Un événement indésirable était considéré comme évitable si l'on pouvait estimer qu'il ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de cet événement.

LIMITES ET BIAIS • L'enquête ENEIS couvre les unités de court séjour de médecine et de chirurgie, mais pas l'obstétrique ; le taux de participation des établissements sous objectif quantifié national est sensiblement plus faible que ceux sous dotation globale (établissements publics et privés participants au service public).

RÉFÉRENCES

- Michel P. *et al.*, 2006, « Étude nationale sur les événements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) », DREES, *Documents de travail*, série « Études », n° 60, juin.
- Michel P. *et al.*, 2005, « Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale », *Études et Résultats*, DREES, n° 398, mai.
- Michel P., Quenon J.-L. *et al.*, 2003, « L'estimation du risque iatrogène grave dans les établissements de santé en France », *Études et Résultats*, DREES, n° 219, février.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES – CCECQA.

1. Un événement indésirable grave est défini comme un événement défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de diagnostic, de traitement, de prévention, ou de réhabilitation. L'appréciation de l'« évitabilité » est basée sur l'analyse des conditions de survenue d'un événement indésirable au regard de l'état des connaissances disponibles. Ainsi, dans l'étude ENEIS, le caractère évitable des EIG a été retenu pour les événements « qui ne seraient pas survenus si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de leur survenue ». L'évolution des pratiques peut à cet égard modifier dans le temps l'appréciation du caractère évitable de l'événement.

Résistance aux antibiotiques (1)

La loi de santé publique de 2004 a fixé plusieurs objectifs quantifiés à un horizon quinquennal : pour les pneumocoques responsables d'infections graves (méningites et bactériémies), **réduire à moins de 30 % le taux de souches ayant une sensibilité diminuée à la pénicilline et à l'érythromycine et stopper la progression de la résistance aux fluoroquinolones (<0,5%) ; pour les staphylocoques dorés, réduire le taux de souches hospitalières résistant à la méticilline à 25 %.**

L'apparition de bactéries pathogènes résistantes aux antibiotiques et leur diffusion dans les populations humaines constituent un problème majeur en infectiologie. La perspective de découvrir de nouvelles classes d'antibiotiques étant réduite, ce phénomène préoccupe les pouvoirs publics qui ont donné pour objectif à la loi de santé publique de maîtriser la progression de ces résistances. La mise en place d'un plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques en 2001, suivi d'une seconde phase pour 2007-2010, a permis de prendre en compte, en ville et à l'hôpital, les questions posées par la lutte contre les résistances bactériennes et d'engager une réflexion sur les modalités de calcul des consommations d'antibiotiques. Parmi les objectifs du plan 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales, figure également la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé.

Bactéries fréquemment isolées, respectivement d'infections nosocomiales et d'infections « communautaires »¹, les staphylocoques dorés et les pneumocoques illustrent les problèmes posés par la résistance aux antibiotiques.

L'impact des résistances en termes de santé publique et l'évolution de la résistance bactérienne pour ces germes ont donc été retenus comme indicateurs. Par ailleurs, la diminution de l'exposition des populations aux antibiotiques est la principale voie de maîtrise de la résistance aux antibiotiques. Les consommations d'antibiotiques en milieu communautaire et hospitalier ont, à ce titre, été retenues comme troisième groupe d'indicateurs de maîtrise de la résistance aux antibiotiques. Leur suivi dans le temps permet de mesurer l'évolution de l'exposition collective des populations aux antibiotiques, d'adapter les politiques de prescription individuelle et d'améliorer la qualité des traitements des patients en ville comme à l'hôpital.

Résistance des pneumocoques aux antibiotiques

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Incidence des infections communautaires graves à pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline

Cet indicateur est estimé par l'incidence des méningites à pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP). Les résultats présentés sont restreints aux souches isolées du liquide céphalo-rachidien (LCR), pour lesquelles il est demandé aux laboratoires d'envoyer systématiquement les souches au centre national de référence (CNR) chez l'enfant de moins de 16 ans et chez l'adulte. Cet indicateur peut être estimé chaque année. Les dernières données disponibles sont celles de 2007. L'incidence des méningites à pneumocoque est estimée à 11,9 par million d'habitants, toutes tranches d'âges confondues, à 15,4 chez les enfants de moins de 16 ans et à 11,1 chez les adultes. Cette incidence est présentée pour les souches de sensi-

bilité diminuée à la pénicilline, afin de suivre leur évolution dans un nouveau contexte épidémiologique depuis 2003, en raison de l'introduction du vaccin pneumococcique conjugué heptavalent chez les enfants de moins de 2 ans.

L'incidence des méningites à PSDP a enregistré une baisse non significative de 14% entre 2001 et 2007, toutes tranches d'âge confondues, avec une évolution défavorable entre 2006 et 2007 (tableau 1 et graphique 1). Chez les enfants, l'incidence des méningites à PSDP a diminué significativement de 53% entre 2001 et 2007, avec une évolution peu favorable sur la période 2006 à 2007. Parallèlement, l'incidence des méningites à PSDP a augmenté faiblement chez les adultes entre 2001 et 2007 (évolution non significative).

Entre 2001 et 2007, l'incidence des méningites à pneumocoque sensible à la pénicilline a augmenté de 50% toutes tranches d'âge confondues (5,1 cas pour un million d'habitants en 2001 et 7,7 cas pour un million d'habitants en 2007 ; $p < 0,001$).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportions de souches de pneumocoque isolées d'infections invasives en fonction de leur sensibilité à différents antibiotiques

L'envoi au CNR est recommandé aux laboratoires pour toutes les souches invasives (méningites et bactériémies) isolées chez l'enfant et pour celles isolées de LCR (méningites) chez l'adulte. Cet envoi est organisé tous les deux ans par le réseau des observatoires régionaux du pneumocoque coordonné par le CNR du pneumocoque. Les dernières données disponibles sont celles de 2007 (tableau 2 et graphique 2).

- Souches de sensibilité diminuée à la pénicilline G : la proportion de souches de pneumocoques isolées d'infections invasives (méningites et bactériémies) de sensibilité diminuée à la pénicilline, toutes tranches d'âge confondues, était de 31,9% en 2007. Par rapport à 2001, on observe une diminution relative de 32% ($p < 0,001$) toutes tranches d'âge confondues, de 28% chez les adultes ($p < 0,001$) et de 41% chez les enfants ($p < 0,001$). La diminution la plus importante concerne les souches isolées uniquement de LCR chez l'enfant (-45%), où la proportion de souches à sensibilité diminuée à la pénicilline était de 33,6% en 2007 contre 61,1% en 2001 ($p < 0,001$).

- Souches intermédiaires ou résistantes à l'érythromycine : la proportion de souches de pneumocoques isolées d'infections invasives (méningites et bactériémies) intermédiaires ou résistantes à l'érythromycine était de 34,9% en 2007, toutes tranches d'âge confondues, soit une diminution relative de 24% par rapport à 2001 (46,1% des souches intermédiaires ou résistantes à l'érythromycine ; $p < 0,001$).

- Souches intermédiaires ou résistantes aux fluoroquinolones : la proportion de souches de pneumocoques isolées d'infections invasives (méningites et bactériémies) intermédiaires ou résistantes aux fluoroquinolones était de 1,5% en 2007, toutes tranches d'âge confondues, soit une augmentation relative de 42% par rapport à 2001 (1% des souches intermédiaires ou résistantes à l'érythromycine ; $p > 0,05$).

1. On parle d'infections « communautaires » pour désigner les infections touchant la « communauté », c'est-à-dire la population générale, par opposition aux infections nosocomiales à l'hôpital.

TABLEAU 1 • Incidence* des méningites à pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) entre 2001 et 2007

	2001	2003	2005	2006	2007
Enfants (0-15 ans)	11,1	9,1	5,6	4,0	5,2
Adultes (≥ 16 ans)	3,4	4,2	3,8	3,6	4,0
Total	4,9	5,2	4,1	3,7	4,2

* Les incidences sont exprimées par million d'habitants résidant en France métropolitaine.

Champ : France métropolitaine.

Sources : CNR des pneumocoques, réseau Epibac.

CHAMP • Patients chez lesquels un pneumocoque a été isolé, dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien (LCR) ; France métropolitaine.

SOURCES • Numérateur : réseau Epibac (InVS) et Centre national de référence (CNR) des pneumocoques. Dénominateur : INSEE.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'incidence des méningites à pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) est estimée en extrapolant les pourcentages de l'incidence de PSDP observée par le réseau des CNR à l'incidence des méningites à pneumocoque estimée par le réseau Epibac. Ce réseau est composé de laboratoires hospitaliers volontaires recueillant le nombre de cas de méningites et de bactériémies. Il existe depuis 1991. L'incidence des infections invasives à pneumocoque est estimée en extrapolant le nombre de cas observés par les établissements participant à l'ensemble des établissements français, sur la base de la part des entrées en médecine des établissements participant au réseau (78 % en 2007). De plus, les estimations sont corrigées pour prendre en compte une sous-déclaration des cas par les laboratoires participants, estimée à 20 % sur la base de différentes analyses capture-recapture effectuées entre 1996 et 2002.

LIMITES ET BIAIS • Participation des laboratoires basée sur le volontariat. Surreprésentation des souches d'hémocultures isolées chez l'enfant pour la résistance des pneumocoques.

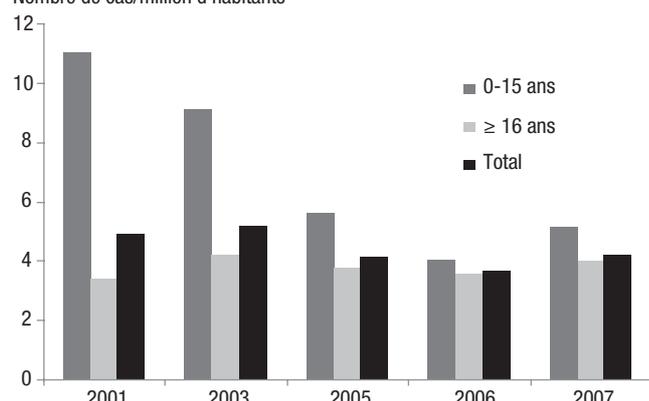
RÉFÉRENCES •

– Varon E., Gutmann L., 2007, *Rapport d'activité du CNR des pneumocoques 2007* (www.invs.sante.fr/surveillance/cnr/rapport_cnr_pneumo_2007.pdf)

– Réseau Epibac, *Surveillance des infections invasives à Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus agalactiae (B) et Streptococcus pyogenes (A) en France métropolitaine* : www.invs.sante.fr/surveillance/epibac/index.htm

GRAPHIQUE 1 • Incidence* des méningites à pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP) entre 2001 et 2007

Nombre de cas/million d'habitants

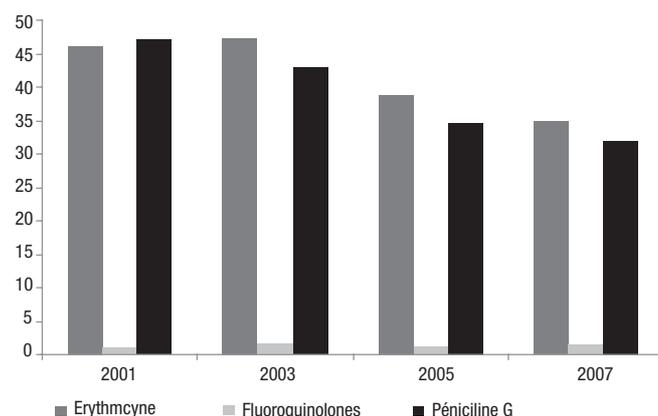


* Les incidences sont exprimées par million d'habitants résidant en France métropolitaine.

Champ : France métropolitaine.

Sources : CNR des pneumocoques, réseau Epibac.

GRAPHIQUE 2 • Proportion des souches de pneumocoques isolées de bactériémies ou de méningites, intermédiaires (I) et résistantes (R) à la pénicilline G, l'érythromycine et les fluoroquinolones, entre 2001 et 2007



Champ : France métropolitaine.

Sources : CNR des pneumocoques.

TABLEAU 2 • Souches de pneumocoques isolées de bactériémies ou de méningites, intermédiaires (I) et résistantes (R) à la pénicilline G, l'érythromycine et les fluoroquinolones entre 2001 et 2007

	2001			2003			2005			2007		
	Nombre de souches I et R	Total	%	Nombre de souches I et R	Total	%	Nombre de souches I et R	Total	%	Nombre de souches I et R	Total	%
Tous âges												
Pénicilline	693	1473	47,0	597	1390	42,9	427	1236	34,5	475	1488	31,9
Erythromycine	409	888	46,1	624	1316	47,4	479	1236	38,8	519	1486	34,9
Fluoroquinolones	14	1347	1,0	22	1324	1,7	16	1236	1,3	22	1486	1,5
Enfants (0-15 ans)												
Pénicilline	212	421	50,4	225	498	45,2	156	482	32,4	146	489	29,9
Erythromycine	125	256	48,8	255	474	53,8	166	482	34,4	160	489	32,7
Fluoroquinolones	1	391	0,3	3	470	0,6	4	482	0,8	4	489	0,8
Adultes (≥ 16 ans)												
Pénicilline	481	1052	45,7	372	892	41,7	271	754	35,9	329	999	32,9
Erythromycine	284	632	44,9	369	842	43,8	313	754	41,5	359	997	36,0
Fluoroquinolones	13	956	1,4	19	854	2,2	12	754	1,6	18	997	1,8

Champ : France métropolitaine.

Sources : CNR des pneumocoques.

Résistance aux antibiotiques (2)

L'objectif fixé par la loi de santé publique de 2004 est de **réduire le taux de Staphylococcus aureus à la méticilline (SARM), également dénommé staphylocoque doré, à 25 % à un horizon quinquennal**. Trois indicateurs ont été retenus pour quantifier la résistance de SARM :

- la densité d'incidence pour 1 000 journées d'hospitalisation, couramment utilisée pour refléter l'ampleur de l'épidémie des infections à SARM dans les établissements de santé ;
- la proportion de résistance au sein de l'espèce, très parlant pour les non-spécialistes et utilisé par les cliniciens pour guider leurs prescriptions ;
- la prévalence des infections nosocomiales à SARM un jour donné dans les établissements de santé français.

Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM)

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Densité d'incidence des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM) pour 1 000 journées d'hospitalisation et taux d'attaque pour 100 hospitalisations MCO

En 2007, la densité d'incidence des SARM était de 0,48 pour 1 000 jours d'hospitalisation tous types de séjours hospitaliers confondus (graphique 3). Elle s'élevait à 0,65 en court séjour (1,68 en réanimation) et 0,31 en soins de suite et de réadaptation et soins de longue durée (SSR-SLD). L'impact de l'épidémie de SARM en réanimation s'explique principalement par la fragilité des patients et une charge en soins élevée dans ces services.

Les densités d'incidence des SARM étaient plus faibles dans les interrégions Est et Ouest (respectivement 0,46 et 0,34), qui ont toutefois enregistré également des proportions de journées d'hospitalisation en réanimation plus faibles (respectivement 2,1 % et 1,3 %). Dans l'interrégion Nord, où la proportion de journées d'hospitalisation en réanimation était plus élevée (4,6 %), la densité d'incidence des SARM était de 0,56 pour 1 000 journées d'hospitalisation.

Au niveau national, l'évolution de la densité d'incidence des SARM a été étudiée sur la cohorte des 226 établissements ayant participé aux réseaux de surveillance des bactéries multirésistantes (BMR)-Raisin entre 2003 et 2007. La densité d'incidence globale des SARM y a significativement diminué, passant de 0,72 à 0,54 (-25 %). Cette diminution confirme celle observée sur l'ensemble des établissements participant au réseau de sur-

veillance BMR-Raisin et est corroborée par l'évolution de la proportion de résistance au sein de l'espèce au cours de la même période.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportion de souches hospitalières de Staphylococcus aureus résistantes à la méticilline

D'après les données françaises transmises au réseau européen *European Antimicrobial Resistance Surveillance System* (EARSS), la proportion de SARM parmi les souches de *S. aureus* isolées de bactériémies était de 26 % en 2007. La France se situait ainsi parmi les pays où cette proportion de résistance était élevée (Grande-Bretagne : 36 %, Irlande : 38 % jusqu'à Malte : 52 %), alors que cette proportion était inférieure à 5 % dans les pays du Nord (Hollande, Danemark, Finlande et Suède). Depuis 2001, cette proportion tend à diminuer en France, où elle est passée de 33 % en 2001 à 26 % en 2007. En Europe, on observe également une diminution dans des pays à forte endémicité qui ont mis en place des politiques de contrôle (Slovénie, Turquie, Autriche, Bulgarie, Italie, Lettonie et Grande-Bretagne).

En 2007, selon les réseaux hospitaliers de surveillance des BMR coordonnés par les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN), la proportion de SARM parmi les souches hospitalières de *S. aureus* isolées de prélèvements cliniques, tous types de séjours et de prélèvements confondus, était d'en moyenne 31,0 %, variant de 26,6 % à 34,3 % selon l'interrégion (tableau 3). En court séjour, cette proportion

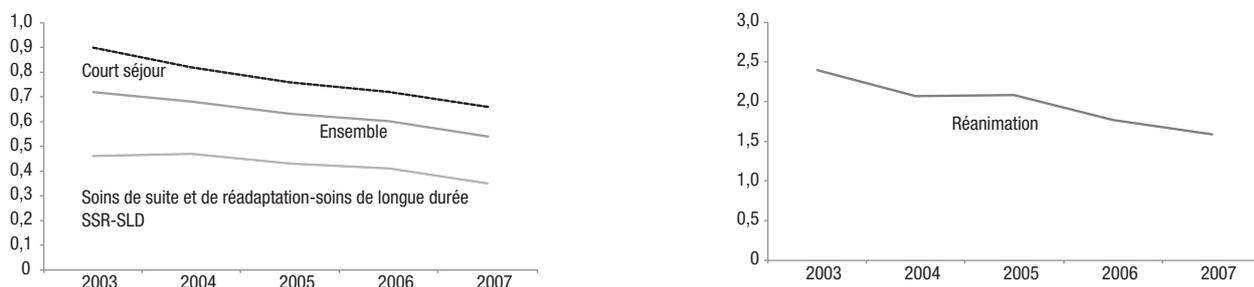
variait selon l'interrégion de 21,6 % à 29,9 % (moyenne de 26,9 %). Elle était deux fois plus élevée en SSR-SLD où elle variait selon l'interrégion de 52,2 % à 68,9 % (moyenne de 56,8 %). Ces moyennes étaient en baisse par rapport à 2002.

Prévalence des infections hospitalières à SARM

En 2006, une troisième enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales a été proposée à tous les établissements de santé publics ou privés de France. Elle incluait tous les patients en hospitalisation complète sauf les entrants du jour. Au cours de cette enquête, 1 478 infections nosocomiales à SARM ont été identifiées chez 1 406 patients parmi les 358 353 enquêtés, soit une prévalence de 0,39 patients infectés à SARM pour 100 patients.

La comparaison des enquêtes 2001 et 2006 a été restreinte aux infections nosocomiales contractées dans les 1 351 établissements de santé ayant participé aux deux enquêtes (tableau 4). Elle montre que la prévalence des patients infectés à SARM dans cette population est passée de 0,49 % en 2001 à 0,29 % en 2006 (-41 %). La prévalence des patients infectés à SARM a diminué dans toutes les catégories d'établissements de santé.

GRAPHIQUE 3 • Évolution de la densité d'incidence des SARM de 2003 à 2007 selon le type d'activité (pour 1 000 jours d'hospitalisation)



Champ : France entière; cohorte de 226 établissements volontaires participant depuis 2003 à la surveillance BMR-Raisin.
Sources : Données Raisin (prélèvements à visée diagnostique, tous sites).

TABLEAU 3 • Évolution de la proportion de SARM parmi les staphylocoques dorés de 2002 à 2007 (en %)

Interrégions	Ensemble court séjour						Court séjour réanimation					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CCLIN Paris-Nord hors AP-HP	35,6	36,5	33,4	34	33	28,7	37,1	39,1	30,7	33,8	31,5	28,2
AP-HP compris	28,5	26,6	25,4	23,9	21,8	21,6	28,7	30,4	24,9	22,8	20	22,4
CCLIN Est	nd	30,5	31,3	29,2	29,1	27,3	nd	28,1	30	31,9	27,6	23,6
CCLIN Ouest	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
CCLIN Sud-Est	28,1	27,5	25,4	26,2	26,9	25,6	24,8	23,9	23,2	27	28,1	24,9
CCLIN Sud-Ouest	41,6	36,1	33	33,8	30,5	29,9	35	36,5	30,5	33,5	28	36,3
	Soins de suite et de réadaptation (SSR) - soins de longue durée (SLD)						Tous séjours					
Interrégions	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CCLIN Paris-Nord hors AP-HP	65,2	64,9	58,3	63,7	59,3	56,1	40,2	40,4	37,6	38,7	37,3	32,6
AP-HP compris	62,3	63,1	67,6	68,8	63,3	68,9	32,2	30,9	30,5	28,4	25,7	26,6
CCLIN Est	nd	51,2	61,9	59,3	62,6	57	nd	33	34,9	33,4	32,3	30,3
CCLIN Ouest	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	34,5	25,4	22
CCLIN Sud-Est	58	56,2	55,2	50,5	51,3	52,2	32,7	31,9	29,5	30	31	30
CCLIN Sud-Ouest	66,7	65,1	60,4	61,6	62,2	56,3	39,7	39,7	37,1	37,8	34,8	34,3

Nd = non disponible. Les évolutions doivent être interprétées avec prudence car les variations peuvent être liées aux types d'établissements de santé ou de patients inclus.

Champ : Établissements volontaires participant à la surveillance BMR-Raisin une année donnée.

Sources : Données interrégionales des réseaux BMR (CCLIN).

TABLEAU 4 • Prévalence des patients infectés à SARM d'après les enquêtes nationales de prévalence 2001 et 2006

Type de séjour	2001*				2006				Évolution 2001-2006 (en %)
	Patients (nombre)	Patients infectés		Patients (nombre)	Patients infectés				
		en nombre	en %		en nombre	en %			
Court séjour	146 445	708	0,48	147 908	437	0,3	-38,9		
médecine	72 933	325	0,45	76 418	212	0,28	-37,7		
chirurgie	49 086	253	0,52	47 776	148	0,31	-39,9		
obstétrique	18 313	6	0,03	18 356	10	0,05	66,3		
réanimation	6 113	124	2,03	5 358	67	1,25	-38,4		
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	42 737	331	0,77	43 203	173	0,4	-48,3		
Soins de longue durée (SLD)	55 370	295	0,53	44 720	161	0,36	-32,4		
Psychiatrie	34 867	24	0,07	33 791	8	0,02	-65,6		
Autre	71	2	2,82	1 525	2	0,13	-95,3		
Total	279 490	1 360	0,49	271 147	781	0,29	-40,8		

* Patients entrés le jour de l'enquête et bactériuries asymptomatiques exclus.

Champ : France entière; analyse restreinte aux 1 345 établissements de santé.

Sources : Données des enquêtes nationales de prévalence, 2001 et 2006.

CHAMP • Patients en hospitalisation complète, établissements de santé volontaires, France entière.

SOURCES • Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin): données du réseau national de surveillance des bactéries multirésistantes BMR-Raisin, données des enquêtes nationales de prévalence (ENP) 2001 et 2006; European Antibiotic Resistance Surveillance System (EARSS); Observatoire national de l'épidémiologie de la résistance bactérienne aux antibiotiques (ONERBA); Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN).

LIMITES ET BIAIS • Participation sur la base du volontariat. Sous-représentation des établissements de santé privés dans le réseau BMR-Raisin.

RÉFÉRENCES •

Incidence pour 1 000 journées d'hospitalisation

– Rapports BMR-Raisin 2002 à 2007 disponibles sur www.invs.sante.fr, rubrique Publications, Rapports scientifiques, Maladies infectieuses, Infections nosocomiales et résistance aux antibiotiques.

Proportion de résistance à la méticilline des souches hospitalières de staphylocoques dorés

– 2006, European Antibiotics Résistance Surveillance System (EARSS), rapport sur www.rivm.nl/earss.

– Rapports des surveillances BMR de chaque CCLIN disponibles sur www.invs.sante.fr/raisin, rubrique Surveillance.

• CCLIN Nord hors AP-HP sur www.cclinparisnord.org • CCLIN Est www.fc-sante.fr/cclin-est • CCLIN Sud Est sur www.cclin-sudest.chu-lyon.fr • CCLIN Sud Ouest <http://www.cclin-sudouest.com/> • CCLIN Ouest www.cclinouest.com.

Prévalence des infections hospitalières à SARM

– Rapports des enquêtes nationales de prévalence des infections nosocomiales 2001 et 2006, disponibles sur www.invs.sante.fr/raisin

– Thiolet J.-M., Lacave L., Tronel H., Jarmo P., Metzger M. - H., L'Héritier F., Gautier C., Coignard B. pour le groupe de travail Raisin ENP 2006, 2007, «Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*; (51-52): 429-432.

Résistance aux antibiotiques (3)

À l'hôpital comme en ville, le suivi de la consommation d'antibiotiques constitue un outil de maîtrise des résistances aux antibiotiques. En France, le système d'information concernant le suivi de la consommation d'antibiotiques est encore perfectible, notamment à l'hôpital. Les données actuellement disponibles sont celles de ventes d'antibiotiques à usage humain recueillies par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) auprès des fabricants, distinguant les ventes en officine et les ventes aux établissements de santé. Ces données participent à la surveillance européenne dans le cadre du réseau ESAC (*European Surveillance of Antimicrobial Consumption*).

Consommation antibiotique en santé humaine

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Consommation antibiotique en santé humaine (ventes)

En 2007, les ventes d'antibiotiques en ville s'élevaient à 663,2 millions de doses définies journalières, soit 28,6 doses pour 1 000 habitants et par jour (tableau 5). Les pénicillines à large spectre représentent 28,4% des ventes, les associations de pénicilline 21,8%, les tétracyclines 11,7% et les céphalosporines toutes générations confondues 10,3%.

Les ventes d'antibiotiques aux établissements hospitaliers publics et privés s'élevaient en 2007 à 50,8 millions de doses définies journalières, soit 2,2 doses pour 1 000 habitants et par jour et 373,6 doses pour 1 000 journées d'hospitalisation. Les associations de pénicillines représentaient 34,5% des ventes, les pénicillines à large spectre 18,4% et les quinolones 15,6%.

Malgré la légère reprise observée en ville en 2007, les données de consommation les plus récentes s'inscrivent dans une tendance à la baisse. La diminution de l'exposition aux antibiotiques apparaît significative lorsque l'on compare le niveau de consommation de 2007 à celui qui était observé avant la mise en place du premier plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques et des campagnes de l'assurance maladie. Entre 2000 et 2007, la consommation d'antibiotiques exprimée en nombre de DDJ pour 1 000 habitants et par jour a diminué de 14,4% en ville.

Malgré cette baisse, la France continue à se placer parmi les pays européens consommant le plus d'antibiotiques en ville : selon les données européennes du projet ESAC (*European Surveillance of Antimicrobial Consumption*),

son niveau demeure très supérieur, par exemple, à celui que l'on observe dans les pays de l'Europe du Nord.

Pour ce qui concerne la consommation d'antibiotiques à l'hôpital, le rang de la France est plus difficile à établir car la consommation de nombreux pays européens n'est pas encore connue avec précision. À noter cependant que la consommation au sein des établissements de santé a fortement diminué en France en 2006 et s'est stabilisée en 2007 : son niveau n'a jamais été aussi modéré au cours de ces dix dernières années. L'accord tripartite signé entre le ministère en charge de la santé, les organismes d'assurance maladie et les fédéra-

tions professionnelles hospitalières a sans doute contribué à accentuer cette tendance mais ne saurait entièrement l'expliquer : il n'a été signé qu'au début de l'année 2006. Les actions précédemment menées au sein des établissements afin de réduire les consommations et d'optimiser les prescriptions ont également joué un rôle important dans la maîtrise des consommations. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS, DÉPARTEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES.

synthèse

La proportion de souches de pneumocoques isolées d'infections invasives (méningites et bactériémies) et de sensibilité diminuée à la pénicilline a diminué de 32% entre 2001 et 2007, mais reste supérieure à 30%. La diminution la plus importante (-45%) concerne les souches isolées de liquide céphalo-rachidien chez l'enfant. La proportion de souches de pneumocoques résistantes aux fluoroquinolones isolées d'infections invasives (méningites et bactériémies) n'a pas augmenté de manière significative (1,5% en 2007).

Pour les staphylocoques aureus résistants à la méticilline (SARM), une tendance à la baisse est également observée. Sur une cohorte de 226 établissements participant à la surveillance de 2003 à 2007, l'incidence des SARM a diminué de 25%, tous types de séjours hospitaliers confondus. Les données transmises au réseau européen EARSS par la France confirment cette tendance : la proportion de SARM au sein de l'espèce (souches isolées de bactériémies) était de 26% en 2007 contre 33% en 2001. L'objectif de la loi de santé publique est donc presque atteint. Enfin, les données des enquêtes de prévalence des infections nosocomiales réalisées en 2001 et 2006 montrent une diminution importante de la prévalence un jour donné des patients infectés à SARM (-41%) ; cette évolution est cohérente avec les données des sources précédentes.

Concernant la consommation antibiotique en santé humaine, les données recueillies depuis 1997 sont encourageantes. En ville, la consommation d'antibiotiques a diminué de 14% entre 2000 et 2007. À l'hôpital, cette consommation a fortement diminué de 1997 à 2006 et s'est stabilisée en 2007 : son niveau n'a jamais été aussi modéré au cours de ces dix dernières années. La France continue toutefois à se placer parmi les pays européens qui consomment le plus d'antibiotiques en ville. Concernant la consommation à l'hôpital, le rang de la France en Europe reste à établir car la consommation de nombreux pays européens n'est pas encore connue avec précision.

TABLEAU 5 • Consommation antibiotique en santé humaine, en ville et à l'hôpital

	Ville		Hôpital		
	dose définie journalière (DDJ)	DDJ/1 000 habitants/jour	dose définie journalière (DDJ)	DDJ/1 000 habitants/jour	DDJ/1 000 journées hospitalisation
1997	706 380 978	33,2	61 068 118	2,9	423,0
1998	720 803 806	33,8	59 749 918	2,8	415,0
1999	734 484 300	34,3	60 286 292	2,8	420,7
2000	720 134 252	33,4	59 552 316	2,8	415,6
2001	714 426 374	33,0	60 302 958	2,8	424,3
2002	698 121 429	32,0	58 210 863	2,7	412,6
2003	653 459 574	28,9	51 575 651	2,3	365,1
2004	616 576 386	27,1	52 291 513	2,3	375,7
2005	662 609 157	28,9	54 865 584	2,4	399,1
2006	643 627 277	27,9	50 265 196	2,2	369,3
2007	663 191 846	28,6	50 775 793	2,2	373,6

Notes : La consommation d'antibiotiques rapportée à 1 000 habitants et par jour concerne à 93% la ville et à 7% l'hôpital. Le potentiel sélectif des résistances est néanmoins plus élevé à l'hôpital. De façon à disposer d'une série homogène dont les évolutions soient aisément interprétables, les consommations hospitalières présentées sur le tableau 5 ont été recalculées sur la base de la posologie actuelle pour la forme parentérale de l'amoxicilline en association avec un inhibiteur d'enzyme (1 g jusqu'en 2003, 3 g depuis 2004). Des corrections ont également été apportées aux consommations hospitalières de doxycycline afin d'éliminer l'impact des ventes déclarées auprès de l'AFSSAPS mais qui ne sont pas destinées à un usage hospitalier. Enfin, la série DDJ (dose définie journalière) pour 1 000 journées d'hospitalisation a été établie en y intégrant désormais les journées de psychiatrie.

Champ : France entière.

Sources : AFSSAPS. Les indicateurs de consommation pour 1 000 journées d'hospitalisation ont été calculés à l'aide des données de la Statistique annuelle des établissements (SAE) relatives à l'activité des établissements de santé.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Données de ventes issues des déclarations de ventes effectuées auprès de l'AFSSAPS par les titulaires d'AMM dans le cadre de la taxe sur les spécialités (art. L5121-18 du CSP, AFSSAPS); mise à jour 2007. INSEE, Bilan démographique (données provisoires). SAE, Statistique annuelle des établissements de santé.

LIMITES ET BIAIS • Données de ventes et non de consommation. Calculs effectués sur la base d'une posologie standard internationale pour un adulte (DDJ).

RÉFÉRENCES •

- AFSSAPS, *Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France 1996-2006*.
- Guillemot D., Maugendre P., Chauvin C., Sermet C., 2004, « Consommation des antibiotiques en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*; 32-33: 144-147.
- Goossens H., Ferrech M., Vander Stichele R., Elseviers M. for the ESAC study group, 2005, « Outpatient Antibiotic use in Europe and Association with Resistance: a Cross-National Database Study », *Lancet*; 365: 579-587.
- Données du réseau ESAC sur www.app.esac.ua.ac.be/public.
- Ferrech M., Coenen S., Dvorakova K., Hendrickx E., Suetens C., Goossens H., 2006, « ESAC Project Group. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): Outpatient Penicillin use in Europe », *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, Aug; 58 (2): 408-12.
- Vander Stichele R.-H., Elseviers M.-M., Ferrech M., Blot S., Goossens H., 2006, « European Surveillance of Antibiotic Consumption (ESAC) Project Group. Hospital Consumption of Antibiotics in 15 European Countries: Results of the ESAC Retrospective Data Collection (1997-2002) », *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, Jul; 58 (1): 159-67.

Prévention de la douleur (1)

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75 % des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en postopératoire pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants.** Les douleurs visées par cet objectif sont les douleurs physiques dont la survenue peut être prévenue ou soulagée sans difficulté majeure par l'utilisation appropriée des traitements antalgiques disponibles.

Le groupe de définition des indicateurs de suivi des objectifs a étendu le champ à la prévention et à la prise en charge des douleurs liées à l'accouchement, compte tenu de la fréquence de cette situation.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de femmes qui ont eu une anesthésie péridurale ou une rachianesthésie lors d'un accouchement

En 2003, selon l'enquête nationale périnatale réalisée par la DREES et l'INSERM, 62,6 % des femmes ayant accouché en métropole ont bénéficié d'une péridurale et 74,2 % d'une péridurale ou d'une rachianesthésie¹. Parmi les femmes n'ayant pas eu de péridurale, 38,7 % n'en désiraient pas et 48 % ont eu un travail trop rapide pour mettre en place l'anesthésie. Seulement 2,9 % de l'ensemble des femmes déclarent que l'anesthésiste n'était pas disponible. La part des femmes ayant eu une péridurale ou une rachianesthésie varie cependant, de 63,4 % chez les femmes sans profession et 65,5 % chez les ouvrières non qualifiées à 82,9 % parmi les cadres (tableau 1).

Le recours à cette technique décroît avec le rang de naissance de l'enfant attendu : 83,8 % des femmes ayant accouché de leur premier enfant en 2003 l'ont fait avec péridurale ou rachianesthésie, contre 70,7 % pour le deuxième enfant, 62,3 % pour le troisième et 55 % pour le quatrième.

Les femmes ayant accouché dans les départements d'outre-mer sont beaucoup moins concernées : seulement 47,8 % d'entre elles ont bénéficié d'une péridurale ou d'une rachianesthésie lors de leur accouchement en 2003 (graphique 1). Leurs caractéristiques diffèrent toutefois de celles des femmes de la métro-

pole : elles sont souvent plus âgées et ont un niveau d'études moins élevé. Elles sont plus souvent hospitalisées pendant la grossesse et accouchent plus souvent par césarienne.

Enfin, l'accouchement avec péridurale ou rachianesthésie est de plus en plus pratiqué : concernant un peu plus d'une naissance sur deux en 1995 (54 %), il est passé à 73,7 % en 2003 (graphique 1).

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Personnes déclarant avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois

En 2000, selon le baromètre Santé de l'INPES, 8,7 % des personnes interrogées ont déclaré avoir ressenti une douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois et 20,1 % en avoir ressenti plusieurs. La part de ceux qui déclarent plusieurs douleurs difficiles à supporter augmente avec l'âge. Les femmes déclarent également plus souvent une douleur physique difficilement supportable que les hommes (tableau 2).

1. L'anesthésie péridurale et la rachianesthésie sont des anesthésies loco-régionales. Le but est l'anesthésie de la partie inférieure du corps. Les techniques sont proches. La rachianesthésie permet une anesthésie d'excellente qualité mais de durée limitée à quelques heures. L'anesthésie péridurale peut être utilisée pour des gestes plus prolongés en raison de la possibilité de réinjections anesthésiques.

TABLEAU 1 • Pourcentage de femmes ayant accouché en France en 2003 avec une péridurale ou une rachianesthésie selon la profession

Catégorie professionnelle	% accouchements avec péridurale ou rachianesthésie
Sans profession	63,4
Agriculteur	68,8
Artisan, commerçant	75,7
Cadre	82,9
Profession intermédiaire	77,4
Employé de la fonction publique	77,6
Employé de commerce	75,7
Personnel de service	73,2
Ouvrier qualifié, chauffeur	68,7
Ouvrier non qualifié	65,4
Total	74,2

Champ : France entière.
Sources : Enquête nationale périnatale 2003.

TABLEAU 2 • Pourcentage de personnes déclarant avoir souffert d'une douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois

	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Oui, une fois	Oui, plusieurs fois	Oui, une fois	Oui, plusieurs fois	Oui, une fois	Oui, plusieurs fois
12-14 ans	9,1	15,8	10,2	13,5	7,9	18,1
15-19 ans	9,5	13,8	11,1	7,7	7,8	20,8
20-25 ans	10,0	17,0	9,2	12,1	10,9	22,2
26-34 ans	10,8	18,2	11,9	16,0	9,8	20,3
35-44 ans	8,9	20,3	9,0	18,0	8,7	22,4
45-54 ans	7,5	21,7	8,0	18,6	6,9	24,8
55-64 ans	6,6	23,7	7,1	21,6	6,2	25,8
65-75 ans	7,4	25,0	6,2	20,7	8,6	28,8
Total	8,7	20,1	9,0	16,8	8,4	23,3

Champ : France métropolitaine.
Sources : Baromètre santé, INPES, 2000.

CHAMP • Mères de tous les enfants nés vivants ou mort-nés au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'améniorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance, à partir de toutes les naissances de tous les départements français. En 2003 : échantillon de 14 482 mères en métropole et 626 dans les DOM.

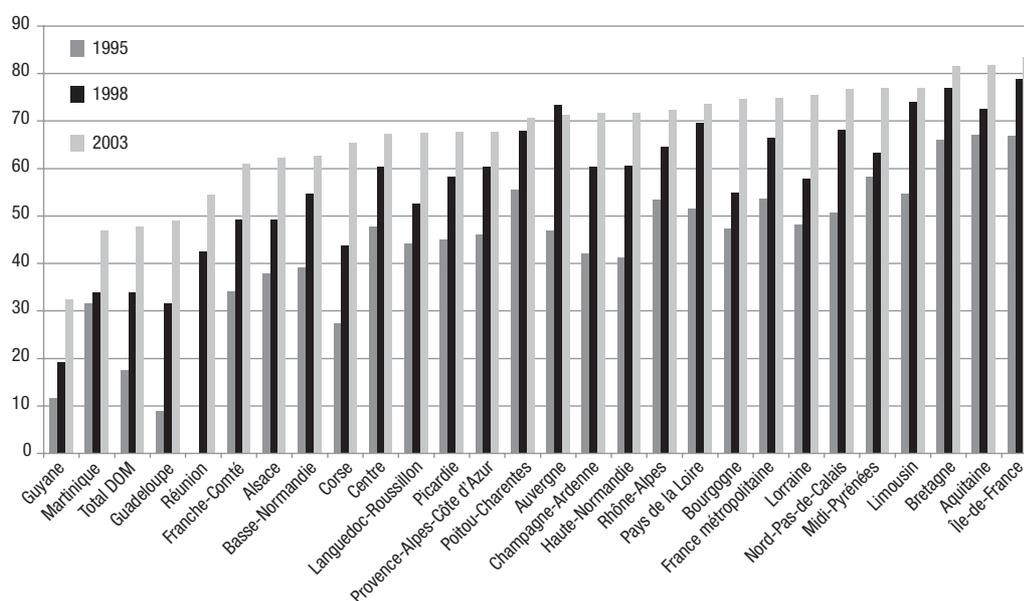
SOURCES • Enquêtes nationales périnatales (DGS/PMI/DREES/INSERM U149) 1995, 1998 et 2003. Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un interrogatoire des femmes en suites de couches.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Numérateur : nombre de femmes ayant eu une anesthésie péridurale ou une rachianesthésie. Dénominateur : nombre de femmes ayant accouché pendant la période de l'enquête.

RÉFÉRENCES •
– Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C. du, Breart G., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998 », *Rapport INSERM DGS DREES*.
– Vilain A., Peretti C. de, Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

GRAPHIQUE 1 • Pourcentage d'accouchements avec péridurales ou rachianesthésies selon les régions en 1995, 1998 et 2003



Champ : France entière.
Sources : Enquêtes nationales périnatales 1995, 1998 et 2003.

Prévention de la douleur (2)

Personnes déclarant que la douleur a été prise en compte et soulagée rapidement ou avec du retard par l'équipe soignante (douleurs à l'hôpital)

75,7% des personnes qui ont souffert à l'hôpital déclarent que leur douleur a été prise en compte et soulagée rapidement par l'équipe soignante. Pour 12,4%, ce soulagement a été réalisé mais avec retard. Les femmes sont plus nombreuses à avoir bénéficié d'un traitement efficace appliqué rapidement (79,5% *versus* 67,8% chez les hommes) [tableau 3].

Personnes déclarant être satisfaites (très satisfaites ou plutôt satisfaites) du traitement reçu parmi celles ayant consulté un médecin pour une douleur physique difficile à supporter

Parmi les personnes ayant consulté un médecin pour une douleur difficile à supporter au cours des 12 derniers mois, 81,7% se disent très satisfaites ou plutôt satisfaites. Le pourcentage de satisfaction est plus important chez les personnes âgées que chez les plus jeunes. Les hommes sont globalement plus satisfaits que les femmes (84,4% contre 79,7%) [tableau 4].

Consommation d'antalgiques en milieu ambulatoire

Selon les informations fournies par la base de données Medicam de la CNAMTS (médicaments remboursés par l'assurance maladie en France métropolitaine hors sections locales mutualistes), les prescriptions de boîtes d'antalgiques ont tendance à augmenter globalement entre 2002 et 2007 passant de 260 à près de 342 millions de boîtes. Cette croissance concerne la classe des opioïdes et celles des autres analgésiques antipyrétiques (hors aspirine antithrombotique) selon la classification ATC. Les remboursements d'antimigraineux sont stables avec des situations variables selon les classes: les alcaloïdes de l'ergot ont diminué régulièrement jusqu'en 2005 (-23% entre 2002 et 2005) mais ont augmenté de 7,8% en 2006 par rapport à 2005 et se sont stabilisés en 2007. Les spécialités de la classe des triptans, globalement croissante (30% entre 2002 et 2007), varient selon l'ancienneté des produits. Les données fournies par le RSI pour 2004 à 2007 et par la MSA pour 2005 à 2007 montrent des tendances similaires (graphique 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'estimer les évolutions concernant la prise en charge de la douleur ces dernières années. De nouvelles données seront disponibles pour le prochain exercice.

En 2003, près de trois femmes sur quatre ayant accouché ont bénéficié d'une péridurale ou d'une rachianesthésie. Elles étaient moins d'une sur deux en 1995. Des variations importantes sont cependant enregistrées selon le statut professionnel (63,4% des femmes sans profession contre 82,9% des cadres). La pratique de la péridurale ou de la rachianesthésie diminue avec le nombre d'accouchements (83,8% lors de l'accouchement pour un premier enfant contre 55% pour un quatrième enfant). Elle est aussi variable selon les régions. Par ailleurs, les personnes interrogées sur la prise en charge de douleurs au cours des 12 derniers mois, se déclaraient dans leur ensemble satisfaites à plus de 80% en 2002. Enfin, entre 2002 et 2007, les médicaments de la douleur sont davantage prescrits dans leur ensemble et notamment les antalgiques opioïdes et les antalgiques antipyrétiques (en dehors de l'aspirine).

TABLEAU 3 • Part de personnes déclarant que la douleur a été prise en compte et soulagée rapidement ou avec du retard par l'équipe soignante (douleur à l'hôpital, en %)

	Oui, rapidement	Oui, mais avec retard	Oui : Total
Hommes	67,8	18,7	86,5
Femmes	79,5	9,4	88,9
Total	75,7	12,4	88,1

Champ : France métropolitaine.
Sources : Baromètre Santé 2000, INPES.

TABLEAU 4 • Personnes déclarant être satisfaites (très satisfaites ou plutôt satisfaites) du traitement reçu parmi celles ayant consulté un médecin pour une douleur physique difficile à supporter (en %)

	Ensemble	Hommes	Femmes
12-14 ans	75,6	69,0	82,5
15-19 ans	80,1	73,2	86,0
20-25 ans	81,2	85,3	78,6
26-34 ans	80,7	85,0	77,2
35-44 ans	80,0	83,1	77,8
45-54 ans	82,7	86,0	79,9
55-64 ans	83,5	87,4	80,0
65-75 ans	84,4	87,7	82,4
Total	81,7	84,4	79,7

Champ : France métropolitaine.
Sources : Baromètre Santé 2000, INPES.

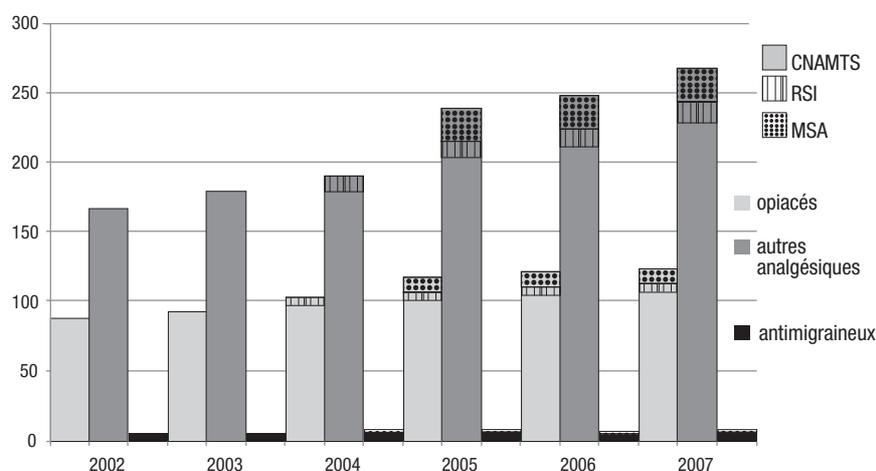
CHAMP • Personnes francophones appartenant aux ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre Santé 2000, INPES.

MÉTHODOLOGIE • Enquête téléphonique de type déclarative, utilisant la technique du sondage aléatoire, réalisée auprès des personnes de 12 à 75 ans, abonnées à France Télécom et inscrites sur liste blanche et liste rouge (n = 13 685). Elle interroge les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

GRAPHIQUE 2 • Nombre de boîtes d'antalgiques remboursées (en millions)



Champ : France métropolitaine : remboursées par la CNAMTS, le RSI et la MSA (à partir de 2004 et 2005 pour ces régimes).
Sources : Medicam/CNAMTS, RSI et MSA.

Douleurs chroniques

Les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités, de handicaps et d'altérations majeures de la qualité de vie. Elles induisent une consommation de soins importante, de nombreux arrêts de travail et sont fréquemment associées à des troubles psychosociaux. La loi de santé publique de 2004 prévoit de **réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie**. Un objectif préalable consistait à améliorer la connaissance épidémiologique et physiopathologique des douleurs chroniques rebelles, développer des stratégies de prise en charge appropriées et évaluer leur efficacité.

Les systèmes d'information existants ne permettent pas de repérer spécifiquement les douleurs chroniques rebelles, en l'absence de définition explicite, pas plus que les personnes en situation de fin de vie. En conséquence, le groupe de définition des indicateurs de suivi des objectifs a défini deux indicateurs approchés qui peuvent être recueillis dans le cadre d'enquêtes en population générale. Ces indicateurs sont relatifs à l'intensité et à la fréquence de douleurs physiques ressenties et à leur retentissement dans les activités de la vie quotidienne.

■ INDICATEURS APPROCHÉS

Proportion de personnes déclarant une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande au cours des quatre dernières semaines et qui déclarent que leurs douleurs physiques les ont limitées moyennement, beaucoup ou énormément dans leur travail ou leurs activités domestiques

En 2008, parmi les personnes de 16 ans et plus, près de trois sur dix déclaraient des douleurs physiques d'une intensité «modérée, grande ou très grande» (graphique 1), les femmes étant en proportion plus nombreuses que les hommes (32% contre 24%). La prévalence des douleurs augmente avec l'âge: 11% des 16-24 ans déclaraient des douleurs physiques d'intensité «modérée, grande ou très grande», contre la moitié des personnes de 65 à 84 ans et les deux tiers des 85 ans ou plus. La proportion des personnes âgées ayant des douleurs d'intensité modérée est du même ordre chez les 65-84 ans (35%) et les 85 ans ou plus (39%). En revanche, la proportion de douleurs de «grande ou très grande» intensité est presque deux fois plus élevée chez les personnes très âgées (28% contre 16% chez les 65-84 ans).

Deux personnes de plus de 16 ans sur dix souffrant de douleurs physiques d'intensité «modérée, grande ou très grande» déclarent

que celles-ci ont des répercussions importantes sur leur vie au travail ou dans leurs activités domestiques (graphique 2). Les femmes déclarent un peu plus de telles répercussions que les hommes (24% contre 18%). Ces limitations augmentent avec l'âge: ainsi, 6% des moins de 25 ans se déclarent «moyennement, beaucoup ou énormément» limités, contre 42% des 65-84 ans et 65% des 85 ans ou plus. Par ailleurs, l'intensité de ces limitations s'accroît exponentiellement avec l'âge: près de 40% des 85 ans ou plus se déclarent «beaucoup ou énormément limités», tandis que les personnes de 65-84 ans sont deux fois moins nombreuses. À noter que les résultats de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) 2008 ne peuvent être rapprochés sans précaution avec ceux de l'enquête Santé 2003 publiés dans les rapports précédents.

Proportion de personnes déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes

Selon l'enquête Santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES, les femmes déclaraient davantage souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes que les hommes, et ce aussi bien en 1998 qu'en 2000 et 2008 (graphique 3). Par ailleurs, l'écart entre les deux sexes se creuse au fur et à mesure que l'âge augmente. En 2008, chez les 65 ans ou plus, 43% des femmes déclaraient des douleurs importantes ou très importantes, contre 30% des hommes. La proportion d'hommes et de femmes déclarant souffrir fréquemment de douleurs sévères est restée stable entre 1998, 2000 et 2008 pour les moins de 25 ans et les 25-64 ans, mais cette proportion semble augmenter chez les femmes comme chez les hommes de 65 ans ou plus. ●

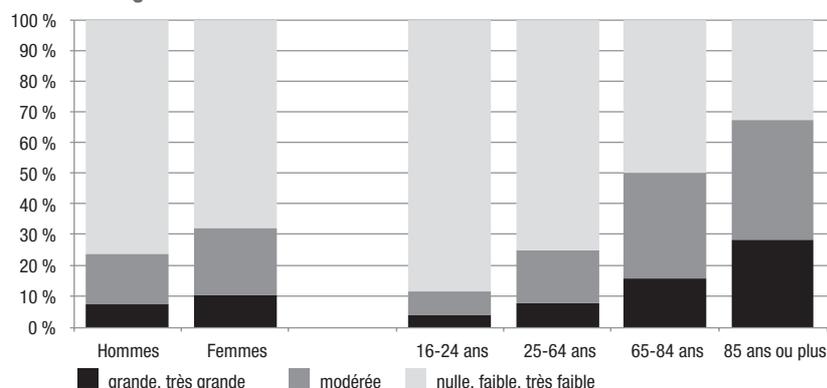
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

En 2008, d'après l'enquête Handicap-Santé, 30% des personnes de 16 ans ou plus déclaraient des douleurs physiques d'une intensité importante et 67% des personnes de 85 ans ou plus. Par ailleurs, deux personnes sur dix déclaraient que ces douleurs physiques présentaient des répercussions importantes sur leur vie au travail ou domestique.

Selon les enquêtes Santé protection sociale de l'IRDES de 1998, 2000 et 2008, la proportion d'hommes et de femmes déclarant souffrir fréquemment de douleurs sévères est restée stable chez les moins de 25 ans et les 25-64 ans, mais cette proportion semble augmenter pour les 65 ans ou plus, chez les hommes comme chez les femmes.

GRAPHIQUE 1 • Personnes ayant déclaré une douleur physique d'intensité modérée, grande ou très grande*



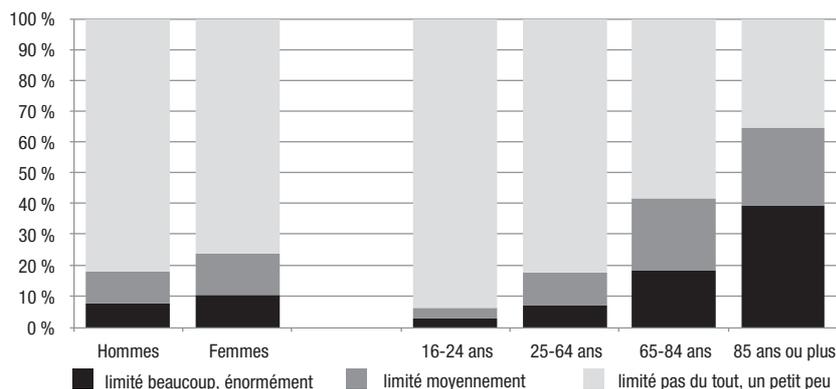
*Question posée : « Au cours des quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ? ».

Lecture : 3,7 % des personnes âgées de 16 à 24 ans déclarent des douleurs d'une « grande voire très grande » intensité.

Champ : France entière, personnes de 16 ans et plus vivant en ménage ordinaire.

Sources : Enquête Handicap-Santé 2008-2009, INSEE-DREES.

GRAPHIQUE 2 • Personnes ayant déclaré que leurs douleurs physiques les ont limitées dans leur travail ou leurs activités domestiques*



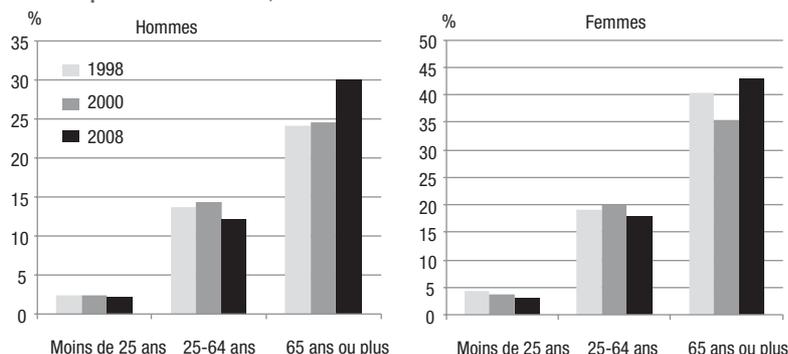
* Question posée : « Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ? »

Lecture : 2,6 % des personnes âgées de 16 à 24 ans déclarent être « beaucoup ou énormément » limitées dans leur travail ou leurs activités domestiques en raison de leurs douleurs physiques.

Champ : France entière, personnes de 16 ans et plus vivant en ménage ordinaire.

Sources : Enquête Handicap-Santé 2008-2009, INSEE-DREES.

GRAPHIQUE 3 • Personnes déclarant souffrir fréquemment de douleurs importantes ou très importantes en 1998, 2000 et 2008



Lecture : En 1998, 2,3% des hommes âgés de moins de 25 ans déclaraient souffrir fréquemment de douleurs « importantes ou très importantes ».

Champ : France métropolitaine. Personnes vivant en ménage ordinaire.

Sources : Enquêtes ESPS 1998, 2000 et 2008, IRDES.

CHAMP • France métropolitaine et DOM, personnes de 16 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • Enquête Handicap-Santé 2008-2009 de l'INSEE-DREES, volet « santé des ménages ».

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Le volet « santé des ménages » de l'enquête Handicap-Santé menée en 2008-2009 sur la santé des personnes vivant en ménages ordinaires permet de mesurer l'intensité des douleurs physiques ressenties au cours d'une période de quatre semaines ainsi que leur répercussion sur le travail et les activités domestiques. Un éclairage est fait sur les personnes âgées, voire très âgées, population dont les douleurs sont mal connues ou reconnues, voire banalisées.

LIMITES ET BIAIS • (i) Les deux questions permettant d'appréhender l'intensité et le retentissement de douleurs physiques sont incluses dans un questionnaire auto-administré de santé perçue. Ainsi, les personnes se prononcent aussi bien pour des douleurs chroniques, des douleurs rebelles aux traitements antalgiques simples ou des douleurs plus bénignes. (ii) La population de référence des autoquestionnaires de l'enquête est constituée des personnes vivant en ménage ordinaire, ayant répondu seules (sans recours à un « tiers ») à l'enquête principale (enquête en face à face) et capables de remplir un autoquestionnaire, ce qui exclut du champ une partie des personnes ciblées par l'objectif. (iii) On ne peut rapprocher sans précaution les résultats de l'enquête HSM 2008 avec ceux de l'enquête Santé 2003 publiés dans les rapports précédents du fait du protocole de collecte très différent entre les deux enquêtes.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

CHAMP • Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré à l'un des trois régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI). Cette enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine.

SOURCES • Enquêtes Santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000 et 2008. L'enquête est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale. Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1998.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • La question utilisée « Souffrez-vous fréquemment de douleurs ? » avec les modalités de réponse « Oui, très importantes », « Oui, importantes », « Oui, peu importantes » et « Non », figure dans le questionnaire auto-administré qui est adressé à l'ensemble des membres du ménage. Elle a été retirée du questionnaire en 2002 et réintégré en 2008.

LIMITES ET BIAIS • Les enquêtes ESPS de l'IRDES permettent de suivre l'évolution dans le temps des déclarations de douleurs chroniques importantes. Celles-ci doivent cependant être interprétées avec précaution, la position de la question dans le questionnaire qui a varié entre 1998-2000 et 2008 ou l'addition de questions complémentaires pouvant influencer sur les taux et les modalités de réponses.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

Accès aux soins

Cet objectif ne porte pas directement sur l'état de santé mais sur l'un de ses déterminants, l'accès aux soins, qui constitue un des facteurs d'inégalités de santé, notamment pour les personnes les plus fragilisées socialement et les plus exposées à des pathologies graves. Il existe d'ores et déjà des dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU), l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui facilitent l'accès aux soins des personnes en situation précaire. Cependant, les inégalités sociales de santé se présentent comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil. La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif de **réduire les obstacles financiers d'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU**. L'étude du renoncement aux soins, notamment dans les domaines optique et dentaire pour l'ensemble de la population, permet de révéler la persistance d'obstacles financiers aux recours aux soins.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de personnes qui ont renoncé à des soins optiques ou dentaires au cours des 12 derniers mois

D'après les données de l'enquête Santé protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES en 2008, 11,6% des personnes adultes de plus de 18 ans déclarent avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête pour des raisons financières. Ce renoncement est plus fréquent chez les femmes (13,5%) que chez les hommes (9,7%). Il est maximal entre 40 et 59 ans, puis diminue avec l'âge.

Le renoncement dans le domaine dentaire ou optique diminue à mesure que le revenu augmente (graphique 1), et ce de manière plus significative au-delà de 2200 euros mensuel par ménage (tableau 1). Le renoncement aux soins optiques ou dentaires des ménages les plus aisés est presque trois fois plus faible que celui des ménages les plus pauvres. Ces résultats sont confirmés par une analyse à âge et sexe comparables.

L'analyse réalisée sur le revenu par unité de consommation (UC) du ménage montre une forte décroissance du renoncement pour les soins dentaires ou optiques au fur et à mesure de l'augmentation du revenu par UC (tableau 2). L'indice traduisant le renoncement à âge et sexe comparables¹ varie de 1,63 pour les personnes appartenant au quintile des revenus les plus faibles à 0,44 pour celles appartenant au quintile des revenus les plus élevés.

Le renoncement pour les actes dentaires ou optiques est presque deux fois plus important chez les adultes qui ne disposent d'aucune couverture complémentaire maladie (20,2% contre 11,1%) [tableau 3].

Le fait d'être chômeur augmente le taux de renoncement par rapport aux actifs occupés (21,0% contre 11,8%). Ces résultats sont également confirmés par l'analyse à âge et sexe comparables.

Le fait d'appartenir à un ménage où le chef de ménage exerce une profession d'employé ou d'ouvrier augmente la probabilité de renoncer à des actes dentaires ou à l'achat d'optique, tout comme d'ailleurs, pour un adulte, le fait d'appartenir à une famille monoparentale, à un ménage de plus de quatre personnes ou au contraire de vivre seul.

Depuis de nombreuses années, l'IRDES relève dans les enquêtes ESPS l'information relative au renoncement aux soins. Cependant, il est difficile d'interpréter les évolutions d'une enquête à l'autre. En effet, il s'agit d'opinions qui peuvent être influencées par les caractéris-

tiques individuelles — et notamment le niveau de couverture maladie — mais aussi par le contexte socio-économique. Un travail qualitatif auprès des enquêtés pour mieux comprendre leurs réponses va être réalisé par l'IRDES en 2010. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • IRDES.

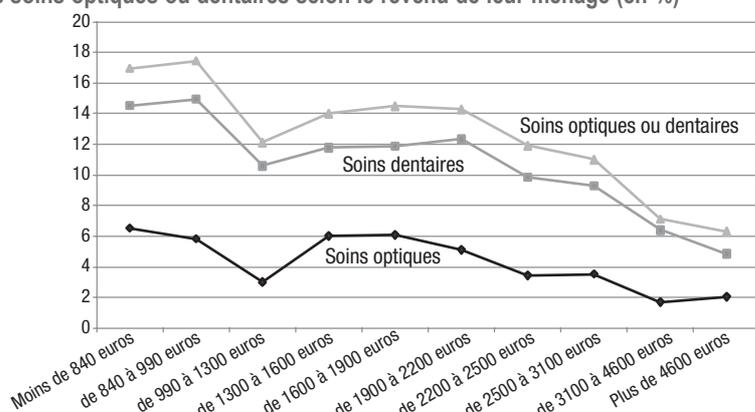
synthèse

En 2008, 11,6% des personnes adultes de plus de 18 ans déclaraient avoir renoncé pour des raisons financières à des traitements dentaires (soins ou prothèses) ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête. Ce renoncement était plus fréquent chez les femmes (13,5%) que chez les hommes (9,7%). C'est entre 40 et 59 ans qu'il est le plus élevé, puis il diminue avec l'âge.

Le taux de renoncement aux soins dentaires ou optiques diminue à mesure que le revenu augmente. Il est plus important chez les personnes vivant dans des ménages d'employés et d'ouvriers, chez les chômeurs ou encore chez les personnes qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire maladie (CMUC ou complémentaire privée).

1. La construction d'indices à âge et sexe comparables permet de comparer les groupes de population, en s'affranchissant des effets liés aux différences de structure d'âge et de sexe des individus de la population étudiée. Quand l'indice est calculé sur l'ensemble de la population, sa valeur vaut 1. Dans les analyses par sous-groupe, plus sa valeur s'éloigne de 1, plus le renoncement est élevé. Si l'indice est compris entre 0 et 1, le renoncement est plus bas que le taux moyen observé sur l'ensemble de la population, à sexe et âge comparables.

GRAPHIQUE 1 • Répartition des adultes déclarant avoir renoncé pour raisons financières à des soins optiques ou dentaires selon le revenu de leur ménage (en %)



Champ : France métropolitaine.
Sources : Enquête ESPS 2008, IRDES.

TABLEAU 1 • Indice de renoncement* pour raisons financières aux soins dentaires ou optiques en fonction du revenu du ménage

Revenu mensuel du ménage	Taux de personnes ayant renoncé en %	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Moins de 840 euros	17,0	1,78
De 840 à 990 euros	17,5	1,89
De 990 à 1 300 euros	12,1	1,18
De 1 300 à 1 600 euros	14,0	1,28
De 1 600 à 1 900 euros	14,5	1,29
De 1 900 à 2 200 euros	14,3	1,24
De 2 200 à 2 500 euros	11,9	0,98
De 2 500 à 3 100 euros	11,0	0,91
De 3 100 à 4 600 euros	7,1	0,55
Plus de 4 600 euros	6,3	0,47

* Voir note 1 pour la définition de l'indice de renoncement aux soins.
Champ : France métropolitaine.
Sources : Enquête ESPS 2008, IRDES.

TABLEAU 2 • Indice de renoncement* pour raisons financières aux soins dentaires ou optiques en fonction du revenu par unité de consommation**

Revenu mensuel par unité de consommation, répartition en quintile*** (Indice OCDE)	Taux de personnes ayant renoncé en %	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Premier quintile (de 0 à 857 euros)	17,5	1,63
Deuxième quintile (de 857 à 1 139 euros)	15,5	1,36
Troisième quintile (de 1 139 à 1 462 euros)	12,3	1,02
Quatrième quintile (de 1 462 à 1 944 euros)	10,0	0,81
Cinquième quintile (plus de 1 944 euros)	5,7	0,44

Champ : France métropolitaine.
Sources : Enquête ESPS 2008, IRDES.

TABLEAU 3 • Taux d'adultes déclarant avoir renoncé pour raisons financières à des soins optiques ou dentaires selon leur couverture sociale

Situation vis-à-vis de la couverture complémentaire	Taux de personnes ayant renoncé (en %)	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Couvert par une complémentaire privée ou la CMUC	11,1	0,95
Non couvert	20,2	2,15

Champ : France métropolitaine.
Sources : Enquête ESPS 2008, IRDES.

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

SOURCES • Enquête Santé protection sociale (ESPS) 2008 de l'IRDES.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale. Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1998. Les personnes sont interrogées sur leur renoncement aux soins pour raisons financières (globalement et pour les soins dentaires ou optiques) dans les douze derniers mois précédant l'enquête. Calcul de l'indice de renoncement : dans une première étape, un taux de renoncement est calculé sur tout l'échantillon par classe d'âge et sexe. Puis, à chacun des individus est affecté le taux de renoncement théorique correspondant à sa classe d'âge et de sexe. On obtient un taux théorique de renoncement pour chaque catégorie de la variable d'intérêt. L'indice est le rapport dans chaque classe entre le taux observé et le taux théorique. Quand il est calculé sur toute la population, la valeur 1 est la moyenne de la population.

LIMITES ET BIAIS • Cette enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine. La question du renoncement n'est posée qu'à une seule personne adulte du ménage, le plus souvent l'assuré principal qui correspond à la personne tirée dans les fichiers des caisses de Sécurité sociale. Cette question relève uniquement les renoncements aux soins pour raisons financières.

ORGANISME DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

* Voir note 1 pour la définition de l'indice de renoncement aux soins.

** Unité de consommation : système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. C'est pourquoi on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :
- 1 UC pour le premier adulte du ménage
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

*** Répartition en quintile : répartition d'une population en cinq classes dont les effectifs sont égaux (chaque classe ou quintile comporte 20 % de l'effectif total).

Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **réduire les restrictions d'activité induites par des limitations fonctionnelles**.

L'un des objectifs essentiels est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de déficiences, que celle-ci soient liées au vieillissement, à des maladies chroniques ou à des lésions d'origine périnatale ou traumatique.

L'enquête Handicap-Santé 2008 en ménages ordinaires permet d'estimer la prévalence des limitations fonctionnelles et leur retentissement, dans la population âgée de 18 ans ou plus, vivant à domicile. Les limitations fonctionnelles sont les difficultés qu'une personne peut avoir pour mobiliser des fonctions élémentaires physiques, sensorielles ou cognitives. Si elles ne sont pas compensées, ces limitations fonctionnelles peuvent restreindre les activités ou la participation sociale des individus : on alors parle de « situation de handicap » ou de « désavantage ». L'enquête relève ainsi les restrictions que les personnes subissent dans le domaine professionnel, les loisirs mais aussi pour réaliser les tâches domestiques (faire les courses, le ménage, les tâches administratives) et les soins personnels (faire la toilette, se nourrir, se lever du lit).

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence des limitations fonctionnelles physiques, sensorielles et cognitives

Dans l'enquête Handicap-Santé 2008, 15% des hommes et 22% des femmes de 18 ans ou plus et vivant à leur domicile déclarent au moins une limitation fonctionnelle (voir définitions dans l'encadré), soit 3,5 millions d'hommes et 5,5 millions de femmes (tableau 1). Les limitations physiques sont les plus fréquemment déclarées (6,2 millions d'hommes et de femmes), devant les limitations sensorielles (3,4 millions) et cognitives (2,4 millions). Ces limitations fonctionnelles concernent moins de 5% de la population avant 40 ans et augmentent avec l'âge (graphique 1).

L'accroissement des limitations sensorielles à la quarantaine est lié principalement à la survenue des problèmes de vue (presbytie), auxquels s'ajoutent, pour les hommes plus que pour les femmes, des problèmes d'audition. À partir de 70 ans, les limitations fonctionnelles sont plus fréquentes et multidimensionnelles. À titre d'exemple, à 85 ans, 70% des hommes et

80% des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, dont la moitié cumule deux voire trois formes de limitations.

À tous âges, les femmes déclarent davantage de limitations fonctionnelles que les hommes, notamment physiques. En effet, elles sont plus sujettes aux problèmes ostéo-articulaires, sources d'incapacités physiques. De manière générale, elles sont aussi plus enclines à répérer et déclarer leurs problèmes de santé.

Part des personnes déclarant des difficultés pour les soins personnels

Une personne qui déclare une limitation fonctionnelle (difficultés pour marcher, monter des escaliers, voir de loin, etc.) ne se sent pas systématiquement restreinte dans ses activités. Elle peut compenser son problème fonctionnel par des aides techniques (cannes, appareils, etc.), mais aussi en aménageant son logement (douche ou WC adaptés, rampes, etc.) ou ses activités. Toutefois, 20% des personnes atteintes de limitations fonctionnelles déclarent des difficultés pour réaliser seules les soins personnels, soit 675 000 hommes et 1,1 million de femmes de 18 ans ou plus et vivant à leur domicile (tableau 2).

Les femmes repèrent et déclarent des limitations fonctionnelles plus précocement que les hommes. Avant 70 ans, elles déclarent davantage de limitations fonctionnelles, mais de moindre sévérité et plus faciles à compenser. Après 70 ans, les femmes déclarent toujours plus de limitations fonctionnelles que les hommes, mais contrairement à ce qu'on observe chez les plus jeunes, ces limitations entraînent autant de gênes dans les activités et de difficultés pour les soins personnels que pour les hommes. À partir de 70 ans, les troubles sont probablement difficiles à compenser pour tous. Aux grands âges, les femmes perdent sans doute aussi l'avantage d'un repérage précoce de leurs problèmes; moins entourées et aidées que les hommes, elles se trouvent alors dans une situation plus critique (besoin d'intervenants extérieurs pour les activités), y compris lorsque leurs problèmes fonctionnels sont modérés.

Le retentissement dans la vie quotidienne est particulièrement marqué lorsque les limitations touchent plusieurs dimensions: en présence de limitations physiques et cognitives par exemple, une personne sur deux déclare des difficultés pour les soins personnels, contre une sur cinq en présence de limitation physique uniquement (tableau 2). Les personnes qui cumulent plusieurs types de limitations sont en moyenne plus âgées. Mais même à âge égal, cumuler des limitations physiques et cognitives multiplie par quatre le risque de déclarer des difficultés pour les soins personnels par rapport à des limitations purement physiques. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

En 2008, 15% des hommes et 22% des femmes de 18 ans ou plus vivant à leur domicile déclarent des limitations fonctionnelles, soit 3,5 millions d'hommes et 5,5 millions de femmes. Avec l'avancée en âge, 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. Si elles ne sont pas compensées, ces limitations peuvent engendrer des gênes dans les activités de tous les jours. 20% des hommes et des femmes atteints de limitations fonctionnelles, soit 1,7 million de personnes, déclarent ainsi des difficultés pour réaliser les soins personnels : se lever du lit, se laver, se nourrir. Lorsque des limitations de natures différentes sont associées, le risque de difficultés à assurer les soins personnels est fortement accru.

définitions	<p>Les limitations fonctionnelles : « avoir beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser les actions suivantes (sans aide technique, sauf mention expresse du contraire)</p>	Fonction altérée
	<ul style="list-style-type: none"> Voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal (avec éventuelle correction) Voir le visage de quelqu'un à 4 mètres, de l'autre côté de la rue (avec éventuelle correction) Entendre dans une conversation avec plusieurs personnes (avec éventuel appareillage) 	Sensorielle
	<ul style="list-style-type: none"> Marcher 500 mètres sur un terrain plat Monter ou descendre un étage d'escaliers Se baisser ou s'agenouiller Porter un sac à provisions de 5 kg sur 10 mètres Lever le bras pour attraper un objet en hauteur Prendre un objet dans chaque main Utiliser ses doigts pour manipuler un robinet, des ciseaux... 	Physique
	<ul style="list-style-type: none"> Apprendre de nouveaux savoirs Résoudre des problèmes de la vie quotidienne Se concentrer plus de 10 minutes Comprendre ou se faire comprendre des autres Savoir à quel moment de la journée on est Se mettre en danger par son comportement 	Cognitive
<p>Les difficultés pour les soins personnels : avoir « quelques difficultés », « beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser seul une des activités suivantes</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Se coucher et se lever du lit Se laver (bain ou douche) S'habiller et se déshabiller Couper sa nourriture et se servir à boire Manger et boire une fois la nourriture prête S'asseoir et se lever d'un siège Se servir des toilettes 		

CHAMP • France métropolitaine et DOM. Personnes âgées de 18 ans ou plus, vivant à leur domicile.

SOURCES • Statistiques démographiques (INSEE); exploitation des données: DREES.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Voir encadré pour les définitions des « limitations fonctionnelles » selon leur dimension, sensorielle, physique ou cognitive et des « difficultés pour les soins personnels ».

LIMITES ET BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives.

RÉFÉRENCES •
 – Allonier C., Guillaume S., Sermet C., 2007, « De quoi souffre-t-on? État des lieux des maladies déclarées en France. Enquête décennale santé INSEE 2002-2003 », *Question d'économie de la santé*, IRDES, n° 123.
 – Bouvier G., 2009, « L'approche du handicap par les limitations fonctionnelles et la restriction globale d'activité chez les adultes de 20 à 59 ans », *France Portrait social*, INSEE, novembre, pp. 125-142.
 – Cambois E., Robine J.-M., 2003, « Vieillesse et restrictions d'activités: l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels », *Études et Résultats*, DREES, n° 261.
 – Dos Santos S. et Makdessi Y., 2010, « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées », *Études et Résultats*, DREES, n° 718, février.
 – DREES, 2009, *La santé des femmes*, La Documentation française, Paris, 285 p.
 – Montaut A., 2010, « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes », *Études et Résultats*, DREES, n° 717, février.

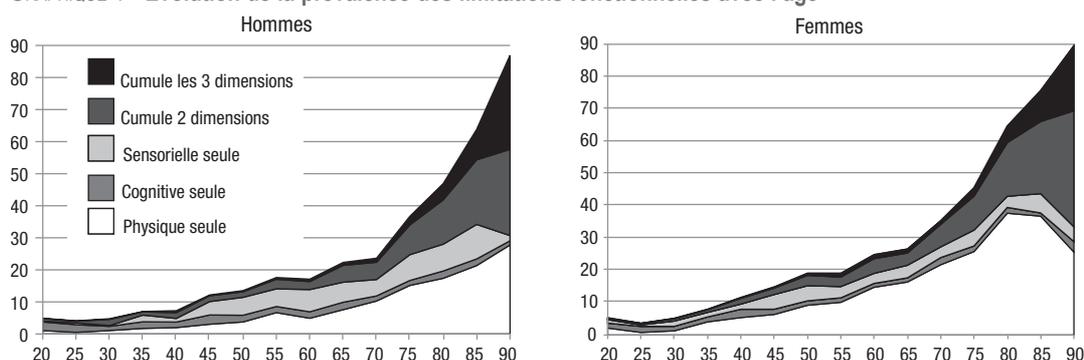
ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

TABLEAU 1 • Prévalences des limitations fonctionnelles (quel que soit le degré de sévérité)

	Part de la population déclarant... (en %)			Nombre de personnes déclarant... (en millions)		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Au moins une limitation fonctionnelle	15,0	21,5	18,4	3,5	5,5	9,0
Au moins une limitation physique	8,6	16,6	12,8	2,0	4,2	6,2
Au moins une limitation sensorielle	6,9	7,1	7,0	1,6	1,8	3,4
Au moins une limitation cognitive	4,8	5,0	4,9	1,1	1,3	2,4

Champ: France métropolitaine et DOM. Personnes de 18 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.
Sources: Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, INSEE.

GRAPHIQUE 1 • Évolution de la prévalence des limitations fonctionnelles avec l'âge



Champ: France métropolitaine et DOM. Personnes de 18 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.
Sources: Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, INSEE.

TABLEAU 2 • Personnes déclarant des difficultés pour les soins personnels selon le type ou les combinaisons de limitations fonctionnelles (en % et en nombre)

Type de limitation fonctionnelle	Proportion (en %)		Nombre	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sensorielle seule	1	2	8 000	14 700
Cognitive seule	5	6	22 900	24 100
Cognitive et sensorielle	5	6	6 700	4 800
Physique seule	23	17	257 600	474 900
Physique et sensorielle	26	26	94 700	161 700
Physique et cognitive	53	44	135 800	186 500
Les trois dimensions	64	57	149 400	203 600
Au moins une limitation fonctionnelle	20	20	674 900	1 070 300

Lecture: En présence de limitations fonctionnelles physiques et cognitives, 53% des hommes et 44% des femmes déclarent des difficultés pour les soins personnels (faire sa toilette, se nourrir, etc.), ce qui correspond à 135 800 hommes et 186 500 femmes.

Champ: France métropolitaine et DOM. Personnes de 18 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.
Sources: Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, INSEE.

Infection VIH-sida

L'objectif de la loi de santé publique de 2004 était de **réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 à un horizon quinquennal**. C'était également l'un des objectifs du Programme national de lutte contre le VIH-sida¹ et les infections sexuellement transmissibles 2005-2008 de la Direction générale de la santé (DGS). Il a été décliné dans cinq domaines d'intervention, dont la prévention, le dépistage, le suivi et la prise en charge thérapeutiques. La loi de santé publique a retenu deux indicateurs principaux de suivi de cet objectif : l'incidence des cas de sida et l'incidence des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH. Les données proviennent de la déclaration obligatoire du sida, instaurée en 1986, et de celle de l'infection par le VIH, mise en place en mars 2003. Le choix de ces deux indicateurs est lié au fait que, depuis l'introduction de nouvelles associations d'antirétroviraux en 1996, l'incidence des cas de sida reflète davantage les problèmes d'accès au dépistage et aux soins que la dynamique de l'épidémie, tandis que l'incidence des diagnostics VIH constitue un indicateur indispensable pour définir et évaluer des politiques de prévention de l'infection par le VIH.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Incidence du sida

Entre le début de l'épidémie et le 31 décembre 2007, 63 500 personnes ont développé un sida. Parmi elles, plus de 35 000 sont décédées. Après avoir atteint un pic en 1994 (5 800 diagnostics), le nombre annuel de cas de sida a connu une diminution très importante en 1996 (4 000 diagnostics), en 1997 (2 700) et 1998 (2 300), du fait de la diffusion des puissantes associations d'antirétroviraux. Depuis 1998, le nombre de cas de sida diagnostiqués chaque année a diminué plus lentement (-5 % par an), même si, depuis 2003, la baisse est plus marquée (autour de -8 % par an). Cela peut sans doute s'expliquer par l'introduction de la notification obligatoire d'infection par le VIH et le fait que les cliniciens peuvent omettre d'adresser une fiche de notification de sida lors d'une découverte de séropositivité concomi-

tante à celle du sida. En 2007, la diminution du nombre de cas de sida concerne toujours principalement les personnes dépistées et traitées par antirétroviraux (en lien avec l'efficacité de ces traitements) et, pour la première fois, les personnes dépistées mais non traitées avant le sida (graphique 1). Si cette tendance se confirme en 2008, elle pourrait être le signe d'un recours au traitement plus précoce.

Le nombre de cas de sida diagnostiqués en 2007 était estimé à 1 200 (compte tenu des délais de déclaration et d'une sous-déclaration de 15 %), soit une incidence annuelle de 2,0 cas pour 100 000. Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels représentaient 61 % des cas de sida diagnostiqués, les hommes contaminés par rapports homosexuels 27 % et les personnes contaminées par usage de drogues injectables 10 %².

Le ratio hommes-femmes a diminué jusqu'en 2004 pour se stabiliser ensuite (autour de 2,2).

L'âge moyen au diagnostic a régulièrement augmenté, passant de 40,2 ans en 1997 à 42,6 ans en 2007. La proportion de personnes de nationalité étrangère a augmenté à partir de 1996 (16 %) jusqu'en 2004, où elle s'est stabilisée autour de 40 %.

Les régions les plus touchées sont les départements français d'Amérique, en particulier la Guyane et la Guadeloupe, qui ont enregistré des taux d'incidence respectifs de 342 et 163 par million d'habitants en 2007.

Depuis 1997, l'incidence du sida en France a connu une évolution comparable à celle de l'ensemble des pays de l'Europe occidentale. Si les pays du sud de l'Europe sont historiquement les plus touchés par l'épidémie de VIH-sida, les taux d'incidence français étaient néanmoins inférieurs à ceux du Portugal ou de l'Espagne.

Incidence des découvertes de séropositivité VIH

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH en 2003, le nombre annuel de découvertes de séropositivité a diminué, passant de 7 500 en 2004 à 7 400 en 2005, 7 000 en 2006 et 6 500 en 2007. Ces estimations tiennent compte de la sous-déclaration (estimée autour de 35 %) et des délais de déclaration.

Les personnes qui ont découvert leur séropositivité en 2007 ont pour plus de la moitié été contaminées par rapports hétérosexuels (59 %). Leur nombre a cependant diminué entre 2003 et 2007, sauf chez les personnes de plus de 45 ans. Les contaminations par voie hétérosexuelle ont concerné pour moitié des personnes ayant la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne.

La contamination par rapports homosexuels représentait 38 % des découvertes de séropositivité en 2007. Il s'agit du seul mode de contamination pour lequel le nombre de découvertes ne diminue pas (graphique 2). Dans ce groupe, la proportion d'infections récentes (datant de moins de six mois) était élevée (47 %) : cela reflète un recours plus fréquent au dépistage, mais aussi une incidence du VIH plus élevée.

synthèse

Au niveau national, le taux d'incidence du sida s'élevait à 2,0 pour 100 000 en 2007 : la France reste un des pays du sud de l'Europe occidentale assez touché, mais moins que le Portugal ou l'Espagne. L'incidence du sida a diminué très nettement en 1996-1997, puis de façon plus modérée ensuite. En 2007, la baisse a concerné surtout les personnes dépistées mais non traitées par antirétroviraux, ce qui pourrait laisser supposer que les personnes séropositives recourent au traitement plus précocement.

Le nombre de découvertes de séropositivité au VIH a diminué entre 2004 et 2007, de façon globale et chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, qu'elles soient de nationalité française ou étrangère. Il a en revanche augmenté chez les homosexuels entre 2003 et 2006, ce qui peut s'expliquer par leur difficulté à adopter des comportements de prévention. Le nombre de découvertes de séropositivité chez les usagers de drogues injectables est resté faible. Les régions les plus touchées étaient les départements français d'Amérique, notamment la Guyane et dans une moindre mesure la Guadeloupe. La Martinique et l'Île-de-France ont enregistré des niveaux assez comparables.

1. VIH : virus de l'immunodéficience humaine. Sida : syndrome d'immunodéficience acquise. L'infection par le VIH (séropositivité au VIH) précède la maladie qu'est le sida.

2. Le mode de contamination est « autre » pour les 2 % restants.

On n'observe pas de signe de reprise de la transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse : le nombre de découvertes de séropositivité reste faible et continue à diminuer.

En 2007, le taux de découvertes de séropositivité VIH pour la France entière était de 103 par million d'habitants (pmh). Quatre régions se distinguent par des taux plus élevés : la Guyane (1 612 pmh), la Guadeloupe (384 pmh), l'Île-de-France (247 pmh) et la Martinique (207 pmh). Dans toutes les autres régions, les taux étaient inférieurs à 100 pmh.

INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportion de personnes diagnostiquées au stade sida, non dépistées ou non traitées auparavant

En 2007, 51 % des personnes pour lesquelles un diagnostic de sida a été posé ignoraient leur séropositivité. Parmi celles qui connaissaient leur séropositivité, 60 % n'avaient pas bénéficié d'un traitement antirétroviral au préalable.

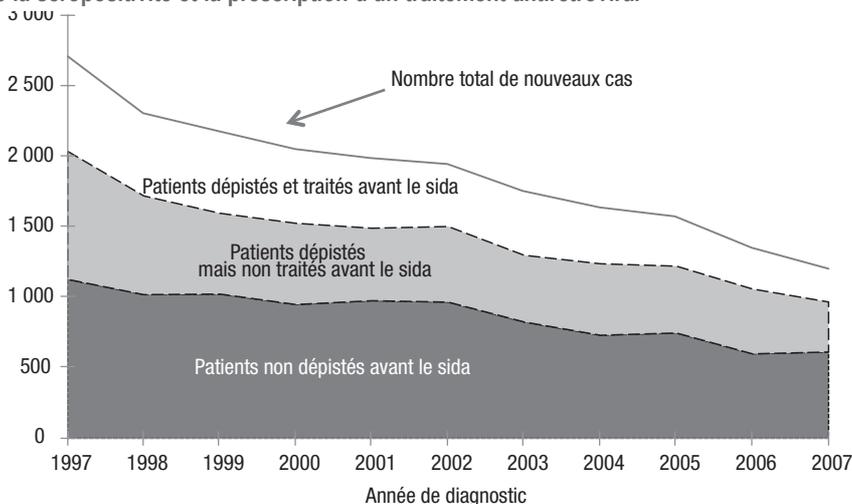
Inversement, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité au VIH en 2007, 17 % étaient à un stade clinique de sida. Cette proportion a significativement diminué au cours du temps, passant de 24 % en 2003 à 19 % en 2004 et 17 % depuis 2006.

Proportion d'infections récentes parmi les découvertes de séropositivité au VIH

Parmi les découvertes de séropositivité en 2007, 29 % étaient des infections récentes, datant de moins de six mois. La proportion d'infections récentes était plus élevée chez les hommes homosexuels (47 %) que chez les personnes contaminées par rapports hétérosexuels (20 %).

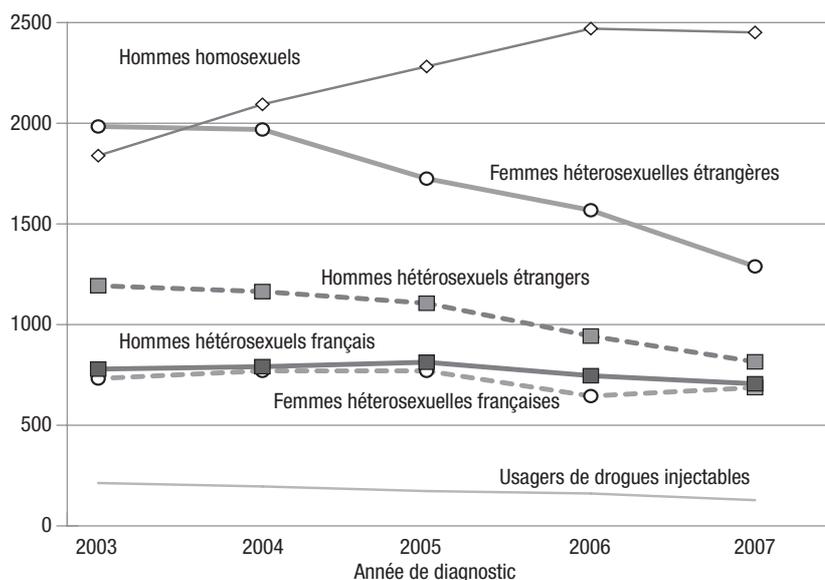
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

GRAPHIQUE 1 • Évolution du nombre de cas de sida selon la connaissance de la séropositivité et la prescription d'un traitement antirétroviral



Champ : France entière. Sources : InVS. Données au 30 septembre 2008 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration.

GRAPHIQUE 2 • Évolution du nombre de découvertes de séropositivité VIH selon le mode de contamination



Champ : France entière. Sources : InVS. Données au 30 septembre 2008 corrigées pour les délais de déclaration et la sous-déclaration.

CHAMP • France entière (métropole + DOM).
SOURCES • Déclaration obligatoire du sida et du VIH, InVS.
LIMITES ET BIAIS • Sous-déclaration estimée à 15 % pour la notification obligatoire du sida et autour de 35 % pour la notification obligatoire du VIH.
RÉFÉRENCES •
 – InVS, 2007, *Lutte contre le VIH-Sida et les infections sexuellement transmissibles. 10 ans de surveillance (1996-2005)*. Rapport disponible sur le site <http://www.invs.fr>, rubrique Publications, Rapports scientifiques, Maladies infectieuses, Infections par le VIH.
 – InVS, 2008, « Surveillance de l'infection à VIH-sida en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 45-46, 434-433
ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Hépatites chroniques B et C

Les infections par les virus de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB) sont un enjeu important de santé publique en France, du fait de leur fréquence et de leur gravité potentielle (évolution vers la cirrhose ou le cancer primitif du foie). La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif de **réduire la mortalité attribuable aux hépatites chroniques de 30 % à un horizon quinquennal**.

Jusqu'en 2001, il n'existait pas de données nationales fiables sur la mortalité associée au VHB et au VHC, en dehors d'études exploratoires ou de modélisation. Depuis cette date, l'INSERM-CépiDC a mené une étude épidémiologique nationale sur ce thème, en collaboration avec des hépatologues et l'InVS. Une analyse complémentaire a également été réalisée à partir des certificats de décès de l'année 2001, auprès des médecins certificateurs. L'objectif est d'estimer de façon périodique la mortalité associée au VHC et au VHB, de décrire les principales caractéristiques de ces décès et de préciser le rôle du virus et des comorbidités dans ces décès.

Par ailleurs, des données relatives aux affections de longue durée (ALD) attribuées pour hépatites B ou C par les trois principaux régimes d'assurance maladie sont disponibles et permettent d'estimer l'incidence des hépatites prises en charge.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

La mortalité peut être associée ou *imputable* aux virus des hépatites B et C. Tous les décès de patients porteurs du virus VHC ou VHB sont associés à ces virus. Les décès imputables sont un sous-ensemble des décès associés : ils ne sont imputables au virus que lorsque le virus VHC ou VHB a joué un rôle majeur dans le décès ou explique à lui seul le décès.

Décès associés et imputables au VHC

En 2001, le nombre de décès associés au VHC était estimé à 3 618, soit un taux de décès de 6,1 pour 100 000 habitants (tableau 1). 2 646 décès sont expertisés « imputables » au VHC, soit un taux de décès de 4,5 pour 100 000 habitants. Les taux de décès progressent fortement avec l'âge, quel que soit le sexe, et les hommes sont toujours nettement plus concernés que les femmes.

Le stade de la maladie au décès est au moins une cirrhose dans 95 % des cas imputables au VHC et un carcinome hépatocellulaire sur cirrhose une fois sur trois. Si la cirrhose est aussi fréquente pour les deux sexes, le carcinome hépatocellulaire est en proportion plus élevée chez les hommes.

L'âge moyen des décès attribués au VHC est de 66 ans (tableau 2), contre 75 ans dans la population générale. Cet âge varie en fonction des comorbidités et des coinfections. En l'absence de consommation excessive d'alcool, il est de 70 ans ; il s'abaisse à 58 ans en cas de consommation excessive d'alcool, qui est mentionnée pour plus d'un tiers des décès

attribués au VHC. Pour 6 % des décès attribués au VHC, les personnes étaient également infectées par le VHB et pour 10 % des cas, par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les personnes qui étaient infectées uniquement par le VHC et ne consommaient pas d'alcool de manière excessive sont décédées à 73 ans en moyenne. À l'inverse, la coinfection par le VIH fait passer l'âge moyen au décès en dessous de 40 ans.

Décès associés et imputables au VHB

En 2001, le nombre annuel de décès associés au VHB était estimé à 1 507, soit un taux de 2,6 décès pour 100 000 (tableau 1). Parmi ces décès, 1 327 sont expertisés « imputables » au VHB, ce qui représente un taux de décès de 2,2 pour 100 000 habitants. Les hommes et les personnes de plus de 50 ans sont nettement plus touchés.

Le stade de la maladie au décès est au moins une cirrhose dans 93 % des cas et un carci-

nome hépatocellulaire sur cirrhose dans 35 % des cas. Pour 11 % des décès associés au VHB, les personnes étaient également infectées par le VIH et pour 15 %, on observe une consommation excessive d'alcool.

L'âge moyen des décès attribués au VHB est de 65 ans (tableau 2). Les personnes consommant des boissons alcoolisées en quantité excessive meurent plus précocement que les autres (52 ans contre 64 ans).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre de patients admis en ALD pour hépatite chronique B ou C

En 2007, 11 706 nouvelles attributions d'ALD ont été enregistrées en France métropolitaine par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Ces ALD concernent plus d'hommes que de femmes (sex-ratio de 1,62). Par ailleurs, 20,7 % des ALD attribuées à des femmes le sont à partir de 65 ans, contre 8,2 % chez les hommes.

En 2007, la CNAMTS recensait 77 121 personnes en ALD pour hépatite B ou C.

Il existe de fortes disparités régionales (carte 1). Les régions qui enregistrent le plus fort taux d'admissions en ALD pour hépatites chroniques sont la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (35 pour 100 000 habitants), la Corse (31 pour 100 000), le Languedoc-Roussillon (28 pour 100 000) et l'Île-de-France (26,4 pour 100 000). Les Pays de Loire et le Nord - Pas-de-Calais sont celles qui présentent le taux le plus bas (9 pour 100 000). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM-CÉPIDC.

synthèse

Pour la première fois en 2001, une enquête a permis d'établir une estimation fiable de la mortalité liée aux virus des hépatites B et C en France métropolitaine. Elle confirme la gravité des hépatites virales B et C : 4 000 décès étaient en effet imputables à ces virus. Par ailleurs, on relève la présence d'une cirrhose dans plus de 90 % des décès et d'un carcinome hépatocellulaire dans un décès sur trois. Les personnes dont le décès est attribué au VHC et au VHB meurent aux alentours de 65 ans, mais beaucoup plus précocement en cas d'alcoolisation excessive (respectivement 58 et 52 ans). La coinfection par le VIH a également des effets aggravants sur l'espérance de vie : lorsqu'une personne est infectée par le VHC et le VIH, l'âge moyen au décès est inférieur à 40 ans. Cette étude souligne la nécessité de poursuivre les efforts engagés dans la prévention et le dépistage du portage chronique de ces virus, et d'améliorer la prise en charge des comorbidités et l'accès au traitement des patients.

TABLEAU 1 • Nombre et taux de décès en rapport avec le VHC et le VHB en 2001

	Décès annuels estimés		Taux de décès annuels estimés pour 100 000 habitants [IC à 95 %]	Risque relatif [IC à 95 %]
	Nombre [IC à 95 %]	%		
Décès attribués au VHC				
Décès associés au VHC	3 618 [2 499 - 4 735]		6,1 [4,2 - 8,0]	
Décès imputables au VHC	2 646 [1 641 - 3 650]	100	4,5 [2,8 - 6,2]	
<i>Dont : hommes</i>	1 544 [968 - 2 180]	58,4	5,4 [3,4 - 7,6]	1,5 [0,9 - 2,1]
<i>femmes</i>	1 102 [586 - 1 801]	41,6	3,6 [1,9 - 5,9]	Réf.
Décès attribués au VHB				
Décès associés au VHB	1 507 [640 - 2 373]		2,6 [1,4 - 4,5]	
Décès imputables au VHB	1 327 [463 - 2 192]	100	2,2 [0,8 - 3,7]	
<i>Dont : hommes</i>	931 [473 - 1 578]	70,2	3,2 [1,6 - 5,5]	2,5 [1,2 - 4,2]
<i>femmes</i>	396 [116 - 1 110]	29,8	1,3 [0,4 - 3,6]	Réf.

Champ : France métropolitaine, 2001.

Sources : Enquête transversale réalisée par l'INSERM-CépiDc auprès des médecins certificateurs à partir d'un échantillon de 1 000 certificats de décès de l'année 2001 mentionnant des pathologies pouvant évoquer un lien avec le VHB ou le VHC.

TABLEAU 2 • Âge moyen au décès selon la consommation d'alcool et la coinfection par le VIH en 2001

Décès attribués au VHC	Âge estimé (en années) [IC à 95 %]	Test de significativité (p)
Ensemble	66 [61 - 70]	
Sans consommation excessive d'alcool	70 [64 - 77]	0,004
Avec consommation excessive d'alcool	58 [54 - 63]	
VHC mono-infectés, sans VHB ni VIH ni alcool* (a)	73 [72 - 75]	(a)/(b) : 0,0001
VHC avec alcool, sans VHB ni VIH (b)	62 [59 - 66]	(b)/(c) : 0,0001
VHC co-infecté VIH, sans VHB ni alcool (c)	38 [35 - 41]	(a)/(c) : 0,0001
Décès attribués au VHB		
Ensemble	65 [56 - 74]	
Sans consommation excessive d'alcool	64 [56 - 74]	0,05
Avec consommation excessive d'alcool	52 [45 - 57]	

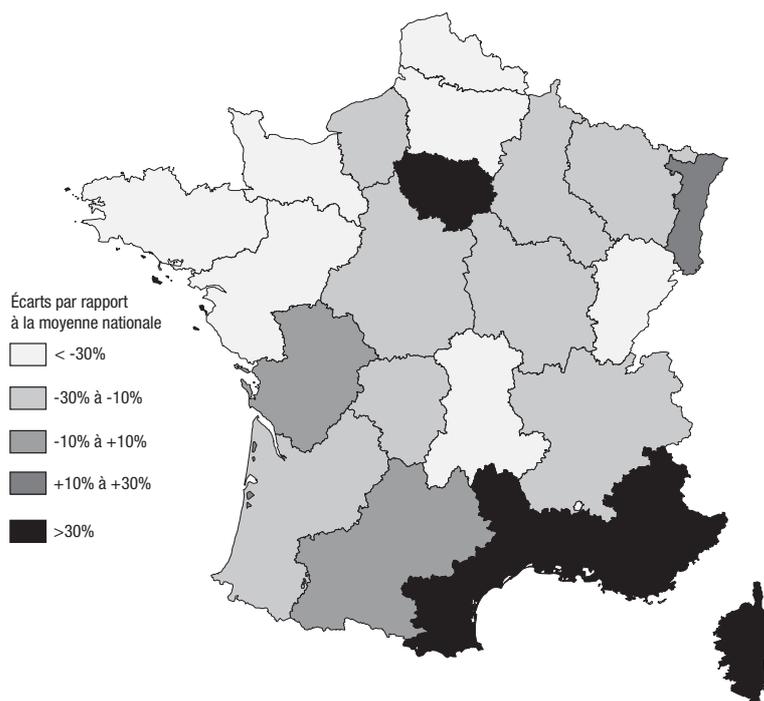
* Alcool signifie « consommation excessive d'alcool ».

Note : L'âge moyen au décès de la population française en 2001 est de 75 ans.

Champ : France métropolitaine, 2001.

Sources : Enquête transversale réalisée par l'INSERM-CépiDc auprès des médecins certificateurs à partir d'un échantillon de 1 000 certificats de décès de l'année 2001.

CARTE 1 • Taux* régionaux d'attribution d'ALD pour hépatites B et C en 2007



* Taux pour 100 000 habitants

Champ : France métropolitaine.

Sources : Données d'ALD des trois régimes d'assurance maladie.

CHAMP • France métropolitaine, 2001.

SOURCES • Enquête transversale réalisée par l'INSERM-CépiDc auprès des médecins certificateurs à partir d'un échantillon de 1 000 certificats de décès de l'année 2001.

MÉTHODOLOGIE • En 2001, 531 072 décès sont survenus en France métropolitaine. Parmi ces décès, 65 000 certificats mentionnaient des pathologies pouvant évoquer un lien avec le VHB ou le VHC : maladies du foie ou leurs complications, auxquelles ont été ajoutés le VIH et le sida, ou toute infection non précisée. Parmi ces décès, 999 certificats ont été tirés aléatoirement pour constituer l'échantillon d'étude. Pour l'ensemble des cas sélectionnés, une enquête complémentaire auprès des médecins certificateurs a été réalisée, avec retour au dossier médical des cas.

LIMITES ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Estimation ponctuelle ne pouvant être renouvelée en routine. Possibilité de sous-estimation en raison du possible manque d'exhaustivité dans le report des pathologies sur le certificat de décès, cependant contrôlée par l'investigation d'une grande variété de pathologies pouvant évoquer un lien avec les virus. Autre cause de sous-estimation : la non-réalisation systématique des sérologies chez les personnes âgées et chez certains patients porteurs d'une cirrhose alcoolique. Possibilité de surestimation des décès car les sérologies non réalisées ont été considérées comme des non-réponses auxquelles on a appliqué la proportion de séropositifs observée chez les cas renseignés.

RÉFÉRENCES •

- Marcellin P., Péquignot F., Delarocque-Astagneau E., Zarski J.-P., Ganne N., Hillon P., Antona D., Bovet M., Mechain M., Asselah T., Desenclos J.-C., Jouglu E., 2008, « Mortality related to chronic hepatitis B and chronic hepatitis C in France: Evidence for the role of HIV coinfection and alcohol consumption », *Journal of Hepatology*, 48 : 200-7
- Péquignot F., Hillon P., Antona D., Ganne N., Zarski J.-P., Méchain M., Bovet M., Delarocque-Astagneau E., Asselah T., Desenclos J.-C., Jouglu E., Marcellin P., 2008, « Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 27 : 237-240.

CHAMP • France métropolitaine pour les données régionales. Population estimée en 2008, INSEE.

SOURCES • Données d'ALD des trois principaux régimes d'assurance maladie (CNAMTS, y compris sections locales mutualistes, RSI et CCMSA).

LIMITES ET BIAIS • Il ne s'agit pas de données d'incidence mais d'attributions à la suite des demandes d'ALD acceptées par l'assurance maladie.

Incidence de la tuberculose

La loi de santé publique de 2004 a **préconisé de stabiliser l'incidence de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque.**

La tuberculose fait partie des maladies dont la déclaration est obligatoire.

Les incidences nationales et régionales sont donc estimées à partir des déclarations de nouveaux cas. Cependant, les situations épidémiologiques sont très variables selon les groupes de population et les zones géographiques. Plus que sur l'incidence globale, l'objectif porte à cet égard sur la réduction de l'incidence de la tuberculose dans les groupes et zones plus exposés. Il est donc nécessaire de suivre les indicateurs spécifiques correspondants.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre de nouveaux cas de tuberculose déclarés par an et taux d'incidence

En 2000, 6 714 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés en France, soit un taux d'incidence de 11,1 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Depuis cette date et malgré la légère augmentation du nombre de cas entre 2006 et 2007, ce taux a diminué et a atteint 8,9 nouveaux cas pour 100 000 en 2007, avec 5 588 cas (tableau 1). En 2007, l'âge médian des personnes déclarées comme ayant la tuberculose était de 43 ans et 59 % étaient des hommes.

Le taux d'incidence des personnes nées à l'étranger était plus de huit fois supérieur à celui des personnes nées en France (42,0 contre 5,1 pour 100 000 habitants), une proportion stable ces dernières années. Ce taux diminue avec l'ancienneté de l'arrivée en France : en 2007, il était estimé à 238 pour 100 000 chez les personnes arrivées depuis moins de deux ans sur le territoire, contre 15,8 chez celles qui y vivaient depuis plus de dix ans. Parmi les personnes nées à l'étranger, l'incidence est maximale chez les hommes âgés de 20 à 30 ans puis diminue avec l'âge ; à l'inverse, pour les personnes nées en France, l'incidence augmente avec l'âge (graphique 1).

En 2007, les personnes sans domicile fixe représentaient 3,5 % des cas de tuberculose déclarés et leur taux d'incidence était supérieur à 220 pour 100 000. Plus de la moitié (58 %) de ces cas étaient déclarés en Île-de-France.

Enfin, il existe de fortes disparités géographiques. La Guyane et l'Île-de-France restaient identifiées comme des zones de forte incidence, avec des taux respectifs de 23,3 et 18,4 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants en 2007 (carte 1). L'Île-de-France comptait 38 % des cas déclarés. Dans cette région, le taux de tuberculose a cependant diminué au cours des dix dernières années. Dans les autres régions, l'incidence était inférieure à 10 pour 100 000.

Dans les 27 pays de l'Union européenne (UE) plus l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein, on enregistre 17,0 nouveaux cas déclarés pour 100 000 habitants en 2007. Globalement, ce taux a diminué de 4 % par an entre 2003 et 2007. La situation épidémiologique actuelle de la tuberculose en France est similaire à celle de nombreux pays d'Europe de l'ouest. Elle se caractérise par une concentration des cas dans les zones urbaines, et notamment autour de la capitale, et des incidences très disparates selon le pays de naissance des populations.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Nombre de nouveaux cas de tuberculose admis en ALD

En 2007, 4 623 nouvelles attributions d'affection de longue durée pour tuberculose active (ALD29) ont été enregistrées par les trois régimes principaux de l'assurance maladie. Le nombre de nouveaux cas de tuberculose admis en ALD est stable par rapport à 2006 (4 602).

Nombre de patients atteints de tuberculose bénéficiaires d'un traitement antituberculeux

En 2003, les données du régime général de l'assurance maladie faisaient état de 6 471 patients traités par antituberculeux (au moins trois principes actifs), soit 14,8 pour 100 000 bénéficiaires du régime général (tableau 2). En extrapolant ces données à l'ensemble de la population française, 9 063 cas de tuberculose auraient été recensés en 2003. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

TABLEAU 1 • Évolution de l'incidence de la tuberculose en France

Année de déclaration	Nombre de nouveaux cas	Taux pour 100 000 habitants
2000	6 714	11,1
2001	6 465	10,6
2002	6 322	10,3
2003	6 098	9,9
2004	5 578	9,0
2005	5 374	8,6
2006	5 336	8,4
2007	5 588	8,9

Note : Les données de population utilisées pour le calcul des taux d'incidence sont les estimations localisées de population, qui utilisaient les données du recensement de 1999. Par ailleurs, le champ concerne la France entière, alors que les éditions 2006 et 2007 présentaient les résultats pour la France métropolitaine. Les taux peuvent donc différer légèrement de ceux présentés dans les précédents bilans.

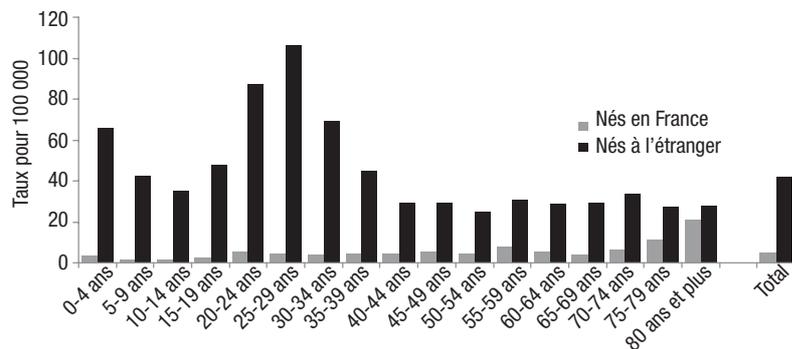
Champ : France entière.

Sources : Déclaration obligatoire de tuberculose, InVS.

synthèse

L'incidence de la tuberculose est stable en France depuis 2004. Les disparités sociodémographiques et géographiques restent importantes : l'incidence est huit fois plus élevée au sein de la population née à l'étranger et les cas se concentrent en Île-de-France et dans les zones urbaines. La situation épidémiologique de la France est comparable à celle d'autres pays de l'Europe occidentale.

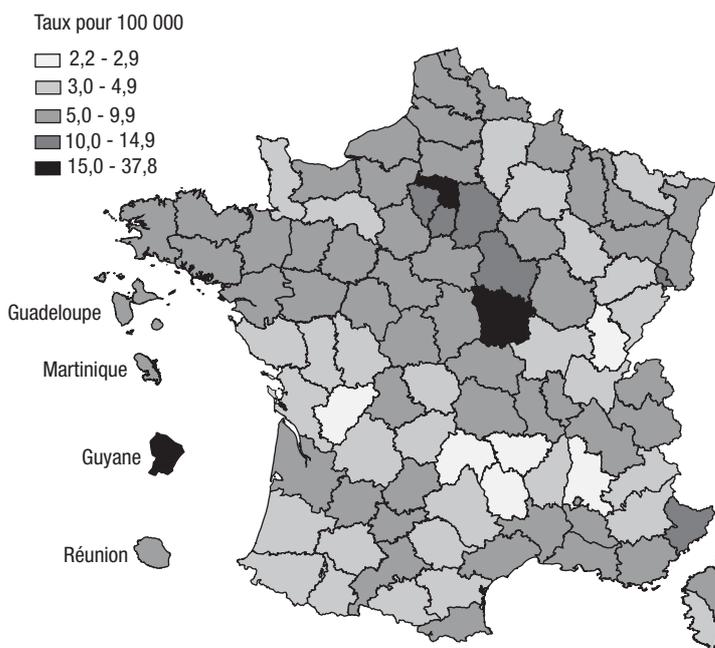
GRAPHIQUE 1 • Incidence de la tuberculose selon le lieu de naissance et l'âge en 2007



Champ : France métropolitaine.

Sources : Déclaration obligatoire de tuberculose, InVS.

CARTE 1 • Répartition départementale de l'incidence de la tuberculose (taux standardisés sur le sexe et l'âge), 2005-2007



Champ : France entière.

Sources : Déclaration obligatoire de tuberculose, InVS.

TABLEAU 2 • Répartition des patients prenant un traitement antituberculeux (au moins trois principes actifs) selon l'âge et le sexe en 2003

Classes d'âge	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Nombre	Incidence*	Nombre	Incidence*	Nombre	Incidence*
0-4 ans	69	2,5	44	3,1	25	1,9
5-14 ans	135**	2,4	61	2,1	73	2,7
15-24 ans	647**	11,3	318	10,9	323	11,4
25-39 ans	1934	20,8	1187	25,6	747	16,0
40-59 ans	1948	16,9	1177	20,7	771	13,3
60-74 ans	1050	18,9	591	23,1	459	15,3
75 ans et plus	688	21,5	304	26,5	384	18,7
Total	6 471**	14,8	3 682	17,4	2 782	12,4

* Nombre de cas pour 100 000 bénéficiaires *stricto sensu*.

** Pour sept patients, le sexe n'était pas précisé (un dans la classe d'âge 5-14 ans et six dans la classe d'âge 15-24 ans).

Champ : France entière.

Sources : CNAMTS (régime général *stricto sensu*).

CHAMP • France entière.

SOURCES • Populations de référence : statistiques démographiques (INSEE); nombre de cas : données de la déclaration obligatoire (InVS).

LIMITES ET BIAIS • Les données de la déclaration obligatoire ne sont pas exhaustives : le taux d'exhaustivité est estimé à 65% sur l'ensemble du territoire et à 80% pour Paris.

RÉFÉRENCE •

– Antoine D., Che D., 2009, «Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2007», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 12-13: 106-109.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

CHAMP • Bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2003 *stricto sensu*, excluant les sections locales mutualistes (fonctionnaires, étudiants), soit 70% environ de la population française.

SOURCES • CNAMTS : remboursements de médicaments antituberculeux.

LIMITES ET BIAIS • Les données de remboursement ne permettent pas de distinguer les traitements pour tuberculose maladie des traitements débutés et interrompus par la suite (en cas d'examen microbiologiques négatifs par exemple). Les antibiotiques de deuxième ligne n'ont pas été pris en compte (fluoroquinolones par exemple), de même que les délivrances hospitalières exclusives. Enfin, les patients ayant changé de caisse d'affiliation ont pu être comptabilisés plus d'une fois au cours d'une année.

RÉFÉRENCE •

– Allenbach D., Montagnier B., Souche A., Vallier N., Weill A., Chinaud F., Weill G., Fender P., Allemand H. et le groupe Médipath, 2004, «La population traitée par médicaments antituberculeux en 2003 : les données du régime général de l'assurance maladie», *Revue médicale de l'assurance maladie*, vol. 35, n° 4.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • CNAMTS.

Vaccination contre la grippe des groupes à risque

L'objectif d'amélioration de la couverture vaccinale retenu par la loi de santé publique de 2004 est centré sur les populations à risque et les professionnels à leur contact. **Il s'agit d'atteindre une couverture vaccinale d'au moins 75 % à un horizon quinquennal, dans tous les groupes cibles: personnes souffrant de certaines affections de longue durée (ALD), professionnels de santé, personnes âgées de 65 ans ou plus.** En effet, les personnes à risque sont soit âgées de 65 ans ou plus, soit atteintes par différentes affections chroniques, soit en contact régulier avec des sujets à risque. Les indicateurs suivis ne portent que sur les ALD concernées par ces recommandations vaccinales, en l'occurrence celles pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe. Actuellement, l'ensemble des personnes âgées de 65 ans ou plus sont prises en charge pour la vaccination contre la grippe. En conséquence, les données relatives à la couverture vaccinale des personnes en ALD exonérante ne concernent que les personnes de moins de 65 ans.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Taux de vaccination des personnes âgées de 65 ans ou plus

Le taux de vaccination contre la grippe est estimé par le taux de délivrance des vaccins. Lors de la campagne de l'hiver 2007-2008, près de 64 % des assurés 65 ans ou plus de la CNAMTS ont été vaccinés (tableau 1). Ce taux est stable par rapport aux deux campagnes précédentes. Les données de la CCMSA fournies pour les deux dernières campagnes ont montré des taux similaires. Dans les enquêtes réalisées par TNS-Sofres, le taux était toutefois un peu plus élevé mais relativement stable depuis quelques années (67 % en 2002-2003, 68 % en 2004-2005, 69 % en 2007-2008). Le taux de vaccination des 65-69 ans est resté plus faible que celui des personnes de 70 ans ou plus.

Taux de vaccination des personnes de moins de 65 ans ayant une des ALD exonérantes

Certaines ALD donnent lieu à une prise en charge à 100 % de la vaccination contre la grippe (ALD « exonérantes »¹). Parmi les personnes de moins de 65 ans ayant une ALD exonérante, 48,4 % ont été vaccinées gratuitement

contre la grippe après l'envoi de la prise en charge par la CNAMTS en 2007-2008 (tableau 1). Ce taux a connu une légère augmentation depuis les précédentes campagnes (44 % en 2005-2006 et 46 % en 2006-2007).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion de professionnels du secteur sanitaire ou social déclarant avoir été vaccinés

Selon les données disponibles, on estimait que 66 % des médecins généralistes et 31 % des infirmières libérales avaient été vaccinés au cours de l'hiver 2004-2005.

En maison de retraite, le taux de vaccination des professionnels était globalement estimé à 38 %, avec là encore des disparités selon les professions : 63 % pour les médecins, 29 % pour les infirmières et 29 % pour les aides-soignantes. Dans les services d'urgence, le taux de vaccination apparaît particulièrement faible : il est estimé à 29 % globalement, et à 47 % pour les médecins, 19 % pour les infirmières et 23 % pour les aides-soignants (tableau 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

1. Liste des ALD pour lesquelles l'assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe :

- (1) Diabète de type 1 et Diabète de type 2
- (2) Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves
- (3) Insuffisance respiratoire chronique grave
- (4) Accident vasculaire cérébral invalidant
- (5) Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave
- (6) Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine
- (7) Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
- (8) Hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères
- (9) Mucoviscidose

En 2006, l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ont été rajoutés à la liste de ces neuf ALD.

synthèse

En 2007-2008, le taux de vaccination contre la grippe des assurés de 65 ans ou plus de la CNAMTS est resté stable par rapport aux campagnes précédentes : il s'élevait à 64%. Il a légèrement augmenté pour les moins de 65 ans ayant une des affections longue durée donnant lieu à une prise en charge à 100% de la vaccination (ALD « exonérante »), passant de 44% en 2005-2006 à 48% en 2007-2008. Le taux de vaccination des professionnels reste également limité : il était de 66% pour les médecins généralistes, 31% pour les infirmiers libéraux et 38% pour les personnels de maison de retraite en 2004-2005. Au total, le taux de couverture vaccinale reste inférieur, dans tous les groupes cibles, à la valeur prescrite de 75%.

TABLEAU 1 • Taux de vaccination contre la grippe des populations à risque

	Campagne d'hiver 2005-2006			Campagne d'hiver 2006-2007			Campagne d'hiver 2007-2008		
	CNAMTS	RSI	CCMSA	CNAMTS	RSI	CCMSA	CNAMTS	RSI	CCMSA
65 ans ou plus	63,5%			63,4%		63,9%	63,9%	54,1%	64,4%
65-69 ans	53,2%			52,6%			53,2%		
70 ans ou plus	66,6%			67,1%			67,6%		
Moins de 65 ans en ALD exonérantes	44,4%			46,0%			48,4%	42,9%	
Total	61,4%	53,6%	63,2%	61,3%	50,7%	63,1%	62,1%	52,2%	64,6%

Champ : France métropolitaine, assurés sociaux de la CNAMTS, du RSI, et de CCMSA et leurs ayants droit uniquement.

Sources : CNAMTS, service prévention; RSI, direction de la politique de santé, gestion du risque; CCMSA, direction des études, des répertoires et des statistiques et direction de la santé.

CHAMP • France métropolitaine, assurés sociaux et ayants droit de la CNAMTS, du RSI et de la CCMSA.

SOURCES • CNAMTS, service prévention; RSI, direction de la politique de la santé, gestion du risque; CCMSA, direction des études, des répertoires et des statistiques et direction de la santé.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS •

- 1) Rapport du nombre de personnes de 65 ans ou plus pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin contre la grippe durant la période de campagne au nombre d'assurés ou ayants droit âgés de 65 ans ou plus.
- 2) Rapport du nombre de personnes de moins de 65 ans ayant une ALD exonérante, pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin contre la grippe durant la période de campagne au nombre d'assurés ou ayants droit de moins de 65 ans ayant une ALD exonérante.

LIMITES ET BIAIS • Ces données concernent la délivrance du vaccin dans les officines et non stricto sensu la vaccination.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • CNAMTS, RSI, MSA.

TABLEAU 2 • Vaccination contre la grippe des professionnels sanitaires et sociaux

	2004-2005
Médecins généralistes	66 %
Infirmiers libéraux	31 %
Personnels de maison de retraite	38 %
Personnels des services d'urgence	29 %

Champ : France métropolitaine.

Sources : DGS, TNS-SOFRES.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Enquête DGS/TNS-SOFRES.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre de professionnels ayant déclaré avoir été vacciné contre la grippe au cours de l'hiver 2004-2005, sur le nombre de professionnels interrogés au cours d'un entretien téléphonique (CATI) n = 1 646.

LIMITES ET BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives.

RÉFÉRENCE •

TNS-DGS, 2005, *Bilan de la vaccination grippale parmi les professionnels de santé.*

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DGS.

Maladies diarrhéiques

La loi de santé publique de 2004 a préconisé, pour les maladies diarrhéiques, de **diminuer de 20 % la mortalité attribuable aux maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins d'un an et les personnes de plus de 65 ans à un horizon quinquennal.**

En effet, les maladies diarrhéiques sont pour la plupart consécutives à des maladies infectieuses intestinales. En France et dans les pays de niveau de développement comparable, le taux de mortalité pour ces maladies infectieuses intestinales est relativement faible avant un an (3,4 pour 100 000 au moment de la définition de l'objectif), alors qu'il s'agit d'une préoccupation importante de santé publique dans les pays en développement.

Chez les personnes de 65 ans ou plus, ce taux de mortalité augmente avec l'âge : au moment de la définition de l'objectif, il était de 1,65 pour 100 000 chez les 65-74 ans, 6,8 chez les 75-84 ans, 25,1 chez les 85-94 ans et 102,9 au-delà. L'évolution démographique attendue (vieillesse de la population) nécessite de suivre la mortalité due à cette pathologie.

Toutefois, si le taux de mortalité qui leur est attribuable reste faible, les diarrhées infectieuses constituent probablement l'une des pathologies infectieuses les plus fréquentes : la gastro-entérite virale arrive ainsi au 2^e rang de la morbidité des enfants de 0 à 5 ans¹.

Leur incidence ne peut toutefois être appréciée avec précision. En effet, les diarrhées infectieuses sont dans 80 % des cas dues à un virus. Or seules les diarrhées d'origine bactérienne (toxi-infections alimentaires collectives, choléra, fièvres typhoïde et paratyphoïde) font l'objet d'une déclaration obligatoire².

La promotion de l'hygiène dans tous les lieux de vie (familiaux et collectifs), la fourniture d'une eau conforme à la réglementation en matière microbienne à l'ensemble de la population et l'éducation des familles à la prise en charge de la diarrhée de l'enfant doivent permettre de diminuer l'incidence de ces pathologies.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité par maladies infectieuses intestinales

En 2006, on comptait 857 décès par maladies infectieuses intestinales. 59,4 % concernent des femmes et 90 % des personnes de 65 ans ou plus. Le nombre de 857 décès annuels est sûrement sous-estimé car il ne prend pas en compte les décès pour lesquels une maladie diarrhéique a été déclarée sans mention de cause infectieuse (classée dans le chapitre des maladies digestives).

Les taux de décès standardisés sont plus élevés chez les hommes (tableau 1).

Les taux bruts de mortalité sont plus élevés lorsqu'on avance en âge, et plus particulièrement après 85 ans (graphique 1).

Si les taux bruts de mortalité avaient tendance à augmenter entre 1990 et 2000, ils ont évolué à la baisse entre 2000 et 2006³. En particulier, les taux bruts de décès par maladies infectieuses intestinales chez les enfants de moins d'un an ont diminué de 47 % entre 2000 et 2006 (tableau 2 et graphique 2). Durant la même période, chez les hommes et les

femmes âgés de 65 ans ou plus, les taux standardisés ont baissé de 22 % mais peuvent être considérés comme stables après un décrochage en 2001 (tableau 1).

En 2006, le taux standardisé de mortalité par maladies diarrhéiques pour 100 000 enfants de moins de 5 ans était en moyenne de 0,55 dans les pays de l'Europe des 27. On enregistre des extrêmes de 5,89 pour la Roumanie et de 0,2 pour l'Allemagne. En France, le taux déclaré était de 0,62 décès pour 100 000 enfants⁴. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

En 2006, on comptait en France 857 décès ayant pour cause une maladie infectieuse intestinale. Même si ce chiffre est sûrement sous-estimé, il ne représentait que 0,17 % de l'ensemble des décès.

Les taux de décès standardisés sont plus élevés chez les hommes. Les taux bruts sont plus élevés lorsqu'on avance en âge et plus particulièrement après 85 ans. Entre 2000 et 2006, les taux bruts de décès par maladies infectieuses intestinales pour les enfants de moins d'un an ont sensiblement diminué (-47 %). Au cours de la même période, chez les hommes et les femmes âgés de 65 ans ou plus, les taux standardisés ont baissé de 19 % mais sont stables depuis le décrochage de 2001.

1. Rapport du GTNDO ; www.sante.gouv.fr/ : Thème « Loi de santé publique du 9 août 2004 » ; « Élaboration de la loi relative à la politique de santé publique ».

2. En 2005, l'InVS enregistrait 3 166 cas confirmés de toxi-infections alimentaires collectives, dont 5 décès et 12,5 % de cas ayant donné lieu à une hospitalisation, ainsi que 2 332 cas suspectés. Les cas de fièvres typhoïde et paratyphoïde déclarées en 2005 étaient au nombre de 146 sans aucun décès. Les cas de choléra en France étaient rares et toujours importés (entre 0 et 2 cas par an depuis 2000).

3. Le changement de codage des causes de décès à partir de l'année 2000 entraîne une augmentation des chiffres par rapport aux années précédentes (voir « biais connus » page suivante). On se limite donc ici aux comparaisons à partir de l'année 2000.

4. *European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe data.euro.who.int/hfadb/*

TABLEAU 1 • Évolution des taux de décès standardisés* par maladies infectieuses intestinales entre 2000 et 2006

		0-64 ans	65 ans ou plus	Tous âges
2000	Hommes	0,4	8,0	1,2
	Femmes	0,2	7,2	0,9
2001	Hommes	0,3	6,3	0,9
	Femmes	0,2	5,6	0,8
2002	Hommes	0,2	7,1	1,0
	Femmes	0,2	5,8	0,8
2003	Hommes	0,2	6,8	0,9
	Femmes	0,2	5,8	0,8
2004	Hommes	0,2	6,7	1,0
	Femmes	0,2	5,7	0,8
2005	Hommes	0,2	6,6	0,9
	Femmes	0,2	6,0	0,8
2006	Hommes	0,2	6,6	0,9
	Femmes	0,1	5,4	0,7
Variation 2000-2006		-39 %	-22 %	-26 %

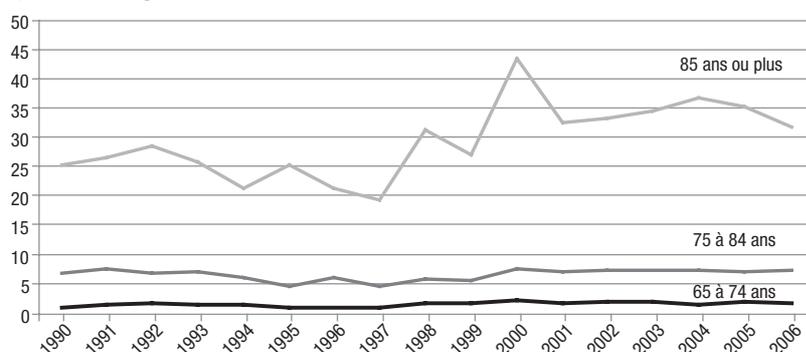
* Taux pour 100 000 habitants.
Champ : France métropolitaine.
Sources : INSERM-CépiDc.

TABLEAU 2 • Évolution des taux bruts de mortalité* par maladies infectieuses intestinales selon l'âge entre 2000 et 2006

	< 1 an	0-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans ou +	65 ans ou +	Tous âges
2000	4,1	0,3	2,4	7,7	43,6	9,5	1,7
2001	3,5	0,2	1,7	7,2	32,6	7,4	1,4
2002	1,8	0,2	2,0	7,5	33,4	7,6	1,4
2003	3,2	0,2	1,9	7,3	34,6	7,5	1,4
2004	2,9	0,2	1,6	7,3	36,8	7,6	1,4
2005	2,1	0,2	2,0	7,1	35,2	7,7	1,4
2006	2,2	0,2	1,8	7,3	31,8	7,7	1,4
Évolution 2000-2006	-47%	-36%	-22%	-5%	-27%	-19%	-20%

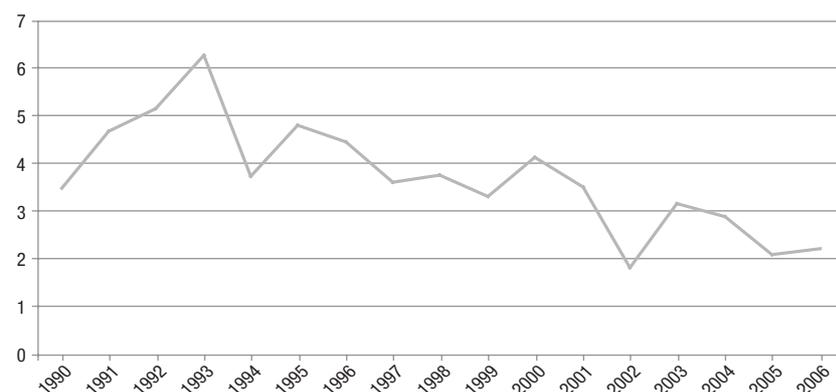
* Taux pour 100 000 habitants.
Champ : France métropolitaine.
Sources : INSERM-CépiDc.

GRAPHIQUE 1 • Évolution des taux bruts de mortalité* par maladies infectieuses intestinales des personnes âgées entre 1990 et 2006



* Taux pour 100 000 habitants.
Champ : France métropolitaine.
Sources : INSERM-CépiDc.

GRAPHIQUE 2 • Évolution des taux bruts de mortalité* par maladies infectieuses intestinales des enfants de moins de 1 an entre 1990 et 2006



* Taux pour 100 000 habitants.
Champ : France métropolitaine.
Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • INSERM-CépiDc, données annuelles.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR •

Numérateur : codes CIM9 002-009 de 1990 à 1999, CIM10 A01-A09 à partir de 2000 ; dénominateur : population française de l'année considérée (INSEE) ; population de référence pour la standardisation : Eurostat, population Europe, IARC 1976.

LIMITES D'INTERPRÉTATION • Cet effectif de décès ne prend pas en compte les décès où une maladie diarrhéique a été déclarée sans mention de cause infectieuse (alors classée dans le chapitre des maladies digestives). Le nombre de décès annuels est ainsi probablement sous-estimé.

BIAIS CONNUS • Changement de codage depuis 2000 (CIM9 à CIM10) entraînant une augmentation des chiffres de décès pour cette cause.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

Infections sexuellement transmissibles (1)

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, ainsi que la prévalence des chlamydioses et de l'herpès génital (infection à HSV2).**

Les réseaux de surveillance des gonococcies et des infections à chlamydia reposent sur la participation des biologistes volontaires, celui de la syphilis étant composé de cliniciens volontaires.

- Pour les infections à gonocoque (réseau Renago), l'indicateur est le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an (ng/lab/an). Un laboratoire actif est un laboratoire ayant participé au moins six mois sur douze au réseau Renago. L'indicateur de suivi des résistances aux antibiotiques est le taux de résistance à la ceftriaxone, recommandé pour la prise en charge des urétrites en première intention.

- Pour la surveillance de la syphilis, l'indicateur principal est le nombre de cas de syphilis infectieuses selon trois stades cliniques (primaire, secondaire, latente précoce datant de moins d'un an). Le nombre annuel de boîtes d'Extencilline® 2,4 MUI vendues constitue l'indicateur secondaire.

- Pour les infections à *Chlamydiae trachomatis* (réseau Renachla), trois indicateurs de suivi ont été retenus : le nombre de personnes pour lesquelles sont recherchées des infections à *C. trachomatis*, le nombre de cas diagnostiqués (dont le prélèvement à *C. trachomatis* est positif) et le taux de positivité (nombre de cas diagnostiqués rapporté au nombre de personnes testées par an).

L'analyse de l'activité des laboratoires porte sur le nombre de personnes testées et le nombre d'infections à *C. trachomatis* identifiées. Pour éliminer les biais liés au changement de correspondants (arrêt de participation ou introduction de nouveaux laboratoires), cette analyse porte sur 59 laboratoires qui ont participé régulièrement de 2003 à 2007 et qui ont communiqué le nombre de personnes testées.

- La prévalence des anticorps anti-HSV-2 a été estimée dans la population française adulte âgée de 18 à 60 ans. Il s'agit d'une étude ponctuelle transversale réalisée auprès d'un échantillon de 5 777 assurés sociaux issus de l'enquête de séroprévalence des hépatites menée en 2003-2004.

■ INDICATEURS APPROCHÉS

Les infections à gonocoque

Nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif

En 2007, 216 laboratoires actifs ont participé au réseau de surveillance : 70 % appartenaient au secteur privé et 30 % au secteur public. Le nombre total de gonocoques isolés par ces laboratoires s'élevait à 891 souches chez des adultes, dont 752 chez des hommes et 137 chez des femmes. Le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire était de 3,3 en 2007 contre 1,36 en 2002 (graphique 1). Les infections à gonocoques se caractérisent par une nette progression en Île-de-France, moindre dans les autres régions au cours de la période 2002-2007 (graphique 2).

L'infection gonococcique touche plus souvent l'homme que la femme : en 2007, le sex-ratio était de 5 hommes pour une femme. En 2007,

l'âge médian des hommes était de 30 ans et celui des femmes de 28 ans. Chez les hommes, 85 souches ont été isolées au niveau anal (11 % des souches). Aucune souche n'est résistante à la ceftriaxone.

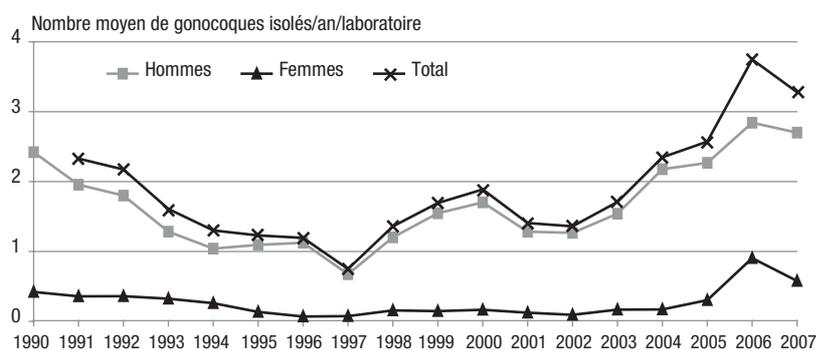
Syphilis

Nombre de diagnostics déclarés par les centres volontaires¹

Après une diminution en 2004 et 2005, le nombre de cas de syphilis précoce continue d'augmenter en 2007, passant de 339 cas en 2005 à 599 cas en 2007 (graphique 3). En Île-de-France, après un recul entre 2002 et 2005, le nombre de cas déclarés reste stable en 2006 et 2007 (229 cas en 2006 et 233 cas en 2007) (graphique 4). Dans les autres régions, le nombre de cas augmente en 2005, après avoir été stable entre 2003 et 2005, mais cet accroissement reflète probablement le nombre croissant de centres participants. À champ constant, le nom-

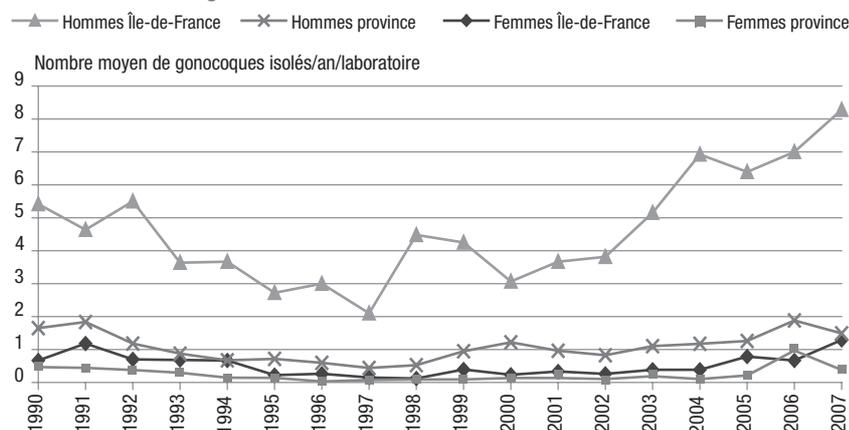
1. Depuis 2000, la syphilis n'est plus une maladie à déclaration obligatoire.

GRAPHIQUE 1 • Évolution des infections à gonocoque selon le sexe entre 1990 et 2007



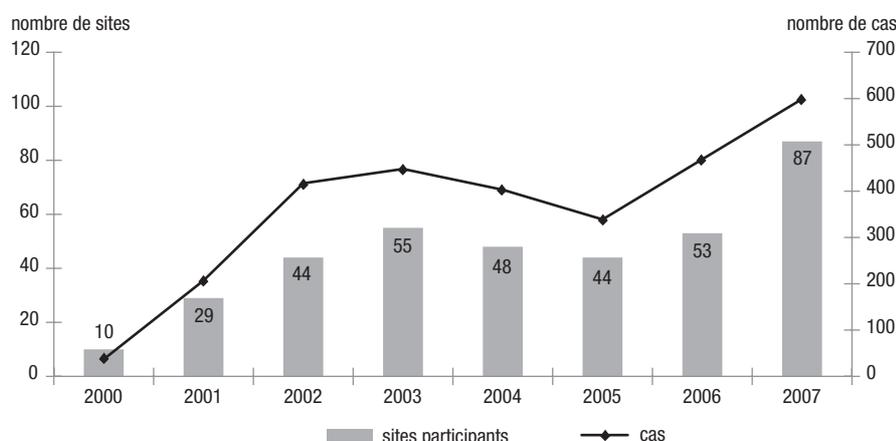
Champ : France métropolitaine.
Sources : Réseau de surveillance Renago.

GRAPHIQUE 2 • Évolution des infections à gonocoque en Île-de-France et dans les autres régions selon le sexe entre 1990 et 2007



Champ : France métropolitaine.
Sources : Réseau de surveillance Renago.

GRAPHIQUE 3 • Évolution du nombre de cas de syphilis et des sites participants entre 2000 et 2007



Champ : France métropolitaine.
Sources : ResIST (système de surveillance sentinelle).

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Réseaux de surveillance sentinelles continus reposant sur la participation volontaire de laboratoires pour les infections à gonocoques (Renago, 1986) et à *Chlamydiae trachomatis* (Renachla, 1990). Un réseau de surveillance clinique (ResIST) des IST (syphilis, gonococcies et LGV) reposant sur la participation volontaire de cliniciens exerçant dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST, des consultations de médecine infectieuse, des cabinets libéraux spécialisés dans la prise en charge des patients séropositifs pour le VIH et les données des ventes d'Extenciline® 2,4 MUI fournies par le GERS.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Renago : le nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire participant au moins six mois par an. Renachla : le taux de positivité est le nombre de cas diagnostiqués rapporté au nombre de personnes testées pour *Chlamydiae trachomatis*. Le réseau de surveillance clinique des IST permet de suivre l'évolution du nombre de cas.

LIMITES ET BIAIS • (i) Déficit de couverture du réseau de surveillance clinique des IST et absence de dénominateur pour construire un indicateur fiable de suivi des tendances. (ii) La non-participation des médecins généralistes et des gynécologues dans la surveillance des IST est à l'origine d'une insuffisance de données dans la population de personnes hétérosexuelles. Ces dernières sont mieux représentées à travers les réseaux de laboratoires Renago et Renachla pour les gonococcies et les chlamydioses. (iii) Les DOM ne sont pas représentés.

Infections sexuellement transmissibles (2)

bre de cas est stable entre 2006 et 2007, que ce soit en Île-de-France ou dans les autres régions.

En 2007, le profil des patients présentant une syphilis est semblable aux années précédentes. Ce sont surtout des hommes (94%), dont une majorité déclare des relations homosexuelles (86%). La proportion de patients homosexuels ou bisexuels infectés par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) est plus élevée en 2007 (53%) qu'en 2005 et 2006 (47%). L'âge médian est de 37 ans. En 2007, la répartition des formes cliniques de la maladie est stable : 23% de formes primaires, 42% de formes secondaires et 35% de formes latentes précoces.

Nombre de boîtes d'Extencilline® vendues

Le nombre de boîtes d'Extencilline® 2,4 MUI vendues en Île-de-France est stable entre 2006 et 2007. En province, le nombre de boîtes d'Extencilline® vendues continue d'augmenter (+3% entre 2006 et 2007) (graphique 5).

Les infections à *Chlamydiae trachomatis*

Nombre de recherches de *C. trachomatis* ; nombre de cas identifiés par an par laboratoire ; taux de positivité

Le développement de l'activité des laboratoires concernant le diagnostic de l'infection à *C. trachomatis*, observé depuis 1997, se poursuit. À champ constant entre 2005 et 2007, le nombre de personnes testées a augmenté de 17% chez les hommes comme chez les femmes et le nombre de cas positifs a connu une forte progression (+30% chez les hommes et +46% chez les femmes) (graphiques 6 et 7). Le taux de positivité est passé de 4% à 5% et est similaire chez les hommes et les femmes. Le nombre de cas diagnostiqués chez les personnes asymptomatiques est en nette progression dans les consultations du secteur public (centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles - CIDDIST, centres de dépistage anonyme et gratuit - CDAG, plannings familiaux) et

est stable chez les patients consultant en médecine libérale (médecin généraliste, gynécologue).

Herpès génital (infections à HSV2)

En 2004, la prévalence globale des anticorps anti-HSV-2 a été estimée dans la population française adulte âgée de 18 à 60 ans à 15,3% (IC à 95% = [14,0 – 16,8]). Elle est plus élevée chez les femmes (19,3%; IC95% = [17,4 – 21,4]) que chez les hommes (11,4%; IC95% = [9,8 – 13,1]). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

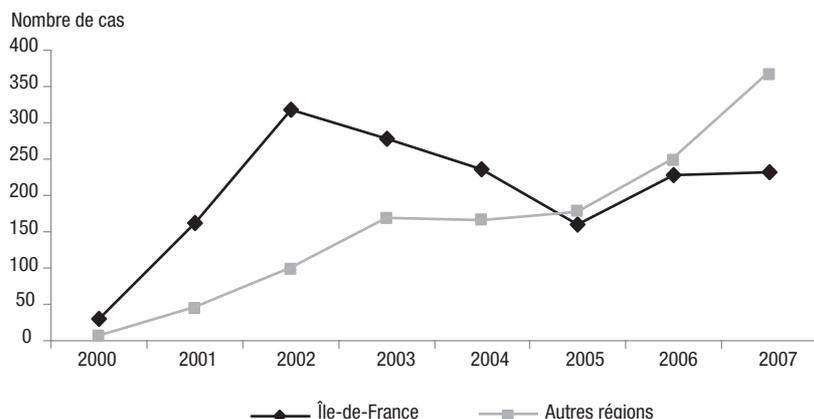
synthèse

Les indicateurs retenus pour les infections sexuellement transmissibles (IST) montrent une tendance à l'augmentation de la syphilis et des infections à *Chlamydiae trachomatis* et une tendance à la baisse (de quelques points) des gonocoques. En 2007, l'augmentation dans les régions hors Île-de-France résulte principalement du nombre croissant de sites participant au réseau ResIST, alors que l'évolution est stable en Île-de-France.

Les infections à gonocoques sont marquées dans les deux sexes par une progression en Île-de-France et une diminution dans les autres régions. Aucune résistance à la ceftriaxone n'a été observée. L'augmentation des infections à *C. trachomatis* s'explique en partie par le dépistage des sujets asymptomatiques réalisé dans les structures de santé publique comme les CIDIST ou les plannings familiaux. Ces données, issues de réseaux volontaires, sont utiles pour dégager des tendances dans le temps mais ne permettent pas de calculs d'incidence.

La prévalence globale de l'herpès génital (infection à HSV2) en France chez les adultes âgés de 18 à 60 ans est comparable à celle d'autres pays, plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Elle a été estimée à 15,3% en 2004.

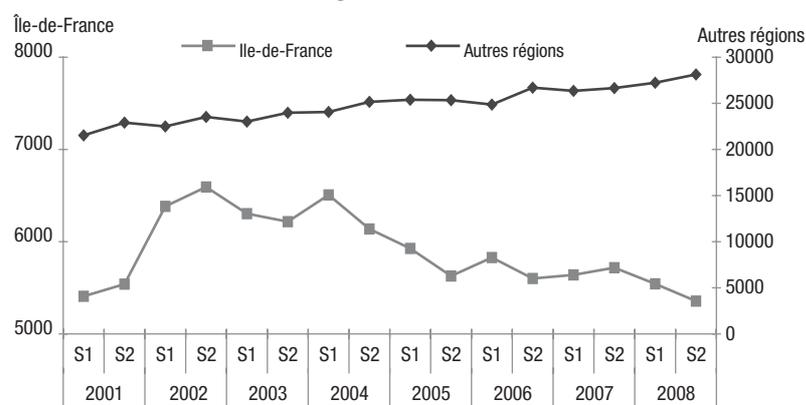
GRAPHIQUE 4 • Nombre de cas de syphilis déclarées en Île-de-France et dans les autres régions entre 2000 et 2007



Champ : France métropolitaine.

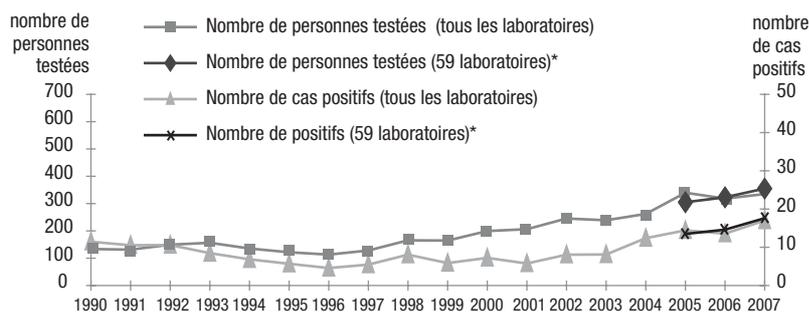
Sources : ResIST (système de surveillance sentinelle).

GRAPHIQUE 5 • Évolution du nombre de boîtes d'Extencilline® 2,4 MUI vendues en Île-de-France et dans les autres régions entre 2001 et 2007



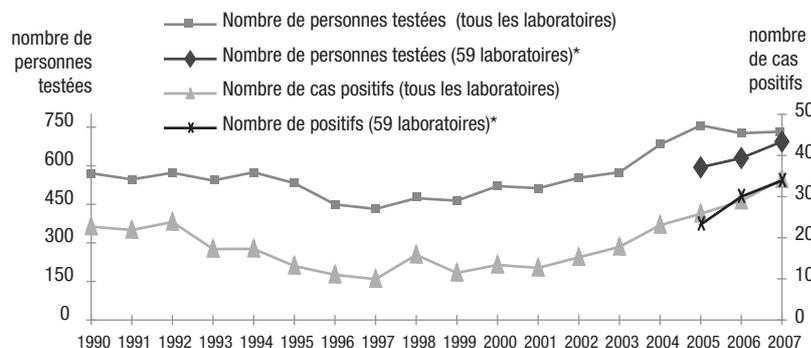
Champ : France entière.
Sources : GERS.

GRAPHIQUE 6 • Évolution des *Chlamydiae trachomatis* chez les hommes entre 1990 et 2007



Échantillon de 59 laboratoires qui ont participé régulièrement de 2003 à 2007.
Champ : France métropolitaine.
Sources : Réseau de biologistes volontaires Renachla.

GRAPHIQUE 7 • Évolution des *Chlamydiae trachomatis* chez les femmes entre 1990 et 2007



* Échantillon de 59 laboratoires qui ont participé régulièrement de 2003 à 2007.
Champ : France métropolitaine.
Sources : Réseau de biologistes volontaires Renachla.

Couverture vaccinale de la population (1)

La loi de santé publique de 2004 a préconisé d'**atteindre ou de maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés à un horizon quinquennal.**

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale constituent des éléments clés pour contrôler et éliminer les maladies infectieuses.

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. Le suivi des maladies en voie d'élimination (poliomyélite, diphtérie, etc.) doit permettre d'identifier les risques de résurgence de ces maladies dus à la diminution de la couverture vaccinale. La persistance de cas sporadiques de tétanos chez les personnes âgées, ainsi que l'augmentation des voyages vers les pays où l'on trouve encore des cas de poliomyélite, nécessitent de connaître précisément la couverture vaccinale des adultes et de rattraper ou d'entretenir la vaccination pour cette tranche d'âge de la population.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois (BCG, DTCP, Hib, VHB, ROR)

Cet indicateur correspond au pourcentage d'enfants à jour des vaccinations contre la tuberculose (BCG), la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite (DTCP), l'*Haemophilus influenzae* b (Hib), l'hépatite virale B (VHB), la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR). La mesure principale du taux de couverture vaccinale est effectuée sur la base des certificats de santé des nourrissons de 24 mois, avec une analyse au niveau départemental par les services de PMI, puis une exploitation nationale des résultats par la DREES¹.

L'évolution des chiffres de la couverture vaccinale à 24 mois entre 1995 et 2007 (tableau 1) montre une excellente couverture vaccinale DTCP (supérieure à 95 % pour 3 doses) et Hib (supérieure à 85 % pour 4 doses), ainsi qu'une couverture par le BCG qui était autour de 84 % jusqu'en 2004 et qui est en baisse depuis 2005 (78,2 % en 2007), ceci étant très probablement lié au changement de technique vaccinale intervenu en janvier 2006. La couverture rougeole est en légère progression, passant de 87 % en 2004 à 90,1 % en 2007. La couverture contre l'hépatite virale B est en franche augmentation (41,9 % en 2007).

La France est l'un des pays européens ayant les meilleurs taux de couverture vaccinale DTCP. Elle est toutefois moins performante pour le ROR et l'hépatite B (tableau 2). En 2003-2007, on enregistre des disparités régionales pour la vaccination par le ROR à l'âge de

2 ans, avec la mise en évidence d'un gradient nord-sud (carte 1).

Par ailleurs, à la suite de la suspension de l'obligation vaccinale par le BCG en juillet 2007², une enquête nationale a été menée en février 2008 afin d'estimer la couverture vaccinale par le BCG. Cette enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 285 médecins abonnés au réseau Infovac-France. Elle montre que la couverture vaccinale chez les enfants répondant aux nouvelles indications de vaccination par le BCG et consultant chez des médecins exerçant uniquement en secteur libéral était de 45 % chez les enfants de 2-7 mois, c'est-à-dire nés après la suspension de l'obligation vaccinale. Ce taux était de 51 % en Île-de-France et de 40 % hors Île-de-France.

Couverture vaccinale des enfants âgés de 6 ans (BCG, ROR)

Il s'agit ici de mesurer le pourcentage d'enfants à jour des vaccinations par le BCG et contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR). À 6 ans, il n'existe pas de recueil systématique de la couverture vaccinale. En revanche, des enquêtes sont menées en dernière année de maternelle, à l'occasion du bilan de santé effectué avant l'entrée en primaire par les services de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE). Jusqu'en 2000, elles étaient réalisées à peu près tous les deux ans par la DREES (sauf en 1995) et les indicateurs utilisés concernaient les vaccinations ROR. En 2002, après la mise en place du cycle d'enquêtes triennales (DREES, DESCO, DGS, InVS), l'enquête concerne tous les antigènes

1. Depuis 2005, les analyses des données vaccinales contenues dans les certificats de santé sont réalisées par l'InVS, non plus à partir de données agrégées, mais à partir des fichiers de données individuelles anonymisées permettant des analyses approfondies au niveau national.

2. En juillet 2007, la France a décidé de suspendre l'obligation vaccinale par le BCG. Cette vaccination reste cependant fortement recommandée dans un certain nombre de cas : enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ; enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ; enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ; enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ; enfant résidant en Île-de-France ou en Guyane ; enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux, notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUC, AME, etc.) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

TABLEAU 1 • Évolution de la couverture vaccinale BCG, DTCP, Hib, VHB, ROR des enfants de 2 ans entre 1995 et 2007 (en %)

Taux de couverture vaccinale	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*	2006	2007
BCG	82,7	81,7	81,8	81,1	82,6	83,1	83,0	85,0	84,6	84,1	81,2	83,3	78,2
Diphthérie-tétanos													
3 injections	97,1	97,4	97,6	97,3	97,7	98,1	98,1	97,5	96,5	98,0	98,5	98,8	98,8
3 injections + rappel	88,5	89,8	89,7	87,6	87,7	88,0	87,9	88,4	89,3	90,0	89,4	90,8	91,5
Coqueluche													
3 injections	95,9	96,7	96,8	96,4	96,8	97,4	97,5	97,1	96,7	97,6	98,2	98,5	98,4
3 injections + rappel	87,3	89,0	88,8	86,7	86,8	87,2	87,2	87,9	88,8	89,6	89,0	90,3	91,0
Poliomyélite													
3 injections	96,9	97,1	97,4	97,2	97,6	98,0	98,0	97,4	96,2	97,9	98,4	98,7	98,6
3 injections + rappel	88,1	89,4	89,3	87,4	87,5	87,7	87,7	88,3	89,1	89,9	89,2	90,5	91,2
Haemophilus influenzae b (3 injections + rappel)				79,4	84,5	86,1	85,8	86,5	86,6	87,0	87,5	88,7	88,9
Hépatite B				27,5	23,9	26,0	28,0	29,2	27,6	29,0	35,1	39,3	41,9
Rougeole	82,6	83,8	83,3	82,5	82,7	84,1	84,6	85,9	87,3	87,0	87,2	89,4	90,1
Oreillons					81,0	83,5	84,2	85,7	87,1	86,8	87,0	89,2	89,7
Rubéole	81,5	83,1	82,5	81,9	82,3	83,8	84,2	85,6	87,0	86,8	87,0	89,1	89,5

* Données non redressées.
Champ : France entière.
Sources : DREES et certificats de santé.

TABLEAU 2 • Couverture vaccinale à un an* dans les 27 pays de l'Union européenne en 2005 (en %)

Pays	BCG	DTCoq(3)	Polio(3)	Hib(3)	ROR(1)	VHB(3)	Pays	BCG	DTCoq(3)	Polio(3)	Hib(3)	ROR(1)	VHB(3)
Allemagne	nd	90	94	92	93	83	Italie	nd	92	92	90	87	92
Autriche	nd	92	92	92	91	92	Lettonie	100	98	98	94	95	98
Belgique	nd	97	97	95	88	78	Lituanie	99	94	92	61	97	95
Bulgarie	98	96	97	nd	96	96	Luxembourg	21	100	99	98	95	94
Chypre	nd	98	97	57	86	88	Malte	80	92	93	83	86	77
Danemark	nd	93	93	93	95	nd	Pays-Bas	nd	98	98	98	96	nd
Espagne	nd	96	96	96	97	96	Pologne	94	99	99	22	98	98
Estonie	99	96	96	37	96	95	Portugal	89	93	93	93	92	94
Finlande	98	97	97	98	97	nd	Roumanie	99	nd	97	nd	97	98
France**	81	98	98	87	87	35	Slovaquie	98	99	99	99	98	99
Grèce	88	nd	nd	nd	nd	nd	Slovénie	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Hongrie	nd	nd	nd	nd	nd	nd	Suède	17	99	98	98	95	1
Irlande	93	90	90	90	84	nd	Rép. tchèque	99	97	95	97	nd	99
							Royaume-Uni	nd	91	91	91	82	nd

* 2 ans pour la France et pour le ROR dans les autres pays.

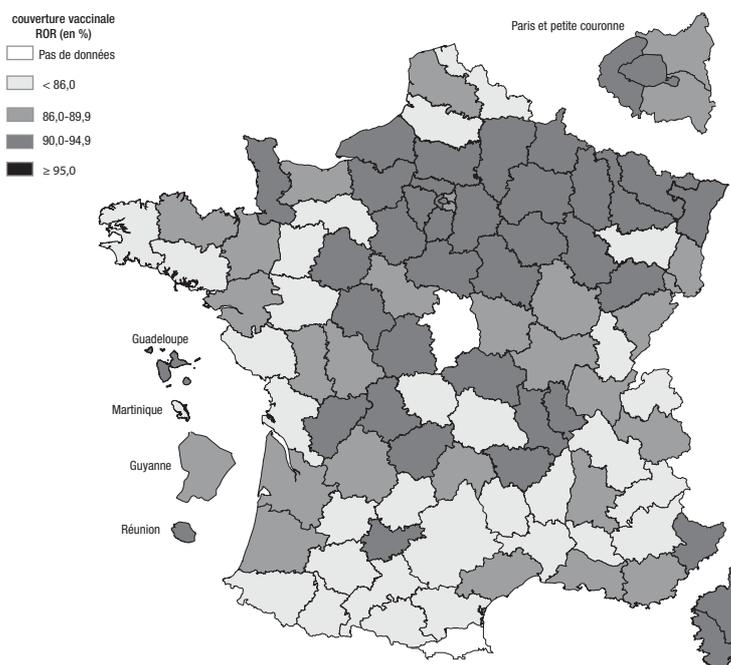
** Données non redressées.

Note : Les chiffres accolés aux noms des vaccins représentent le nombre de doses.

Nd : Données non disponibles.

Sources : Bureau européen de l'OMS (<http://data.euro.who.int/CISID>).

CARTE 1 • Couverture vaccinale des enfants de 2 ans contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)*



*Dernières données fournies par les départements entre 2003-2007.

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : Certificats de santé du 24^e mois, DREES et InVS.

Couverture vaccinale de la population (2)

compris dans le calendrier vaccinal des enfants de cet âge.

En 2005, la couverture vaccinale par le BCG était excellente, proche de 100%. On note par ailleurs une amélioration progressive de la couverture ROR depuis 1991 (93,3%, 90,9% et 90,9% pour la première dose de vaccins rougeole, rubéole et oreillons respectivement) mais, même chez les enfants de 6 ans, celle-ci ne dépassait pas 95% (tableau 3).

Couverture vaccinale des adolescents en classe de troisième (DTCP, Hib, VHB, ROR)

On mesure ici le pourcentage d'adolescents à jour des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite (DTCP), l'*Haemophilus influenzae b* (Hib), l'hépatite B (VHB), la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR).

Pour cette tranche d'âge (13-17 ans), il n'y avait pas de recueil systématique de la couverture vaccinale jusqu'en 2000. Depuis cette date, les enquêtes triennales réalisées en collège concernent tous les antigènes compris dans le calendrier vaccinal des adolescents de cet âge.

Les résultats de la dernière enquête, réalisée en 2003-2004, révèlent les taux de couverture suivants (Antona *et al.*, 2007): 99,8% pour le BCG, 80,5% pour le DTP (au moins 6 doses), 57,4% pour la coqueluche (au moins 5 doses³), 65,7% pour la rougeole (2 doses), 65,5% pour la rubéole (2 doses), 61,1% pour les oreillons (2 doses) et 42,4% pour l'hépatite B (3 ou 4 doses). Ces chiffres montrent des couvertures insuffisantes pour la seconde dose de rougeole, le rappel de coqueluche de la préadolescence et l'hépatite B.

Couverture vaccinale des adultes (tétanos et poliomyélite)

Cet indicateur porte sur le pourcentage d'adultes à jour de leur vaccination contre le tétanos et la poliomyélite. L'enquête Santé et protection sociale (ESPS) menée par l'IRDES en 2002 en France métropolitaine a permis de connaître la couverture vaccinale déclarée par les adultes. Pour le tétanos, 88,5% des personnes déclarent avoir été vaccinées au cours de leur vie. 62,3% avaient été vaccinées depuis moins de 10 ans et 71,2% depuis moins de 15 ans.

La proportion de personnes considérées comme couvertes, c'est-à-dire vaccinées depuis moins de 15 ans, était plus faible chez les femmes (69,6%) que chez les hommes (72,8%). La part d'adultes couverts diminue avec l'âge: elle était de 60,5% chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Pour la poliomyélite, 66,0% des personnes déclarent avoir été vaccinées au cours de leur vie. 36,1% avaient été vaccinées depuis moins de 10 ans et 41,9% depuis moins de 15 ans. Comme pour le tétanos, c'est parmi les plus de 65 ans que l'on trouve les plus faibles proportions de personnes considérées comme couvertes (13,3%), sans qu'il y ait de différence significative entre hommes et femmes. Ces chiffres révèlent une couverture insuffisante des adultes.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Données d'achat des différents vaccins par officines

Le nombre de doses de vaccins achetées par les officines pour chaque groupe de vaccin entre 2004 et 2008 est issu des données du GERS, qui peuvent être considérées comme reflétant les ventes de vaccins aux particuliers.

Entre 2004 et 2008, on note une baisse importante des ventes de BCG (tableau 4): cette diminution est liée dans un premier temps à la disparition de la multipuncture puis au changement de politique vaccinale. Les achats de vaccins quadrivalents ou pentavalents contenant les valences DTCP (dosage enfants) sont stables. La recommandation de vaccination de tous les nourrissons en 2006 contre le pneumocoque explique la forte hausse pour ce vaccin. On observe également une très forte augmentation des achats de vac-

cins contre l'hépatite B (dosage enfant), liée au remboursement début 2008 du vaccin hexavalent. Alors que les achats de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons avaient augmenté entre 2004 et 2006, ils étaient en baisse en 2007 et 2008.

Les ventes de vaccins dTP (dosage adulte) ont diminué de 25% entre 2004 et 2008. Ce vaccin avait remplacé le vaccin DTP (dosage enfant) en 2004 et 2005 pour le rappel à 6 ans, lorsque ce dernier n'était pas disponible. La poursuite de la diminution des ventes du vaccin dTP (dosage adulte) au-delà de 2005 reflète probablement la mise en œuvre des recommandations de vaccination de certains adultes contre la coqueluche, comme en atteste l'augmentation des ventes de vaccins dTcaP (dosage adulte). L'augmentation entre 2007 et 2008 reflète une nouvelle indisponibilité du vaccin DTP. À noter également que les achats de vaccin contre le *papillomavirus* humain ont fortement augmenté depuis son introduction dans le calendrier vaccinal en juillet 2007. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

3. Toutefois, seuls 17,4% des élèves ont reçu la 5^e dose coqueluche à l'âge requis (après 11 ans).

synthèse

L'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95% est déjà atteint pour les enfants concernant certaines maladies (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite). Elle doit en revanche être améliorée, en particulier contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons, cette dernière étant toujours nettement insuffisante. Ainsi, pour le ROR, une couverture inférieure à 90% à 2 ans et autour de 91%-93% à 6 ans est incompatible avec l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale, auquel la France a souscrit d'ici à 2010.

Pour les adolescents et les adultes, l'objectif est d'améliorer les couvertures vaccinales qui sont insuffisantes, avec un effort tout particulier à l'égard des adolescents en ce qui concerne la prévention de l'hépatite B et des adultes en ce qui concerne le tétanos.

TABLEAU 3 • Évolution de la couverture vaccinale des enfants de six ans entre 1991 et 2005 (en %)

Année d'enquête en école maternelle	Rougeole	Oreillons	Rubéole	BCG
1991	72	56	66	
1993	81	77	80	
1997	90	89	89	97
1999	94	94	94	93
2002	93	93	93	100
2005	93	91	91	100

Champ : France entière.
Sources : DREES et InVS.

TABLEAU 4 • Nombre de doses de vaccins achetés pour chaque maladie à prévention vaccinale entre 2004 et 2008

	2004	2005	Variation 2004-2005	2006	Variation 2005-2006	2007	Variation 2006-2007	2008	Variation 2007-2008	Variation 2004-2008
BCG	1 009 690	956 211	-5%	378 306	-60%	300 809	-20%	220 993	-27%	-78%
DTCP (enfant)	3 547 473	3 450 697	-3%	3 667 357	6%	3 660 832	0%	3 732 920	2%	5%
Haemophilus influenzae b	2 526 896	2 668 883	6%	2 934 502	10%	2 937 821	0%	3 023 058	3%	20%
Pneumocoque héptavalent	1 560 723	2 045 544	31%	2 471 709	21%	2 786 126	13%	2 933 993	5%	88%
Hépatite B enfant	1 014 945	1 119 120	10%	1 265 552	13%	1 319 825	4%	1 851 511	40%	82%
Oreillons	1 747 763	2 102 478	20%	2 453 864	17%	2 140 612	-13%	1 867 328	-13%	7%
Rougeole	1 754 834	2 108 475	20%	2 461 031	17%	2 151 686	-13%	1 875 941	-13%	7%
Rubéole	1 796 266	2 145 608	19%	2 500 066	17%	2 189 677	-12%	1 910 390	-13%	6%
DTP (enfant)*	< 3 000	351 576	-	833 939	137%	959 990	15%	316 491	-67%	-10%
dTP (adulte) (Revaxis®)	3 825 948	3 817 782	0%	2 890 231	-24%	1 769 157	-39%	2 835 809	60%	-25%
dTcaP (adulte)* (Repevax®, Boostrix®)	< 8 000	358 178	-	659 501	84%	961 415	46%	1 344 601	40%	275%
Papillomavirus humain						216 740		1 795 540	450%	

D : diphtérie enfant; d : diphtérie faiblement dosé; C : coqueluche enfant; ca : coqueluche faiblement dosé; P : poliomyélite.

* Pour les vaccins «DTP (enfant)» et «dTcaP (adulte)», les variations sont données en prenant comme base l'année 2005.

Champ : France entière. Sources : GERS.

COUVERTURE VACCINALE À 24 MOIS

SOURCES • L'outil de recuei est, dans le carnet de santé, le certificat de santé rempli lors de la visite obligatoire du 24^e mois (CS24), permettant de relever le statut vaccinal de l'enfant par valence.

CHAMP • France entière.

LIMITES • D'une part, les CS24 renvoyés concernent les enfants qui résident dans le département à l'âge de 24 mois, et non les enfants nés dans le département. Cette limite disparaît quand on analyse les données agrégées au niveau national.

COUVERTURE VACCINALE À 6 ANS ET EN CLASSE DE 3^e

SOURCES • DREES et InVS. Il s'agit d'enquêtes triennales par échantillonnage. La base de sondage est le fichier des établissements scolaires publics et privés. Les effectifs d'élèves sont estimés chaque année par le ministère de l'Éducation nationale (Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance).

CHAMP • France entière.

LIMITES • Dans l'enquête en classe de 3^e de 2003-2004, 79,5% des collègues tirés au sort ont participé à l'enquête et la région Midi-Pyrénées n'a pas participé. Parmi les 7 538 collégiens tirés au sort, seuls les 5 759 (76,4%) qui ont présenté un carnet de santé ont été inclus dans l'analyse. Dans l'enquête en grande section (2002-2003), le taux de participation des écoles était de 40,3%. Ce taux particulièrement bas est lié à des circonstances exceptionnelles (grève des remontées administratives). L'échantillon était constitué de 4 747 enfants mais seuls les 4 362 élèves ayant présenté leur carnet de santé lors de la visite ont été inclus dans l'analyse. Le taux de participation des académies et les modifications régu-

lières du calendrier vaccinal limitent certaines analyses, en particulier les comparaisons entre académies et l'interprétation des évolutions temporelles.

COUVERTURE VACCINALE TÉTANOS ET POLIO CHEZ LES ADULTES

SOURCES • Enquête Santé et protection sociale (ESPS) menée par l'IRDES tous les deux ans : le module vaccination cible la population de plus de 16 ans, au sein d'un échantillon d'environ 18 000 personnes (échantillons d'enquête conçus à partir d'échantillons permanents issus des fichiers de la CNAMTS, de la CANAM et de la MSA). La première enquête comportant ce volet a été réalisée en 2002 en France métropolitaine.

CHAMP • France métropolitaine.

LIMITES • Il s'agit des limites des données déclaratives. Plus de 50% des adultes n'ont aucun document sur lequel seraient reportées leurs vaccinations.

SUIVI DES ACHATS DE VACCINS

SOURCES • Données GERS (Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques). Il s'agit des données brutes d'achats de vaccins par les officines.

CHAMP • France entière.

LIMITES • Il s'agit de volumes globaux d'achats de vaccins, il est donc impossible d'en faire une analyse par âge ou d'estimer les couvertures vaccinales, en particulier dans le cas des vaccins multidoses. Ce ne sont là que des indicateurs très indirects.

RÉFÉRENCES •

– Antona D., Fonteneau L., Lévy-Bruhl D., Guignon N., De Peretti C., Niel X., Romano M.-C., Kemeur C., Herbet J.-B., 2007, «Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France : résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 6: 45-49.
– Antona D., Bussière E., Guignon N., Badeyan G., Lévy-Bruhl D., 2003, «La couverture vaccinale en France en 2001», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 36.
– Antona D., Bussière E., Guignon N., Badeyan G., Lévy-Bruhl D., 2003, «Vaccine coverage of pre-school age children in France in 2000», *Eurosurveillance*, juin, 8(6):139-44.
– Auvray L., Doussin A., Le Fur P., 2003, «Santé, soins et protection sociale en 2002», *CREDES*, n° 1509, 181 p.
– Bonmarin I., Parent I., Lévy-Bruhl D., 2004, «La rougeole en France : impact épidémiologique d'une couverture vaccinale sub-optimale», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 16: 61-62.

– Badeyan G., Guignon N., 1999, «Vaccination contre la tuberculose», *Études et Résultats*, DREES, n° 8.
– Bussière E., 2000, «Principaux indicateurs issus des certificats de santé», *Document de travail*, coll. «Statistiques», DREES, n° 17.
– EUVAX project report, 2001, *Scientific and technical evaluation of vaccination programmes in the European Union*, PSR consulting, University press, Helsinki.
– Guignon N., Fonteneau L., 2007, «La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats», *Études et Résultats*, DREES, n° 573.
– Guignon N., De Peretti C., 2005, «La situation vaccinale des adolescents des classes de 3^e», *Études et Résultats*, DREES, n° 409.
– Guignon N., Badeyan G., 2002, «La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé des écoles», *Études et Résultats*, DREES, n° 155.
– Institut de veille sanitaire, 2008, Vaccination par le BCG en médecine libérale après la levée de l'obligation vaccinale»,

Rapport InVS, avril.

– Institut de veille sanitaire, 2001, *Mesure de la couverture vaccinale en France : bilan des outils et méthodes en l'an 2000*, InVS, Paris.
– Guthmann J.-P., Fonteneau L., Antona D., Lévy Bruhl D., 2007, «La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France : résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 51-52: 441-445.
– Guthmann J.-P., La Rocque F. de, Bouché M., van Cauteren D., Fonteneau L., Lécuyer A., Cohen R., Lévy-Bruhl D., 2009, «Couverture vaccinale BCG en médecine libérale : premiers données chez le nourrisson, sept mois après la levée de l'obligation vaccinale en France», *Archives pédiatriques*; 16: 489-95.
– World Health Organization (WHO), 2002, «WHO vaccine preventable diseases monitoring system. Country immunization profiles. 2002 global summary», *Document WHO/V&B*, 02.20: R42-R234.

Mortalité maternelle

Chaque année en France, 50 à 100 femmes décèdent durant leur grossesse ou de ses suites¹. Au cours des quinze dernières années, le taux de mortalité maternelle le plus élevé a atteint 13,2 décès pour 100 000 naissances en 1996 en France métropolitaine, soit 97 décès maternels. La loi de santé publique de 2004 a préconisé d'**atteindre un taux inférieur à 5 décès pour 100 000 naissances** à un horizon quinquennal. Depuis 2001, les statistiques incluent les départements d'outre-mer (DOM).

Selon l'analyse du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM), 46 % des décès maternels survenus entre 2001 et 2006 pouvaient être considérés comme évitables. Le nombre annuel de décès maternels étant peu élevé, le CNEMM recommande d'examiner, outre les taux annuels, les taux sur deux ans et estime qu'il n'est pas pertinent de désagréger cet indicateur au niveau régional et annuellement. Pour les mêmes raisons, la proportion d'évitabilité est calculée, selon une moyenne mobile, pour une période de cinq ans.

La qualité de la déclaration des morts maternelles étant très hétérogène selon les différents pays d'Europe, des comparaisons de taux à cette échelle ne sont pas interprétables.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes

En 2005-2006, le taux de mortalité maternelle s'établissait en France à 7 décès pour 100 000 naissances vivantes (tableau 1). En 2007, le taux de mortalité maternelle de la France entière est plus élevé que celui de la France métropolitaine (8,6 contre 7,6). Il confirme la tendance à la baisse enregistrée depuis le début des années 1990, période où a commencé la surveillance systématique de cet indicateur. Une variation aléatoire ne peut être exclue, compte tenu du nombre peu élevé de décès et des fluctuations annuelles régulièrement constatées en France (graphique 1).

Le risque de mort maternelle augmente avec l'âge et demeure supérieur chez les femmes de nationalité étrangère. Il existe en France des disparités régionales, qui ont été analysées sur plusieurs années, tant en termes de taux de mortalité maternelle qu'en termes de causes de décès. Ni l'âge ni la nationalité des femmes n'expliquent le sur-risque de mortalité maternelle en Île-de-France et dans les DOM.

Deux mécanismes distincts et indépendants de la qualité des soins sont à prendre en compte.

Tout d'abord, le nombre des décès maternels est sous-estimé dans la statistique des causes médicales de décès : les premières recherches menées en France ont établi que cette sous-estimation était de l'ordre de 50 % en 1988-1989 ; elle était ramenée à 30 % dans une étude relative à l'année 1999 (Bouvier-Colle *et al.*, 1991 et 2004). Depuis 2001, la sous-estimation fluctue entre 15 % et 30 % selon les années, d'après la méthode de correction élaborée par l'unité 149/953 de l'INSERM. Depuis

dix ans, l'enregistrement des décès maternels s'est donc amélioré en France.

D'autres recherches ont montré que, compte tenu de l'évolution démographique (nombre de femmes en âge de procréer et structure par âge), la mortalité maternelle ne pouvait qu'augmenter jusqu'en 2005. Le constat inverse fait sur les données réellement enregistrées en 2005 conduit à penser que la baisse observée est réelle.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre et proportion de décès maternels jugés évitables

Jusqu'en 2000, les données concernaient seulement la France métropolitaine. À partir de 2001, les certificats de décès ont été exploités dans les DOM. Les taux d'évitabilité ne sont pas significativement différents entre les DOM et la métropole. Globalement, la part des décès jugés évitables n'a pas varié entre 2000-2004 et 2002-2006 (tableau 2)

Les comparaisons internationales sont difficiles. Toutefois, d'après deux études comparant la France aux pays de l'Union européenne et la France à la Finlande, le Massachusetts et la Caroline du Nord, il apparaît que la situation

française pourrait être améliorée, notamment en ce qui concerne les hémorragies du post-partum qui constituent la première cause de mortalité maternelle et qui sont en partie évitables. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM UNITÉ 149/953.

synthèse

La mortalité maternelle tend à diminuer depuis la fin des années 1990. Le taux officiel de mortalité maternelle s'établissait à 7 décès pour 100 000 naissances en 2005-2006. En 2007, le taux de mortalité maternelle de la France entière est plus élevé que celui de la France métropolitaine (8,6 contre 7,6). On estime que 43 % des décès maternels étaient évitables pour la période 2002-2006, en baisse par rapport à la période 1996-2000 (54 %).

Pour interpréter l'évolution des taux de mortalité maternelle, il faut prendre en compte la diminution de la sous-déclaration des décès maternels dans la statistique des causes médicales de décès, ainsi que l'accroissement de l'âge moyen des mères à la maternité.

TABLEAU 1 • Évolution des taux de mortalité maternelle de 1989 à 2006

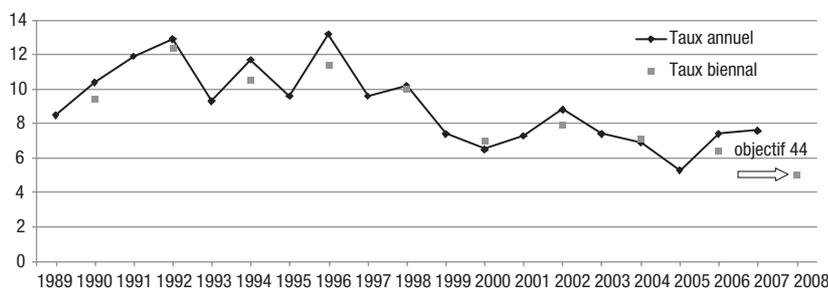
	Nombre de décès	Taux annuel*	Taux biennal*
	France métropolitaine (France entière)	France métropolitaine	France métropolitaine (France entière)
1989	65	8,5	9,4
1990	79	10,4	
1991	90	11,9	12,4
1992	96	12,9	
1993	66	9,3	10,5
1994	83	11,7	
1995	70	9,6	11,4
1996	97	13,2	
1997	70	9,6	10,0
1998	75	10,2	
1999	55	7,4	7,0
2000	50	6,5	
2001	56 (61)	7,3	7,9 (8,9)
2002	67 (81)	8,8	
2003	56 (66)	7,4	7,1 (7,8)
2004	53 (61)	6,9	
2005	41 (47)	5,3	6,4 (7,0)
2006	59 (68)	7,4	
2007	60 (70)	7,6	7,6 (8,6)

* Taux biennal pour 2004-2005.

Champ : France entière.

Sources : INSERM-CépiDc.

GRAPHIQUE 1 • Évolution de la mortalité maternelle en France depuis 1989



Champ : France métropolitaine.

Sources : Statistique nationale des causes médicales de décès, INSERM-CépiDc et INSERM unité 953.

TABLEAU 2 • Évolution de la proportion de décès maternels « évitables » entre 1996 et 2006

	Nombre de décès de causes obstétricales	Part de décès évitables (en %)
1996-2000	269	54,0
1997-2001	258	51,6
1998-2002	264	50,4
1999-2003	265	49,1
2000-2004*	275	46,3
2001-2005*	262	47,1
2002-2006*	257	43,3

Champ : France métropolitaine; * France entière.

Sources : CNEMM et INSERM unité 953.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Mortalité : INSERM-CépiDc; naissances : INSEE.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre des décès de causes obstétricales directes et indirectes sur le nombre de naissances vivantes de l'année considérée.

LIMITES • La désagrégation par région n'a de signification que pour des périodes pluriannuelles (quinquennales par exemple). Elle n'est pas présentée ici.

BIAS • Sous-estimation des morts maternelles (de 50% à 30% selon les années) : voir Bouvier-Colle, 1991 et 2004.

RÉFÉRENCES •

- Bouvier-Colle M.-H., Varnoux N., Costes P., Hattou F., 1991, «Mortalité maternelle en France : fréquence et raisons de sa sous-estimation dans la statistique des causes médicales de décès», *Journal de gynécologie d'obstétrique et de biologie de la reproduction*, n° 20, p. 885-891.
- Bouvier-Colle M.-H., Deneux C., Szego E., Couet C., Michel E., Varnoux N., Jouglà E., 2004, «Estimation de la mortalité maternelle en France : une nouvelle méthode», *Journal de gynécologie d'obstétrique et de biologie de la reproduction*, n° 33, p. 421-9.
- Deneux C., Berg C.-J., Bouvier-Colle M.-H., Gissler M., Harper M., Alexander S., Nildman K., Breart G., Buekens P., 2005, «Underreporting of Pregnancy-Related Mortality in the United States and Europe», *Obstetrics and Gynecology*, 106, 4: 684-692.
- Salanave B., Bouvier-Colle M.-H., 1995, «Mortalité maternelle et structure des naissances. Une explication possible de la surmortalité en France», *Revue épidémiologique de santé publique*, 43: 301-7.
- Saucedo M., Deneux-Tharaux C. et Bouvier-Colle M.-H., 2010, «Épidémiologie des morts maternelles en France 2001-2006», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3, janvier 2010.
- Saucedo M., Deneux-Tharaux C. et Bouvier-Colle M.-H., 2010, «Disparités régionales de mortalité maternelle en France : situation particulière de l'Île-de-France et des départements d'outre-mer, 2001-2006», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3, janvier 2010.
- Szego E., Bouvier-Colle M.-H., 2003, «Évolution de la mortalité maternelle en France, depuis 1980», *Revue épidémiologique de santé publique*, 51: 361-364.
- Wildman K., Bouvier-Colle M.-H., 2004, «Maternal mortality as an indicator of obstetric care in Europe», *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 111: 164-9.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc et unité 953.

CHAMP • France métropolitaine jusqu'en 1999-2003, France entière depuis la période 2000-2004.

SOURCES • Comité national d'experts sur la mortalité maternelle évitable (CNEMM).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Rapport du nombre des décès maternels classés évitables par le CNEMM sur le nombre total de décès maternels expertisés.

LIMITES • Signification statistique réduite en raison du petit nombre de cas annuels; la désagrégation par cause n'a de signification que sur des périodes pluriannuelles. Entre 2004 et 2006, la procédure d'expertise a été modifiée de façon temporaire, d'où une sous-estimation probable du nombre de décès évitables.

BIAS • Données non exhaustives (25% de non-réponse en moyenne).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM unité 953.

Mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale est défini comme le nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances d'enfants vivants ou sans vie. Cet indicateur est produit chaque année par l'INSEE à partir de l'état civil. La loi de santé publique de 2004 a retenu comme objectif de **réduire la mortalité périnatale de 15 %**.

L'indicateur de mortalité périnatale a été construit pour mesurer les décès en lien avec la période périnatale. Ceux-ci étant aujourd'hui plus tardifs du fait des progrès de la réanimation néonatale, la mortalité périnatale n'est plus un indicateur suffisant pour suivre les décès liés à cette période. Il est à présent nécessaire de prendre en compte toute la mortalité néonatale et même, pour suivre les effets tardifs, la mortalité infantile. Par ailleurs, l'indicateur de mortalité périnatale pose des problèmes de comparaison internationale en raison des variations qui peuvent exister quant à la définition de la mortinatalité.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Taux de mortalité périnatale

Entre 1995 et 2001, la mortalité périnatale a continué de diminuer, à l'instar des années précédentes, passant de 7,7 enfants sans vie ou décédés à moins de 7 jours pour 1 000 naissances à 7,1 (tableau 1). La brusque augmentation observée en 2002 (10,2 pour 1 000) est due à un changement de réglementation, consécutif à l'abaissement des seuils d'enregistrement. Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). Or, une circulaire de novembre 2001 a modifié cette disposition : désormais, un acte d'enfant sans vie peut être établi après vingt-deux semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant mort-né pèse au moins 500 grammes.

Depuis 2003, le taux de mortalité périnatale s'est stabilisé autour de 11 pour 1 000 naissances. En 2006, la situation variait de 8,2 décès pour 1 000 naissances dans le Limousin à plus de 13 pour 1 000 en Picardie. La situation était beaucoup moins favorable dans les départements d'outre-mer, avec une moyenne de 17,7 décès pour 1 000 naissances, particulièrement en Guadeloupe et en Martinique où les taux atteignaient respectivement 20,2 et 23,2 pour 1 000.

Taux de mortinatalité

Au cours des trois dernières décennies, le taux de mortinatalité a suivi une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale. En 2007, il s'élevait globalement à 9,3 enfants sans vie ou mort-nés pour 1 000 naissances (tableau 1).

En 2006, les taux de mortinatalité atteignaient 13,9 pour 1 000 naissances dans les départements d'outre-mer et respectivement 16,9 et 18,6 pour 1 000 en Guadeloupe et Martinique.

Taux de mortalité néonatale

La mortalité néonatale a peu évolué entre 1995 et 2001 (3,0 enfants décédés à moins de 28 jours pour 1 000 naissances vivantes). Elle s'est stabilisée à compter de 2005 (2,5 pour 1 000 naissances vivantes). Le taux observé dans les départements d'outre-mer (6,0 pour 1 000 en 2006) était plus de deux fois supérieur à celui de la France métropolitaine.

Depuis 1997, un certificat spécifique a été mis en place pour les décès néonataux. L'analyse effectuée pour ceux survenus en métropole en 1999 a montré que les deux tiers de ces décès concernaient des prématurés (67,1 %) et particulièrement les grands prématurés : 30,5 % étaient nés avant 27 semaines et 25 % entre 27 et 32 semaines. Les enfants issus de grossesses multiples représentaient quant à eux 18,8 % des décès néonataux

(tableau 2). Par ailleurs, 36,9 % des décès néonataux sont survenus dans les premières 24 heures, 35,1 % pendant les 6 jours suivants, 14,7 % durant la deuxième semaine et 13,4 % au cours des deux semaines suivantes.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Taux de mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile a diminué, passant de 5,0 enfants décédés à moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes en 1995 à 3,8 pour 1 000 en 2005 (tableau 1). Ce chiffre est resté stable en 2008. Du début des années 1980 au milieu des années 1990, cette baisse était principalement liée au recul de la mortalité néonatale. Mais depuis, la mortalité néonatale s'est stabilisée et la baisse la plus importante a concerné la mortalité post-néonatale (enfants décédés entre le 28^e jour et un an).

Le niveau de la mortalité infantile française était inférieur à celui de l'Union européenne (4,7 pour 1 000 en 2006). Les taux les plus faibles ont été recensés dans le nord de l'Europe. À l'inverse, les deux nouveaux États membres (Bulgarie et Roumanie) ont enregistré les taux les plus forts (graphique 1). Au sein même du territoire français, de fortes disparités subsistaient. En 2008, les taux de mortalité infantile étaient compris entre 2,0 (Corse) et 5,1 (Champagne-Ardenne) en France métropolitaine, et ils étaient supérieurs à 6,9 dans les départements d'outre-mer : 6,9 en Guadeloupe, 7,5 en Martinique, 8,0 à la Réunion et 13,6 en Guyane. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES-INSEE.

synthèse

Après une longue période de baisse, le taux de mortalité périnatale est reparti à la hausse depuis 2000. Si le changement de réglementation intervenu en 2001 est responsable de la hausse brusque de cet indicateur en 2002, il n'explique pas la totalité de cette évolution. Depuis 2003, le taux de mortalité périnatale s'est stabilisé autour de 11,0 pour 1 000 naissances, l'année 2005 ayant enregistré le taux le plus bas (10,8 pour 1 000). Le taux de mortinatalité a suivi une évolution similaire à celle du taux de mortalité périnatale et a atteint 9,3 pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie en 2007. En revanche, la mortalité néonatale a continué de baisser, passant de 3,0 pour 1 000 en 2001 à 2,5 en 2007.

Des disparités territoriales sensibles, particulièrement entre la métropole et les départements d'outre-mer, persistent pour l'ensemble de ces indicateurs.

TABLEAU 1 • Évolution de la mortalité périnatale, néonatale et infantile entre 1995 et 2008

	Taux de mortalité périnatale (enfants décédés à moins de 7 jours ou sans vie)	Taux de mortalité néonatale (enfants sans vie ou mort-nés)	Taux de mortalité néonatale (enfants décédés à moins de 28 jours)	Taux de mortalité infantile (enfants décédés à moins d'un an)
	Taux pour 1 000 enfants nés vivants ou sans vie*		Taux pour 1 000 enfants nés vivants	
1995	7,7	5,4	3,0	5,0
2000	6,9	4,8	2,9	4,5
2001	7,1	4,9	3,0	4,6
2002 *	10,2	8,3	2,7	4,2
2003	11,1	9,2	2,8	4,2
2004	11,1	9,3	2,7	4,0
2005	10,8	9,1	2,5	3,8
2006 (p)	11,2	9,5	2,5	3,8
2007 (p)	11,0	9,3	2,5	3,8
2008 (p)	nd	nd	nd	3,8

(p) Résultats provisoires arrêtés à la fin 2008. nd : Données non disponibles.

* La forte évolution des taux de mortalité périnatale et de mortalité néonatale en 2002 est liée à la forte augmentation du nombre d'enfants sans vie enregistrée du fait d'un changement législatif. Selon une circulaire de novembre 2001, un acte d'enfant sans vie correspond désormais au terme de 22 semaines d'aménorrhée ou à un poids de 500 grammes. Ces critères se substituent au délai de 180 jours de gestation prévu dans l'état civil.

Champ : France (métropole et départements d'outre-mer).

Sources : INSEE, statistiques de l'état civil ; INSERM-CépiDc.

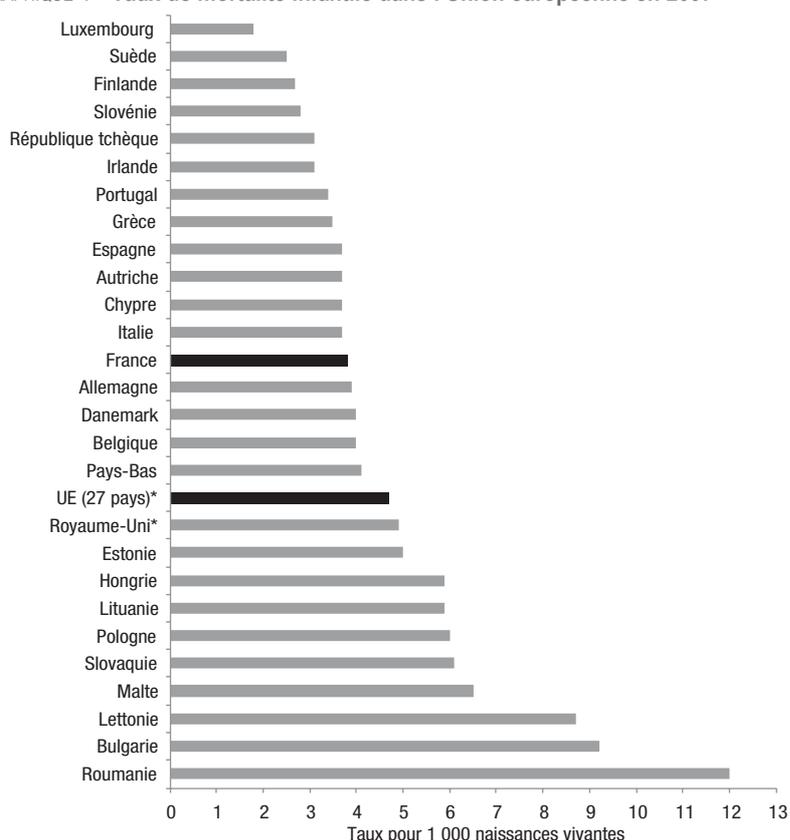
TABLEAU 2 • Répartition des décès néonataux selon le type de naissances et l'âge gestationnel en 1999 (en %)

Type de naissances	
Naissances uniques	81,2
Naissances multiples	18,8
Âge gestationnel	
< 27 semaines	30,5
27-28 semaines	12,3
29-32 semaines	12,7
33-36 semaines	11,5
37 semaines ou plus	32,9

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc, INSERM Unité 149/953.

GRAPHIQUE 1 • Taux de mortalité infantile dans l'Union européenne en 2007



* Données 2006.

Champ : Union européenne, 27 pays.

Sources : Eurostat.

CHAMP • France (métropole et départements d'outre-mer), Union européenne.

SOURCES • INSEE (estimations de population et statistiques de l'état civil). Eurostat pour les données européennes. INSERM-CépiDc : certificats de décès.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS •

Avant 2001, aucun acte n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de la grossesse était inférieure à 180 jours (28 semaines d'aménorrhée). Depuis 2001, un acte d'enfant sans vie peut être établi dès 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant mort-né pèse au moins 500 grammes. Depuis le 22 août 2008, sur production d'un certificat médical d'accouchement, tout enfant mort-né ou né vivant mais non viable peut donner lieu à un enregistrement à l'état civil.

– Mortinatalité : rapport du nombre annuel de décès fœtaux à l'ensemble des naissances (vivantes et morts nés).

– Mortalité périnatale : rapport du nombre annuel de décès fœtaux et néonataux précoces (décès avant une semaine) à l'ensemble des naissances.

– Mortalité néonatale : rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.

– Mortalité infantile : rapport du nombre annuel de décès d'enfants nés vivants décédés avant 1 an à l'ensemble des naissances vivantes.

LIMITES ET BIAIS • Données exhaustives.

RÉFÉRENCES •

– Beaumel C., Richet-Mastain L., Vatan M., 2007, «La situation démographique en 2005. Mouvement de la population», *INSEE Résultats*, n° 66.

– Pla A., 2008 «La situation démographique en 2007. Des naissances toujours plus nombreuses», *INSEE Première*, n° 1170.

– Pla A., 2009 «Bilan démographique 2009. Plus d'enfants, de plus en plus tard», *INSEE Première*, n° 1220.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSEE.

CHAMP • France métropolitaine, 1999.

SOURCES • INSEE (état civil), INSERM (CépiDc et Unité 149/953) : certificats de décès néonataux.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Mortalité néonatale : rapport du nombre annuel de décès néonataux (enfants nés vivants décédés avant 28 jours) à l'ensemble des naissances vivantes.

LIMITES ET BIAIS • Données en principe exhaustives. Un certificat de décès néonatal était disponible pour 87,1 % des décès néonataux.

RÉFÉRENCE •

– Blondel B., Eb M., Matet N., Bréart G., Jouglu E., 2006, «Apport du certificat de décès néonatal à la connaissance de la mortalité en France», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 4.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM.

Grossesses extra-utérines

La loi de santé publique de 2004 a proposé comme objectif de **diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines (GEU) responsables d'infertilité**. Il n'est actuellement pas démontré que le type de traitement des grossesses extra-utérines modifie la fertilité ultérieure. Il est en effet possible que ce soit les mêmes causes qui induisent les GEU et les troubles de la fertilité. On distingue deux types de GEU : les premières surviennent en cours de contraception (« échec de contraception ») et ne sont généralement pas compliquées de troubles de la fertilité ; les secondes se produisent en dehors de toute contraception (« échec d'un projet reproductif »). Ces dernières sont favorisées par des facteurs tels que le tabagisme, les infections génitales à *Chlamydiae trachomatis* ou les antécédents de chirurgie tubaire et correspondent souvent à une fertilité dégradée. Les autres facteurs de risque sont l'âge, les antécédents de fausse couche spontanée, d'interruption volontaire de grossesse, de contraception par stérilet et d'infertilité¹. Les données recueillies par le registre d'Auvergne montrent une stabilité globale des GEU entre 1992 et 2002, avec toutefois des différences selon les types : les GEU sous contraception ont diminué pendant la période, en lien avec la diminution de la contraception par stérilet dans la population d'Auvergne, alors que les GEU qui correspondent à des « échecs reproductifs » ont augmenté de 17 % entre 1997 et 2002. Cet accroissement pourrait être lié à une augmentation des infections à *C. trachomatis* et du tabagisme.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre et taux d'incidence des grossesses extra-utérines (ratio pour 100 naissances vivantes)

Seules les GEU hospitalisées peuvent être prises en compte pour le calcul de l'indicateur.

En 2007, les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ont enregistré près de 13 000 séjours motivés par une grossesse extra-utérine (tableau 1).

Ce nombre de séjours a diminué entre 1997 et 2007, comme le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes, qui est passé de près de 2 en 1997 à environ 1,6 en 2007. Dans le même temps, les modes de traitement se sont modifiés. L'intervention était réalisée sous cœlioscopie dans deux tiers des cas. La part des interventions de chirurgie ouverte (laparotomie) a sensiblement diminué, tandis que celle des traitements médicamenteux s'est fortement accrue. La baisse du nombre de séjours pour GEU pourrait en partie résulter d'une augmentation du nombre de GEU traitées par voie médicamenteuse, qui ne nécessitent pas d'hospitalisation et ne sont pas comptabilisées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est beaucoup plus élevé aux âges extrêmes (moins de 20 ans ou plus de 34 ans) : en 2007, il était de 2,1 pour les femmes âgées de moins

de 20 ans, de 1,9 pour celles âgées de 35-39 ans et de 2,6 pour celles qui sont âgées de 40 ans ou plus (tableau 2). Il variait également selon les régions, passant de 1,4 dans le Nord - Pas-de-Calais à 2,7 en Guadeloupe (tableau 3). Ces écarts ne semblent pas s'expliquer par l'effet lié aux structures d'âge : les régions dans lesquelles le ratio de GEU était le plus élevé (Guadeloupe, Martinique et Corse) enregistraient des proportions élevées de naissances chez des femmes d'âges « extrêmes », mais aussi des ratios de GEU supérieurs aux moyennes nationales dans pratiquement toutes les classes d'âges. L'inverse était observé dans les régions métropolitaines où les ratios de GEU étaient les plus faibles (Nord - Pas-de-Calais et Rhône-Alpes).

Le mode de traitement diffère en fonction de l'âge (tableau 2) : la voie médicamenteuse apparaît plus souvent employée chez les moins

de 30 ans, tandis que le recours à la chirurgie ouverte (laparotomie) semble plus fréquent chez les femmes âgées de 35 ans ou plus. Le mode de traitement varie fortement selon la région de résidence des femmes. Il est toutefois difficile, avec les données disponibles dans le PMSI, de faire la part entre ce qui serait lié à un éventuel mode de traitement préférentiel en fonction de l'âge des femmes et ce qui relèverait des pratiques régionales, notamment quant au recours au traitement par voie médicamenteuse sans hospitalisation. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

1. Bouyer J., 2003, « Épidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences », *Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*; 32 (suppl. au n° 7) : 3S8-3S17.

synthèse

En 2007, les grossesses extra-utérines (GEU) ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers en MCO, soit un ratio de 1,6 GEU pour 100 naissances vivantes. Il était légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans, proche de 2 chez les 35-39 ans et de 2,6 à partir de 40 ans. Dans les régions Guadeloupe et Martinique, les ratios étaient supérieurs à 2,5. En cas d'hospitalisation, la GEU était traitée par une intervention réalisée sous cœlioscopie dans deux tiers des cas. Entre 1997 et 2007, la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué, tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue.

En dix ans, le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est passé de 1,9 à 1,6 mais la baisse des GEU hospitalisées pourrait être en partie compensée par une augmentation du nombre de GEU traitées médicalement qui ne nécessitent pas d'hospitalisation.

TABLEAU 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine

	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
1997	14 700	1,94	21,7	67,4	10,9
1998	14 500	1,89	19,5	67,9	12,6
1999	14 230	1,83	18,7	66,9	14,4
2000	13 930	1,72	16,0	68,1	15,9
2001	13 280	1,65	14,3	67,8	17,9
2002	13 130	1,65	14,0	66,3	19,7
2003	12 670	1,60	13,5	65,6	20,9
2004	13 000	1,63	11,9	64,2	23,9
2005	12 970	1,61	10,5	64,2	25,3
2006	12 930	1,56	10,0	63,4	26,6
2007	12 910	1,58	8,9	64,8	26,3

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

TABLEAU 2 • Hospitalisations en 2007 en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon l'âge de la femme

Groupes d'âges	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Moins de 20 ans	360	2,10	10,8	58,7	30,5
20 à 24 ans	1 720	1,54	7,6	63,1	29,3
25 à 29 ans	3 430	1,32	8,2	64,8	27,0
30 à 34 ans	3 870	1,50	8,9	65,0	26,1
35 à 39 ans	2 660	1,94	9,7	66,9	23,4
40 ans ou plus	870	2,55	11,5	62,8	25,7
Total tous âges	12 910	1,58	8,9	64,8	26,3

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

TABLEAU 3 • Hospitalisations en 2007 en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon la région de résidence de la femme

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Proportion de femmes d'âges extrêmes ¹ (en %)		Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			GEU	Naissances vivantes	Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Île-de-France	2 820	1,57	31,1	26,4	8,2	65,1	26,7
Champagne-Ardenne	310	1,91	26,5	20,1	10,7	58,2	31,1
Picardie	360	1,47	32,3	20,7	14,0	58,3	27,7
Haute-Normandie	380	1,61	25,4	19,7	5,6	64,0	30,4
Centre	470	1,56	28,7	21,4	12,6	57,0	30,4
Basse-Normandie	250	1,48	24,2	19,7	5,5	67,9	26,6
Bourgogne	280	1,57	31,4	20,8	5,0	70,7	24,3
Nord-Pas-de-Calais	760	1,35	26,6	19,7	9,1	65,8	25,1
Lorraine	460	1,72	29,4	20,0	8,6	60,5	30,9
Alsace	360	1,62	29,1	21,8	4,8	49,7	45,5
Franche-Comté	220	1,47	30,2	19,2	11,2	66,0	22,8
Pays de la Loire	680	1,50	28,7	19,7	9,4	58,6	32,0
Bretagne	540	1,46	29,0	22,0	7,2	63,6	29,2
Poitou-Charentes	280	1,50	32,7	20,8	8,4	68,0	23,6
Aquitaine	540	1,60	30,2	24,1	6,3	76,2	17,5
Midi-Pyrénées	510	1,63	34,4	23,9	12,1	67,3	20,6
Limousin	110	1,58	40,2	22,3	6,2	78,6	15,2
Rhône-Alpes	1 130	1,42	29,7	22,1	7,1	69,9	23,0
Auvergne	250	1,81	32,0	21,2	4,4	73,6	22,0
Languedoc-Roussillon	530	1,80	28,9	23,7	7,3	77,1	15,6
PACA	960	1,68	31,0	24,7	8,7	67,1	24,2
Corse	60	2,00	24,6	27,0	26,3	56,1	17,6
Guadeloupe	180	2,68	29,3	33,7	10,3	48,9	40,8
Martinique	140	2,56	37,5	34,4	28,7	44,1	27,2
Guyane	90	1,38	27,3	31,4	46,6	29,5	23,9
La Réunion	240	1,63	37,6	27,6	8,7	60,3	31,0
France entière	12 910	1,58	30,2	23,1	8,9	64,8	26,3

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI-MCO (DHOS, ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers; état civil (INSEE) pour les naissances.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus, pour repérer les grossesses extra-utérines, les séjours comportant le code CIM 10 O00 en diagnostic principal. Les GEU ont été ventilées selon le mode de traitement (laparotomie, cœlioscopie ou médicaments) à partir des codes actes sur les trompes, les ovaires ou l'utérus mentionnés dans le séjour. En cas d'association de modes de traitement, c'est le plus «lourd» qui a été retenu (par exemple laparotomie si le séjour mentionne un acte de chirurgie ouverte et un acte réalisé sous cœlioscopie); les séjours ne comportant aucun acte ont été regroupés avec ceux mentionnant un traitement médicamenteux.

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patients. Il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé. Ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante: il est passé de 94% en 1998 à près de 100% en 2007.

RÉFÉRENCE •

— Coste J., Bouyer J., Ughetto S., Gerbaud L., Fernandez H., Pouly J.-L., Job-Spira N., 2004, «Etopic pregnancy is again on the increase. Trends in the incidence of etopic pregnancies in France (1992-2002)», *Human reproduction*, vol.19 (9): 2014-2018.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

1. Femmes âgées de moins de 20 ans ou de 35 ans ou plus.

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

Situations périnatales à l'origine de handicaps

L'objectif de la loi de santé publique de 2004 est de **réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme**. La prématurité (particulièrement la grande prématurité) et ses complications (cérébrales, respiratoires, sensorielles, etc.) constitue une part importante des situations périnatales responsables de handicaps à long terme. C'est aussi le cas des retards de croissance intra-utérins, des infections néonatales, de l'alcoolisme maternel, des déficits nutritionnels importants, des accidents neurologiques ou de l'asphyxie périnatale. En se fondant sur les recommandations du projet européen Peristat, les indicateurs retenus sont les distributions des âges gestationnels, des poids de naissance et du score d'APGAR à 5 minutes. L'indicateur complémentaire sur la prévalence du handicap d'origine périnatale n'est pas disponible à ce jour. Il apparaît à cet égard nécessaire de développer les registres départementaux des handicaps, qui constituent aujourd'hui les seules sources permanentes validées sur le handicap d'origine périnatale, et d'expertiser les possibilités de productions de données nationales validées pour quelques pathologies traceuses (telles l'infirmité motrice cérébrale).

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Fréquence et distribution de la prématurité

En 2003, l'enquête nationale Périnatale indiquait un taux de prématurité globale (enfants nés à moins de 37 semaines d'aménorrhée) égal à 7,2% en France métropolitaine pour l'ensemble des naissances (vivants et mort-nés), contre 5,9% en 1995 et 6,8% en 1998 (tableau 1).

La part des prématurés est élevée parmi les mort-nés. Si l'on se restreint aux naissances vivantes, le taux de prématurité était un peu plus faible en 2003. Il atteignait 6,3%, ce qui représente environ 48 000 naissances (tableau 2), contre 6,2% en 1998 et 5,4% en 1995. Ce taux était de 5,0% pour les naissances uniques et 44,3% pour les naissances multiples (tableau 3). Le taux de grands prématurés de terme inférieur à 32 semaines était globalement égal à 1,6% en 2003, soit 0,9% des naissances vivantes (0,7% pour les naissances uniques et 5,4% pour les naissances multiples).

Entre 1995 et 1998, l'augmentation du taux de prématurité s'expliquait essentiellement par l'augmentation des naissances gémellaires et du taux de prématurité parmi ces naissances. L'essentiel des évolutions observées entre 1998 et 2003 est au contraire lié à l'augmentation de la prématurité parmi les naissances uniques : 5,0% en 2003 contre 4,7% en 1998 et 4,5% en 1995 (naissances vivantes), cette tendance étant toutefois à la limite de la signification.

L'enquête nationale Périnatale ne permet pas d'assurer une précision suffisante au niveau régional, mais relève toutefois de fortes disparités entre la métropole et les départements d'outre-mer qui présentaient en 2003 un taux élevé d'enfants nés prématurément (12,0% des enfants nés vivants).

Les comparaisons européennes effectuées pour le projet Peristat, montrent que, pour les

années 1998-2000, le taux de prématurité variait de 5 à 8% pour les naissances vivantes, ce qui plaçait la France en position intermédiaire. Les variations étaient plus faibles pour les grands prématurés de terme inférieur à 32 semaines, avec un pourcentage compris entre 0,7 et 1,4%. Les valeurs observées en France étaient de 0,76% en 1998 et de 0,87% en 2003¹.

Fréquence et distribution des petits poids de naissance

La prévalence des petits poids de naissance est un deuxième indicateur approché du risque périnatal reflétant la prématurité (et/ou le retard de croissance intra-utérine). En 2003, l'enquête nationale Périnatale indiquait que 8% de l'ensemble des enfants nés² en France métropolitaine pesaient moins de 2 500 grammes (tableau 4).

Rapportée aux naissances vivantes, cette proportion s'élevait à 7,2% en métropole en 2003 (5,5% pour les naissances uniques et 55,9% pour les naissances multiples) contre 6,8% en 1998 et 5,7% en 1995 (tableaux 5 et 6). Les bébés de très petits poids (<1 500 grammes), représentaient 0,85% des naissances vivantes en 2003 (poids inférieur à 1 000 g : 0,3%) contre 0,8% en 1998 et 0,7% en 1995.

synthèse

En 2003, 6,3% des naissances vivantes survenues en France métropolitaine étaient prématurées, cette proportion étant beaucoup plus importante pour les naissances multiples (44,3%). Parallèlement, la proportion d'enfants de petits poids de naissance (moins de 2 500 g) était de 7,2% parmi les naissances vivantes (56,3% en cas de naissance multiples). Depuis 1998, on note une augmentation toutefois non significative de la proportion de petits poids de naissances parmi les naissances vivantes uniques, une tendance similaire, moins marquée, étant observée pour la prématurité. Pour partie, cette évolution pourrait être liée aux décisions médicales de provoquer l'accouchement dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant. Les départements d'outre-mer enregistrent une situation plus défavorable caractérisée par des taux élevés de naissances prématurées et d'enfants de petits poids de naissance (respectivement 12,0% et 12,3% des naissances vivantes). L'enquête nationale périnatale de 2010 permettra d'apprécier les évolutions des indicateurs retenus pour le suivi de cet objectif.

De même que pour la prématurité, la prévalence des nouveau-nés de petit poids de naissances était particulièrement élevée dans les départements d'outre-mer (12,3% des naissances vivantes). Le poids de naissance moyen dans une population peut varier selon l'âge maternel, la parité, ainsi que le poids et la taille des parents. Les comparaisons réalisées dans le cadre du projet européen Peristat montrent ainsi que les prévalences des nouveau-nés de poids de naissance inférieur à 2 500 g (naissances vivantes) variaient de 4,5 à 8,5% selon les pays au début du vingt et unième siècle (moins de 5% au Danemark, en Finlande, en Irlande, au Luxembourg et en Suède). Les écarts pour les très petits poids sont plus faibles, la prévalence des naissances avec un poids de moins de 1 500 g variant de 0,8% à 1,2% selon les pays.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Distribution des scores d'APGAR à 5 minutes

Le score d'APGAR a été retenu comme indicateur approchant les situations de souffrance périnatale. En 2003, selon l'enquête nationale Périnatale, la proportion d'enfants ayant à 5 minutes un score inférieur à 7 était égale à 0,7% en France métropolitaine, et ceux ayant un score inférieur à 4, à 0,2% (tableau 7). Ces prévalences sont assez proches de celles qui ont été observées en 1998 en France métropolitaine (tableau 8). Les prévalences recueillies dans le cadre du projet Peristat étaient de l'ordre de 2 pour 1 000 pour les scores inférieurs à 4, et de 1 à 1,5% pour les scores inférieurs à 7. ●

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM-DREES.

1. Buitendijk S. *et al.*, 2003, « Indicators of fetal and infant health outcomes », *European journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 111, p. 66-77.
2. Vivants ou mort-nés.

TABLEAU 1 • Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel en 2003 (toutes naissances en %)

Âge gestationnel	France métropolitaine			DOM		
	Naissances uniques	Naissances multiples	Total	Naissances uniques	Naissances multiples*	Total
22 à 27 semaines	0,8	2,4	0,9	-	-	-
28 à 30 semaines	0,5	1,9	0,5	1,6	-	2,5
31 semaines	0,2	2,0	0,3	-	-	-
32 semaines	0,2	2,9	0,3	0,5	-	0,5
33 et 34 semaines	0,9	12,2	1,3	1,0	-	2,4
35 et 36 semaines	3,2	23,8	4,0	6,6	-	7,2
37 semaines et plus	94,2	54,8	92,8	90,3	-	87,4

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par âge gestationnel dans les DOM.

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : ENP 2003.

TABLEAU 2 • Répartition des nouveau-nés selon leur âge gestationnel en 2003 (naissances vivantes en %)

Âge gestationnel	France métropolitaine			DOM		
	Naissances uniques	Naissances multiples	Total	Naissances uniques	Naissances multiples*	Total
22 à 27 semaines	0,2	1,8	0,3	-	-	-
28 à 30 semaines	0,4	2,0	0,4	1,2	-	2,1
31 semaines	0,2	1,6	0,2	-	-	-
32 semaines	0,2	3,0	0,3	0,5	-	0,5
33 et 34 semaines	0,9	12,0	1,2	1,0	-	2,4
35 et 36 semaines	3,2	23,9	3,9	6,4	-	7,1
37 semaines et plus	95,0	55,7	93,7	90,9	-	88,0

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par âge gestationnel dans les DOM.

Champ : Naissances vivantes en France métropolitaine.

Sources : ENP 2003.

TABLEAU 3 • Évolution de la proportion d'enfants prématurés dans les enquêtes nationales périnatales (naissances vivantes en %)

	1995	1998	2003
Métropole	5,4	6,2	6,3
Naissances uniques	4,5	4,7	5,0
Naissances multiples	39,2	46,8	44,0
DOM	8,8*	11,4	12,0

* Antilles Guyane.

Champ : France entière.

Sources : ENP 1995, 1998 et 2003.

TABLEAU 4 • Répartition des enfants selon leur poids à la naissance (toutes naissances en %)

Poids en grammes	France métropolitaine			DOM		
	Naissances uniques	Naissances multiples	Toutes naissances	Naissances uniques	Naissances multiples*	Toutes naissances
< 1 000	0,9	2,2	0,9	0,5	-	0,6
1 000 à 1 499	0,5	2,8	0,6	0,8	-	1,1
1 500 à 2 499	4,9	51,6	6,5	8,4	-	11,1
2 500 et plus	93,7	43,4	92,0	90,3	-	87,2

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par poids de naissance dans les DOM.

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : ENP 2003.

TABLEAU 5 • Répartition des enfants selon leur poids à la naissance (naissances vivantes en %)

Poids en grammes	France métropolitaine			DOM		
	Naissances uniques	Naissances multiples	Toutes naissances	Naissances uniques	Naissances multiples*	Toutes naissances
< 1 000	0,2	1,6	0,3	0,0	-	0,2
1 000 à 1 499	0,5	2,8	0,6	0,8	-	1,1
1 500 à 2 499	4,8	51,7	6,3	8,1	-	10,9
2 500 et plus	94,5	43,9	92,8	91,1	-	87,8

* Les effectifs dans l'enquête sont insuffisants pour calculer la répartition des naissances multiples par poids de naissance dans les DOM.

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : ENP 2003.

CHAMP • France.

SOURCES • Enquêtes nationales périnatales 2003 (1995, 1998) (INSERM-DREES-DGS - Conseils généraux). Toutes les naissances une semaine donnée: ensemble des enfants d'âge gestationnel minimum de 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 grammes à la naissance nés entre le 13 et le 19 octobre 2003.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Nombre de nouveau-nés de terme inférieur à 37 semaine rapporté aux naissances.

LIMITES ET BIAIS • Limites de précision liées à la taille de l'échantillon pour les petits pourcentages. En particulier, l'effectif de l'échantillon (n = 15000) ne permet d'estimer le taux de grande prématurité avec précision.

RÉFÉRENCES •

- Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C. du, Breart G., 2005, « Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998 », *Rapport INSERM-DGS-DREES*.

- Vilain A., Peretti C. (de), Herbet J.-B., 2005, « Enquête nationale Périnatale 2003, compléments de cadrage: les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources », *Rapport INSERM-DGS-DREES*.

- Vilain A., Peretti (de) C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 383, mars.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-DREES.

TABLEAU 6 • Évolution de la distribution du poids de naissance (naissances vivantes en %)

Poids (en g)	France métropolitaine		
	1995	1998	2003
< 1 500	0,7	0,8	0,85
1 500 à 1 999	1,1	1,2	1,4
2 000 à 2 499	3,9	4,7	5,0
< 2 500	5,7	6,8	7,2
DOM			
< 2 500	10,7*	11,7	12,3

* Antilles-Guyane.

Champ : Ensemble des naissances vivantes en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : ENP 1995, 1998 et 2003.

TABLEAU 7 • Scores d'APGAR à 5 minutes en 2003 (en %)

	Métropole	DOM	France entière
< 4	0,2	0,2	0,2
< 7	0,7	0,5	0,7

Champ : Ensemble des naissances vivantes en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : ENP 2003.

TABLEAU 8 • Évolution du score d'Appgar à 5 minutes entre 1995 et 2003 (en %)

	1995	1998	2003
France métropolitaine			
< 4	0,3	0,1	0,2
< 7	0,9	0,6	0,7
DOM*			
< 4	0,6	0,7	0,2
< 7	1,0	2,2	0,5

* Antilles-Guyane.

Champ : Ensemble des naissances vivantes en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources : ENP 2003.

Dépistage du cancer du col de l'utérus (1)

Entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer (-2,9% par an en moyenne).

Cette baisse semble en grande partie attribuable au dépistage du cancer du col utérin par le frottis cervico-utérin, 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.

L'augmentation de la couverture des frottis devrait permettre de maintenir la diminution de l'incidence de ce cancer. Le dépistage cible plus particulièrement les femmes de 25 à 65 ans.

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an**, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 65 ans et l'utilisation du test HPV (*Human papillomavirus*).

Le test HPV est recommandé en France pour la conduite diagnostique en cas de frottis cervico-utérin présentant des atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASC-US, classification de Bethesda 2001). Nous ne disposons pas actuellement de données permettant de suivre le taux de prescription de ce test. À l'avenir, la vaccination contre les *papillomavirus* humains chez les jeunes filles pourrait également avoir un impact direct sur l'incidence du cancer du col de l'utérus, voire sur les modalités de dépistage.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Incidence du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer le plus fréquent chez les femmes, avec 3068 cas estimés pour 2005, et le neuvième, avec un taux d'incidence standardisé sur la population mondiale de 7,1 pour 100 000 femmes en 2005 (taux standardisé sur la population européenne : 8,9 en 2005). Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2005 (-2,9% par an en moyenne). À titre de comparaison, on estime qu'il y avait 3295 cas en 2000 pour un taux d'incidence standardisé sur la population mondiale de 7,8 pour 100 000 femmes. Toutefois, cette décroissance a tendance à se ralentir depuis 2000 (-1,8% par an en moyenne entre 2000 et 2005). Ce ralentissement est lié à la contribution de plus en plus importante des cohortes les moins à risque qui atteignent l'âge où l'incidence est maximale (40 ans).

L'incidence augmente avec l'âge jusqu'à 40 ans et le risque de mortalité jusqu'à 50 ans (graphique 1). Toutefois, le risque d'une atteinte d'un cancer du col de l'utérus avant 74 ans diminue au fil des cohortes : il passe de 3,57% pour les femmes nées en 1910 à 0,85% pour celles nées en 1940, puis décroît plus lentement (graphique 2).

Dans l'Union européenne (UE), la situation est hétérogène : les cancers invasifs du col utérin, en taux d'incidence standardisé sur la popula-

tion mondiale, varient de 4,7 (Finlande) à 18,6 (Slovénie) pour 100 000 femmes en 2004. La France se situe dans la moyenne de l'Europe à 25 en termes d'incidence (11^e position) et de mortalité (9^e position) [graphique 3].

Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-utérin entre 25 et 65 ans

L'estimation du taux de couverture par frottis cervico-utérin (FCU), définie comme un frottis en trois ans, est fondée sur l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie. Elle porte sur les femmes de 25 à 65 ans pour les périodes 2003-2005, 2004-2006 et 2005-2007. Les données d'évolution montrent une légère baisse des taux de dépistage sur ces trois périodes. Globalement, 57,4% de ces femmes étaient dépistées par FCU pour la période 2005-2007. La couverture de dépistage est supérieure à 55% entre 25 et 54 ans, atteignant 65,3% pour les femmes de 35 à 44 ans, mais chute en dessous de 50% après 55 ans pour cette même période (graphique 4).

À titre de comparaison, des analyses sur l'échantillon permanent des assurés sociaux (Epas) de la CNAMTS établissaient que 51,5% des femmes de 20 à 69 ans étaient dépistées pour la période 1995-1997 et 53,6% pour 1998-2000. Sur ces deux périodes, la couverture était inférieure à 50% dès 50 ans¹.

L'InVS a réalisé une évaluation épidémiologique des programmes « pilotes » de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère et Martinique) sur leurs

activités des années 2003 à 2005. Les programmes semblent contribuer à améliorer nettement le dépistage en métropole : la couverture de dépistage atteint 71% dans le Bas-Rhin (25 à 65 ans), 68,5% dans le Haut-Rhin (25 à 65 ans) et 59,4% en Isère (50 à 74 ans) et se maintient à un niveau élevé entre 50 et 65 ans (62,7% dans le Bas-Rhin, 58,7% dans le Haut-Rhin et 66,4% en Isère); en revanche, le taux de couverture du dépistage de la Martinique est de 39,2%.

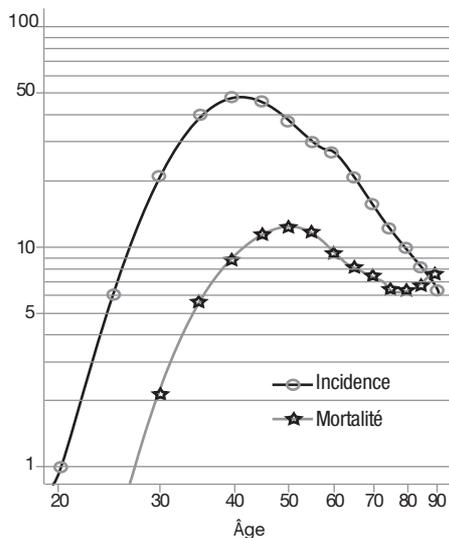
■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Nombre annuel de frottis réalisés en médecine libérale chez les femmes de 25 à 65 ans

Le nombre annuel de FCU réalisés en médecine libérale est obtenu par la liquidation des actes de l'assurance maladie correspondants. Ce volume de frottis remboursés ne correspond pas au volume de frottis de dépistage effectués puisqu'il n'est pas possible de distinguer les frottis de dépistage des frottis de contrôle. Les nombres de frottis présentés proviennent des données de la CNAMTS. Entre 2005 et 2007, près de 4,7 millions de frottis ont été remboursés chaque année. Rapportés aux assurées sociales de la CNAMTS âgées de 25 à 65 ans, on obtient des taux d'activité moyens annuels de 30,2 en 2005 et 29,3 en

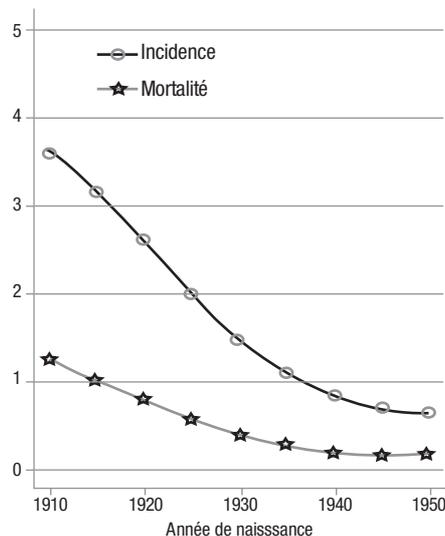
1. Ces données ne comprennent toutefois pas les frottis réalisés à l'hôpital, dont on ne connaît pas l'importance.

GRAPHIQUE 1 • Taux d'incidence et de mortalité* par âge pour la cohorte née en 1930



* Taux pour 100 000 personnes par années.
Champ : France métropolitaine, femmes tous âges.
Sources : Hospices civils de Lyon (HCL), Francim, InVS.

GRAPHIQUE 2 • Risque cumulé (0-74 ans) d'incidence et de décès selon la cohorte de naissance (en %)



Champ : France métropolitaine, femmes tous âges.
Sources : Hospices civils de Lyon (HCL), Francim, InVS.

CHAMP • France métropolitaine, femmes tous âges.

SOURCES • Hospices civils de Lyon (HCL), Francim, InVS.

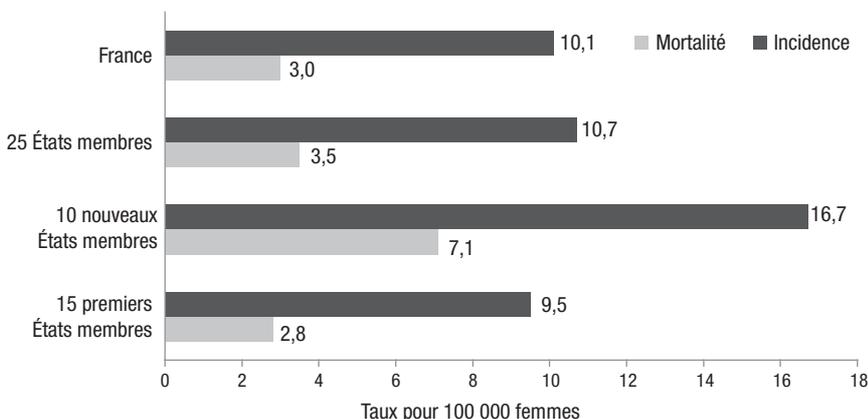
LIMITES SOURCES • Les chiffres annoncés de l'incidence et de la mortalité sont des estimations à partir des départements couverts par un registre du cancer.

RÉFÉRENCE •

— Guizard A.V., Trétarre B., 2008, « Col de l'utérus », in Réseau français des registres de cancer, *Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005*, Francim, Hospices civils de Lyon, INSERM, InVS, Saint-Maurice. www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

GRAPHIQUE 3 • Taux d'incidence et de mortalité* du cancer du col de l'utérus en Europe avant l'élargissement à 27



* Taux standardisés sur la population mondiale.
Champ : Europe, femmes tous âges.
Sources : IARC.

CHAMP • Europe, femmes tous âges.

SOURCES • IARC.

LIMITES SOURCES • Les chiffres annoncés de l'incidence et de la mortalité sont des estimations à partir des données des registres dans chaque pays européen.

RÉFÉRENCE •

— Arbyn M., Raifu A.-O., Autier P., Ferlay J., 2007, « Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004 », *Annals of Oncology*, 18(10):1708-15.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Dépistage du cancer du col de l'utérus (2)

2006 comme en 2007, soit une couverture de 88,8% si les femmes ne faisaient qu'un seul frottis de dépistage tous les trois ans.

Proportion de femmes de 25 à 65 ans ayant déclaré avoir eu un frottis cervico-utérin dans les trois années précédentes

Parmi les femmes de 25 à 65 ans interrogées dans le baromètre Cancer en 2005, 81% ont déclaré avoir eu un FCU aux cours des trois dernières années et 5,8% ont déclaré ne jamais en avoir eu.

Le baromètre cancer 2005, l'enquête Santé Protection Sociale (ESPS) 2006 et 2008 et l'enquête Handicap Santé (HSM) 2008 permettent de connaître la part des femmes de 25 à 65 ans qui déclarent avoir eu un FCU au cours des trois dernières années (graphique 5). Le recours au FCU varie avec l'âge: il atteint son maximum entre 30 et 39 ans, où il dépasse 80%, puis diminue avec l'âge. Les femmes âgées de 60 à 65 ans sont celles qui recourent le moins au FCU, soit environ de 60% à 70%.

D'après l'enquête Handicap Santé 2008, la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois ans précédant l'enquête varie selon l'activité, la catégorie professionnelle et le niveau de diplôme. Les femmes en activité professionnelle et ayant moins de 60 ans déclarent plus souvent avoir eu un FCU

dans les trois ans que les femmes inactives du même âge (84,8% contre 72,4%). Il en est de même pour les femmes de 25 à 65 ans qui ont un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat par rapport à celles qui ont un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (87,0% contre 73,1%). Le recours au FCU dans les trois ans varie également en fonction du revenu: il est de 68,0% chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu par unité de consommation (UC) est inférieur à 900 euros net par mois (1^{er} quartile), alors qu'il est de 84,9% chez les femmes vivant dans un ménage dont le revenu par UC est supérieur à 1 750 euros net par mois (dernier quartile). En revanche, les femmes n'ayant pas de couverture médicale complémentaire déclarent

moins fréquemment avoir pratiqué un FCU dans les trois ans (62,1% contre 80,5%).

L'enquête Santé protection sociale 2008 chez les femmes de 20 à 65 ans confirme les résultats de l'enquête Handicap Santé 2008 pour les différences de recours au FCU dans les trois ans entre les catégories professionnelles. Parmi les catégories, les agriculteurs ont le recours le plus faible (63,0% dans ESPS 2008 et 67,4% dans HSM 2008), alors que les cadres, professions intellectuelles et intermédiaires ont le recours le plus élevé (près de 82% dans ESPS 2008 et 86% dans HSM 2008). ●

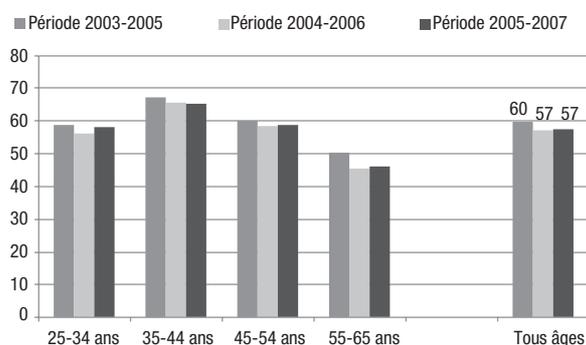
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

synthèse

En France, l'incidence du cancer du col de l'utérus se situe dans la moyenne des 25 États membres de l'UE. Elle ne cesse de diminuer depuis 25 ans (-2,9% par an en moyenne). Toutefois, cette décroissance a tendance à ralentir depuis 2000 (-1,8% par an en moyenne entre 2000 et 2005).

En 2005, ce cancer est le dixième cancer chez la femme pour le nombre de cas incidents (près de 3 070 cas), avec un pic à 40 ans. Parallèlement, le risque de développer un cancer du col de l'utérus avant 74 ans a considérablement diminué avec l'année de naissance. Une meilleure couverture du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) pourrait permettre de diminuer encore l'incidence. En effet, la pratique du dépistage varie selon l'âge et la catégorie socioprofessionnelle des femmes. Pour 2005-2007, 57,4% des femmes de 25 à 65 ans ont bénéficié d'un FCU selon les données du régime général de l'assurance maladie. Ce taux chute après 55 ans (moins de 50%).

GRAPHIQUE 4 • Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin chez les femmes de 25 à 65 ans (en %)



Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS et appartenant à l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) : échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'assurance maladie.

Sources : CNAMTS.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans.

SOURCES • INPES, Baromètre cancer 2005 (enquête par entretiens téléphoniques).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • À partir des déclarations des personnes interrogées ; les données du Baromètre cancer 2005 ont été pondérées sur le sexe, l'âge, la taille d'agglomération et celle des régions.

LIMITES SOURCES • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution.

BIAS SOURCES • Ceux des enquêtes déclaratives (oublis, erreur d'appréciation de l'ancienneté du frottis, etc.).

RÉFÉRENCE •

— Dupont N., Bloch J., 2006, «Cancer du col de l'utérus», in Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A., *Baromètre cancer 2005*, INPES, Saint-Denis, p. 128-36.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

CHAMP • Femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS.

SOURCES • Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), CNAMTS, sans les sections locales mutualistes. L'EGB est une extraction des bases nationales des individus et de leurs consommations de soins stockées dans le SNIIRAM (système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie). L'échantillon comporte des données individuelles de consommation de soins de ville (généralistes et spécialistes), des caractéristiques individuelles et d'état de santé. Ces données sont mises à jour de manière régulière. Cet échantillon a été constitué afin d'assurer le suivi de la consommation de soins et des taux de recours aux soins (Arrêté du 20 juin 2005 relatif à la mise en œuvre du SNIIRAM).

MÉTHODOLOGIE • L'indicateur a été construit à partir de la liquidation des codes P55 et bio 0013. Le dénominateur est le nombre de femmes de la tranche d'âge assurées sociales à la CNAMTS. L'EGB donne les actes par personne de sorte que, si l'on retient au moins un frottis pour trois ans par femme, on est certain de la couverture de dépistage, un frottis de contrôle faisant toujours suite à un frottis de dépistage. Il est cependant impossible de distinguer dans la base les deux types d'actes par leur cotation.

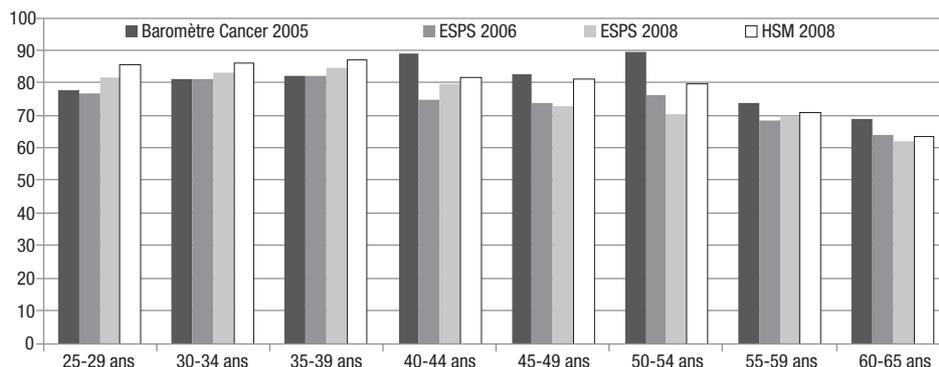
LIMITES ET BIAS • L'échantillon ne couvre actuellement que le régime général hors sections locales mutualistes mais a vocation à couvrir tous les régimes de Sécurité sociale.

RÉFÉRENCE •

— Arbyn M., Raifu A.-O., Autier P., Ferlay J., 2007, «Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004», *Annals of Oncology*, 18(10):1708-15.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Assurance maladie.

GRAPHIQUE 5 • Couverture déclarée du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin, au cours des trois dernières années (en %)



Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans.

Sources : Baromètre cancer 2005, INPES ; enquête Santé protection sociale 2006 et 2008 (ESPS), IRDES ; enquête Handicap-Santé, volet santé des ménages (HSM) 2008, INSEE-DREES.

CHAMP • France métropolitaine, femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI). L'enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine.

SOURCES • L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de Sécurité sociale.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1998.

RÉFÉRENCE •

— Dupont N.A., Ancelle-Park R.A., 2006, «Do sociodemographic factors influence mammography use of French women: analysis of a cross sectional survey», *European Journal of Cancer Prevention*, 15:219-224.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

CHAMP • Personnes de tous âges résidant en ménages ordinaires en France métropolitaine et DOM.

SOURCES • Enquête Handicap-Santé 2008 en ménage ordinaire de l'INSEE, exploitation DREES. Cette enquête s'appuie sur un échantillon de 28 500 individus et les personnes en situation de handicap sont surreprésentées dans l'échantillon.

LIMITES ET BIAS • Les données sont déclaratives. L'entretien a été réalisé en face-à-face par des enquêteurs de l'INSEE, au domicile des personnes interrogées. Le protocole de collecte de l'enquête Handicap-Santé 2008 en ménage ordinaire autorise le recours à un tiers

lorsque la personne enquêtée est incapable de répondre par elle-même. Enfin, les personnes hébergées en institution sont exclues.

RÉFÉRENCES •

— Montaut A., 2010, «Santé et recours aux soins des femmes et des hommes», *Études et Résultats*, DREES, n° 717.
 — Dos-Santos S., Makdessi Y., 2010, «Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées», *Études et Résultats*, DREES, n° 718.
 — Une documentation régulièrement mise à jour est disponible sur <http://www.sante-sports.gouv.fr/handicap-sante.html>

Survie des patients atteints de cancers

La loi relative à la politique de santé publique de 2004 préconise d'améliorer la survie des patients atteints de tumeurs malignes, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100 % des patients. Cet objectif combine un objectif de santé (améliorer la survie des patients atteints de tumeurs) et un objectif d'action (assurer une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée). La survie relative exprime la survie qui serait observée si l'on ne prenait en compte que les décès dus au cancer et non à d'autres causes. Elle se définit comme le rapport entre le taux de survie observé dans un groupe de personnes atteintes et le taux de survie estimé dans une population de même âge et de même sexe que ce groupe. La notion de « prise en charge multidisciplinaire et coordonnée » est matérialisée dans le plan Cancer par la présentation du dossier du patient lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et par l'enregistrement d'un compte rendu de RCP.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Survie relative cinq ans après le diagnostic

L'étude menée par le réseau des registres du cancer Francim en collaboration avec les hospices civils de Lyon porte sur plus de 200 000 patients diagnostiqués entre 1989 et 1997. Elle montre qu'en France, la survie relative à cinq ans dépasse 50 % pour l'ensemble des patients atteints de cancer. Ce constat global masque des disparités considérables entre les différents cancers. La survie cinq ans après le diagnostic est sensiblement plus élevée pour les femmes que pour les hommes (63 % contre 44 %), ces derniers ayant généralement des cancers plus graves (tableau 1).

La survie relative diminue avec l'âge, en dépit de l'élimination des décès liés à d'autres causes. Cela résulte de plusieurs phénomènes : une plus grande fragilité des sujets âgés, un stade de diagnostic plus évolué, une thérapeutique moins agressive ou moins efficace, mais aussi la nature des tumeurs.

À l'exception de quelques cancers, notamment le cancer du poumon, on observe une amélioration en matière de survie. Cette amélioration est rarement due au seul progrès thérapeutique : elle est aussi liée à une plus grande

précocité du diagnostic, du fait du dépistage individuel ou organisé, ou à la simple évolution des méthodes de diagnostic.

L'étude Eurocare-4 porte sur la survie des personnes dont le cancer a été diagnostiqué entre 1995 et 1997 dans 23 pays européens (83 registres, 2,7 millions de cas de cancers inclus). Elle montre que les taux de survie relative s'améliorent et que les écarts entre les pays de l'Est et ceux de l'Ouest commencent à diminuer¹. En France, le taux de survie relatif à cinq ans est estimé à 44,8 % pour les hommes et 54,6 % pour les femmes tous cancers confondus, soit 51,9 % globalement. Les meilleurs taux de survie relative sont observés dans les pays du Nord et du centre. La France se situe au-dessus des moyennes européennes pour la survie relative des principaux cancers (graphique 1). Cependant, il faut interpréter ces données avec prudence : la moyenne globale est en effet abaissée par quelques pays dont les résultats en termes de survie demeurent très insuffisants. Une autre étude portant sur des données plus anciennes a comparé les survies dans différents pays du monde, notamment les États-Unis et le Japon. Elle montre que la France se place toujours dans le quartile supérieur pour les trois cancers les plus fréquents (sein, prostate et côlon-rectum)².

Nombre de comptes rendus de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) enregistrés en 2007

Dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour le traitement des cancers, la concertation pluridisciplinaire est l'une des « conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer » ; en outre, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) constitue l'un des critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie, de la radiothérapie externe et de la chirurgie des cancers.

Dans la nouvelle organisation des soins en cancérologie (circulaire du 22 février 2005), les centres de coordination en cancérologie (3C) ont notamment pour rôle de s'assurer de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les RCP.

Pour suivre le parcours du patient et sa prise en charge, la mise en place d'outils permettant de transmettre et de partager des données médicales est indispensable : il s'agit par exemple du dossier communicant de cancérologie, piloté par les réseaux régionaux de cancérologie, ou de la visioconférence³, qui facilite la participation des médecins aux RCP.

Les données d'activité 2006 et 2007 des réseaux de cancérologie montrent que la tenue d'une RCP avant le traitement, assortie de la remise d'un programme personnalisé de soins au patient, se systématisent.

Les outils de requête et de traçabilité utilisés permettent de recueillir des données de meilleure qualité mais elles sont encore non exhaustives ; de plus, elles reflètent l'ensemble des cas prévalents et non les seuls cas incidents.

En 2007, 465 564 dossiers de malades ont été enregistrés en RCP (+20 % par rapport à 2006). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INCa.

synthèse

En France, la survie relative dépasse 50 % à cinq ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer. Ce constat global masque cependant des disparités considérables entre les différents cancers. La survie à cinq ans est sensiblement plus élevée pour les femmes que pour les hommes (63 % contre 44 %), ces derniers ayant généralement des cancers plus graves. Par ailleurs, elle diminue avec l'âge. À l'exception de quelques cancers, notamment le cancer du poumon, la survie relative s'améliore grâce au progrès thérapeutique, mais aussi à une amélioration du diagnostic. Pour la période 1995-1997, la France dépassait la moyenne européenne pour les principaux cancers.

Concernant la prise en charge, la pluridisciplinarité fait désormais partie de la culture majoritaire en cancérologie. Les centres de coordination en cancérologie se mettent en place au sein des établissements chargés de la prise en charge du cancer. En 2007, le nombre de dossiers de malades enregistrés en RCP a progressé de 20 % par rapport à 2006.

1. Berrino F., De Angelis R., Sant M., Rosso S., Lasota M., Coebergh J., Santaquilani M., 2007, « Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the Eurocare-4 study », *The Lancet Oncology*, 8 : 773-83.

2. Coleman M. et al., 2008, « Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD) », *The Lancet Oncology*, août, vol. 9, n° 8.

3. 298 établissements ont été financés par l'INCA en 2006 et 2007.

TABLEAU 1 • Survie relative à cinq ans par type de cancer (en %)

Type de cancer	Période diagnostique 1987 à 1991		Période diagnostique 1995 à 1997		% d'évolution annuelle (deux sexes) 1989-1997
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Tête et cou	31	46	32	49	-
Larynx	53	-	53	-	ns
Côlon-rectum	53	55	55	58	+1 %
Poumon	12	16	12	16	ns
Mélanomes cutanés	83	85	81	89	ns
Sein	-	82	-	85	+4 %
Col utérin	-	71	-	69	ns
Ovaire	-	40	-	40	ns
Prostate	72	-	79	-	+7 %
Testicule	94	-	96	-	+2 %
Rein	59	60	61	66	+7 %
Lymphômes non hodgkiniens	49	53	54	58	+2 %

ns : variations non statistiquement significatives.
Champ : France entière.
Sources : Réseau Francim et Hospices civils de Lyon.

TABLEAU 2 • Nombre de comptes rendus de RCP enregistrés par les réseaux régionaux de cancérologie en 2007

Alsace	15 545
Aquitaine	28 909
Auvergne	14 331
Basse-Normandie	12 977
Bourgogne	4 155
Bretagne	27 456
Centre	24 205
Champagne-Ardenne	10 884
Franche-Comté	3 901
Guadeloupe	1 566
Guyane*	
Haute-Normandie	11 862
Île-de-France	102 018
Languedoc-Roussillon	1 266
Limousin	7 694
Lorraine	9 635
Martinique	2 037
Midi-Pyrénées	26 209
Nord - Pas-de-Calais	35 465
Pays de la Loire	23 415
Picardie	10 728
Poitou-Charentes	12 984
Provence - Alpes - Côte d'Azur	52 091
Réunion	2 378
Rhône-Alpes	23 853
Total	465 564

* Résultat non disponible au 30 septembre 2008.

Champ : France entière. **Sources** : tableaux de bord 2007 des réseaux régionaux de cancérologie (INCa).

CHAMP • France entière.

SOURCES • Réseau Francim et Hospices civils de Lyon.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Survie relative (Remontet L. *et al.*, 2007).

LIMITES D'INTERPRÉTATION • Ce ratio reflète la « surmortalité » associée au cancer, en fonction notamment de l'efficacité de sa prise en charge (diagnostic et traitement).

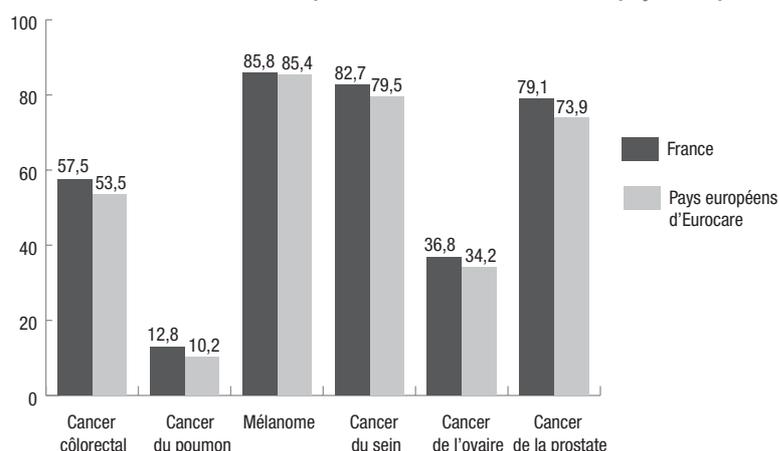
BIAIS CONNU • Les taux de survie à cinq ans peuvent être influencés par le stade du cancer au diagnostic, donc évoluer favorablement en fonction de l'amélioration de la précocité de ce diagnostic, indépendamment de la qualité de la prise en charge.

RÉFÉRENCES •

- Berrino F., Capocaccia R., Coleman M.-P., Esteve J., Gatta G., Hakulinen T., Micheli A., Sant M., Verdecchia A., 2003, «Survival of cancer patients in Europe: the Eurocare-3: study», *Annals of Oncology*, 14, suppl 5: v1 155.
- Bossard N., Velten M., Remontet L., Belot A., Maarouf N., Bouvier A.-M., Guizard A.-V., Tretarre B., Launoy G., Colonna M., Danzon A., Molinie F., Troussard X., Bourdon-Raverdy N., Carli P.-M., Jaffre A., Bessaguet C., Sauleau E., Schwartz C., Arveux P., Maynadie M., Grosclaude P., Esteve J., Faivre J., 2007, «Survival of cancer patients in France: A population-based study from the Association of the French Cancer Registries (Francim)», *European Journal of Cancer*, Jan, 43 (1): 149-60.
- Grosclaude P., Bossard N., Remontet L., Belot A., Arveux P., Bouvier A.-M., Launoy G., Maynadie M., Velten M., Faivre J., Esteve J., 2007, *Survie des patients atteints de cancer en France. Étude des registres du réseau Francim*, Springer Paris, 406 p.
- Remontet L., Bossard N., Belot A., Esteve J., 2007, «French network of cancer registries Francim. 2007 An overall strategy based on regression models to estimate relative survival and model the effects of prognostic factors in cancer survival studies», *Stat Med*. May 10; 26 (10): 2214-28.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Réseau français des registres de cancer Francim.

GRAPHIQUE 1 • Survie relative à cinq ans en France et dans les 23 pays européens d'Eurocare



Champ : principaux cancers diagnostiqués entre 1995 et 1997 ; France et 23 pays européens inclus dans l'étude Eurocare.
Sources : Eurocare-4.

Dépistage du cancer du sein (1)

Le pronostic du cancer du sein est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif à un horizon quinquennal de **réduire le pourcentage de cancers diagnostiqués à un stade avancé parmi les cancers dépistés, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 50 à 74 ans.**

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein, initié en 1994, est généralisé à l'ensemble du territoire depuis mars 2004, sur la base d'un cahier des charges publié en 2001 et mis à jour en 2006. Il s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans. Les données relatives au dépistage organisé sont disponibles annuellement: l'InVS, chargé de l'évaluation épidémiologique des programmes de dépistage organisé, recueille et analyse les données fournies par les structures de gestion départementales et produit un rapport annuel. Le taux de couverture du dépistage correspond à la proportion de femmes ayant réalisé une mammographie de dépistage dans les deux ans, soit dans le cadre du programme national (dépistage organisé), soit en dehors du programme (dépistage individuel ou spontané). Les données relatives au seul dépistage individuel ne sont pas disponibles. Les informations concernant l'ensemble du dépistage (organisé et individuel) sont donc des estimations issues d'enquêtes ou de bases médico-administratives.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Stades au diagnostic pour le dépistage organisé

Le taux de détection de cancer et les pourcentages de cancers de bon pronostic, c'est-à-dire les cancers *in situ*¹, les cancers invasifs de moins de 10 mm et les cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire, sont des indicateurs précoces d'efficacité du programme de dépistage. En 2006, 2 millions de femmes ont participé au dépistage organisé (tableau 1).

Le taux de détection des cancers, deux ans après la généralisation du programme est plus faible: au moment de l'analyse, il s'élevait à 6,3 pour 1 000 femmes dépistées alors qu'il était de 6,7 cancers, en 2005 comme en 2004. Parmi ces cancers détectés en 2006, 14,6 % étaient des cancers *in situ*. Parmi les cancers invasifs, 36,7 % avaient une taille inférieure ou égale à 10 mm et 71,6 % n'avaient pas d'atteinte ganglionnaire. Ces pourcentages, cohérents avec les seuils définis au niveau européen pour les objectifs du dépistage, sont comparables à ceux enregistrés en 2004 et 2005.

Taux de couverture du dépistage organisé et spontané

Selon les données de remboursement de l'assurance maladie issues de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), 60,6 % des femmes de 50 à 74 ans ont eu au moins une mammographie au cours des deux années

2006-2007, contre 49,8 % en 2004-2005 (graphique 1). En revanche, ce taux a diminué, passant de 59 % en 2005-2006 à 54,4 % en 2006-2007 pour les assurées relevant du RSI.

Ces données sont difficiles à interpréter pour mesurer le taux de couverture par le dépistage. D'un côté, elles le surestiment car elles incluent, en plus du dépistage organisé et du dépistage individuel, des mammographies de diagnostic et de suivi pour pathologie bénigne. De l'autre, elles le sous-estiment car elles ne comportent pas les actes réalisés dans les hôpitaux publics ou dans les hôpitaux privés participant au service public hospitalier, alors que le dénominateur comprend toutes les femmes affiliées. Ce taux a toutefois augmenté dans toutes les classes d'âge entre 2004-2005 et 2006-2007.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Taux de participation au programme organisé de dépistage

Le taux de participation au programme organisé est calculé tous les ans. En 2009, le taux de participation en France entière s'élevait à 53,0 %, soit 2 343 980 femmes dépistées au cours de l'année. Il confirme la tendance à la hausse observée depuis 2004, même si cette progression ralentit: ce taux est ainsi passé de 40,2 % en 2004 à 44,8 % en 2005, 49,3 % en 2006 et 50,8 % en 2007. Au cours de la période 2008-2009, durant laquelle l'ensemble de la population cible est invi-

tée à réaliser un test de mammographie, plus de 4,6 millions de femmes ont été dépistées, ce qui correspond à un taux de participation de 52,8 %.

Proportion de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir passé une mammographie de dépistage (organisé et spontané)

Selon l'étude FADO-sein², la réalisation de la mammographie est essentiellement liée à des variables d'accès aux soins et de pratique d'autres dépistages: avoir un gynécologue, avoir effectué un frottis, avoir un traitement hormonal substitutif. Les deux facteurs principaux qui incitent à réaliser une mammographie sont le médecin (40 %), puis le courrier d'invitation au dépistage organisé du cancer du sein (39 %). Dans les trois quarts des cas, cette mammographie s'inscrit dans le cadre d'un suivi régulier.

Le taux de couverture par la mammographie est estimé dans les grandes enquêtes nationales déclaratives sur la santé: les enquêtes Santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES, les enquêtes Santé de l'INSEE, le baromètre Santé et le baromètre Cancer de l'INPES.

1. Le cancer passe par un stade précoce, ou *carcinome in situ*, où les cellules cancéreuses ne se sont pas diffusées dans l'organe et sont confinées par la membrane basale.

2. Dupont N., Ancelle-Park R., Boussac-Zarebska M., Uhry Z., Bloch J., 2007, *Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein: étude FADO-sein*, InVS, Saint-Maurice.

TABLEAU 1 • Principaux résultats du programme de dépistage organisé du cancer du sein

	Année du dépistage			Ref. européennes 2006
	2004	2005	2006*	
Nombre de femmes dépistées**	1 612 033	1 857 327	2 064 421	
Nombre de cancers dépistés	12 189	13 358	12 989	
Taux de cancers pour 1000 femmes dépistées	7,6	7,2	6,3	≥ 5,0
Nombre cancers canaux in situ	1 682	1 847	1 899	
% cancers canaux in situ parmi les cancers dépistés	13,8	13,8	14,6	≥ 10 %
Nombre de cancers invasifs	9 456	10 220	9 572	
% cancers invasifs ≤ 10mm parmi les cancers invasifs de taille connue	36,4	36,8	36,7	≥ 25 %
% de cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue	69,8	70,8	71,6	> 70 %
% de cancers invasifs ≤ 10mm sans envahissement ganglionnaire parmi les cancers invasifs ayant une exploration ganglionnaire connue	30,4	30,8	30,8	nd

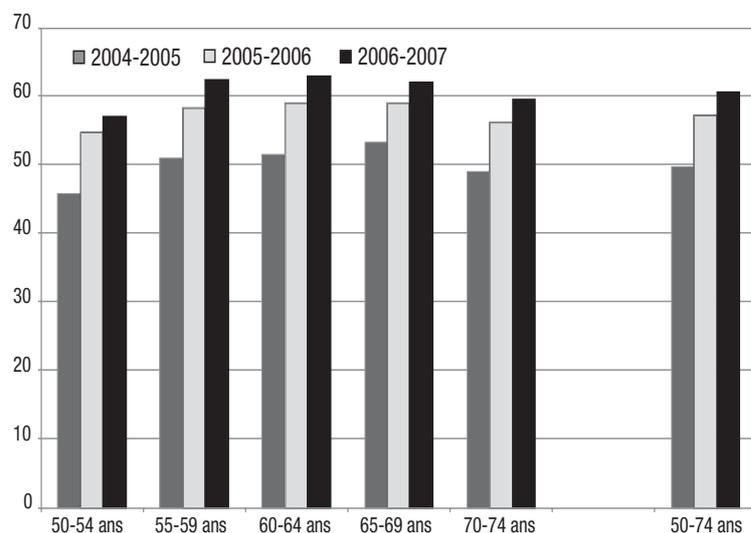
* Données provisoires

** Dans l'ensemble des départements pour lesquels les données sur les cancers dépistés étaient disponibles. nd : non disponible.

Champ : Femmes de 50 à 74 ans, France entière.

Sources : Structures départementales de gestion du programme (données), InVS (évaluation du programme).

GRAPHIQUE 1 • Taux de femmes de 50 à 74 ans ayant au moins une mammographie enregistrée dans les bases de données de l'assurance maladie (en %)



Champ : Femmes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales à la CNAMTS.

Sources : EGB, CNAMTS.

CHAMP • Femmes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes. France entière.

SOURCES • Bases de données annuelles d'évaluation du dépistage organisé du cancer du sein.

MÉTHODOLOGIE • Femmes de la tranche d'âge 50-74 ans ayant effectué une mammographie de dépistage dans l'année considérée. Les données sur chaque femme sont recueillies au niveau du département par la structure de gestion du dépistage et une extraction annuelle des données est transmise à l'InVS qui valide les fichiers, puis les agrège en une base nationale et publie les indicateurs. Données exhaustives pour la participation, et données France entière à l'exclusion de la Corse en 2006, de l'Aude en 2005 et de la Guyane en 2004, pour les autres indicateurs.

LIMITES ET BIAS DE L'INDICATEUR • Les informations sur le nombre et les caractéristiques des cancers diagnostiqués à la suite d'un dépistage positif nécessitent un temps de recueil assez long. Les dernières années disponibles sont donc des données provisoires.

RÉFÉRENCE •

— Gorza M., Salines E., Danzon A., Bloch J. Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2006 http://www.invs.sante.fr/publications/2009/plaquette_depistage_cancer_sein_2006/depistage_cancer_sein_2006.pdf

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

CHAMP • Femmes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales à la CNAMTS.

SOURCES • Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), CNAMTS.

MÉTHODOLOGIE • Pour cet indicateur, nous avons pris en compte l'âge des patientes au 31 décembre 2006. Le nombre de mammographies est rapporté au nombre de femmes présentées dans le fichier de la CNAMTS au 1^{er} janvier de l'année suivante. Les actes cotés sont : ZM41 ou QEQK001 ou QEQK004.

LIMITES ET BIAS DE L'INDICATEUR • L'EGB est une extraction des bases nationales des individus de chaque régime et de leurs consommations de soins stockées dans le SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie). L'échantillon comporte des données individuelles de consommation de soins, des caractéristiques individuelles et d'état de santé. Ces données sont mises à jour de manière régulière. Cet échantillon a été constitué afin d'assurer le suivi de la consommation de soins et des taux de recours aux soins (Arrêté du 20 juin 2005 relatif à la mise en œuvre du SNIIRAM). L'échantillon ne couvre actuellement que le régime général hors sections locales mutualistes mais a vocation à couvrir tous les régimes de Sécurité sociale.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Assurance maladie.

CHAMP • France métropolitaine, femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • Baromètre cancer 2005, INPES.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées. Les données du Baromètre cancer 2005 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, taille d'agglomération et régions.

LIMITE SOURCE • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution.

BIAIS SOURCE • Ceux des enquêtes déclaratives sur le cancer : oublis, surdéclaration en lien avec la thématique cancer, erreur d'appréciation de l'ancienneté de l'examen.

RÉFÉRENCE •

— Guilbert P., Peretti-Wattel P., Beck F., Gautier A., 2006, *Baromètre cancer 2005*, INPES.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

Dépistage du cancer du sein (2)

Les résultats de ces enquêtes montrent que le taux de couverture pour une mammographie au cours de la vie est très élevé : il passe de 88 % en 2000 pour les femmes de 50 à 74 ans (baromètre Santé 2000) à 96 % en 2005 pour les femmes de la même tranche d'âge (baromètre Cancer 2005). Il est estimé à 92 % en 2008 selon l'enquête Handicap-Santé en ménage ordinaire (HSM).

En 2008, 76 % des femmes de 50-74 ans interrogées dans l'enquête ESPS et 78 % de celles interrogées dans l'enquête HSM déclarent avoir effectué une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête. Ce taux varie avec l'âge, mais de façon moins marquée après la généralisation du dépistage organisé en 2004 (graphique 2). En particulier, la proportion de femmes de 70-74 ans déclarant avoir effectué une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête a beaucoup augmenté depuis l'introduction en 2001 de cette classe d'âge dans le dépistage organisé : selon les enquêtes ESPS, ce taux est passé de 41 % en 2000 à 64 % en 2006 pour atteindre 70 % en 2008.

Selon le baromètre Cancer 2005, il existe des disparités socio-économiques. En 2008, d'après l'enquête HSM, 76,0 % des femmes de

50 à 74 ans ayant un niveau d'études inférieur au bac ont déclaré avoir effectué une mammographie dans les deux ans, contre 86,3 % des femmes ayant un niveau d'études égal au bac. De même, 69,2 % des femmes ayant des revenus inférieurs à 900 euros mensuels (revenus nets du ménage par unité de consommation) ont déclaré avoir pratiqué une mammographie dans les deux dernières années, contre 83,9 % de celles vivant dans un ménage ayant des revenus d'au moins 1750 euros par mois (tableau 2). L'analyse temporelle des enquêtes répétées réalisées depuis 2000 montre que si les disparités entre catégories socioprofessionnelles dans la pratique de la mammographie persistent, elles tendent néanmoins à s'amenuiser. D'après l'Enquête décennale santé 2008, 85,6 % des femmes cadres de 50 à 74 ans ont réalisé cet examen dans les deux ans (83,7 % en 2002-2003), contre 72,9 % des agricultrices (51,3 % en 2002-2003). Ces évolutions sont confirmées par les résultats de l'enquête ESPS 2008 de l'IRDES chez les 40-74 ans (tableau 3). ●

**ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • InVS.**

synthèse

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 organisé est en augmentation régulière. Calculé sur l'ensemble des départements, il passe de 40,2 % en 2004 à 53,0 % en 2009. Pour la campagne 2008-2009, il s'est élevé à 52,8 %.

En 2008, 92 % des femmes de 50 à 74 ans ont déclaré avoir effectué une mammographie au cours de leur vie (dépistage organisé, individuel ou pour pathologie). La proportion de femmes déclarant avoir réalisé une mammographie dans les deux ans précédant l'enquête est plus faible, un peu inférieure à 80 %, mais elle a augmenté de 14 % entre 2000 et 2008 et les écarts entre les classes d'âge se sont atténués. L'augmentation la plus forte concerne les femmes de 70 à 74 ans, qui n'étaient pas invitées par le programme organisé en 2000.

Dans les classes sociales les moins favorisées, le taux de couverture est plus faible mais les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement.

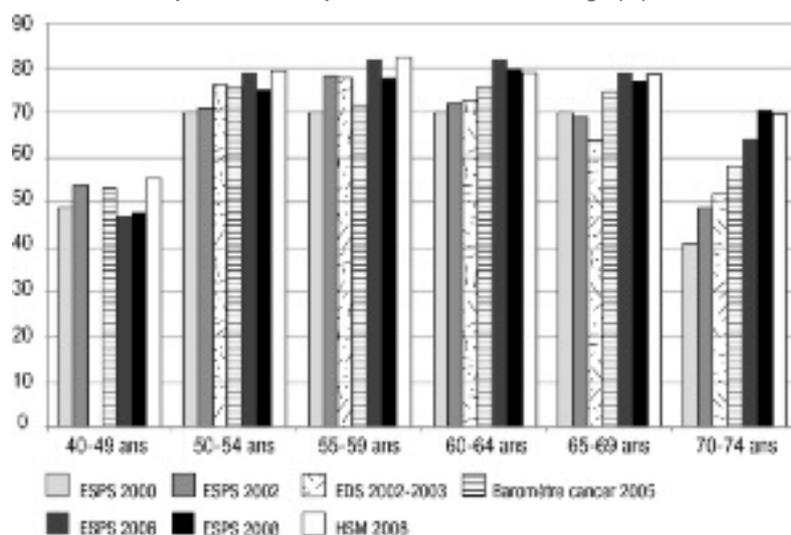
TABLEAU 2 • Caractéristiques socio-économiques des femmes ayant effectué une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête

Diplôme le plus élevé	Revenus mensuels net du ménage par unité de consommation		Mutuelle de santé complémentaire		
Inférieur au bac	76,0 %	Moins de 900 €	69,2 %	Oui	78,8 %
Niveau bac	86,2 %	900 €-1250 €	75,6 %		
Supérieur au bac	83,2 %	1250 €-1750 €	78,3 %	Non	68,2 %
		Supérieur à 1750 €	83,9 %		

Champ : Femmes de 50 à 74 ans, France métropolitaine.

Sources : Enquête Handicap-Santé 2008, volet santé des ménages, INSEE-DREES.

GRAPHIQUE 2 • Taux de femmes ayant effectué une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête selon leur classe d'âge (%)



Champ : Femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine.

Sources : Enquêtes ESPS, Enquête décennale Santé (EDS), enquête Handicap-Santé (HSM), baromètre Cancer.

TABLEAU 3 • Taux de femmes ayant effectué une mammographie selon leur catégorie socioprofessionnelle (en %)

Catégories socioprofessionnelles	Enquête ESPS (40-74 ans)				Enquête Santé INSEE (50-74 ans)	
	2000	2002	2006	2008	2002-2003	2008
Cadre et profession intellectuelle	72	74	76,1	74,5	83,7	85,6
Profession intermédiaire	66	73	70,8	73,2	78,8	84,9
Artisan commerçant	50	61	66,8	70,9	70,7	80,4
Employé administratif	60	65	67,3	68,9	70,8	79,4
Employé de commerce			67,4	62,8		73,6
Ouvrier qualifié	55	55	64,8	67,9	63,9	82,2
Ouvrier non qualifié			58,2	55,0		72,5
Agriculteur	49	47	67,3	65,3	51,3	72,9

Champ : Femmes de 40 à 74 ans (ESPS) ou 50 à 74 ans (Enquête Santé), France métropolitaine.

Sources : Enquête ESPS ; Enquête décennale santé, volet santé des ménages, INSEE-DREES.

CHAMP • France métropolitaine, femmes âgées de 50 à 74 ans vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • Enquête décennale santé 2002-2003, INSEE (enquête par entretiens en face à face).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des déclarations des personnes interrogées. Les données de l'enquête 2002-2003 ont été pondérées sur les variables suivantes : sexe, âge, niveau de diplôme, taille du ménage, zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT).

LIMITES • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les personnes résidant en institution.

BIAS • Ceux des enquêtes déclaratives : oublis, erreurs d'appréciation de l'ancienneté de la mammographie, réponses conforme à la réponse supposée attendue.

RÉFÉRENCE •

— Makdessi-Raynaud Y., 2005, «La prévention : perception et comportements. Premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux», *Études et Résultats*, DREES, n° 385, mars.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

CHAMP • France métropolitaine, femmes de 40 à 74 ans vivant en ménages ordinaires dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI). L'enquête est représentative de 95% des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine.

SOURCES • L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de Sécurité sociale.

MÉTHODOLOGIE • Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. elle a lieu tous les deux ans depuis 1998.

LIMITE ET PRÉCISION DE L'INDICATEUR • Il existe une surestimation des taux liée à la mesure de la période de deux ans couvrant les deux années calendaires précédant l'année de l'enquête.

RÉFÉRENCE •

— Dupont N.-A., Ancelle-Park R.-A., 2006, «Do sociodemographic factors influence mammography use of French women: analysis of a cross sectional survey», *European Journal of Cancer Prevention*, 15 : 219-224.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

CHAMP • Personnes de tous âges résidant en ménages ordinaires en France métropolitaine et DOM.

SOURCE • Enquête Handicap-Santé 2008 en ménage ordinaire de l'INSEE, exploitation DREES. Cette enquête s'appuie sur un échantillon de 28500 individus et les personnes en situation de handicap sont surreprésentées dans l'échantillon.

LIMITES ET BIAS • Les données sont déclaratives. L'entretien a été réalisé en face à face par des enquêteurs de l'INSEE, au domicile des personnes interrogées. Le protocole de collecte de l'enquête Handicap-Santé 2008 en ménages ordinaires autorise le recours à un tiers lorsque la personne enquêtée est incapable de répondre par elle-même. Enfin, les personnes hébergées en institution sont exclues.

RÉFÉRENCES •

— Montaut A., 2010, «Santé et recours aux soins des femmes et des hommes», *Études et résultats*, DREES, n° 717.
— Une documentation régulièrement mise à jour est disponible sur <http://www.sante-sports.gouv.fr/handicap-sante.html>

Cancer de la peau, mélanome

Chaque année depuis 1998, le ministère chargé de la santé – et actuellement l'Institut national du cancer (INCa) – organise avant l'été une campagne nationale d'information, tandis que les dermatologues libéraux organisent une journée nationale de prévention et de dépistage anonyme et gratuit des cancers de la peau.

Le mélanome de la peau est la plus grave des tumeurs malignes cutanées, car sa capacité à métastaser met en jeu le pronostic vital. La loi de santé publique de 2004 a fixé comme objectif à un horizon quinquennal d'améliorer les conditions de détection précoce du mélanome.

■ DONNÉES DE CADRAGE

Incidence du cancer de la peau

En France, le mélanome de la peau est le seizième cancer le plus fréquent chez la femme (4098 cas estimés pour 2005) et le dixième cancer chez l'homme (3033 cas estimés en 2005). L'incidence du mélanome de la peau n'a cessé d'augmenter entre 1980 et 2005, avec un taux annuel moyen de croissance de 3,4% chez les femmes et de 4,7% chez les hommes. Dans le même temps, la mortalité a connu une croissance plus modérée : le taux de mortalité a augmenté en moyenne de 1,3% chez les femmes et de 2,3% chez les hommes. Les évolutions disjointes d'incidence et de mortalité tendent à montrer qu'il y a de plus en plus de mélanomes à extension superficielle, de bon pronostic et accessibles à la détection précoce.

Toutefois, l'incidence augmente à un rythme moins soutenu depuis 2000 chez les hommes comme chez les femmes : entre 2000 et 2005, le taux d'incidence chez la femme a crû de 0,5% par an en moyenne et de 0,8% chez l'homme. Au cours de la même période, le taux de mortalité a diminué chez la femme (-0,8% par an en moyenne) et est resté assez stable chez l'homme (+0,3% par an en moyenne).

Avant l'âge de 60 ans, ce cancer est plus fréquent chez les femmes, mais cette tendance s'inverse au-delà (graphique 1). L'incidence augmente rapidement avec l'âge jusque vers 75-80 ans. Le risque d'être atteint d'un mélanome de la peau avant 74 ans varie selon l'année de naissance : il est de 0,15% pour les hommes nés en 1910 et de 0,1% pour les femmes nées en 1910, et passe à 0,6% pour les hommes nés en 1940 et 0,65% pour les femmes nées en 1940 (graphique 2).

En Europe, la situation est hétérogène selon les pays. La proportion de mélanomes diminue

selon un gradient nord-sud. Ce gradient est principalement lié aux différents phototypes cutanés et à la prédisposition génétique. Le taux d'incidence estimé en 2004 varie de 13,4 mélanomes pour 100 000 femmes au Danemark à 2,0 au Portugal et de 14,3 mélanomes pour 100 000 hommes en Norvège à 1,4 au Portugal. La France est dans une position moyenne en termes d'incidence, avec une estimation de 8,8 mélanomes pour 100 000 femmes et 7,6 mélanomes pour 100 000 hommes pour 2005.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de mélanomes dépistés à un stade précoce (indice de Breslow)

L'indice de Breslow correspond à l'épaisseur de la tumeur mesurée sur la pièce d'exérèse, de la couche granuleuse de l'épiderme (immédiatement sous la couche cornée) à la partie profonde du derme. La mesure de cet indice est recommandée lors de l'enregistrement d'un cas de mélanome dans les registres du cancer. Toutefois, il n'est pas systématiquement renseigné. Une étude de l'InVS est en cours auprès des registres du cancer volontaires pour recueillir de manière rétrospective l'indice de Breslow, la morphologie et la topographie des

mélanomes de la peau enregistrés.

En 2000, le registre du cancer du Haut-Rhin a analysé l'incidence du mélanome au cours de quatre périodes triennales, en fonction du sexe et de la valeur de l'indice de Breslow (tableau 1). L'incidence¹ des mélanomes de faible épaisseur (≤ 1 mm) a doublé chez les hommes, passant de 2,6 pour 100 000 en 1988-1990 à 5,3 pour 100 000 en 1997-1999. Chez les femmes, l'incidence de ces mélanomes a augmenté de plus de 50%, passant de 4,0 pour 100 000 en 1988-1990 à 6,5 en 1997-1999. Parallèlement, l'incidence des mélanomes de plus d'1 mm d'épaisseur est restée stable entre 1988 et 1999. Parmi les mélanomes inférieurs à 1,5 mm, un mélanome sur six était *in situ*². En 2000, un observatoire des mélanomes en Auvergne a montré que, sur 197 mélanomes enregistrés, 37% avaient un indice de Breslow inférieur à 0,75 mm. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

1. Les taux d'incidence et de mortalité sont standardisés sur la population mondiale.

2. Le mélanome est dit *in situ* lorsque les cellules malignes sont confinées à l'épiderme. C'est un stade précoce de l'histoire naturelle du mélanome où les cellules cancéreuses n'ont pas envahi le tissu avoisinant. Le pronostic est meilleur à ce stade.

synthèse

La France se situe dans la moyenne européenne pour l'incidence du mélanome. En 2005, elle est estimée à 8,8 cas pour 100 000 femmes et 7,6 cas pour 100 000 hommes. Néanmoins, ce sont majoritairement les mélanomes de faible épaisseur (indice de Breslow ≤ 1 mm) qui ont augmenté ces dix dernières années, les mélanomes de plus mauvais pronostic restant stables. Par ailleurs, l'incidence et la mortalité augmentent à un rythme moins soutenu depuis 2000, pour les hommes comme pour les femmes. Le taux de mortalité a même enregistré un recul chez les femmes entre 2000 et 2005.

TABLEAU 1 • Incidence* du mélanome selon le sexe et l'indice de Breslow

Indice de Breslow	Sexe	Incidence* (période triennale)			
		1988-1990	1991-1993	1994-1996	1997-1999
≤ 1 mm	Hommes	2,6	3,1	3,8	5,3
	Femmes	4,0	3,5	4,0	6,5
1,01 – 2 mm	Hommes	1,7	1,8	1,8	1,9
	Femmes	1,4	1,5	1,7	2,5
2,01 – 4 mm	Hommes	1,1	0,8	1,1	0,8
	Femmes	1,0	0,8	1,2	0,8
> 4 mm	Hommes	0,6	0,4	0,8	0,7
	Femmes	0,4	0,3	0,6	0,5

* Taux pour 100 000 habitants, standardisés sur la population mondiale.

Champ : Population du département du Haut-Rhin.

Sources : Registre du cancer du Haut-Rhin.

CHAMP • Haut-Rhin, population du département tous âges adultes.

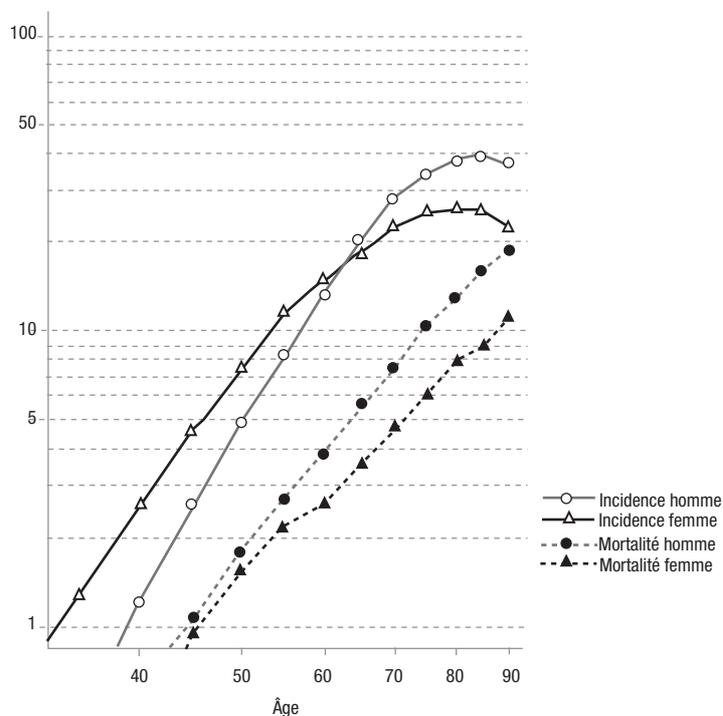
SOURCES • Registre du cancer du Haut-Rhin.

LIMITES ET BIAIS • Données sur un seul département non extrapolable à la France entière.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des mélanomes enregistrés dans le registre du cancer du Haut-Rhin.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

GRAPHIQUE 1 • Taux d'incidence et de mortalité* par âge et par sexe pour la cohorte née en 1930

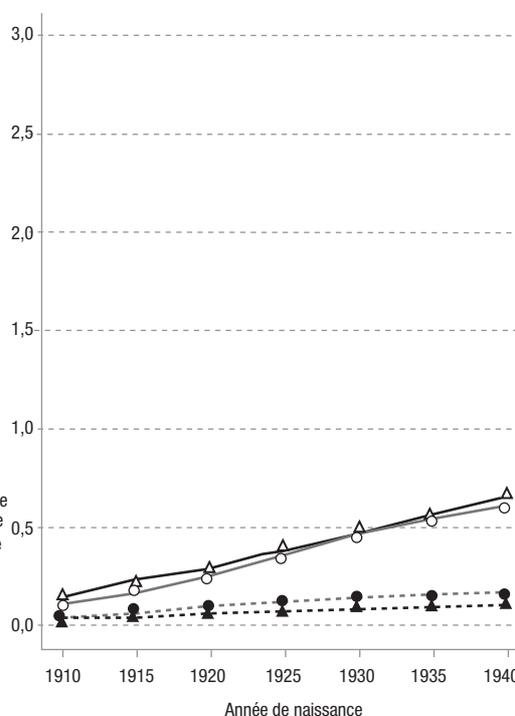


* Taux pour 100 000 personnes par année, standardisés sur la population.

Champ : France métropolitaine, femmes tous âges.

Sources : Hospices civils de Lyon (HCL), Francim, InVS.

GRAPHIQUE 2 • Risque cumulé (0-74 ans) d'incidence et de décès selon la cohorte de naissance (en %)



CHAMP • France métropolitaine, femmes tous âges.

SOURCES • Hospices civils de Lyon (HCL), Francim, InVS.

LIMITES ET BIAIS • Les chiffres annoncés de l'incidence et de la mortalité sont des estimations à partir des départements couverts par un registre du cancer.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir des mélanomes enregistrés dans le registre du cancer du Haut-Rhin.

RÉFÉRENCES •

— Danzon A., Guizard A.-V., Binder-Foucard F., 2008, « Mélanome de la peau. Réseau français des registres de cancer », in *Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005*, Francim, Hospices civils de Lyon, INSERM, InVS, Saint-Maurice.
— www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Dépistage du cancer colorectal

La loi de santé publique de 2004 préconisait de **définir une stratégie nationale de dépistage du cancer colorectal**. L'année 2008 a marqué une étape décisive avec la généralisation effective du programme national de dépistage organisé à l'ensemble du territoire national, métropolitain et d'outre-mer.

Il a été démontré que le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal. En France, le programme de dépistage du cancer colorectal mis en place au niveau départemental repose sur le test Hémocult®. Ce test est proposé tous les deux ans chez les personnes âgées de 50 à 74 ans qui ne présentent pas de risque particulier pour ce cancer. Une coloscopie doit être pratiquée en cas de test positif.

■ DONNÉES DE CADRAGE

Incidence du cancer colorectal

En France, le cancer colorectal est la troisième localisation de cancer la plus fréquente chez l'homme et la deuxième chez la femme. En Europe, l'incidence ne varie pas beaucoup selon les pays, mais la France est l'un des pays où l'incidence du cancer colorectal est la plus élevée pour les deux sexes. Entre 1980 et 2005, l'incidence a augmenté d'en moyenne 0,5% par an chez les hommes et 0,3% chez les femmes, pour atteindre des taux d'incidence standardisés sur la population européenne de respectivement 56,6 et 36,5 pour 100 000 personnes. Entre 2000 et 2005, l'incidence moyenne annuelle a diminué (-0,5%), mais uniquement chez les hommes. Pour ces derniers, le risque de développer un cancer colorectal a augmenté entre les cohortes de naissance 1910 et 1930, puis a diminué. Il a peu varié chez les femmes.

En 25 ans, le taux de mortalité a diminué, de façon plus importante pour les femmes que pour les hommes. En 2005, ce cancer se situait au 2^e rang des décès par cancer et représentait 11,6% des décès par cancer. Le taux de décès standardisé sur l'âge est près de 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Taux de participation au dépistage organisé

Pour mettre en évidence une réduction de la mortalité par cancer colorectal, au moins 50%

de la population doit participer au programme de dépistage organisé.

Au 1^{er} novembre 2007, 23 départements avaient mis en œuvre un programme pilote de dépistage organisé du cancer colorectal par test Hémocult®. L'évaluation du programme pilote, réalisée par l'InVS, repose sur des données agrégées transmises par les structures de gestion départementales du dépistage organisé. À cette date, le taux moyen de participation s'élevait à 42% et variait selon les départements de 31% à 54%. Il était plus élevé chez les femmes (47%) que chez les hommes (40%) et variait avec l'âge. Ce sont les hommes de 50-54 ans qui se font le moins dépister (32%) et les femmes de 60-64 ans qui font le test le plus fréquemment (50%).

Pourcentage de personnes ayant un test de dépistage positif et taux d'exploration des tests positifs

Le pourcentage de personnes ayant un test positif s'élevait à 2,6%. Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (3,2% contre 2,2%) et augmente avec l'âge: il atteint 2,1% chez les 50-54 ans et 3,3% chez les 70-74 ans. Au total, le taux d'exploration c'est-à-dire la part des personnes qui ont réalisé une coloscopie après un test de dépistage positif, était de 87%.

Taux de détection et stades au diagnostic

Environ 9 coloscopies sur 100 ont permis de détecter un cancer colorectal et ce pourcentage varie de 6,5% à 16,6% selon les départements.

Le taux de détection est de 2,2 pour 1 000 personnes dépistées: 1,3‰ chez les femmes et 3,2‰ chez les hommes, soit 2,5 fois plus. Il augmente avec l'âge.

Parmi les cas de cancers invasifs diagnostiqués, le stade était inconnu ou mal classé pour 23%; 33% étaient de stade I, 18% de stade II, 18% de stade III et 8% étaient des cancers métastasés.

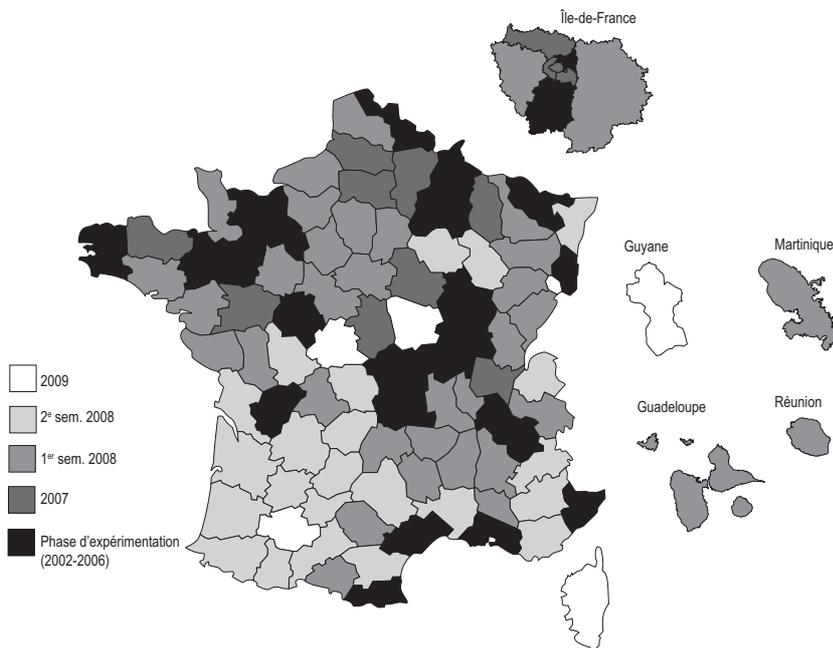
Proportion d'hommes et de femmes de 50 à 74 ans déclarant avoir réalisé un test Hémocult® au cours de la vie

Parmi les hommes et les femmes de 50-74 ans interrogés dans le Baromètre cancer, 45% ont déclaré avoir réalisé un test de dépistage de sang dans les selles (Hémocult®) au cours de leur vie. Les personnes de 60-64 ans sont celles qui ont le plus pratiqué un test (44%).

Cette proportion diminue après 65 ans, pour atteindre 36% chez les personnes de 70 à 74 ans. L'enquête sur les facteurs d'adhésion au dépistage organisé, menée dans six départements par l'InVS en 2006-2007, montre que les personnes qui pratiquent le test ont plus souvent un contact régulier avec leur médecin et qu'elles ont plus souvent réalisé d'autres dépistages (pour les femmes); à l'inverse, celles qui ne participent pas au dépistage ont plus souvent dû renoncer à des soins pour raisons financières et ont moins souvent de mutuelle santé complémentaire.

● ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

CARTE 1 • Date d'entrée dans le dispositif du dépistage organisé du cancer colorectal



Champ : 23 départements pilotes pour le dépistage du cancer colorectal.
Sources : Structures départementales de gestion des dépistages organisés, InVS.

CHAMP • Personnes âgées de 50 à 74 ans assurées sociales tous régimes.

SOURCES • Bases de données annuelles d'évaluation du dépistage organisé du cancer du colon.

MÉTHODOLOGIE • Personnes de la tranche d'âge 50-74 ans ayant effectué un test de dépistage (test de recherche de sang occulte dans les selles) dans l'année considérée. Les données sur chaque personne sont recueillies au niveau du département par la structure de gestion du dépistage et une extraction des données est transmise à l'InVS qui valide les fichiers et publie les indicateurs.

Le taux de participation est le rapport du nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé le test sur la population INSEE du département de la même tranche d'âge, auquel on soustrait le nombre de personnes exclues du dépistage. Les personnes peuvent être exclues si elles présentent un risque de cancer colorectal supérieur à la moyenne (du fait d'antécédents familiaux ou personnels) ou nécessitant un recours systématique à la coloscopie ; ou encore, si elles ont réalisé une coloscopie datant de moins de 5 ans.

Le taux de détection est le rapport du nombre de cancers diagnostiqués sur le nombre de personnes dépistées.

LIMITES ET BIAIS • Les informations sur le nombre et les caractéristiques des cancers diagnostiqués suite à un dépistage positif nécessitent un temps de recueil assez long. Les dernières années disponibles sont donc des données provisoires. Au 1^{er} novembre 2007, 22 départements pilotes sur 23 avaient clôturé leur première campagne d'invitation. Les données complètes sur les tests de dépistage, après le délai d'attente des résultats des tests, sont donc disponibles sur 22 départements. Les données complètes, après le délai d'attente des résultats des coloscopies, sont disponibles pour 19 départements.

RÉFÉRENCES •

- Goulard H, Boussac-Zarebska M, Bloch J., 2009, «Évaluation épidémiologique du programme pilote de dépistage organisé du cancer colorectal, France 2007», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3 : 22-25.
- Goulard H. et al., 2009, «Facteurs d'adhésion au dépistage du cancer colorectal en France», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2-3 : 25-28.
- Goulard H., Bloch J., 2006, «Le dépistage du cancer colorectal», *Baromètre cancer 2005*, INPES.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

synthèse

En France, le cancer colorectal est la troisième localisation de cancer la plus fréquente chez l'homme et la deuxième chez la femme. Entre 1980-2005, l'incidence a augmenté d'en moyenne 0,5% par an chez les hommes et 0,3% chez les femmes. En 25 ans, le taux de mortalité a diminué, de façon plus importante pour les femmes que pour les hommes.

Le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal, lorsque le taux de participation de la population est égal ou supérieur à 50%.

Un programme pilote proposant tous les deux ans un test Hémocult® aux personnes de 50 à 74 ans a été expérimenté dans 23 départements. Sa généralisation a été décidée en 2005 et a été effective en 2008. L'évaluation des campagnes du programme pilote sur 23 départements a montré un taux de participation de 42% en 2007. Il était plus élevé chez les femmes (47%) que chez les hommes (40%).

Surveillance des personnes diabétiques (1)

D'après les données de l'assurance maladie, entre 16 % et 72 % des personnes diabétiques traitées par antidiabétiques oraux bénéficiaient en 2000 d'un suivi conforme aux bonnes pratiques cliniques.

La loi de santé publique de 2004 a pour objectif d'assurer à un horizon quinquennal une **surveillance conforme aux recommandations de bonnes pratiques émises par l'Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (Alfediam) devenue Société française du diabète (SFD), l'AFSSAPS et la HAS pour 80 % des diabétiques.** Il s'agit d'améliorer la surveillance médicale

de l'ensemble des diabétiques traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline, afin de réduire la fréquence des complications du diabète (voir objectif 55).

Le suivi du diabète inclut le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au moins trois fois dans l'année, l'HbA1c permettant de contrôler la glycémie sur les quatre derniers mois. Il prévoit également la réalisation annuelle d'un bilan lipidique à jeun, ainsi que le dépistage précoce des complications du diabète, en particulier ophtalmologiques (par un examen du fond d'œil), cardiaques (par un électrocardiogramme de repos) et rénales (par un dosage de la créatininémie et la recherche d'albumine dans les urines). Les indicateurs de suivi de cet objectif sont donc des indicateurs de bonne pratique, construits à partir de recommandations. Deux types d'indicateurs complémentaires sont utiles : la prévalence du diabète – indicateur de contexte permettant de suivre l'évolution de la fréquence de la maladie – et le niveau de risque vasculaire (HbA1c, pression artérielle et cholestérol LDL) ; ces derniers indicateurs apportent des informations sur les résultats du suivi et du traitement et constituent des indicateurs intermédiaires entre la qualité des pratiques et l'état de santé.

prise en compte des autres facteurs de risque de diabète disponibles. Le diabète est plus fréquent chez les personnes ayant un niveau d'études primaires que chez celles ayant un niveau supérieur au baccalauréat, et chez les ouvriers que chez les cadres et les personnes exerçant une profession libérale. Ces associations sont plus marquées chez les femmes que chez les hommes. En outre, un faible revenu est associé plus fréquemment au diabète chez les femmes mais pas chez les hommes. Après ajustement sur l'âge, l'indice de masse corporelle, le nombre de grossesses et le niveau socio-économique, le diabète est deux fois plus fréquent chez les femmes originaires du Maghreb que chez celles originaires de France, suggérant l'impact d'autres facteurs (génétiques ou liés au mode de vie).

Les variations géographiques de la prévalence du diabète traité en métropole suivent un axe allant du nord-ouest au sud-est : après standardisation¹, elle est particulièrement faible en Bretagne (2,6 %), Pays de la Loire (3,2 %) et Basse-Normandie (3,5 %) mais elle est très élevée dans le Nord-Pas-de-Calais (4,8 %), en Picardie (4,7 %), Champagne-Ardenne (4,5 %), Lorraine (4,4 %) et Alsace (4,5 %). En Île-de-France, de fortes disparités sont observées entre la Seine-Saint-Denis (5,1 %) et le Val-d'Oise (4,5 %) par rapport à Paris (2,9 %) et les Hauts-de-Seine (3,4 %). Dans les départements d'outre-mer (DOM), la prévalence du diabète traité est encore plus élevée, atteignant 7,8 % à La Réunion, 7,3 % à la Guadeloupe, 6,8 % à la Martinique et 6,1 % en Guyane. Dans une étude portant sur la population adulte réunionnaise, 9,4 % des personnes ont déclaré être atteintes de diabète en 2000, cette proportion atteignant 14,8 % après dépistage systématique – plus d'un tiers des personnes avaient un diabète méconnu. À la Martinique, 6,5 % des personnes de plus de 15 ans ont déclaré être diabétiques (traitement antidiabétique ou régime) en 2004. Ces chiffres élevés en outre-mer s'expliqueraient par des conditions socio-économiques difficiles, des modifications rapides du mode de vie (diminution de l'activité physique et modification des apports alimentaires) et un risque génétique plus élevé.

■ INDICATEUR DE CONTEXTE

Prévalence du diabète

La prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline a été estimée à 3,95 % en 2007, soit 2,5 millions de personnes, à partir des données du régime général de l'assurance maladie (sections locales mutualistes comprises) rapportées à la population de la France entière. La France se situe ainsi dans la moyenne européenne. La prévalence est plus élevée chez les hommes et augmente avec l'âge, atteignant un taux maximal chez les 75-79 ans (18,2 % chez les hommes et 13,2 % chez les femmes).

À l'estimation de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement, il convient d'ajouter la prévalence du diabète connu et non traité pharmacologiquement et celle du diabète non diagnostiqué. Sur la base d'une seule glycémie veineuse à jeun, celles-ci ont été estimées dans l'Enquête nationale nutrition santé à respectivement 0,6 % et 1,0 % chez les personnes âgées de 18 à 74 ans vivant en France métropolitaine en 2006. Dans ce groupe d'âge, une personne diabétique sur cinq serait donc non diagnostiquée.

Entre 2000 et 2005, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline est passée de 2,7 % en 2000 à 3,6 % en 2005, soit une augmentation annuelle moyenne de 5,7 % dans la population de France métropolitaine couverte par le régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes). Par ailleurs, des estimations prévoient que le nombre de personnes diabétiques traitées va augmenter de 35 % entre 1999 et 2012 ; 14 % de cette augmentation serait attribuable à la croissance de la population, 42 % à son vieillissement et 44 % à l'augmentation de la prévalence de l'obésité.

L'impact des caractéristiques socio-économiques et du pays d'origine sur la prévalence du diabète a été étudié à partir des données de l'Enquête décennale santé 2002-2003. Dans cette enquête, une personne était considérée comme diabétique quand elle déclarait être atteinte de la maladie ou avait acheté ou consommé un traitement antidiabétique. La prévalence du diabète est 2 à 3 fois plus élevée chez les hommes et les femmes en surpoids, et 5 à 6 fois plus élevée chez les hommes et les femmes obèses par rapport à ceux et celles de corpulence normale, après

1. Standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population Insee « France entière » de 2008.

TABLEAU 1 • Proportion de personnes diabétiques traitées, ayant bénéficié dans l'année des différents examens complémentaires recommandés (en %)

	Entred 2001*		Erasmus 2005**		Erasmus 2006**		Entred 2007***		Augmentation annuelle moyenne entre 2001 et 2007 (estimations basses ¹)
	Estimations								
	basses ¹	hautes ²	basses ¹	basses ¹	basses ¹	hautes ²			
Contrôle glycémique (HbA1c)									
≥ 3 dosages	29,9	(36,1)	36,2	36,8	38,0	(46,1)			4,1
≥ 2 dosages	52,5	(56,2)	60,6	61,7	64,6	(69,3)			3,5
Contrôle lipidique									
≥ 1 dosage de cholestérolémie (ou bilan lipidique)	62,2	(69,4)	67,2	68,1	70,8	(75,2)			2,2
≥ 1 dosage de triglycéridémie (ou bilan lipidique)	62,0	(69,1)	67,4	68,4	71,1	(75,5)			2,3
Dépistage des complications									
≥ 1 dosage de créatininémie	71,3	(77,6)	75,0	76,8	79,7	(82,0)			1,9
≥ 1 recherche d'albuminurie	17,7	(31,7)	24,7	25,6	26,0	(35,8)			6,6
≥ 1 électrocardiogramme (ou consultation de cardiologie)	29,8	(44,9)	32,8	33,7	34,4	(41,9)			2,4
≥ 1 consultation d'ophtalmologie	43,0	(52,5)	43,3	43,7	44,1	(51,0)			0,4

1. Les estimations basses prennent en compte les seules données de remboursement (actes réalisés en secteur libéral).
2. Les estimations hautes prennent en compte les données de remboursement et leur ajoutent les actes potentiellement réalisés au cours de séjours hospitaliers, en supposant que toute hospitalisation réalisée dans l'année conduit à la pratique systématique du dosage de la créatininémie et d'un ECG, et que toute hospitalisation dans une discipline médico-tariffaire de caractéristique médicale conduit au dosage systématique de l'HbA1c, de la cholestérolémie et de la triglycéridémie, de l'albuminurie et d'un examen ophtalmologique.

Champ et sources :

* Entred 2001 : estimations calculées sur la base d'un échantillon de 10 000 personnes adultes diabétiques traitées ; France métropolitaine.

** Erasmus 2005 et 2006 : données CNAMTS sur la base exhaustive des personnes diabétiques traitées, extraites de la base de données Erasmus V1 (ensemble des assurés sociaux de l'assurance maladie, France entière) ; France entière (estimation haute non disponible).

*** Entred 2007 : estimations calculées sur la base d'un échantillon de 9 781 personnes adultes diabétiques traitées ; France entière.

RÉFÉRENCES

- Bonaldi C., Romon I., Fagot-Campagna A., 2006, « Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 10, p. 69-71.
- Bonaldi C., Vernay M., Roudier C., Salanave B., Castetbon K., Fagot-Campagna A., 2009, « Prévalence du diabète chez les adultes âgés de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine. Étude nationale nutrition santé, 2006-2007 », *Diabetes and Metabolism*, n° 35, A18.
- Cardoso T., Flamand C., Merle S., Quenel P., Fagot-Campagna A., 2006, « Prévalence du diabète en Martinique. Résultats de l'enquête ESCAL-Martinique, 2003-2004 », *Diabetes and Metabolism*, n° 32, p. 1S62.
- Dalichamp M., Fosse S., Fagot-Campagna A., 2008, « Prévalence du diabète et relations avec les caractéristiques socio-économiques et le pays d'origine, selon l'enquête décennale Santé 2002-2003 », *Diabetes and Metabolism*, vol. 34, mars.
- Dutch Institute for Healthcare Improvement, 2008, « Final report European Core Indicators in Diabetes project », *Rapport*, CBO (accessible sur http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/action1_2005_11_en.htm).
- Fagot-Campagna A., Simon D., Varroud-Vial M., Ihaddadène K., Vallier N., Scaturro S., Eschwège E., Weill A., 2003, « Caractéristiques des personnes diabétiques traitées et adéquation du suivi médical du diabète aux recommandations officielles. Entred 2001 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 49-50, p. 238-239.
- Fagot-Campagna A., Fosse S., Weill A., Simon D., Varroud-Vial M., 2005, « Rétinopathie et neuropathie périphérique liées au diabète en France métropolitaine : dépistage, prévalence et prise en charge médicale, étude Entred 2001 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 12-13, p. 48-50.
- Favier F., Jaussent I., Le Moulec N., Debussche X., Boyer M.-C., Schwager J.-C., Papoz L., 2005, « The Redia Group. Prevalence of type 2. Diabetes and central adiposity in La Réunion Island, the REDIA study », *Diabetes Research and Clinical Practice*, n° 67, p. 234-42.
- InVS, Diaporama et résultats nationaux et régionaux d'Entred 2001 (disponibles sur www.invs.sante.fr/diabete).
- InVS, Premiers résultats d'Entred 2007 (disponibles sur www.invs.sante.fr/diabete).
- Kusnik-Joinville O., Weill A., Salanave B., Ricordeau P., Allemand H., 2007, « Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? », *Pratiques et organisation des soins*, CNAMTS, vol. 38, n° 1, janvier-mars.
- Kusnik-Joinville O., Weill A., Ricordeau P., Allemand H., 2008, « Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4 % et des disparités géographiques croissantes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°43, p. 409-413.

CHAMP • Entred 2001 : France métropolitaine, population adulte du régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes), diabétiques de type 1 ou 2, traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

Erasmus 2005 et 2006 : France entière, population du régime général de l'assurance maladie, tous âges, diabétiques de type 1 ou 2 traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

Entred 2007 : France entière, population adulte du régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes) et du régime social des indépendants (RSI), diabétiques de type 1 ou 2 traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

SOURCES • En 2001, étude Entred : échantillon de 10 000 personnes tirées au sort parmi les bénéficiaires du régime général, remboursées au dernier trimestre 2001 d'une délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou insuline ; en 2005, personnes remboursées d'une délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou insuline à au moins deux reprises au cours de l'année, extraites de la base de données Erasmus (ensemble des assurés sociaux du régime général de l'assurance maladie) ; en 2007, étude Entred : échantillon de 9 781 personnes tirées au sort parmi les bénéficiaires du régime général et du régime social des indépendants, remboursées dans les 12 mois d'au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux et/ou insuline.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Le numérateur est le nombre de personnes ayant bénéficié dans l'année d'au moins un remboursement de l'acte considéré (2 ou 3 actes pour l'HbA1c) ; le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées de l'étude. Entred 2007 : données pondérées sur le plan de sondage.

LIMITES ET BIAIS • Entred 2001 : exclusion des régimes de l'assurance maladie autres que le régime général, des sections locales mutualistes, des personnes hospitalisées pendant tout le dernier trimestre 2001 et exclusion des départements d'outre-mer. Erasmus 2006 et 2007 : exclusion des régimes de l'assurance maladie autres que le régime général et des personnes hospitalisées toute l'année 2005. Entred 2007 : exclusion des régimes de l'assurance maladie autres que le régime général et le régime social des indépendants, exclusion des sections locales mutualistes et des personnes hospitalisées pendant les 12 mois précédant l'étude ; absence de données concernant les actes réalisés dans le secteur public (consultations et hospitalisations) ; indicateurs parfois intermédiaires et imprécis, la consultation ophtalmologique ne rendant pas compte de l'examen du fond d'œil et le dosage des lipides du calcul du cholestérol LDL ; prise en compte des dates de remboursements et non des dates de réalisation des actes.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR : InVS, CNAMTS, RSI, INPES, HAS.

Surveillance des personnes diabétiques (2)

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Proportion de personnes diabétiques ayant réalisé dans l'année certains des examens de surveillance complémentaires préconisés

Il s'agit ici d'estimer la proportion de personnes diabétiques ayant bénéficié dans l'année d'au moins trois remboursements pour dosages de l'hémoglobine glyquée (HbA1c), deux remboursements pour dosages de l'HbA1c, un remboursement pour dosage de la cholestérolémie (ou bilan lipidique), un remboursement pour dosage des triglycérides (ou bilan lipidique), un remboursement pour dosage de la créatininémie, un remboursement pour recherche d'albuminurie, un remboursement d'ECG (ou consultation de cardiologie) et un remboursement de consultation ophtalmologique (ou rétinographie).

Ces estimations ont été réalisées en 2001 puis en 2007 à partir des résultats de l'échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques (Entred), et en 2005 et 2006 à partir de la base de données Erasme du régime général d'assurance maladie.

Selon l'examen de surveillance, entre 18 % et 71 % des personnes diabétiques traitées par insuline et/ou antidiabétiques oraux ont bénéficié des examens recommandés en 2001 et entre 26 % et 80 % en 2007 (tableau 1). Entre 2001 et 2007, le suivi s'est amélioré, mais de façon hétérogène pour les différents indicateurs. Les progressions les plus marquées portent sur la recherche d'albuminurie (+7 % par an) et les trois dosages annuels de l'HbA1c (+4 % par an). Toutefois, ces deux examens font partie des moins fréquemment réalisés : ils ont concerné respectivement 26 % et 38 % des personnes diabétiques en 2007 ; de plus, leur progression semble s'atténuer au cours des années. Moins de trois personnes diabétiques sur quatre ont bénéficié d'un dosage sanguin du cholestérol (67 % d'une estimation du cholestérol LDL) et des triglycérides dans l'année, et plus de trois personnes sur quatre d'un dosage sanguin de la créatinine. Moins d'un diabétique sur deux a bénéficié d'une consultation d'ophtalmologie (sans qu'un fond d'œil ne soit systématiquement réalisé) ; cet indicateur est le seul à ne pratiquement pas progresser.

Toutefois, si l'on estime ces indicateurs d'après les données cumulées de 2007 et 2008, c'est alors 40 % des personnes diabétiques qui ont bénéficié d'une recherche d'albuminurie, 63 % d'une consultation ophtalmologique, 86 % d'un dosage des lipides quels qu'ils soient (83 % du cholestérol LDL) et 92 % d'un dosage sanguin de la créatinine en deux ans.

Les facteurs associés à une meilleure surveillance clinique, en particulier l'ancienneté du diabète et le traitement par insuline, suggèrent en 2001 que la conformité aux bonnes pratiques cliniques s'accroît avec la gravité de la maladie. Avoir entre 45 et 64 ans et un niveau d'études supérieur au baccalauréat sont également associés à une meilleure surveillance du diabète. Cette association pourrait être liée aux pratiques médicales (attitude différente du médecin ou recours à un médecin différent), à une meilleure observance des patients eux-mêmes ou à une meilleure accessibilité au système de soins.

Dans les DOM, les données d'Entred 2007 montrent que le dosage annuel de l'albuminurie (45 %) est beaucoup plus souvent réalisé qu'en France métropolitaine, témoignant d'une meilleure sensibilisation au risque rénal lié au diabète. En revanche, les réalisations annuelles d'au moins trois dosages d'HbA1c (30 %) et d'un dosage de la créatininémie (75 %) sont un peu moins fréquentes qu'en métropole. Pour les autres examens, la prise en charge est proche de celle de métropole, malgré un âge en moyenne plus jeune en outre-mer.

Par rapport aux autres pays européens, les indicateurs de qualité du suivi de la France semblent globalement proches de ceux d'Italie et d'Angleterre ; ils paraissent moins satisfaisants qu'en Hollande, Belgique, Autriche, Suède et Écosse mais semblent plus satisfaisants qu'en Irlande et Espagne.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Contrôle du risque vasculaire : niveaux d'HbA1c, de cholestérol LDL et de pression artérielle

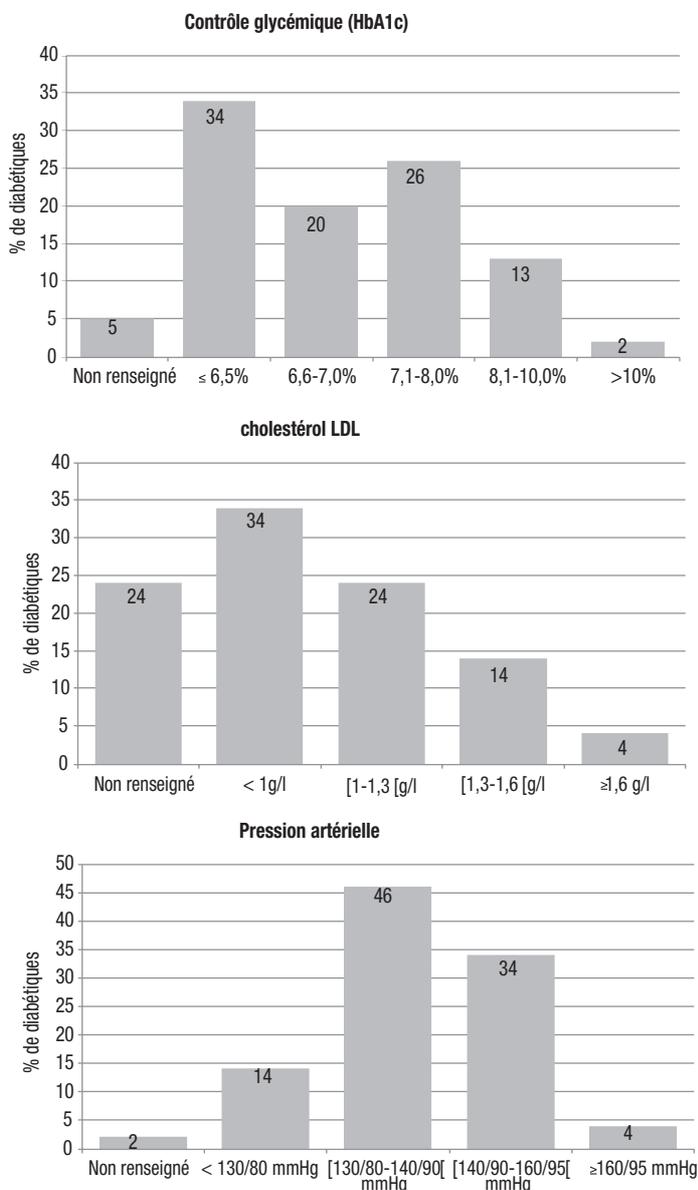
Le contrôle du niveau de risque vasculaire permet de réduire la survenue des complications du diabète. Dans l'étude Entred 2007, le niveau de risque vasculaire des personnes dia-

bétiques de type 2, déclaré par les médecins, reste élevé mais a fortement diminué depuis 2001 (graphique 1). Le niveau d'HbA1c est inférieur ou égal au seuil recommandé de 6,5 % chez un tiers des personnes diabétiques et supérieur à 8 % chez 15 %. La pression artérielle est inférieure au seuil actuellement recommandé de 130/80 mmHg chez 14 % des diabétiques et supérieure ou égale à 140/90 mmHg chez 38 %. Elle est rapportée de façon imprécise (34 % des personnes se situent au seuil exact de 130/80 mmHg). Le niveau de cholestérol LDL n'est pas rapporté par 24 % des médecins alors que son dosage est recommandé annuellement, et le LDL est supérieur ou égal à 1,30 g/l pour 18 %. On observe toutefois une amélioration importante du niveau de risque vasculaire depuis la première étude Entred en 2001, dans tous les groupes d'âge et sexe, et que le suivi médical du patient soit réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste du diabète. Les niveaux moyens d'HbA1c (-0,3 % entre 2001 et 2007), de cholestérol LDL (-0,18 g/l) et de pression artérielle (-3/2 mmHg) ont diminué en moyenne, et les distributions se sont décalées vers des valeurs plus faibles. Cette amélioration est liée à une prise en charge thérapeutique plus intensive par antidiabétiques oraux, et surtout par statines et antihypertenseurs. Toutefois, l'obésité a progressé, atteignant 41 % (+7 points) des personnes diabétiques de type 2, le surpoids concernant de plus 39 % (-3 points).

En France, le contrôle de la pression artérielle des personnes diabétiques est beaucoup plus satisfaisant que celui des autres pays européens, celui de l'HbA1c un peu plus satisfaisant et celui du cholestérol (et LDL) un peu moins. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

GRAPHIQUE 1 • Distribution des niveaux de risque vasculaire parmi les personnes diabétiques de type 2 en 2007



Champ : France métropolitaine.
Sources : Entred 2007.

CHAMP • France métropolitaine, population adulte du régime général de l'assurance maladie (hors sections locales mutualistes) et du régime social des indépendants (RSI), personnes diabétiques de type 2, traitées par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

SOURCES • Étude Entred, année 2007, sélection des 2 232 personnes diabétiques de type 2 pour lesquelles le médecin a répondu à un questionnaire (sur 8 926 personnes tirées au sort parmi les bénéficiaires du régime général et du RSI de métropole, remboursées dans les 12 mois d'au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux et/ou d'insuline).

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Distribution des niveaux d'HbA1c, de pression artérielle et de cholestérol LDL déclarés par les médecins pour les années 2007 ou 2008. Données pondérées sur le plan de sondage et sur les caractéristiques des non répondants (âge, sexe, traitement par insuline et antidiabétique oral).

LIMITES ET BIAIS • Exclusion des régimes de l'assurance maladie autres que le régime général et le RSI, exclusion des sections locales mutualistes, exclusion des personnes hospitalisées pendant les 12 mois précédents l'étude ; indicateurs parfois imprécis, la pression artérielle est principalement rapportée en cmHg et non en mmHg. D'autres biais peuvent être liés à l'auto-déclaration des médecins (étude rétrospective, variabilité des mesures biologiques). Ces biais induisent probablement une vision du contrôle du risque vasculaire plus optimiste qu'en réalité.

RÉFÉRENCE • – InVS, Premiers résultats d'Entred 2007 (disponibles sur <http://www.invs.sante.fr/diabete>).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

synthèse

En 2007, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline était estimée à 3,95% en France entière, soit près de 2,5 millions de personnes. L'augmentation moyenne de la prévalence du diabète traité entre 2000 et 2005 est de 5,7% par an, au sein du régime général de l'assurance maladie et l'augmentation est d'autant plus élevée que le taux initial est haut, accentuant les disparités géographiques. La prévalence du diabète est plus élevée dans les DOM, chez les personnes de niveau socio-économique moins favorisé (particulièrement chez les femmes), et chez les femmes originaires du Maghreb. La prévalence du diabète augmente avec l'âge et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

L'adéquation de la surveillance des personnes diabétiques aux recommandations de bonnes pratiques cliniques reste encore très insuffisante. En 2007, selon les types d'examen de surveillance, entre 26% et 80% des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées, alors que l'objectif de la loi de santé publique est d'atteindre 80% pour tous les examens. Les actes les moins fréquemment réalisés restent le dosage de l'albuminurie (26%), les trois dosages annuels d'hémoglobine glyquée (38%) ainsi que l'électrocardiogramme (35%). Toutefois, la fréquence de ces indicateurs progresse, sauf la fréquence de l'examen ophtalmologique annuel, qui reste réalisé chez moins d'une personne diabétique sur deux en 2001 comme en 2007. Estimés sur deux années, ces indicateurs sont en revanche beaucoup plus élevés.

Le niveau de risque vasculaire des personnes diabétiques de type 2 a diminué fortement grâce à l'intensification thérapeutique, mais demeure encore élevé. En 2007, 61% des personnes diabétiques de type 2 ont un niveau d'HbA1c supérieur à 6,5%, 84% ont une pression artérielle supérieure ou égale à 130/80 mmHg (mais 35% se situent à ce seuil du fait d'une mesure rapportée de manière imprécise) et 18% ont un cholestérol LDL supérieur ou égal à 1,3 g/l.

Complications du diabète (1)

Les complications potentielles du diabète étant nombreuses, l'objectif retenu par la loi de santé publique de 2004 est de **réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires**. Les complications retenues sont les plus graves : infarctus du myocarde, cécité et autres complications ophtalmologiques nécessitant un traitement par laser, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur, mal perforant plantaire (lésion cutanée résultant de la neuropathie et de l'artériopathie, pouvant conduire à l'amputation). Certains indicateurs nécessitent d'être validés. La mortalité liée au diabète ou à ses complications constitue un indicateur complémentaire, limité toutefois, car le codage du diabète n'est pas systématique pour les décès survenant du fait d'une de ses complications.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence et incidence de certaines complications chez les personnes traitées pour diabète

Les complications prises en compte ici sont : complications coronaires (infarctus du myocarde, angor ou revascularisation coronaire), cécité, autres complications ophtalmologiques nécessitant un traitement par laser, insuffisance rénale chronique terminale, amputation, mal perforant plantaire. Les taux de complications sont estimés à partir des résultats de l'étude Entred 2007, qui recueille les déclarations des personnes diabétiques et de leur médecin (tableau 1). Globalement, les patients déclarent plus fréquemment des complications que leur médecin. La discordance de ces résultats peut s'expliquer de différentes manières : le patient fait une mauvaise interprétation de son état de santé ou le médecin ne dépiste pas les complications – ainsi les médecins ne fournissent pas de renseignements sur le traitement par laser dans 12 % des cas.

Les complications deviennent de plus en plus fréquentes avec l'âge et la durée du diabète. En 2007, 16,5 % des patients diabétiques de type 1 ou 2 ont, selon les déclarations des médecins, une complication coronaire et ce taux passe de 6,0 % avant 54 ans à 25,5 % après 75 ans. Par ailleurs, 3,9 % des patients déclarent avoir perdu la vue d'un œil et 17,2 % déclarent un traitement par laser ophtalmologique. Ces taux augmentent avec l'âge pour atteindre respectivement 6,0 % et 28,0 % à l'âge de 75 ans ou plus. Enfin, 1,5 % des patients déclarent une amputation et 10,1 % un mal perforant plantaire actif ou guéri.

À partir des données déclarées par les médecins, les incidences sont estimées en 2007 à 4 000 infarctus, angor ou revascularisations

coronaires, 130 cécités, 100 initialisations à la dialyse ou greffes rénales, 390 amputations d'un membre inférieur et 940 maux perforants plantaires pour 100 000 diabétiques. Sur les 2,4 millions de personnes diabétiques traitées (par antidiabétiques oraux et/ou insuline) vivant en France métropolitaine en 2007, entre 400 000 et 480 000 auraient subi une complication coronaire, 94 000 auraient perdu la vue d'un œil et 7 000 seraient greffées ou dialysées. Entre 19 000 et 36 000 seraient amputées d'un membre inférieur, entre 55 000 et 240 000 auraient un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé et entre 110 000 et 415 000 auraient bénéficié d'un traitement par laser ophtalmologique.

Hospitalisations de personnes diabétiques pour amputation ou plaie du pied

En 2007, en métropole, plus de 9 200 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention d'acte d'amputation d'un membre inférieur, totalisant plus de 11 400 séjours avec amputation (tableau 2). Une même personne a effectué deux séjours avec amputation dans l'année dans 15 % des cas et trois séjours ou plus dans 4 % des cas. Les taux d'incidence brut et standardisé de personnes subissant une amputation sont estimés à respectivement 376 et 136 pour 100 000 personnes diabétiques, soit 16 fois plus que chez les non-diabétiques (graphique 1). Les taux sont deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Entre 2003 et 2007, on constate une augmentation du nombre de personnes diabétiques amputées et du nombre de séjours pour amputation. Toutefois, les taux d'incidence restent relativement stables. L'augmentation du nombre de personnes diabétiques amputées est donc probablement due à l'augmentation de la

TABLEAU 1 • Taux de complications déclarées par les patients (personnes diabétiques traitées par antidiabétiques oraux et/ou insuline) et par leur médecin

	Prévalences* 2007				Incidences**	
	Patients		Médecins		Médecins	
	%	IC à 95%	%	IC à 95%	%	IC à 95%
Infarctus du myocarde et/ou angor et/ou revascularisation coronaire	20,0	[18,7-21,2]	16,5	[15,0-18,0]	4,0	[3,2-4,8]
Cécité	-		0,4	[0,2-0,7]	0,1	[0,0-0,3]
Perte de la vue d'un œil	3,9	[3,3-4,5]	-	-	-	-
Laser ophtalmologique	17,2	[16,0-18,4]	4,6	[3,7-5,5]	-	-
Dialyse ou greffe rénale	0,3	[0,2-0,5]	0,3	[0,1-0,6]	0,1	[0,0-0,2]
Amputation d'un membre inférieur	1,5	[1,1-1,9]	0,8	[0,5-1,2]	0,4	[0,2-0,6]
Mal perforant plantaire	10,1	[9,1-11,0]	2,3	[1,7-3,0]	0,9	[0,5-1,3]

* Complications survenues avant l'enquête.

** Complications survenues au cours des 12 derniers mois.

Champ : France métropolitaine, 2007.

Sources : Étude Entred, InVS, 2007.

CHAMP • France métropolitaine, population adulte, diabétiques de type 1 et 2 traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline.

SOURCES • Étude Entred 2007, échantillon de 8926 personnes tirées au sort parmi les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie et du RSI, remboursées dans les 12 derniers mois d'au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux et/ou insuline domiciliés en métropole.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Le numérateur est le nombre de personnes ayant déclaré (ou dont le médecin a déclaré) une complication existante (ou incidente) en 2007. Le dénominateur est le nombre de personnes diabétiques traitées de l'échantillon Entred pour lesquelles une réponse a été obtenue soit au questionnaire patient (n = 4277, déclarations des patients), soit à la fois au questionnaire patient et médecin (n= 2485, déclarations des médecins). Traitement des données: dans les déclarations des patients, exclusion des valeurs manquantes (peu fréquentes) et interprétation des réponses «ne sait pas» comme l'absence de complication. Dans les déclarations des médecins, exclusion des valeurs manquantes et des réponses «ne sait pas». Données pondérées sur le plan de sondage et les caractéristiques des non répondants (âge, sexe, traitement : par insuline ou par un ou plusieurs antidiabétiques oraux).

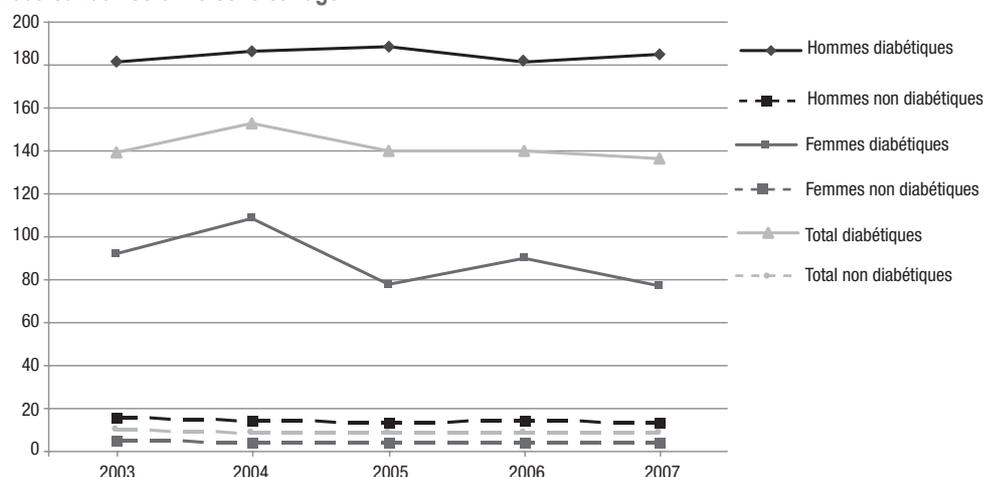
LIMITES ET BIAIS • Exclusion des DOM, des régimes de l'assurance maladie autres que le régime général et le RSI, exclusion des sections locales mutualistes. Biais d'auto-déclaration des patients et médecins (étude rétrospective, imprécision des déclarations des patients, fréquence importante des données non renseignées par les médecins). Ces derniers biais induisent probablement une sous-estimation de la part des médecins et une surestimation de la part des patients.

RÉFÉRENCES •

- Fagot-Campagna A., Fosse S., Roudier C., Romon I., Penfornis A., Lecomte P., Bourdel-Marchasson I., Chantry M., Deligne J., Fournier C., Poutignat N., Weill A., Paumier A., Eschwège E., 2009, « Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine : d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n°42-43, p450-455.
- Romon I., Jouglà E., Weill A., Eschwège E., Simon D., Fagot-Campagna A., 2009, « Description de la mortalité et des causes de décès dans une cohorte d'adultes diabétiques, en France métropolitaine. Étude Entred 2001 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n°42-43, p469-472.
- Romon I., Weill A., Simon D., Eschwège E., Jouglà E., Fagot-Campagna A., 2008, « Mortalité entre 2001 et 2006 dans la cohorte diabétique Entred : taux de mortalité, causes médicales de décès et déclaration du diabète dans les certificats de décès », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56 (5):271.
- Romon I., Fosse S., Weill A., Varroud-Vial M., Fagot-Campagna A., 2005, «Prévalence des complications macrovasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France. Étude Entred 2001», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 12-13, p. 46-48, mars.
- Fagot-Campagna A., Fosse S., Weill A., Simon D., Varroud-Vial M., 2005, «Rétinopathie et neuropathie périphérique liées au diabète en France métropolitaine: dépistage, prévalence et prise en charge médicale. Étude Entred 2001», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 12-13, mars, p. 48-50.
- Diaporama et résultats nationaux et régionaux : disponibles sur www.invs.sante.fr/entred

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

GRAPHIQUE 1 • Évolution de l'incidence standardisée* des amputations d'un membre inférieur chez les personnes diabétiques entre 2003 et 2007 selon le sexe et l'âge



* Taux pour 100 000 personnes diabétiques.

Champ : France métropolitaine.

Sources : InVS, données nationales du PMSI.

Complications du diabète (2)

prévalence du diabète. Parmi les personnes diabétiques amputées, 29 % sont âgées de moins de 65 ans, 60 % ont entre 65 et 84 ans et 11 % ont 85 ans ou plus. Le niveau le plus haut d'amputation est le plus souvent celui de l'orteil (43 % des cas), devant celui du pied (18 %), de la jambe (20 %) et de la cuisse (18 %). Par ailleurs, 41 % des amputés de la cuisse ont eu dans l'année une amputation précédente de niveau plus distal et c'est le cas pour 48 % des amputés de la jambe et 50 % des amputés du pied. Au cours des séjours avec acte d'amputation, 778 décès (8 %) ont été enregistrés.

En 2007, en France entière, plus de 13 700 personnes diabétiques ont été hospitalisées avec mention de plaie du pied, totalisant 24 700 séjours (tableau 3); 71 % des personnes diabétiques ont fait un séjour unique dans l'année, 15 % ont fait deux séjours et 14 % trois séjours ou plus. Chez les hommes diabétiques, le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge (graphique 2). Chez les femmes diabétiques, le taux est assez stable entre 45 et 64 ans puis croît à partir de 65 ans. Entre 1997 et 2007, les taux standardisés d'hospitalisation pour plaie du pied ont presque triplé.

Par rapport à la moyenne nationale calculée sur l'ensemble de la population (29,9 pour 100 000 habitants), le taux standardisé d'hospitalisation pour plaie du pied est presque deux fois plus élevé à la Réunion (57,2 pour 100 000) et en Martinique (55,4 pour 100 000). En métropole, les régions Aquitaine, Picardie, Alsace, Rhône-Alpes et Nord-Pas-de-Calais enregistrent les taux d'hospitalisation les plus élevés, supérieurs de 25 % à 63 % à la moyenne nationale. La grande variabilité des taux entre les régions, de même que leur augmentation dans le temps, reflètent à la fois les variations de prévalence du diabète, du mode de prise en charge des plaies du pied, voire de pratiques de codage.

Hospitalisations de personnes diabétiques pour infarctus du myocarde

En 2006, en France entière, plus de 12 600 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour infarctus du myocarde. Ces hospitalisations concernent en majorité des hommes (62 %). L'âge moyen des hommes est de 68 ans et celui des femmes de 75 ans. Les taux brut et standardisé de personnes hospitalisées pour

infarctus du myocarde sont estimés à respectivement 512 et 208 pour 100 000 personnes diabétiques traités. Les taux d'incidence standardisés augmentent avec l'âge et sont plus de deux fois plus élevés chez les hommes (277 pour 100 000) que chez les femmes (122 pour 100 000) et sont supérieurs dans toutes les tranches d'âge jusqu'à 85 ans (graphique 3). Le taux d'incidence standardisé est 2,9 fois plus élevé chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques, et chez les femmes, ce rapport est de 4,6. Au cours des séjours pour infarctus du myocarde, 1 166 personnes (9 %) sont décédées. Pour 440 d'entre elles, le décès est survenu moins de deux jours après le début de l'hospitalisation.

Nombre et taux de patients diabétiques entrant en insuffisance rénale chronique terminale

En 2006, d'après les données du registre REIN portant sur 16 régions (79 % de la population française), un diagnostic de diabète était mentionné pour 2 217 personnes, soit 37 % des nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale traitée¹. Extrapolé à l'ensemble de la France métropolitaine, ce chiffre atteint 2 900. Le taux d'incidence brut de l'insuffisance rénale terminale traitée avec comorbidité « diabète » s'élève à 47 pour un million de personnes. Ce taux d'incidence augmente avec l'âge, atteignant 251 pour un million de personnes âgées de 75 ans à 84 ans. Il est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes (59 contre 35 pour un million). Des variations géographiques sont également mises en évidence : le taux d'incidence, standardisé selon la structure d'âge et de sexe, est au plus bas en Bretagne (22 pour un million) et au plus haut dans le Nord-Pas-de-Calais (71 pour un million). En 2006, la prévalence brute de l'insuffisance rénale terminale avec comorbidité « diabète » est estimée à 150 pour un million de personnes. Le nombre de personnes atteintes est de 7 156 au sein des 16 régions du registre et de 9 500 extrapolé à l'ensemble de la France métropolitaine. Par rapport aux autres pays européens, la prévalence et l'incidence de l'insuffisance rénale terminale et de la dialyse chez les personnes diabétiques en France paraissent élevées², ce qui s'explique en partie par des pratiques de codage différentes selon les pays.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre et taux de décès ayant pour cause un diabète et âge moyen au décès

En 2006, parmi les certificats de décès de personnes résidant en France (métropole et outre-mer), 32 160 mentionnaient un diabète parmi les causes multiples de décès (6,1 %) et 11 500 identifiaient le diabète comme la cause initiale du décès (2,2 %). Les taux de mortalité liée au diabète en causes multiples, brut et standardisé sur l'âge, s'élèvent à respectivement 50,7 et 30,8 pour 100 000 (tableau 4). Ces taux augmentent fortement avec l'âge, tout comme la prévalence du diabète. Avant 65 ans, le taux standardisé de mortalité liée au diabète en causes multiples est de 7,1 pour 100 000. Le taux de mortalité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais l'indice de surmortalité masculine diminue avec l'âge. L'âge moyen au décès (78 ans) est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (81 ans contre 75 ans), comme en mortalité générale.

Entre 2001 et 2006, les taux standardisés de mortalité liée au diabète en causes multiples ont eu tendance à diminuer chez les femmes, avec toutefois un pic de mortalité en 2003 qui pourrait être lié à la canicule. Chez les hommes, les taux oscillaient entre 41 et 43 pour 100 000. Dans la mortalité générale, la part des décès liés au diabète en causes multiples a augmenté entre 2001 et 2005, passant de 5,5 % à 6,1 % avant de se stabiliser en 2006 (6,1 %). L'augmentation de la part du diabète est davantage marquée chez les hommes. Entre 2001 et 2006, l'âge moyen au décès a très légèrement augmenté chez les hommes comme chez les femmes, passant globalement de 77 à 78 ans.

Il existe de fortes disparités géographiques, globalement concordantes avec celles observées en termes de prévalence du diabète et de l'obésité. En métropole, au cours de la période 2004-2006, les taux annuels standardisés (diabète en causes multiples) les plus élevés sont

1. Réseau épidémiologie et information en néphrologie, 2006, *Rapport annuel REIN 2006*, disponible sur <http://www.agence-biomedecine.fr>.

2. Dutch Institute for Healthcare Improvement, 2008.

TABLEAU 2 • Séjours hospitaliers de personnes diabétiques avec acte d'amputation d'un membre inférieur de 2003 à 2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de séjours	9 508	10 265	10 788	11 114	11 442
Nombre de patients	7 955	8 470	8 812	9 149	9 236
Taux bruts*	378	373	371	379	376
Taux standardisés*	139	153	140	140	136

* Taux annuels pour 100 000 personnes diabétiques.

Champ : France métropolitaine.

Sources : InVS, données nationales du PMSI, CNAMTS, échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) pour la prévalence du diabète et INSEE, estimations localisées de population.

TABLEAU 3 • Séjours hospitaliers de personnes diabétiques présentant des plaies du pied de 1997 à 2007

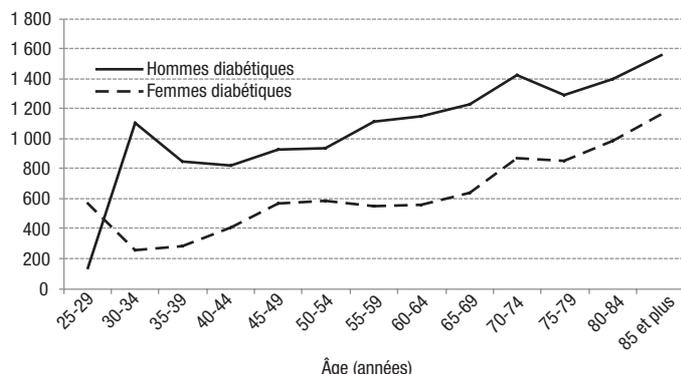
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre											
Hommes	4 400	5 700	7 100	8 200	9 200	11 800	12 200	13 600	15 800	17 200	15 900
Femmes	3 200	3 700	4 400	4 900	5 400	6 700	6 700	7 500	8 000	8 700	8 800
Ensemble	7 600	9 400	11 500	13 100	14 600	18 500	18 900	21 100	23 800	25 900	24 700
Taux bruts*											
Hommes	15,2	19,7	24,5	27,8	31,2	39,7	40,7	45,3	52,0	56,2	51,7
Femmes	10,3	12,1	14,1	15,9	17,1	21,2	21,2	23,3	24,9	26,6	26,8
Ensemble	12,7	15,8	19,1	21,7	23,9	30,2	30,6	34,0	38,0	40,9	38,8
Taux standardisés*											
Hommes	14,9	18,9	23,4	26,3	28,9	36,5	37,2	40,6	46,1	49,0	44,6
Femmes	8,0	9,2	10,5	11,8	12,8	15,6	15,4	16,6	17,2	17,8	17,5
Ensemble	11,2	13,7	16,5	18,5	20,2	25,2	25,5	27,7	30,5	32,1	29,9

* Taux annuels pour 100 000 habitants. Les taux ont été calculés en rapportant les séjours des personnes diabétiques à la population française totale.

Champ : France entière.

Sources : DREES, données nationales du PMSI pour les séjours hospitaliers; INSEE, estimations localisées de population.

GRAPHIQUE 2 • Taux d'hospitalisation* des personnes diabétiques présentant des plaies du pied en soins de courte durée MCO en 2005



* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES, données nationales du PMSI pour les séjours hospitaliers; CNAMTS, échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) pour la prévalence du diabète; INSEE, estimations localisées de population.

CHAMP • Amputations : France métropolitaine, années 2003 à 2007. Plaies du pied : France entière, années 1997 à 2007. Infarctus du myocarde : France entière, année 2006.

SOURCES • Bases nationales PMSI (DHOS, ATIH). Séjours hospitaliers en soins de courte durée MCO. Estimations localisées de population (INSEE). Prévalence du diabète, Échantillon permanent des assurés sociaux et SNIIRAM.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Ont été retenus les séjours suivants : 1) pour repérer les patients diabétiques, ceux comportant un des codes diagnostics principaux, reliés ou associés (CIM10) E10 à E14, G590, G632, H280, H360, I792, M142, N083, O24, O240 à O243 et O249; 2) pour repérer les amputations du membre inférieur, ceux comportant un acte codé CCAM ou CDAM, NZFA009, NZFA005, NZFA004, NZFA013, NZFA010, NZFA007, NZFA002, NZFA006, NZFA008, NZFA001, NZFA003, T113, T116, T750, T751, T752, T888, T889, T111, T112, T115, T117, T118, T119, T120, T114; 3) pour repérer les séjours pour plaies du pied de 1997 à 2007, les codes diagnostics principaux, reliés ou associés (CIM10) L97, M8607, M8617, M8627, M8637, M8647, M8657, M8667, M8687, M8697, S90 et S91; 4) pour repérer les infarctus du myocarde, les codes diagnostics principaux (CIM10) I21, I22, I23 après exclusion des transferts immédiats (CMD24 et GHM Z22Z, Z24Z, Z25Z) et des prises en charge en ambulatoire (GHM H03Z et (CMD24 ou CMD90) et des séjours de durée nulle). Les taux standardisés reposent sur la structure d'âge de la population européenne (ARC - 1976). L'effectif de la population diabétique a été estimé à partir des données de prévalence du diabète de la CNAMTS, appliquées aux estimations moyennes INSEE de population aux 1^{er} janvier de chaque année.

LIMITES ET BIAIS • Lors des analyses des amputations, le diagnostic de diabète a été recherché parmi les diagnostics enregistrés lors de tous séjours hospitaliers des patients (pour amputation ou tout autre motif). Toutefois, afin de bénéficier des procédures de chaînage disponibles à partir de 2002 mais modifiées en 2004, l'algorithme de recherche du diagnostic de diabète était différent entre l'année 2003 et les années 2004 à 2007. En 2003, seules les années 2002 et 2003 ont été utilisées; pour chacune des années suivantes, les 4 années de la période 2004-2007 ont été utilisées. En ce qui concerne les analyses portant sur l'infarctus du myocarde, le diagnostic de diabète a été recherché sur l'ensemble des séjours de 2004 à 2007. Par ailleurs, pour ces analyses, les données n'ont pas été redressées, le taux d'exhaustivité du PMSI, évalué en journées par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE), étant de 97 % en 2003. Lors des analyses des hospitalisations pour plaie du pied, le diagnostic de diabète n'a été recherché que sur le séjour concerné (absence de chaînage avant 2002). Il est donc probable que le nombre et taux de séjours soient sous-estimés, le diagnostic de diabète n'apparaissant pas systématiquement. Les données ont en revanche été redressées afin de prendre en compte les défauts d'exhaustivité des débits du PMSI, qui sont liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé; ce taux d'exhaustivité était de 92 % en 1998.

RÉFÉRENCES •

- Fosse S., Hartmann-Heurtier A., Jacqueminet S.-A., Ha Van G., Grimaldi A., Fagot-Campagna A., 2009, « Incidence and characteristics of lower limb amputations in people with diabetes », *Diabetic Medicine*, 2009 Apr; 26(4):391-6.
- Fosse S., Jacqueminet S.-A., Hartmann-Heurtier A., Ha Van G., Grimaldi A., Fagot-Campagna A., 2006, « Incidence et caractéristiques des amputations du membre inférieur chez les personnes diabétiques en France métropolitaine », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 10, p. 71-73.
- InVS, programme de surveillance épidémiologique du diabète : résultats sur les amputations disponibles sur www.invs.sante.fr/diabete
- Oberlin P., Mouquet M.-C., Got I., 2006, « Les lésions des pieds chez les patients diabétiques adultes. Prise en charge hospitalière en 2003 et évolution depuis 1997 », *Études et Résultats*, DREES, n° 473, mars.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • InVS pour les amputations et DREES pour les plaies du pied.

Complications du diabète (3)

enregistrés en Alsace (+50% par rapport au taux national), dans le Nord-Pas-de-Calais (+40%), en Lorraine (+37%), en Champagne-Ardenne (+28%) et en Picardie (+19%). À l'inverse, c'est en Bretagne (-27% par rapport au taux national), en Basse-Normandie (-24%) et en Île-de-France (-23%) que l'on trouve les taux les plus faibles. En Franche-Comté et en Auvergne, les taux de mortalité liée au diabète sont particulièrement élevés (respectivement +13% et +18% par rapport au taux national), alors que la prévalence du diabète traité est plus faible que la prévalence nationale³. On observe un phénomène inverse en Île-de-France, où le taux de mortalité liée au diabète est particulièrement faible (-23% par rapport au taux national) et la prévalence du diabète traité est très proche de la prévalence nationale. Entre les deux périodes 2001-2003 et 2004-2006, les taux

régionaux ont légèrement diminué (de -0,4% à -8%), sauf dans le Limousin (+6%), en Bourgogne (+1%) et en Auvergne (+1%).

Dans les départements d'outre-mer, au cours de la période 2004-2006, les taux annuels standardisés liés au diabète en causes multiples étaient extrêmement élevés : respectivement 110,3, 64,2, 69,0 et 55,8 pour 100 000 à la Réunion, en Guyane, Guadeloupe, Martinique (tableau 5). L'âge moyen au décès en outre-mer est moins élevé que dans le reste du pays (de 72 à 78 ans selon le DOM contre 78 ans en métropole). La sous-mortalité féminine observée en métropole est faible en Martinique et à la Réunion, quasi nulle en Guadeloupe et non observée en Guyane.

Les indicateurs de mortalité liée au diabète sont probablement sous-estimés : le diabète n'est pas toujours mentionné en tant que cause

du décès, même si celui-ci est lié à une de ses complications. Pour illustration, dans l'étude Entred 2001, 1 388 personnes traitées pour diabète et résidant en métropole sont décédées entre 2001 et 2006. Le diabète est mentionné parmi les causes multiples dans 32% des certificats de décès de ces personnes diabétiques, et comme la cause initiale du décès dans 12% des certificats. Dans 20% des certificats, une complication du diabète est mentionnée en causes multiples (cardiopathie ischémique, accident vasculaire cérébral ou insuffisance rénale), bien que le diabète ne soit pas mentionné. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

synthèse

Sur les 2,4 millions de personnes diabétiques traitées vivant en France métropolitaine en 2007, entre 400 000 et 480 000 auraient subi une complication coronaire, 94 000 auraient perdu la vue d'un œil et 7 000 seraient greffées ou dialysées. Entre 19 000 et 36 000 seraient amputées d'un membre inférieur et entre 55 000 et 240 000 personnes auraient un mal perforant plantaire actif ou cicatrisé.

En 2006, pour un million de personnes résidant en France métropolitaine, 47 personnes diabétiques étaient nouvellement traitées par dialyse ou greffe rénale pour insuffisance rénale terminale.

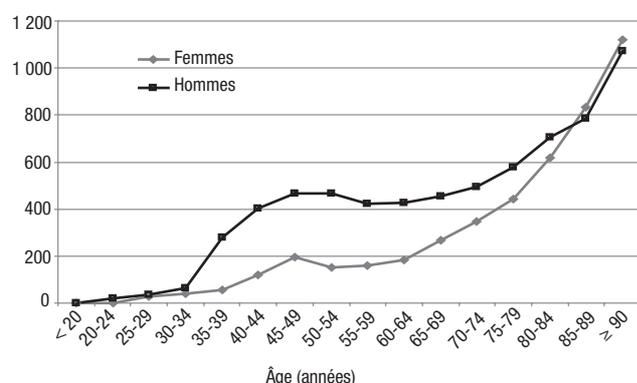
En 2007, en métropole, plus de 9 000 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour un acte d'amputation d'un membre inférieur, soit un taux d'incidence brut de 376 pour 100 000 personnes diabétiques. Même si le nombre de personnes diabétiques amputées augmente chaque année depuis 2003, le taux d'incidence reste stable. Le taux d'hospitalisation pour amputation est 16 fois plus élevé chez les personnes diabétiques que chez les non-diabétiques et 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Près de 30% des diabétiques amputés sont âgés de moins de 65 ans. Dans 19% des cas, il s'agit de récidives d'amputations dans la même année.

Près de 25 000 séjours hospitaliers mentionnant une plaie du pied chez une personne diabétique ont également été enregistrés en 2007, soit un taux brut de 39 séjours pour 100 000 habitants. La Réunion et la Martinique surtout, mais également le Nord - Pas-de-Calais ont enregistré des taux standardisés d'hospitalisation pour plaie du pied très supérieurs à la moyenne nationale.

En 2006, 12 639 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour infarctus du myocarde, soit un taux d'incidence brut de 512 pour 100 000 personnes diabétiques. Le taux d'incidence de l'hospitalisation pour infarctus du myocarde est 2,9 fois plus élevé chez les hommes diabétiques que chez les hommes non diabétiques. Chez les femmes, ce rapport est de 4,6.

En 2006, le diabète est mentionné sur plus de 32 000 certificats de décès de personnes domiciliées en France. Entre 2001 et 2006, les taux de mortalité ont augmenté chez les hommes, et la part du diabète dans la mortalité générale a augmenté quel que soit le sexe. Il existe des disparités géographiques similaires à celles de la prévalence du diabète : les taux de mortalité sont très élevés en outre-mer et élevés dans le nord et l'est de la métropole. Une sous-mortalité féminine est observée en métropole, mais pas dans les DOM. L'âge moyen au décès est moins élevé que dans le reste du pays (de 72 à 78 ans selon les DOM contre 78 ans).

GRAPHIQUE 3 • Taux d'incidence* de l'hospitalisation pour infarctus du myocarde chez les personnes diabétiques en 2006



* Taux d'incidence pour 100 000 personnes diabétiques.

Champ : France métropolitaine.

Sources : InVS, données nationales du PMSI pour les séjours hospitaliers; CNAMTS, SNIRAM pour la prévalence du diabète; INSEE, estimations localisées de population.

TABLEAU 4 • Décès avec mention de diabète en causes initiale ou multiples* en 2005

	Diabète en cause initiale			Diabète en causes multiples		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Nombre de décès	11 498	5 414	6 084	32 156	16 281	15 875
Âge moyen (en années)	78,5	75,4	81,3	77,9	75,1	80,7
Taux bruts**						
< 25 ans	0,1	<0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
25-44 ans	0,8	1,2	0,4	1,7	2,4	1,1
45-64 ans	7,9	10,9	5,0	23,2	33,7	13,1
< 65 ans	2,6	3,6	1,7	7,5	10,7	4,4
65-84 ans	70,2	84,7	59,4	208,0	266,5	164,8
≥ 85 ans	292,9	325,4	279,9	729,0	866,5	673,8
≥ 65 ans	97,4	105,3	92,0	271,8	318,0	240,0
Tous âges	18,1	17,7	18,6	50,7	53,1	48,5
Taux standardisés**						
< 65 ans	2,5	3,5	1,5	7,1	10,2	4,0
≥ 65 ans	78,9	96,4	67,1	223,1	290,6	178,0
Tous âges	10,9	13,7	8,8	30,8	41,1	23,2

* Le diabète est dit déclaré « en causes multiples » de décès s'il est mentionné dans le certificat de décès (que ce soit en cause initiale ou dans une autre partie du certificat)

** Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France entière.

Sources : InVS, données nationales du CépiDC-INSERM.

TABLEAU 5 • Décès avec mention de diabète en causes initiale ou multiples* dans les DOM

	2001-2003				2004-2006			
	Réunion	Martinique	Guadeloupe	Guyane	Réunion	Martinique	Guadeloupe	Guyane
Nombre annuel moyen	1635	936	827	140	1873	883	968	159
Part (%)	13,9	11,6	10,3	6,8	14,9	11,2	11,4	7,3
Âge moyen	72	76	75	70	72	78	75	72
Taux standardisés **								
Hommes	108,1	68,9	63,0	49,8	114,7	60,3	69,6	63,0
Femmes	106,1	63,3	67,5	71,6	104,1	51,6	67,5	65,2
Ensemble	108,3	66,1	65,9	62,0	110,3	55,8	69,0	64,2
Ratio hommes-femmes des taux standardisés	1,02	1,09	0,93	0,70	1,10	1,17	1,03	0,97

* Le diabète est dit déclaré « en causes multiples » de décès s'il est mentionné dans le certificat de décès (que ce soit en cause initiale ou dans une autre partie du certificat).

** Taux pour 100 000 habitants.

Champ : Départements d'outre-mer.

Sources : InVS, données nationales du CépiDC-INSERM.

CHAMP • France entière, décès avec mention de diabète sur le certificat de décès (cause initiale ou autres causes).

SOURCES • Les données sont issues de la statistique nationale des causes de décès élaborée annuellement par le CépiDC de l'INSERM et établie à partir de la certification médicale des médecins.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Les indicateurs sont calculés sur la base du nombre de certificats portant la mention de diabète en cause initiale ou en causes multiples (causes initiales ou autres causes). Le dénominateur correspond aux estimations localisées de population (INSEE) de l'année ou de la période considérée. La standardisation (méthode directe) repose sur la structure d'âge de la population européenne d'Eusostat (IARC, 1976). Les taux pour la France entière sont calculés sur l'année la plus récente (2005), alors que les taux annuels par régions et par DOM sont calculés sur la période regroupée 2001-2005. Le découpage géographique repose sur le lieu de domicile des personnes décédées.

LIMITES ET BIAIS • Les biais principaux sont liés à la qualité de la certification des décès. Le diabète engendre de nombreuses complications; il peut alors être difficile de discerner la cause initiale du décès. C'est pourquoi il est essentiel de tenir compte à la fois de la cause initiale et des autres causes de décès. La comparaison de ces résultats avec les résultats d'autres pays est limitée, étant donné les différences de qualité de certification et de codage d'un pays à l'autre. La comparaison des résultats dans le temps est également limitée à cause de l'évolution au cours du temps de la structure du certificat de décès en 1997 (lignes supplémentaires) et du système de codage en 2000 (manuel à automatique, révision de la CIM).

RÉFÉRENCES •

- Résultats disponibles sur www.invs.sante.fr/diabete
- Kusnik-Joinville O., Weill A., Ricordeau P., Allemand H., 2008, «Diabète traité en France en 2007: un taux de prévalence proche de 4% et des disparités géographiques croissantes», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 43: 409-13.
- Romon I., Jouglu E., Balkau B., Fagot-Campagna A., 2008, «The burden of diabetes-related mortality in France in 2002: an analysis using both underlying and multiple causes of death», *European Journal of Epidemiology*, n° 23, p. 327-334.

ORGANISMES RESPONSABLES

DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS et INSERM-CépiDC.

Transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables (1)

Chez les usagers de drogues, la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) est beaucoup plus élevée que celle du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : en 2004, leur séroprévalence était de 60 % pour le VHC, alors qu'elle était de 11 % pour le VIH. Cette différence peut s'expliquer par un plus grand risque de transmission lors d'une exposition à du sang contaminé et une plus grande résistance du VHC en milieu extérieur. L'objectif de la loi de santé publique de 2004 est de **maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogues et d'amorcer une baisse de l'incidence du VHC**. Les systèmes d'information actuels ne permettent pas encore de mesurer l'évolution de l'incidence du VIH et du VHC.

Concernant le VIH, il existe depuis mars 2003 un système de notification obligatoire des nouveaux diagnostics, couplé à une surveillance des infections récentes (datant de moins de six mois). En pondérant les résultats du test d'infection récente par d'autres paramètres, comme les comportements de dépistage, il est prévu d'estimer l'incidence du VIH.

Pour le VHC, il a été choisi d'approcher l'incidence par la prévalence du VHC chez les usagers de drogues de moins de 25 ans, population dans laquelle la prévalence dépend le plus fortement des nouvelles contaminations. Une première enquête multicentrique (Bordeaux, Lille, Marseille, Paris et Strasbourg) comportant des prélèvements sanguins a été réalisée en 2004. On dispose ainsi pour la première fois d'une mesure de la prévalence réelle du VHC chez les usagers de drogues, extrapolable à l'échelon national. Il faudra cependant attendre la réédition de l'enquête Coquelicot avec prélèvements sanguins (prévue en 2010) pour pouvoir en mesurer les évolutions. En attendant, seules des données de prévalences déclaratives peuvent être utilisées pour tenter d'apprécier la tendance récente en matière de transmission du VHC.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre et proportion de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez les usagers de drogues injectables (UDI)

En 2007, on estime que 6 500 personnes ont découvert leur séropositivité à VIH. Parmi elles, près de 60 % ont été contaminées par rapports hétérosexuels, 38 % par rapports homosexuels ou bisexuels et 2 % par usage de drogues injectables (graphique 1). Les usagers de drogues injectables ne représentent donc qu'une faible proportion des personnes ayant découvert leur séropositivité et cette part a tendance à diminuer entre 2003 et 2007.

Des évolutions sur une plus longue période peuvent être observées grâce à la surveillance des cas de sida. Au milieu des années 1990, les usagers de drogues par voie injectable représentaient un quart des personnes diagnostiquées au stade sida, alors qu'ils n'en représentent plus que 10 % en 2007.

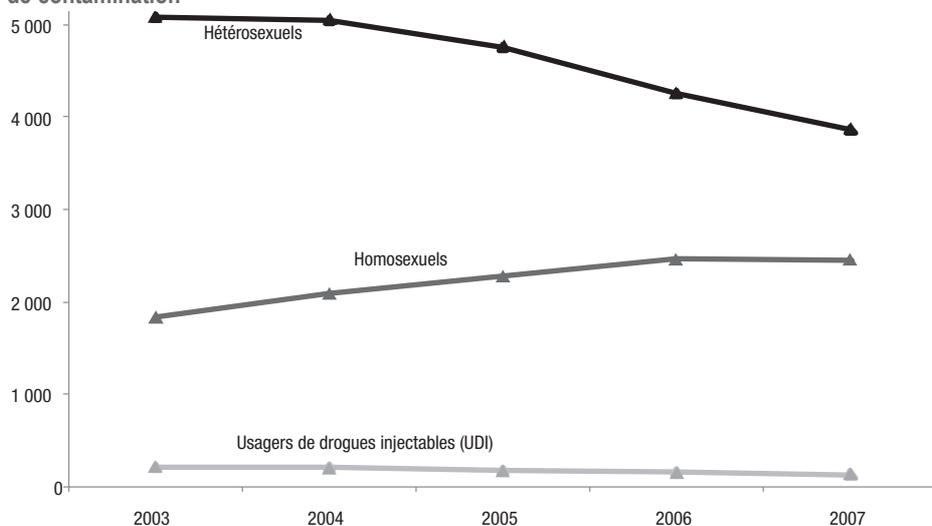
Outre le très faible nombre de découvertes de séropositivité VIH et la baisse du nombre de cas de sida chez les usagers de drogues, la prévalence du VIH a diminué dans cette population. En 1998, on estimait que 19 % des usagers de drogue par voie injectable étaient contaminés par le VIH (enquête InVS-INSERM « Programme d'échange de seringues »). En 2004, l'enquête Coquelicot montrait que 11 % des personnes ayant pratiqué l'injection ou sniffé au moins une fois dans leur vie sont infectées par le VIH. En 2006, l'enquête Bio-Prelud estime que c'est le cas de 8,8 % des « injecteurs » ou « sniffeurs » (au cours de la vie) fréquentant les structures dites de bas seuil, devenues en 2006 des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). La prévalence du VIH a surtout diminué chez les plus jeunes, laissant supposer des changements de comportement des nouveaux usagers, qui se contaminent moins par le VIH : en 2004, la séroprévalence était quasi nulle chez les moins

de 30 ans (0,3 %). La population des usagers de drogues séropositifs pour le VIH a donc vieilli.

Prévalence du VHC parmi les usagers de drogues (opiacés, cocaïne) âgés de moins de 25 ans ayant recours aux différentes structures de prise en charge

Les données de prévalence du VHC, tout comme celles du VIH, doivent être interprétées avec précaution. Tout d'abord, il importe de tenir compte, d'une part, du caractère déclaratif ou biologique des résultats et, d'autre part, des caractéristiques de la population interrogée. En effet, l'enquête Coquelicot fait apparaître de fortes divergences entre les déclarations de sérologies VHC et les résultats de tests sur des échantillons biologiques. En second lieu, il est nécessaire de considérer l'exposition aux risques de la population interrogée : ces risques sont essentiellement liés à l'utilisation de la voie intraveineuse (partage des seringues et du petit matériel d'injection) et, dans une

GRAPHIQUE 1 • Évolution du nombre de découvertes de séropositivité VIH selon le mode de contamination



* L'année 2003 est incomplète dans la mesure où la notification obligatoire du VIH a été mise en place en mars 2003.

Champ : France entière.

Sources : Système de notification obligatoire de l'infection à VIH, InVS. Données corrigées.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Système de notification obligatoire de l'infection à VIH.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • La notification des découvertes de séropositivité est initiée par les biologistes et complétée par les médecins cliniciens. Le nombre de nouveaux cas pour lesquels le mode de contamination imputé est l'injection de drogues, rapporté à l'ensemble des découvertes de séropositivité durant la période considérée.

LIMITES ET BIAIS • La déclaration des infections à VIH est soumise à une sous-déclaration de l'ordre de 35 %. Les estimations présentées tiennent compte de la sous-déclaration.

RÉFÉRENCE •

— InVS, 2007, *Lutte contre le VIH-sida et les infections sexuellement transmissibles en France. 10 ans de surveillance, 1996-2005*, InVS, Saint-Maurice.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

TABLEAU 1 • Séroprévalence du VHC chez les usagers de drogues en 2004 (en %)*

	Sérologie positive	Sérologie négative
Usagers de drogues	10,2	89,8
Personnes ayant pratiqué l'injection une fois dans leur vie	32,7	67,3
Personnes n'ayant pas pratiqué l'injection	1,1	98,9

* Données issues des tests biologiques.

Champ : Usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans des structures spécialisées et chez les médecins généralistes.

Sources : Enquête Coquelicot, InVS-ANRS, 2004.

CHAMP • Usagers de drogues âgés de moins de 25 ans enquêtés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie (haut seuil/bas seuil) et chez des médecins généralistes. Le critère d'inclusion dans l'enquête était d'avoir injecté ou sniffé au moins une fois dans la vie. Le taux de participation est de 75 %. Étude multicentrique (Bordeaux, Lille, Marseille, Paris et Strasbourg). En 2010, le champ de cette étude sera étendu à trois villes supplémentaires : Lyon, Rennes et Toulouse, au milieu pénitentiaire et aux populations « cachées », c'est-à-dire ne fréquentant pas les dispositifs spécialisés et les médecins généralistes. Il s'agit de la seule enquête mettant en œuvre un plan de sondage et des prélèvements biologiques sanguins dans la population des usagers de drogues en France.

SOURCES • Enquête Coquelicot, InVS. Échantillon aléatoire d'usagers de drogues recrutés dans l'ensemble du dispositif de prise en charge et de réduction des risques et chez les médecins généralistes.

MODE DE CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Rapport des usagers de moins de 25 ans présentant une sérologie VHC positive, à l'ensemble des usagers de moins de 25 ans pour lesquels une sérologie a été pratiquée.

LIMITES ET BIAIS • Champ géographique limité à cinq grandes villes (première enquête en 2004, après une étude de faisabilité en 2001-2002). Faibles effectifs des moins de 25 ans.

RÉFÉRENCES •

— Jauffret-Roustide M. *et al.*, 2009, «A national Cross-Sectional Study among drug-users in France : epidemiology of VHC and highlight on practical and statistical aspects of the design», *BMC Infectious Diseases*, July 16, 9-113.

— Jauffret-Roustide M. *et al.*, 2006, «Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France», Étude InVS, ANRS, Coquelicot, 2004, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 33: 244-247.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

Transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogues injectables (2)

moindre mesure, à l'utilisation du sniff (partage des pailles) et à la consommation de crack (partage des pipes en verre).

Les données de prévalence du VHC proviennent actuellement de trois enquêtes différentes.

L'enquête Coquelicot recourt à une méthode d'échantillonnage et à des tests biologiques, ce qui en fait aujourd'hui la source la plus fiable. Le critère d'inclusion dans l'enquête était d'avoir consommé des substances psychoactives par voie nasale ou injectable, au moins une fois dans la vie. D'après les résultats de cette enquête, 10,2% des usagers de drogues de moins de 25 ans interrogés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie (centres spécialisés de soins aux toxicomanes CSST – et structures de première ligne) et chez les médecins généralistes avaient une sérologie VHC positive en 2004 (tableau 1). Ces résultats, isolés pour l'instant, ne permettent pas d'indiquer une tendance d'évolution.

L'enquête Prelud menée en 2006¹, s'est également intéressée à la prévalence du VHC parmi les usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne. Elle fournit des données déclarées et biologiques. Les analyses biologiques réalisées dans le cadre de l'enquête Bio-Prelud retrouvent, dans les cinq villes françaises où les prélèvements salivaires ont été effectués, une prévalence de l'hépatite C de 13% chez les moins de 25 ans et de 14% chez les personnes ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie.

Les données déclarées issues de l'enquête Prelud montrent que la prévalence de la positivité au VHC décroît chez les sujets de moins de 25 ans enquêtés dans des structures de première ligne et connaissant leurs résultats : près de 18% déclaraient une sérologie positive au

VHC en 2003 et 8% en 2006 (tableau 2). La proportion de jeunes de moins de 25 ans déclarant une sérologie positive au VHC varie toutefois suivant les sites, allant de 2,9% à Rennes à 15,6% à Lyon. Par ailleurs, 23,4% des moins de 25 ans déclarent n'avoir jamais pratiqué de sérologie. Parmi les autres, 7% ne connaissent pas le résultat de leur dernière sérologie et seules 46% des sérologies datent de moins de six mois. Cependant, la prévalence du VHC diminue chez l'ensemble des usagers de drogues par injection, notamment chez ceux qui déclarent s'être injecté plus de 10 fois des drogues (tableau 3). D'autre part, la pratique de dépistage chez les plus jeunes semble s'être développée, la part de ceux n'en ayant jamais effectué passant de 39% à 23% entre 2003 et 2006.

Enfin, l'enquête Recap, menée depuis 2005 à

l'échelon national, porte sur les caractéristiques des patients accueillis au cours de l'année dans les structures spécialisées en toxicomanie (CSST) et en alcoologie (Centres de cure ambulatoire en alcoologie) et les interroge sur leur statut sérologique, en particulier celui de l'hépatite C. En 2007, sur les 19325 usagers de moins de 25 ans reçus dans les CSST (15188 en 2005), 1606 ont rapporté avoir utilisé l'injection au moins une fois au cours de leur vie, parmi lesquels 6% ont déclaré avoir une sérologie VHC positive (5% en 2005). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS, OFDT.

1. L'enquête Prelud a remplacé l'enquête Trend/Pre-mière ligne, dont la dernière édition remonte à 2003.

synthèse

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est très faible chez les usagers de drogues : il est estimé à 130 en 2007, soit moins de 2% de l'ensemble des découvertes. Le nombre annuel de cas de sida chez les usagers de drogues continue à diminuer. La prévalence du VIH a aussi diminué notamment chez les plus jeunes. L'ensemble de ces données tend à indiquer que la réduction de la transmission du VIH chez les usagers de drogues se poursuit.

Selon les données biologiques de l'enquête Coquelicot en 2004, 10,2% des usagers de drogues de moins de 25 ans ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie, interrogés dans les dispositifs spécialisés en toxicomanie, ont une sérologie VHC positive. Les seules données permettant de suivre l'évolution de la prévalence du VHC chez les moins de 25 ans sont aujourd'hui déclaratives. Elles semblent indiquer une tendance à la baisse au début des années 2000. Toutefois, en raison des limites inhérentes aux données déclaratives, aux faibles effectifs des personnes de moins de 25 ans dans ces enquêtes et aux possibles fluctuations dans la composition de la population interrogée, il faut rester prudent dans l'interprétation des données et sur la réalité de cette évolution.

TABLEAU 2 • Séropositivité déclarée au VHC parmi les usagers de drogues âgés de moins de 25 ans en 2003 et 2006

Dernière sérologie	2003 (n = 137) (en %)	2006 (n = 193) (en %)	P
Sérologie positive	16,8	7,8	0,012
Sérologie négative	78,8	85,0	> 0,05
Ne sait pas	4,4	7,3	0,025
Total	100	100	
Part de séropositifs parmi ceux qui connaissent leur sérologie	17,6	8,4	0,012

Champ : Usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans des structures de première ligne.

Sources : Trend Première ligne 2003, Prelud 2006, OFDT.

TABLEAU 3 • Séropositivité déclarée au VHC parmi les usagers de drogues de moins de 25 ans en 2003 et 2006 selon la fréquence des pratiques d'injection dans la vie (en %)

« Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé la voie injectable ? »	Usagers de drogue déclarant une sérologie positive		Usagers de drogue ne connaissant pas leur sérologie	
	2003	2006	2003	2006
Non jamais (n2003 = 54 ; n2006 = 63)	3,7	0,0	3,7	11,1
Oui, 1 seule fois (n2003 = 1 ; n2006 = 6)	0,0	0,0	0,0	0,0
Oui, de 2 à 9 fois (n2003 = 12 ; n2006 = 12)	16,7	0,0	8,3	0,0
Oui, 10 fois ou plus (n2003 = 137 ; n2006 = 112)	27,1	13,4	4,3	6,3
Total	16,8	7,8	4,4	7,3

Champ : Usagers de drogues de moins de 25 ans enquêtés dans des structures de première ligne.

Sources : Trend Première ligne 2003, Prelud 2006, OFDT.

CHAMP • Consultants des structures dites de première ligne (boutiques et programme d'échange de seringues). Ces structures deviennent des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) en 2006.

SOURCES • Enquête Trend (OFDT) auprès des usagers des structures de première ligne puis enquête Prelud auprès des usagers des CAARUD en 2006. Enquête réalisée auprès des usagers des structures de première ligne sur la base de l'acceptation des structures et des usagers. Cette enquête repose sur des données déclaratives des usagers de drogues actifs (opiacés ou cocaïne) avec une forte population d'injecteurs. L'enquête Prelud en 2006 a remplacé l'enquête précédente et permis l'ajout d'informations sur les dosages biologiques (volet « Bio-Prelud »). 1 017 consultants (usagers actifs encore dans un parcours toxicomaniaque) ont ainsi été interrogés sur 9 sites (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse). L'enquête Bio-Prelud a quant à elle été sous-tendue par la réalisation de prélèvements biologiques à partir d'échantillons de salive pour la recherche des anticorps marqueurs des infections VIH et VHC sur 5 des 9 sites précités : (Dijon, Lyon, Metz, Rennes et Toulouse).

LIMITES ET BIAIS • Enquêtes basées sur l'acceptation et les déclarations des usagers. Test sérologique via prélèvement salivaire et non pas sanguin. Faibles effectifs des moins de 25 ans.

RÉFÉRENCES •

- Bello P.-Y. *et al.*, 2004, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003*, OFDT.
- Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Toufik A., Evard I., 2008, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*, 8^e rapport national du dispositif Trend, OFDT.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • OFDT.

CHAMP • Patients accueillis dans les structures spécialisées en toxicomanie (CSST) et en alcoologie (CCAA).

SOURCES • OFDT- Enquête Recap (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) auprès des usagers en CSST et CCAA. Ce recueil continu (enquête annuelle) succède à l'enquête de novembre à partir des réponses à un noyau commun de questions intégré dans les dossiers patients utilisés par les CSST et CCAA.

LIMITES ET BIAIS • En termes de nombre de structures comme de nombre de patients, le taux de réponse est proche de 60 % en 2007. 59 000 patients ont été vus dans 99 structures « alcool » et 67 000 dans 137 CSST ambulatoires distincts, 17 centres thérapeutiques résidentiels et 4 CSST en milieu pénitentiaire. Les structures qui n'ont pas fourni de données dont les caractéristiques sont connues au travers des rapports d'activité ne se distinguent pas des structures répondantes. Les données collectées dans l'enquête Recap peuvent donc être considérées comme largement représentatives au plan national. Faibles effectifs des moins de 25 ans.

RÉFÉRENCE •

- Palle C., Vaissade L., 2007, « Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCAA en 2005 », OFDT, *Tendances*, n° 54.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • OFDT.

Prise en charge des toxicomanes

Selon l'OFDT¹, le nombre d'usagers problématiques de drogues était d'environ 230 000 en 2006. Cette estimation, basée sur une définition européenne, comprend à la fois les usagers de drogues recourant à l'injection mais aussi ceux consommant régulièrement opiacés, cocaïne ou amphétamines². Il y avait en 1999 entre 150 000 et 180 000 usagers problématiques de drogues opiacées et de cocaïne³, sans compter les usagers consommateurs d'amphétamines.

La consommation problématique de ces usagers les conduit à affronter des problèmes importants tant sur le plan sanitaire que social. En juin 2004, la conférence de consensus sur la place des traitements de substitution concluait notamment qu'il était nécessaire d'améliorer l'accès à ces traitements, en particulier pour la méthadone⁴. L'objectif retenu par la loi de santé publique de 2004 était de **poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs**.

Deux médicaments sont utilisés pour le traitement de substitution aux opiacés : la méthadone, qui ne peut actuellement être prescrite en première intention que dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les établissements de soins, et la buprénorphine haut dosage (BHD, commercialisée sous le nom de Subutex® et en génériques depuis 2006), qui peut être prescrite par l'ensemble des médecins.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre de patients sous traitement de substitution et proportion de patients sous méthadone

La source utilisée ici pour quantifier le nombre de patients sous traitement de substitution est le système d'information Siamois de l'InVS. Il apporte des données sur les ventes en pharmacie du Subutex® (BHD hors génériques) et de la méthadone et des données hospitalières pour la méthadone. Ces données sont en partie fournies par le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS).

Ainsi en 2007, sous l'hypothèse d'une posologie moyenne prescrite de 8 mg par jour, on estime que 83 171 patients étaient traités par Subutex® (80 173 en 2002 et 60 724 en 1999). Pour la méthadone, sous l'hypothèse d'une posologie moyenne de 60 mg par jour, on estime que 26 783 patients (14 027 en 2002 et 8 181 en 1999) étaient traités par ce médicament la même année (graphique 1). Ces données ne prennent pas en compte les prescriptions des génériques de la BHD. Les estimations du nombre de patients sont toutefois hautes, dans la mesure où les posologies moyennes réelles semblent être supérieures aux posologies utilisées dans ce calcul. Des analyses récentes de l'OFDT basées sur des données de l'assurance maladie de 2006 et de 2007 font ainsi état de posologies quotidiennes moyennes très légèrement supérieures pour la BHD (respectivement 9,5 et 8,9 mg/j).

Rappelons qu'une part de la BHD prescrite est détournée de son usage et qu'elle n'est pas

toujours consommée dans le cadre d'un traitement. Cette part a toutefois diminué depuis la mise en place en 2004 d'un plan de contrôle de l'assurance maladie relatif aux consommations de médicaments de substitution aux opiacés suspects de mésusage. Un des indicateurs majeurs du mésusage de la BHD (dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/J) a en effet nettement diminué entre 2002 (6 %) et 2006-2007 (respectivement 2 % et 1,6 %).

En 2007, le Subutex® représentait en France 76 % des traitements de substitution selon les données du GERS mais la part de la méthadone comme traitement de substitution a augmenté dans le temps. Elle est passée de 12 % en 1999 à 15 % en 2002, pour atteindre 24 % en 2007 (graphique 1). La différence entre la méthadone et la BHD s'explique en grande partie par des différences en termes de règles de prescription (la méthadone est classée comme stupéfiant avec une durée maximale de prescription de 14 jours contre 28 jours pour la BHD), de présentation (sirop pour la méthadone et introduction en 2008 d'une forme « gélule » prescrite sous certaines conditions, *versus* comprimé sublingual pour la BHD) et de modalités d'accès (méthadone initiée uniquement par des médecins exerçant en CSST ou en milieu hospitalier depuis 2002 alors que la BHD peut être prescrite par tout médecin). De plus, contrairement à la méthadone, la BHD ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation associée à d'autres psychotropes.

En Europe, la BHD représentait globalement 20 % des traitements substitutifs en 2005. À part la France, seuls deux pays européens (la Répu-

blique tchèque et la Suède) avaient également recours à la BHD dans plus de 60 % des cas⁵.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion d'établissements pénitentiaires dans lesquels les traitements de substitution par la méthadone sont accessibles

L'enquête conjointe DGS-DHOS au sein des établissements pénitentiaires repose sur un questionnaire adressé à tous les médecins responsables d'unités médicales implantées en milieu pénitentiaire et relevant du service public hospitalier : unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), services médicopsychologiques régionaux (SMPR) ou secteurs de psychiatrie générale. Cette enquête exhaustive a été réalisée à quatre reprises, sur une journée d'une semaine donnée, auprès des 168 établissements recensés. La dernière enquête date de février 2004. À cette date, les traitements de substitution par méthadone étaient disponibles dans 74 % des établissements pénitentiaires. La population sous traitement de substitution a augmenté progressivement, passant de 2 % en mars 1998 à 6,6 % en février 2004 (tableau 1). À cette date, 20 % des personnes qui bénéficiaient d'un traitement de substitution étaient sous méthadone (n = 773). Ce résultat est en légère augmentation par rapport aux années précédentes, où la méthadone représentait 15 % des traitements (graphique 2). Cette enquête a été renouvelée en 2010 sous l'intitulé enquête Prevacar, dans le cadre d'un partenariat entre la DGS et l'InVS. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • OFDT, InVS.

1. Costes J.-M., Vaissade L., Colasante E., Palle C., Legleye S., Janssen E., Toufik A., Cadet-Tairou A., 2009, *Prévalence de l'usage problématique de drogues en France. Estimations 2006*, OFDT.

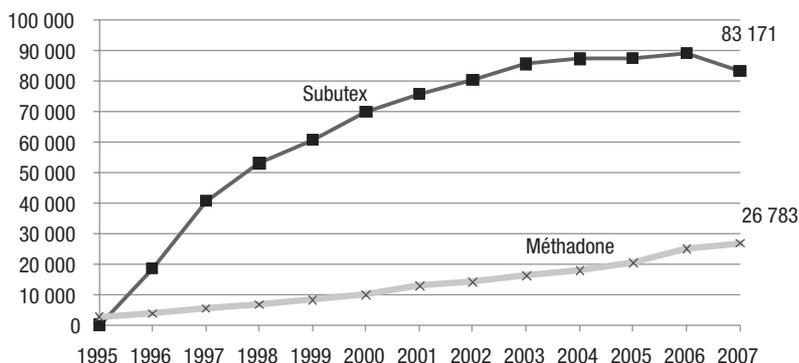
2. Parmi ces 230 000 usagers, on estime, au cours du dernier mois, à 75 000 le nombre de consommateurs actifs d'héroïne et à 80 000 le nombre d'usagers de la voie intraveineuse.

3. Costes J.-M., 2005, *Drogues et dépendances. Données essentielles*, La Découverte-OFDT, 202 p.

4. ANAES, 2004, Conférence de consensus. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution 23 et 24 juin 2004 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf)

5. Observatoire européen pour les drogues et les toxicomanies (OEDT), 2005, *Standard Tables on Drugs Treatment, Annual Report*.

GRAPHIQUE 1 • Évolution du nombre d'usagers de drogues traités par Subutex® et méthadone



Champs : France entière (données GERS de vente aux officines et données de l'assurance maladie), France métropolitaine (données GERS de vente aux établissements de santé).

Sources : GERS/SIAMOIS, InVS ; CNAMTS, estimations OFDT.

TABLEAU 1 • Part de la population incarcérée ayant un traitement de substitution aux opiacés

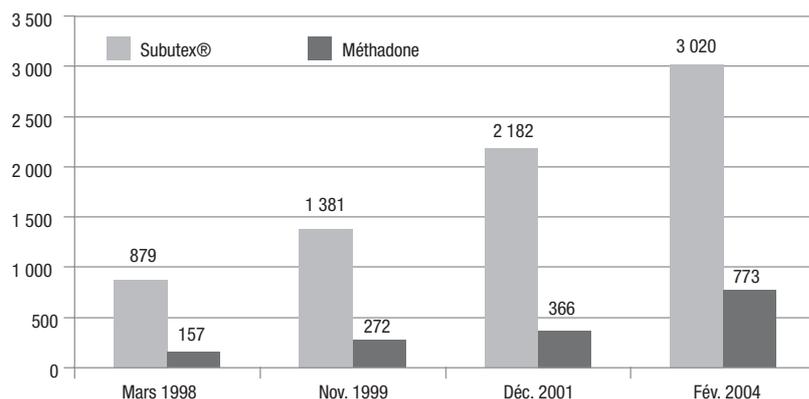
	Mars 1998	Nov. 1999	Déc. 2001	Févr. 2004
Nombre d'établissements participant à l'enquête	160	159	168	165
Nombre de personnes incarcérées	52 937	50 041	47 311	56 939
dont personnes ayant un traitement de substitution (en %)	1 036 (2,0)	1 653 (3,3)	2 548 (5,4)	3 793 (6,6)

* Au total, 168 établissements ont été recensés.

Champ : France entière.

Sources : Enquête DGS-DHOS auprès des établissements pénitentiaires.

GRAPHIQUE 2 • Évolution du nombre de détenus sous traitement de substitution aux opiacés



Champ : Tous établissements pénitentiaires, France entière.

Sources : Enquête DGS-DHOS auprès des établissements pénitentiaires.

CHAMP • Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS) : données de ventes de médicaments aux officines en France entière et aux établissements de santé en France métropolitaine.

SOURCES • InVS, Siamois : estimation du nombre d'usagers sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) à partir des données de ventes (bases de données GERS pour les ventes en pharmacie et données de méthadone hospitalière).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Estimations Siamois : équivalents patients consommant 8 mg/j pendant un an pour la BHD ou 60 mg/j pour la méthadone : effectifs théoriques de patients traités calculés en divisant la quantité vendue en un an par 365 jours puis par 8 mg (BHD) ou 60 mg (méthadone).

RÉFÉRENCES •

– Emmanuelli J., Desenclos J.-C., 2005, «Harm Reduction Interventions, Behaviours and Associated Health-outcomes in France, 1996-2003», *Addiction*, 100 (11) : 1690-700.

– Canarelli T., Coquelin A., 2009, «Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Premiers résultats d'une analyse de données de remboursement concernant plus de 4 500 patients en 2006 et 2007», *Tendances*, OFDT, n° 65, mai.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • InVS (Siamois).

CHAMP • France entière, tous types d'établissements pénitentiaires.

SOURCES • Enquête DGS-DHOS auprès des établissements pénitentiaires.

LIMITES ET BIAIS • Taux d'exhaustivité des réponses des établissements : 98,2% ; enquête administrative déclarative.

RÉFÉRENCE •

– Morfini H., Feuillerat Y., 2001, *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*, DGS-DHOS, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DGS-DHOS.

synthèse

Selon l'OFDT, il y avait en 2006 environ 230 000 usagers problématiques de drogues (usage régulier d'opiacés, cocaïne et amphétamines ou injection). En 2007, 83 171 patients étaient sous traitement de substitution aux opiacés par Subutex® et 26 783 sous méthadone. Ils étaient respectivement 80 173 et 14 027 en 2002. Ainsi, la méthadone serait utilisée comme traitement de substitution aux opiacés dans un quart des cas (contre 15% en 2002). En 2004, 74% des établissements pénitentiaires disposaient de traitements de substitution par méthadone.

Personnes dépressives n'ayant pas recours aux soins (1)

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **diminuer de 20 % le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus à un horizon quinquennal.**

Environ 500 000 personnes souffrent en France de troubles bipolaires et 4 millions de troubles névrotiques et anxieux¹. La part des personnes de 15 à 75 ans ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois est estimée à 7,8 % en France par le Baromètre santé 2005 de l'INPES² et à 6,4 % par l'enquête ESEMeD³. Ces troubles sont souvent concomitants : 30 % des personnes présentant un épisode dépressif auraient aussi un trouble anxieux⁴. Parallèlement, les médicaments psychotropes prennent une place grandissante dans les dépenses de santé. Par exemple, entre 1980 et 2001, le chiffre d'affaires des ventes d'antidépresseurs est passé de 1,5 % à 3,5 % du chiffre d'affaires total des officines⁵; cette augmentation étant à considérer avec prudence dans le contexte de l'augmentation du prix de ces médicaments mais également du fait qu'une partie importante des personnes qui consomment des antidépresseurs ne souffrent pas de dépression mais de divers autres troubles. Ainsi, la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques soulève la question de l'offre de soin, de ses modalités (médicaments, professionnels et structures), et de l'adéquation entre les traitements et les pathologies.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Part de personnes présentant un épisode dépressif qui n'ont pas recours aux soins

L'épisode dépressif retenu ici est un trouble identifié par des entretiens diagnostics structurés (MINI ou CIDI-SF) comme épisode dépressif léger, moyen ou sévère et ayant un retentissement sur le fonctionnement social de la personne. La fréquence des troubles dépressifs varie selon les enquêtes en fonction des instruments de mesure sur lesquels elles s'appuient mais sont assez convergentes. Environ 10 % des femmes (10,4 % dans le Baromètre santé et 9,2 % dans l'enquête Santé mentale en population générale SMPG) et 6 % des hommes (5,3 % dans le Baromètre santé et 6 % dans l'enquête SMPG) ont souffert d'un épisode dépressif dans les semaines ou dans l'année ayant précédé les enquêtes.

On considère qu'une personne présentant un épisode dépressif n'a pas recours aux soins si elle ne s'est pas rendue dans une structure de soin, n'a pas rencontré de professionnel de santé pour des raisons de santé mentale et si elle n'a pas suivi de psychothérapie dans la période où elle a souffert d'épisode dépressif.

Parmi les personnes résidant en France métropolitaine, âgées de 18 à 75 ans et ayant un épisode dépressif repéré, la part des personnes n'ayant pas déclaré de recours aux soins est de

62 % selon le Baromètre santé et de 40 % selon l'enquête SMPG (tableau 1). Les modalités de recueil pour le recours aux soins sont plus ou moins détaillées selon les enquêtes et expliquent largement les écarts observés.

Dans ces deux enquêtes, les hommes présentant un épisode dépressif ont moins souvent recours aux soins que les femmes (graphique 1). En outre, le recours aux soins est moins fréquent pour les jeunes âgés de 18 à 24 ans que pour les personnes plus âgées; il est toutefois similaire après 64 ans d'après le Baromètre santé (graphique 2). Dans le Baromètre santé, la propension à recourir aux soins est liée à la situation socioprofessionnelle : les ouvriers, les chômeurs et les retraités ont moins souvent recours aux soins que les cadres et les professions intermédiaires. Dans l'enquête SMPG, on retrouve également ce moindre recours pour les ouvriers et il en est de même pour les étudiants, ce qui n'apparaît pas dans le Baromètre santé. Par ailleurs, contrairement aux résultats observés dans le Baromètre santé, les retraités recourent plus souvent aux soins que la moyenne dans l'enquête SMPG.

Part de personnes présentant un épisode dépressif qui n'ont pas recours aux soins et ne consomment pas de médicaments

Si elle n'est pas accompagnée d'un contact avec un professionnel de la santé, la consom-

mation de médicament n'est pas considérée comme un recours aux soins. Néanmoins, quand une personne présentant un épisode dépressif déclare avoir consommé un médicament antidépresseur, mais ne pas avoir rencontré un professionnel de la santé ou séjourné dans une structure de soin, on peut supposer que le médicament correspond à une prescription de médecin antérieure, et constitue quand même une prise en charge de l'épisode dépressif, dont on ne peut cependant

1. Selon le rapport du Groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO).

2. Morvan Y. *et al.*, 2007, « Dépression : prévalence, facteurs associés et consommations de soins », in Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005, attitudes et comportements de santé*, INPES.

3. Lépine J.-P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Nègre-Pagès L., Nachbaur G., Gaudin A.-F., 2005, « Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 (ESEMeD) », *Encéphale*; 31 : 182-194.

4. Bellamy V., 2004, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale », *Études et Résultats*, DREES, n° 347, octobre.

Bellamy V., Roelandt J.-L., Caria A., 2005, « Premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale : images et réalités », *L'Information Psychiatrique*, vol. 81, n° 4, avril, p. 295 à 304.

5. Amar E., Balsan D., 2004, « Les ventes d'antidépresseurs entre 1981 et 2001 », *Études et Résultats*, DREES, n° 285, janvier.

TABLEAU 1 • Personnes souffrant d'un épisode dépressif sans recours aux soins (en %)

	Pas de recours à un professionnel de la santé, à une structure de soin ni à une psychothérapie	Idem + pas de recours aux médicaments	Pas de recours à un professionnel de la santé, à une structure de soin ni à une psychothérapie	Idem + pas de recours aux médicaments
	Baromètre santé (12 derniers mois)	Baromètre santé (12 derniers mois)	SMPG (2 dernières semaines)	SMPG (2 dernières semaines)
Ensemble	62	48	40	34
Sexe				
Hommes	66	55	47	43
Femmes	61	45	36	29
Âge				
18-24 ans	75	68	56	50
25-44 ans	61	47	42	37
45-64 ans	55	41	34	27
65 ans ou plus	75	50	31	27
Catégorie socioprofessionnelle				
Actifs				
ouvrier	69	56	51	47
employé	60	44	37	30
profession intermédiaire	54	44	41	37
cadre	55	50	45	41
chômeur	70	53	42	34
autres actifs	74	60	41	39
Inactifs				
retraite	72	51	30	27
étudiant	64	57	54	49
autres inactifs	56	36	34	27

Lecture : 62% des personnes souffrant d'un épisode dépressif n'ont pas eu recours à une structure de soin, ni à un professionnel, ni à une psychothérapie selon le Baromètre santé, et 40% selon l'enquête SMPG. 48% des hommes souffrant d'un épisode dépressif n'ont eu aucun des recours aux soins précédents et n'ont pas non plus consommé de médicaments, selon le Baromètre santé.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 75 ans souffrant d'un épisode dépressif.

Sources : Baromètre santé 2005, INPES ; Enquête SMPG 1999-2003, CC-OMS et DREES.

CHAMP • Personnes de 18 ans et plus vivant en ménage ordinaire en Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Espagne.

SOURCES • European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), enquête épidémiologique transversale en face à face utilisant le Composite International Diagnostic Interview 3.0 (CIDI). Personnes interrogées, entre janvier 2001 et juillet 2003, sur la présence des troubles dans les 12 mois précédents et sur la vie entière, sur l'utilisation de tout type de services résultant de leur état émotionnel ou de troubles de santé mentale au cours de leur vie : psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, travailleurs sociaux, conseillers, infirmiers, médecins généralistes ou spécialistes, aidants informels y compris religieux. Taux de réponse moyen, 61,2% (45,9% en France).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Numérateur : personnes ayant été identifiées comme ayant eu un trouble de l'humeur par le CIDI au cours de leur vie et n'ayant pas eu de recours aux soins tels que définis ci-dessus. Dénominateur : ensemble des personnes interrogées dans la phase 2 (sous-échantillon de 8796 personnes), données pondérées.

LIMITES D'INTERPRÉTATION • Les données ne sont pas strictement comparables à celles des deux enquêtes SMPG et Baromètre santé, le champ des troubles retenus étant plus large, la période d'interrogation également (vie entière versus 12 derniers mois ou deux dernières semaines).

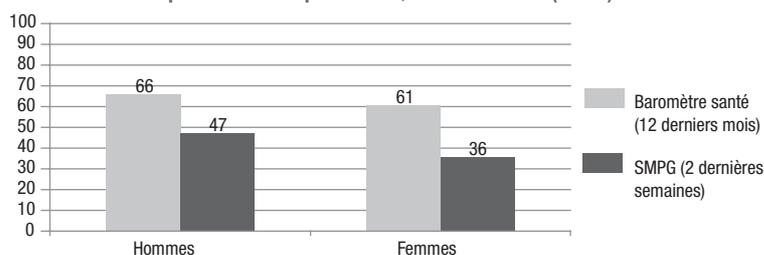
BIAIS • Enquête déclarative pouvant notamment induire des sous-déclarations de l'utilisation des structures de soins. Non-répondants nombreux.

RÉFÉRENCES

— Kovess-Masfety V. *et al.*, 2007, «Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries», *Psychiatric services*, vol. 58, n° 2, feb.
— Alonso J. *et al.*, 2007, «Population level of unmet need for mental healthcare in Europe», *British Journal of psychiatry*, 190, 299-306.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • Fondation MGEN en santé publique.

GRAPHIQUE 1 • Proportion de personnes dépressives n'ayant pas eu recours aux soins* parmi l'ensemble des personnes dépressives, selon le sexe (en %)

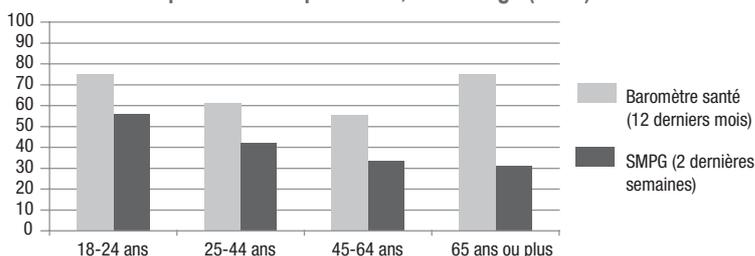


* Séjour dans une structure de soin et/ou recours à un professionnel et/ou psychothérapie.

Champ : France métropolitaine, 18-75 ans.

Sources : Baromètre santé 2005 et enquête SMPG 1999-2003.

GRAPHIQUE 2 • Proportion de personnes dépressives n'ayant pas eu recours aux soins* parmi l'ensemble des personnes dépressives, selon l'âge (en %)



* Séjour dans une structure de soin et/ou recours à un professionnel et/ou psychothérapie.

Champ : France métropolitaine, 18-75 ans.

Sources : Baromètre santé 2005 et enquête SMPG 1999-2003.

Personnes dépressives n'ayant pas recours aux soins (2)

pas savoir si elle est adaptée ou non aux recommandations existantes.

La part des personnes n'ayant pas recours aux soins et n'utilisant pas de médicaments parmi celles qui présentent un épisode dépressif est de 48 % dans le Baromètre santé et de 34 % dans l'enquête SMPG (tableau 1). Dans le Baromètre santé, 14 % des personnes ayant un épisode dépressif repéré ont consommé des médicaments en raison de troubles psychiques mais déclarent ne pas avoir consulté de professionnel, suivi une psychothérapie, ni s'être rendus dans une structure de soin. Dans l'enquête SMPG, cette proportion est de 6 %.

Enfin, on constate que la part de personnes consommant des médicaments sans déclarer d'autres recours aux soins est particulièrement élevée pour les inactifs hormis les étudiants,

les personnes de 65 ans ou plus et les retraités présentant un épisode dépressif dans le Baromètre santé. Cela pose la question de la surconsommation de médicaments et de l'inadéquation des traitements pour certaines catégories de population.

Selon l'enquête européenne ESEMeD (2001-2003), 41,7 % des personnes qui auraient eu besoin de soins en santé mentale pour troubles de l'humeur (ensemble de troubles dont la dépression fait partie) au cours de leur vie n'y auraient pas eu recours. La France occupe à cet égard une position moyenne parmi les 6 pays concernés, située entre l'Italie (63 %) et les Pays-Bas (29 %) (graphique 3). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

La fréquence des troubles dépressifs varie selon les enquêtes en fonction des instruments de mesure sur lesquels elles s'appuient mais sont assez convergentes. Environ 10 % des femmes et 6 % des hommes ont souffert d'un épisode dépressif dans les semaines ou dans l'année ayant précédé les enquêtes. La part de personnes qui ont des troubles dépressifs mais qui ne se sont pas rendus dans une structure de soin, n'ont pas consulté un professionnel de la santé ni suivi une psychothérapie est beaucoup plus variable, en lien avec l'hétérogénéité du recueil concernant le recours aux soins dans les deux enquêtes en population générale qui permettent d'estimer cet indicateur. Selon le Baromètre santé 2005, elles seraient 62 % et selon l'enquête SMPG en 1999-2003, 40 %. La part des personnes présentant un épisode dépressif qui ne déclarent aucun recours aux soins et qui n'ont pas non plus utilisé de médicaments psychotropes pour ces problèmes est de 48 % dans le Baromètre santé et de 34 % dans l'enquête SMPG. Les données actuellement disponibles ne permettent pas d'estimer les évolutions de non-recours.

Les hommes recourent moins que les femmes. Cette absence de prise en charge concerne davantage les plus jeunes (18 à 24 ans) et les ouvriers. La part de personnes consommant des médicaments sans déclarer d'autres recours aux soins est particulièrement élevée pour les inactifs hormis les étudiants, les personnes âgées de 65 ans ou plus et les retraités présentant un épisode dépressif dans le Baromètre santé.

La France se situe dans une position moyenne parmi six pays européens pour ce qui est du non-recours aux soins des personnes ayant des troubles de l'humeur (dont la dépression fait partie).

GRAPHIQUE 3 • Part des personnes ayant eu des troubles de l'humeur au cours de leur vie et n'ayant pas consulté pour des problèmes émotionnels ou de santé mentale (en %) – Comparaison entre six pays européens



Lecture : En France, 41,7% [IC à 95% : 37,1% à 46,4%] des personnes ayant souffert de troubles de l'humeur au cours de leur vie n'ont pas consulté pour des problèmes émotionnels ou de santé mentale.

Sources : ESEMeD 2001-2003.

	Baromètre santé (INPES)	Enquête SMPG (Centre collaborateur de l'OMS)
Période de collecte	2004-2005	1999-2003
Champ	France métropolitaine, 18-75 ans	France entière, 18 ans ou plus
Champ pour le calcul des indicateurs	France métropolitaine, 18-75 ans	France métropolitaine, 18-75 ans
Mode de construction de l'indicateur	Personnes présentant un épisode dépressif	
Classification et questionnaires utilisés	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic and Statistical Manual, 4^e révision (DSM-IV) • CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview Shot-Form) 	<ul style="list-style-type: none"> • Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM 10) • MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)
Recueil du retentissement social ou « gêne dans la vie de tous les jours » associé au trouble	Inclus dans le questionnaire	Ajouté <i>a posteriori</i>
Période de référence	Les symptômes doivent être présents durant deux semaines consécutives au cours des 12 derniers mois.	Les symptômes doivent être présents durant les deux dernières semaines. Le recours au soin peut être antérieur si d'autres troubles psychiques sont concomitants.
Prévalence de l'épisode dépressif	7,6%	7,9% sur les deux dernières semaines
Recours aux soins		
Séjour dans une structure de soin ou recours à un professionnel ou psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des services d'un organisme : <ul style="list-style-type: none"> - centre médico-psychologique (CMP) - urgences d'un hôpital - au moins une nuit dans un hôpital ou une clinique - centre de jour centre de crise. • Consultation d'un professionnel : médecin généraliste, psychiatre, autre médecin spécialiste, psychologue, « psy » (sans précision), infirmier(e), kinésithérapeute, ou autre professionnel de santé. • Aide : psychothérapie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation pour ces problèmes : hôpital général, hôpital psychiatrique ou clinique. • Consultation d'un professionnel de la santé ou un professionnel de la psychiatrie pour ces problèmes. • Suivi d'une psychothérapie pour ces problèmes.
Séjour dans une structure de soin ou recours à un professionnel ou psychothérapie ou consommation de médicaments	+ Consommation de médicaments (antidépresseurs, somnifères, tranquillisants et anxiolytiques).	+ Consommation de normothymiques, de neuroleptiques, d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques pour ces problèmes.
Limites et biais	Enquêtes déclaratives pouvant notamment induire des sous déclarations de l'utilisation des structures de soins	
Références	Morin T., 2007, « Classification des dépressifs selon leur type de recours aux soins », <i>Études et Résultats</i> , DREES, n°577, juin. Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), <i>Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé</i> , INPES.	
Organisme responsable de la production de l'indicateur	DREES	

Atteintes sensorielles chez l'adulte (1)

Concernant les atteintes sensorielles chez l'adulte, la loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectifs de **réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnues, d'assurer un dépistage et une prise en charge précoce et de prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences**. Ces affections méritent en effet d'être prises en compte à cause de leur grande fréquence et de leur caractère potentiellement évitable. Parmi les troubles de la vision, la cataracte est la première cause de baisse de l'acuité visuelle; la rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le glaucome sont à l'origine de la plupart des cécités.

Ces pathologies résultent souvent d'une carence de dépistage et de traitement précoce. Parmi les atteintes de l'audition, la presbycusie, l'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 (voir objectif 16) et lors des loisirs (musique enregistrée écoutée au casque par exemple).

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Prévalence des difficultés déclarées de vision de près sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique

Une personne sur deux de 18 ans et plus déclare avoir des difficultés à voir de près sans correction (qu'elle ait ou non recours par ailleurs à une correction): 49% des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés pour voir clairement les caractères d'imprimerie. Les femmes manifestent un peu plus souvent que les hommes ce type de difficultés – respectivement 52% contre 46% (graphique 1). Cet écart se retrouve aux différents âges.

La difficulté pour voir de près devient très fréquente après 45 ans; près de 8 personnes sur 10 ont des difficultés à voir de près après cet âge (graphique 2). La déclaration de difficultés pour voir de près est plus fréquente parmi les personnes les moins instruites que parmi celles qui déclarent avoir suivi des études supérieures.

Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage spécifique efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de près

96% parmi les personnes déclarant des difficultés à voir de près ont recours à une correc-

tion. Le recours aux corrections est semblable pour les deux sexes, et reste élevé même parmi les personnes les plus âgées. En revanche, la part des corrections efficaces parmi ceux qui en utilisent diminue avec l'âge. Si globalement 92% de ceux qui utilisent une correction n'ont plus de difficultés à voir de près, cette part est de 98% chez les 18-25 ans et de 71% chez les plus de 85 ans. Dès lors, les difficultés résiduelles (qui ne sont pas compensées ou persistent en dépit d'une correction) sont seulement de l'ordre de 5% pour l'ensemble de la population, mais s'accroissent avec l'âge et touchent 11% des 65-84 ans et près de 27% des plus de 85 ans (tableau 1). L'absence de correction et la mauvaise correction sont difficiles à interpréter; elles peuvent être dues à des gênes modérées jugées supportables, à un défaut d'accès aux aides (ou aux aides appropriées), ou enfin à des gênes sévères qu'il est difficile ou impossible à compenser.

Parmi les 4% d'adultes qui n'ont pas de corrections en dépit de difficultés déclarées, les différences selon le niveau d'instruction sont faibles. En revanche, il semble qu'il y ait un désavantage des moins instruits quant à l'efficacité de ces corrections. À âge et sexe équivalents, comparées aux personnes qui ont suivi des études supérieures, les personnes qui ont un niveau d'études secondaire ou inférieur au

secondaire ont des risques relatifs significativement plus forts d'avoir une correction peu efficace (odds-ratios de respectivement 1,40 et 2,1).

Prévalence des difficultés déclarées de vision de loin sans lunettes, lentilles de contact ou autre appareillage spécifique

Les difficultés à voir de loin semblent moins fréquentes que les difficultés à voir de près, et ce quel que soit l'âge (graphique 4): 16% des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés pour reconnaître le visage de quelqu'un à 4 mètres de distance. Ce trouble est beaucoup plus souvent déclaré par les femmes que par les hommes (respectivement 20% et 12%) (graphique 3), et ce dans chaque groupe d'âge.

La déclaration de gênes pour voir de loin est plus fréquente parmi les personnes les moins instruites. Mais ces différences semblent en partie liées à la structure par âge des groupes de niveau d'instruction, la progression avec l'âge étant plus régulière que pour les difficultés pour voir de près, surtout présentes à partir de 45 ans. Ainsi, à âge et sexe identiques, on enregistre une sous-déclaration des difficultés pour voir de loin dans les groupes les moins instruits par rapport à ceux qui ont effectué des études supérieures.

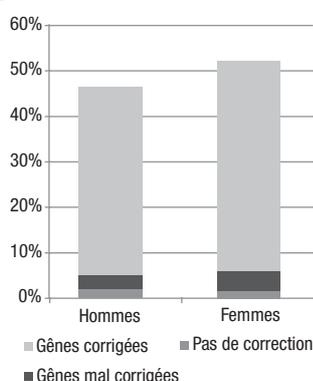
TABLEAU 1 • Difficultés à voir de près chez les personnes de 18 ans et plus (voir les caractères d'imprimerie d'un journal), en %

Âge	Prévalence des gênes		Gênes corrigées et non corrigées			Corrections	
	Avant correction		Gênes corrigées	Gênes mal corrigées	Gênes non corrigées	% d'utilisation de corrections	% de corrections efficaces
18-25 ans	11,2		10,5	0,2	0,5	95,6	97,9
25-44 ans	17,8		15,0	0,7	2,0	88,6	95,3
45-64 ans	77,0		70,9	3,5	2,6	96,6	95,3
65-84 ans	84,2		73,3	9,8	1,1	98,7	88,2
85 ans et plus	84,8		58,3	23,5	2,9	96,5	71,3
Total	49,5		44,0	3,6	1,9	96,2	92,4

Lecture : 84,8% des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de près : 58,3% ont des gênes correctement corrigées, 23,5% déclarent des gênes mal corrigées et 2,9% n'ont aucune correction. Parmi celles qui ont une gêne, 96,5% utilisent une correction. Parmi celles qui utilisent une correction, 71,3% la déclarent efficace.

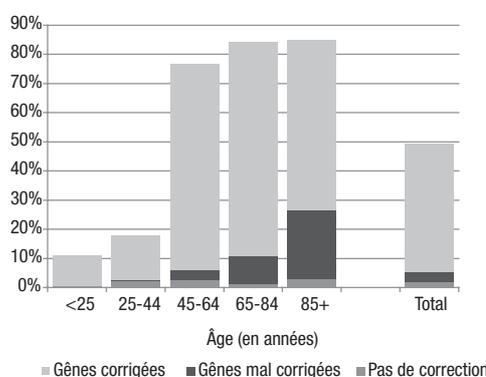
Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. **Sources :** INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

GRAPHIQUE 1 • Prévalences des difficultés à voir de près par sexe



Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. **Sources :** INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

GRAPHIQUE 2 • Prévalences des difficultés à voir de près par âge



Lecture : 85% des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de près : 58% ont des gênes correctement corrigées, 24% déclarent des gênes mal corrigées et 3% n'ont aucune correction.

Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. **Sources :** INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

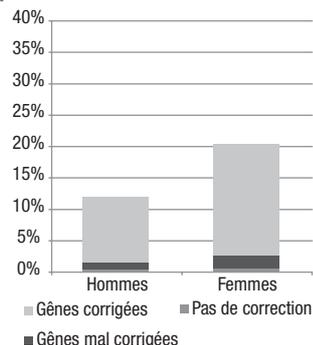
TABLEAU 2 • Difficultés à voir de loin chez les personnes de 18 ans et plus (en %) (reconnaître le visage de quelqu'un à 4 mètres de distance)

Âge	Prévalence des gênes		Gênes corrigées et non corrigées			Corrections	
	Avant correction		Gênes corrigées	Gênes mal corrigées	Gênes non corrigées	% d'utilisation de corrections	% de corrections efficaces
18-25 ans	11,6		11,2	0,2	0,2	98,6	98,1
25-44 ans	11,9		11,0	0,4	0,6	95,3	96,8
45-64 ans	17,1		15,5	1,2	0,4	97,8	92,6
65-84 ans	24,9		19,8	4,3	0,8	96,9	82,3
85 ans et plus	38,8		22,5	14,2	2,0	94,8	61,4
Total	16,4		14,3	1,6	0,5	96,8	90,1

Lecture : 38,8% des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de loin : 22,5% déclarent des gênes correctement corrigées, 14,2% ont des gênes mal corrigées et 2,0% n'ont aucune correction. Parmi celles qui ont une gêne, 94,8% utilisent une correction. Parmi celles qui utilisent une correction, 61,4% la déclarent efficace.

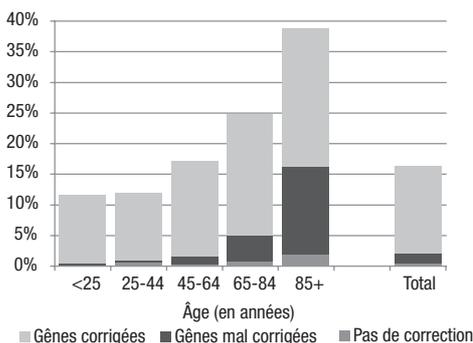
Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. **Sources :** INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

GRAPHIQUE 3 • Prévalences des difficultés à voir de loin par sexe



Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. **Sources :** INSEE, Enquête décennale Santé 2002-2003.

GRAPHIQUE 4 • Prévalences des difficultés à voir de loin par âge



Lecture : 39% des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes pour voir de loin : 23% déclarent des gênes correctement corrigées, 14% ont des gênes mal corrigées et 2% n'ont aucune correction.

Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires. **Sources :** INSEE, Enquête décennale Santé 2002-2003.

Atteintes sensorielles chez l'adulte (2)

Proportion des personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des difficultés de vision de loin

Les taux de correction pour la vision de loin sont élevés, atteignant globalement 97 % mais ils décroissent quelque peu avec l'âge.

L'efficacité des corrections utilisées est légèrement plus faible que pour les difficultés pour voir de près (90 %).

Cette correction est d'une efficacité assez variable selon l'âge : bonne jusqu'à 45 ans, elle décline ensuite rapidement pour atteindre 61,4 % parmi les 85 ans et plus (58 % des femmes de cet âge et 68 % des hommes).

La prévalence des problèmes résiduels (gènes mal corrigées ou non corrigées) pour voir de loin est ainsi globalement de 0,4 % dans la population des plus de 18 ans mais elle atteint 16 % chez les plus de 85 ans (tableau 2).

Des différences sociales existent de la même façon que pour la vision de près dans le recours à une correction et dans l'efficacité de celles-ci : à âge et sexe équivalents, le risque d'avoir des difficultés résiduelles pour voir de loin est plus important parmi les personnes n'ayant pas atteint le secondaire (odd-ratio de 2).

Prévalence des difficultés d'audition sans appareillage spécifique

Les difficultés d'audition sont globalement moins fréquentes que les gênes visuelles mais restent pour autant non négligeables, y compris parmi les moins de 45 ans : 11 % des personnes de 18 ans et plus déclarent des difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation. Ces gênes s'accroissent avec l'âge, atteignant une personne sur deux parmi les plus de 85 ans (graphique 6). Contrairement aux autres types de difficultés, les hommes déclarent des gênes plus souvent que les femmes : 13 % des hommes de plus de 18 ans ont des difficultés pour entendre contre 9 % des femmes (la prise en compte des structures par âge accroît un peu plus la différence entre hommes et femmes avec un risque relatif de 1,6 pour les hommes) (graphique 5).

Proportion de personnes qui déclarent avoir accès à un appareillage efficace parmi celles qui déclarent présenter des troubles de l'audition

Les gênes auditives sont généralement peu corrigées et seulement 19 % des personnes déclarant présenter des troubles de l'audition ont un appareil auditif. Ce taux est de 25 % chez les 65-84 ans et atteint 34 % chez les plus de 85 ans. Par ailleurs, les gênes auditives sont mal corrigées, comparativement aux gênes visuelles, et ce quel que soit l'âge. Un peu moins de 60 % des corrections sont ainsi déclarées efficaces (39 % chez les plus de 85 ans). On ne peut dire si l'absence de correction est due à un besoin insatisfait ou à des gênes modérées que les personnes ne jugent pas nécessaires de corriger. De même, la mauvaise correction peut être le fait d'une correction inefficace ou d'un niveau de sévérité des gênes trop important pour qu'elles soient compensées entièrement. Cependant, au regard du taux de correction pour les problèmes visuels, l'ampleur de l'absence de correction pour les problèmes auditifs laisse penser que la compensation pourrait être améliorée dans ce domaine.

Si la prévalence des gênes pour entendre est plus forte chez les hommes, ils ont de surcroît moins fréquemment recours à des aides auditives que les femmes qui déclarent ces gênes. En revanche, l'efficacité de ces aides est à peu près équivalente pour les deux sexes. Ainsi, les femmes ont non seulement moins de gênes pour entendre que les hommes mais, plus souvent appareillées, elles ont aussi moins de gênes résiduelles (gènes mal corrigées ou non corrigées).

À âges et sexe identiques, les risques de déclarer ces difficultés sont plus importants parmi les moins instruits que parmi ceux qui ont suivi des études supérieures (odd-ratios de 1,5) ; ces différences persistent pour les gênes résiduelles (odd-ratios de 1,6). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR ET DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF
• DREES.

synthèse

En 2002-2003, une personne sur deux de 18 ans et plus déclarait avoir un trouble de la vision de près, respectivement 52 % des femmes et 46 % des hommes. Parmi eux, 96 % recourent à une correction, mais celle-ci est de moins en moins souvent jugée efficace par les personnes au fur et à mesure qu'elles avancent en âge.

Les difficultés à voir de loin sont beaucoup moins fréquemment déclarées (16 % des personnes de 18 ans et plus) mais toujours davantage par les femmes (20 %) que par les hommes (12 %). Les taux de correction sont élevés (95 %) mais l'efficacité en est jugée un peu moins bonne que pour la vision de près (90 % versus 92 %). Ce sont les femmes et les personnes les plus âgées, et, à âge et sexe égal, les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé, qui déclarent le plus de difficultés de vision résiduelles après correction.

Les difficultés d'audition sont moins fréquentes que celles liées à la vision mais ne sont cependant pas négligeables (11 %) y compris avant 45 ans. Le recours aux corrections auditives est beaucoup moins répandu qu'en matière de vision (moins de 20 %) et leur efficacité est jugée beaucoup moins bonne (moins de 60 % d'efficacité). Les femmes ont moins de gênes pour entendre que les hommes. Elles sont aussi plus souvent appareillées, et ont moins de gênes résiduelles. Le niveau d'éducation intervient également tant dans la prévalence des troubles auditifs déclarés que dans l'efficacité de leur compensation.

Les données recueillies dans l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) 2008 ne permettent pas de suivre les évolutions de ces indicateurs.

TABLEAU 3 • Difficultés à entendre chez les personnes de 18 ans et plus (en %) (entendre ce qui se dit dans une conversation)

Âge	Prévalence des gênes	Gênes corrigées et non corrigées			Corrections	
	Avant correction	Gênes corrigées	Gênes mal corrigées	Gênes non corrigées	% d'utilisation de corrections	% de corrections efficaces
18-25 ans	1,3	0,1	0,2	0,9	25,2	42,6
25-44 ans	3,4	0,2	0,2	3,0	10,6	53,8
45-64 ans	10,5	0,6	0,4	9,5	9,9	59,2
65-84 ans	28,1	4,2	2,8	21,1	25,0	60,0
85 ans et plus	52,1	6,9	10,8	34,4	34,0	39,1
Total	10,8	1,2	0,9	8,7	19,4	56,6

Lecture : 52,1% des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes auditives : 6,9% déclarent des gênes correctement corrigées, 10,8%, ont des gênes mal corrigées, 34,4% n'ont aucune correction et 45% ont des gênes résiduelles après correction. Parmi celles qui ont un gêne, 34,0% utilisent une correction. Parmi celles qui utilisent une correction, 39,1% la déclarent efficace.

Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

Sources : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

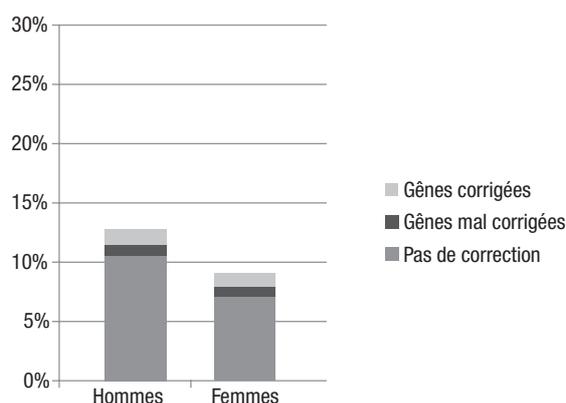
CHAMP • France métropolitaine, personnes de 18 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.

SOURCES • Enquête décennale Santé 2002-2003 de l'INSEE, Exploitation DREES.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'enquête nationale sur la Santé des personnes vivant en ménages ordinaires permet de repérer dans la population adulte vivant à domicile, les personnes exprimant des gênes pour voir et entendre : difficultés à « voir bien de près (lire un journal, un livre, dessiner...) », à « reconnaître le visage de quelqu'un à 4 mètres » et « à entendre ce qui se dit dans une conversation ». Ces gênes sensorielles reflètent les conséquences de tout type de maladies ou troubles sur les capacités des personnes à voir ou à entendre correctement. Elles ne permettent pas de déterminer la cause. Ces questions sont posées en deux temps : les difficultés « intrinsèques », lorsque les personnes n'utilisent aucune correction (lunettes, lentilles, appareil auditif) ; les difficultés « résiduelles », qui persistent lorsque les personnes utilisent leurs corrections visuelles ou auditives ou qui ne sont pas corrigées. On peut alors mettre en évidence, parmi les personnes qui expriment des gênes visuelles ou auditives les différences selon l'âge, le sexe ou encore le niveau d'instruction, face aux taux de correction de ces gênes et à leur efficacité.

LIMITES ET BIAIS • La population de référence des autoquestionnaires de l'enquête est constituée des individus ayant effectué toute l'enquête (c'est-à-dire l'ensemble des visites 1 à 3) et n'ayant pas de handicap déclaré les rendant non aptes à remplir un autoquestionnaire.

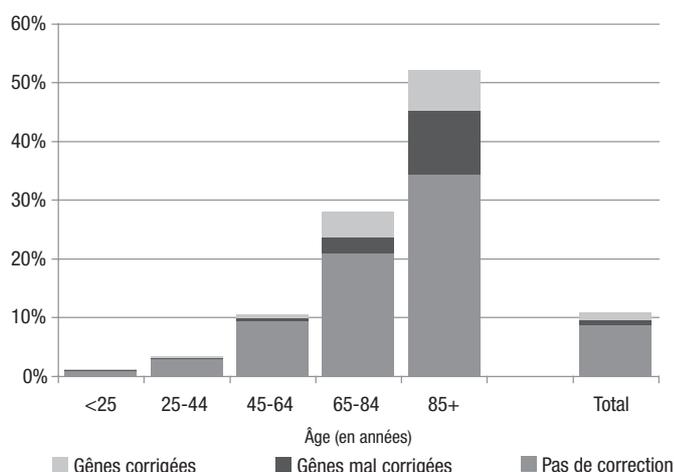
GRAPHIQUE 5 • Prévalences des difficultés à entendre par sexe



Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

Sources : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

GRAPHIQUE 6 • Prévalences des difficultés à entendre par âge



Lecture : 52% des personnes âgées de 85 ans et plus ont des gênes auditives : 7% déclarent des gênes correctement corrigées, 11%, ont des gênes mal corrigées et 34% n'ont aucune correction.

Champ : France métropolitaine, personnes de 18 ans et plus vivant en ménages ordinaires.

Sources : INSEE, enquête décennale Santé 2002-2003.

Maladies cardiovasculaires : cardiopathies ischémiques et thromboses veineuses profondes (1)

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **réduire la mortalité associée aux maladies cardiovasculaires de 13 % à un horizon quinquennal.**

Cet objectif vise la **diminution des décès par cardiopathie ischémique (de 13 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes) et par thrombose veineuse profonde (de 15 % globalement).** Les accidents vasculaires cérébraux et l'insuffisance cardiaque sont traités dans le cadre d'objectifs spécifiques (72 et 73). Les indicateurs principaux de suivi de cet objectif proviennent de l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'INSERM. Les décès par cardiopathie ischémique représentent une proportion importante des décès cardiovasculaires (26,7 % en 2006). Ils seraient toutefois sous-estimés dans la statistique nationale des causes de décès, en raison du peu d'informations dont disposent les médecins certificateurs, en cas notamment de mort subite coronaire¹.

Compte tenu de la gravité et de la fréquence des cardiopathies ischémiques, un indicateur d'hospitalisation pour cardiopathie ischémique a été ajouté.

L'indicateur présenté pour le suivi de la mortalité associée aux thromboses veineuses profondes comptabilise les décès ayant pour cause initiale une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire.

Cardiopathies ischémiques

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre et taux de décès par cardiopathie ischémique

En 2006, 145 456 décès cardiovasculaires ont été enregistrés en France métropolitaine, dont 38 806 par cardiopathie ischémique (tableau 1) : 5 200 ont concerné des personnes de moins de 65 ans, 19 225 des personnes ayant entre 65 et 84 ans et 14 381 des personnes âgées de 85 ans ou plus.

Le taux de mortalité par cardiopathie ischémique augmente fortement avec l'âge. En 2006, les taux bruts de décès étaient de 10,1 pour 100 000 chez les personnes de moins de 65 ans, de 217,8 chez celles ayant entre 65 et 84 ans et de 1 142,8 chez celles ayant 85 ans ou plus. Le nombre de décès était plus élevé chez les hommes et le taux de décès standardisé sur l'âge était 2,5 fois celui des femmes.

Entre 1990 et 2006, les nombres et les taux de décès par cardiopathie ischémique ont connu une baisse importante (-37 % pour les hommes et -43 % pour les femmes, soit une baisse globale de 40 % pour les taux standardisés). Cette diminution a concerné aussi bien les personnes de moins de 65 ans (-41 %) que celles ayant 65 ans ou plus (-39 %). Entre 2000 et 2006, le taux standardisé de mortalité a diminué de 25 % pour les hommes comme pour les femmes (graphique 1).

Le niveau de la mortalité varie fortement selon

les régions françaises. En 2006, le Nord - Pas-de-Calais présentait le taux standardisé de décès le plus élevé, dépassant de plus de 20 % le taux moyen de France métropolitaine (tableau 2). En Picardie, Alsace, Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Bretagne et Haute-Normandie, les taux de décès dépassaient de 10 % le taux moyen de France métropolitaine. Pour les taux de décès prématurés (avant 65 ans), c'est dans les régions Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Lorraine, Haute-Normandie et Limousin que les taux de décès par cardiopathie ischémique étaient les plus élevés (supérieurs de 20 % au taux moyen de France métropolitaine). Les régions présentant les taux (tous âges) les plus faibles étaient l'Île-de-France, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes. Entre 2000-2002 (période de référence) et 2006, la baisse des taux de décès a concerné toutes les régions.

En 2006, comme les années précédentes, le taux de mortalité coronaire relevé sur les certificats de décès était relativement faible en France² : parmi les 27 pays de l'Union européenne (UE), c'est en France que l'on observe la mortalité la plus basse en 2006. Viennent ensuite le Portugal, l'Espagne, les Pays-Bas et l'Italie. Les taux les plus élevés sont observés en Finlande et dans les pays ayant récemment adhéré à l'UE (Malte, Bulgarie, République tchèque et surtout Roumanie, Hongrie, Slovaquie et Pays Baltes).

1. Ducimetière P., Jouglia E., Haas B., Montaye M., Ruidavets J.-B., Amouyel P., Arveiler D., Ferrières J., Bingham A., 2006, « Mortalité coronaire en France selon les sources d'information », *Revue épidémiologique en santé publique*, 54 : p. 453-461.

2. Les travaux réalisés au milieu des années 1990 par les registres Monica ont démontré que les faibles taux de décès coronaires observés en France doivent être relativisés : après expertise selon un protocole rigoureusement standardisé, les taux de décès coronaires observés dans les zones des trois registres Monica français se sont avérés similaires à ceux des registres européens de situation géographique comparable (gradient décroissant nord-sud). Plus récemment, la comparaison de la statistique nationale aux données expertisées par les registres Monica a montré que la cause initiale permet d'identifier un nombre de décès coronaires proche dans les deux sources. Toutefois, dès que la définition retenue inclut les décès avec données insuffisantes, telles les morts subites pour lesquelles la nature coronaire ne peut être affirmée ou écartée, la sous-estimation des décès coronaires est alors sensible, le poids de ces décès avec données insuffisantes étant important en France.

TABLEAU 1 • Nombres et taux* de décès par cardiopathie ischémique selon le sexe et l'âge entre 1990 et 2006

	Année	Nombre de décès	Taux standardisé de décès*	Variation 1990-2006**	Variation 2000-2006***
0-64 ans					
Hommes	1990	6 269	27,8		
	2000	5 005	21,0		
	2006	4 430	16,4	-41 %	-22 %
Femmes	1990	1 156	4,8		
	2000	797	3,2		
	2006	770	2,8	-42 %	-14 %
65 ans ou plus					
Hommes	1990	20 455	604,5		
	2000	20 333	517,4		
	2006	17 582	386,3	-36 %	-25 %
Femmes	1990	21 408	320,4		
	2000	19 193	244,6		
	2006	16 024	181,1	-43 %	-26 %
Tous âges					
Hommes	1990	26 724	91,2		
	2000	25 338	75,6		
	2006	22 012	57,1	-37 %	-25 %
Femmes	1990	22 564	39,5		
	2000	19 990	29,8		
	2006	16 794	22,4	-43 %	-25 %
Total	1990	49 288	61,9		
	2000	45 328	49,4		
	2006	38 806	37,3	-40 %	-24 %

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

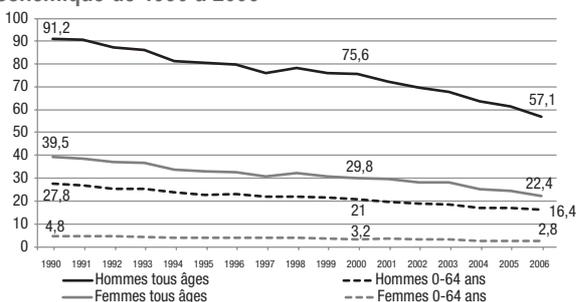
** Variation 1990-2006 : (taux 2006 – taux 1990) x 100 / taux 1990.

*** Variation 2000-2006 : (taux 2006 – taux 2000) x 100/taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

GRAPHIQUE 1 • Évolution des taux* de décès par cardiopathie ischémique de 1990 à 2006



* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

Champ : France métropolitaine. Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

SOURCES • INSERM-CépiDc (Eurostat pour les comparaisons européennes).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976). Pour les cardiopathies ischémiques, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-9 410 à 414 jusqu'en 1999 et CIM-10 I20-I25 à partir de 2000 (pour les embolies pulmonaires et les thromboses veineuses profondes, les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-9 415 ou 451.1 et 451.2 jusqu'en 1999 et CIM-10 I26.0 et I26.9 ou I80.1 à I80.3 à partir de 2000). Périodicité triennale pour les indicateurs régionaux.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des cardiopathies ischémiques en tant que cause initiale de décès, en particulier en cas de mort subite coronaire inaugurale.

RÉFÉRENCES •

- Wagner A., Montaye M., Bingham A., Ruidavets J.-B., Haas B., Amouyel P., Ducimetière P., Ferrières J., Arveiler D., 2006, « Baisse globale de la mortalité mais pas de l'incidence de la maladie coronaire en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 8-9, février, p. 65-66.
- Ducimetière P., Joula E., Haas B., Montaye M., Ruidavets J.-B., Amouyel P., Arveiler D., Ferrières J., Bingham A., 2006, « Mortalité coronaire en France selon les sources d'information », *Revue épidémiologique de santé publique*, 54 : p. 453-461.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

TABLEAU 2 • Nombre et taux de décès par cardiopathies ischémiques dans les régions

Régions de résidence	Années 2000-2002						Année 2006					
	Nombre de décès (moyenne annuelle)		Taux standardisé*		Écart à la moyenne** (en %)		Nombre de décès		Taux standardisé*		Écart à la moyenne** (en %)	
	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans
Île-de-France	5 763	775	40,6	8,8	-15	-24	4 875	729	31,4	7,4	-15	-20
Champagne-Ardenne	1 005	136	49,3	12,4	3	7	916	146	41,7	12,2	13	32
Picardie	1 397	204	55,3	13,6	16	18	1 218	177	43,2	10,6	17	14
Haute-Normandie	1 441	199	56,3	13,8	18	19	1 156	183	40,7	11,4	10	24
Centre	2 174	225	48,3	10,8	1	-6	1 771	208	36,1	9,1	-2	-2
Basse-Normandie	1 296	114	52,9	9,7	11	-16	1 168	115	41,9	8,8	14	-5
Bourgogne	1 506	170	49,6	12,2	4	6	1 299	158	39,8	10,4	8	12
Nord-Pas-de-Calais	3 168	512	62,3	16,9	31	46	2 668	450	47,6	13,5	29	45
Lorraine	1 740	265	53,0	13,8	11	19	1 446	239	39,7	11,5	8	25
Alsace	1 295	177	56,1	12,3	17	7	1 120	151	42,3	9,4	15	2
Franche-Comté	818	115	47,8	12,3	0	6	772	114	40,0	10,8	9	17
Pays de la Loire	2 379	251	43,9	9,5	-8	-18	2 178	249	35,3	8,2	-4	-12
Bretagne	2 707	270	52,8	11,0	11	-5	2 443	230	41,3	8,2	12	-11
Poitou-Charentes	1 385	140	42,0	9,8	-12	-15	1 199	123	32,7	7,5	-11	-19
Aquitaine	2 447	309	45,0	12,1	-6	5	2 255	292	36,7	10,0	-1	7
Midi-Pyrénées	2 212	224	44,3	10,1	-7	-13	1 920	225	34,7	8,8	-6	-5
Limousin	767	74	47,3	11,7	-1	1	672	79	38,9	11,4	6	23
Rhône-Alpes	3 795	500	44,9	10,5	-6	-9	3 219	396	32,9	7,4	-11	-20
Auvergne	1 265	149	51,0	12,8	7	10	1 125	127	40,3	9,9	9	7
Languedoc-Roussillon	2 068	267	48,3	13,1	1	14	1 856	245	38,1	10,3	3	11
PACA	3 337	442	40,8	11,0	-15	-5	3 079	429	33,5	9,6	-9	3
Corse	245	40	52,8	16,5	11	43	218	28	38,2	9,8	3	6
Hors métropole	272	103	-	-	-	-	233	107	-	-	-	-
France métropolitaine	44 482	5 662	47,7	11,6	0	0	38 806	5 200	36,9	9,3	0	0

* Taux de décès pour 100 000 standardisés sur l'âge selon population d'Eurostat (IARC, 1976).

** Écart par rapport à la moyenne métropolitaine (en % de variation) : (taux régional - taux France métropolitaine) / taux France métropolitaine.

Champ : France métropolitaine. Sources : INSERM-CépiDc.

Maladies cardiovasculaires : cardiopathies ischémiques et thromboses veineuses profondes (2)

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour cardiopathie ischémique

En 2006, 221 373 personnes ont été hospitalisées au moins une fois pour cardiopathie ischémique à temps complet (au moins une « hospitalisation complète³ »). Parmi elles, près de la moitié (112 203) ont été hospitalisées pour syndrome coronaire aigu et 55 584, pour infarctus du myocarde (tableau 3). Les taux standardisés correspondants s'élevaient respectivement à 274,8, 135,4 et 66,0 pour 100 000 habitants. Entre 2002 et 2006, les taux standardisés ont diminué de 3,6% pour l'ensemble des personnes hospitalisées pour cardiopathie ischémique, de 8,7% pour les personnes hospitalisées pour syndrome coronaire aigu et de 16,4% pour les infarctus du myocarde.

Au total, les services de soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ont enregistré 320 000 séjours motivés par une cardiopathie ischémique en 2006, soit un taux brut d'hospitalisation de 506,3 séjours pour 100 000 habitants (tableau 4).

Ce taux augmente fortement avec l'âge jusqu'à 85 ans (tableau 5), mais il était un peu moins élevé chez les 85 ans ou plus que chez les 65-84 ans (respectivement 1 761,0 et 1 855,7 séjours pour 100 000 habitants en 2006). Ces séjours ont surtout concerné des hommes (71%). Pour ceux-ci, 41% des séjours ont été le fait des 45-64 ans, 49,6% des 65-84 ans et 3,8% des 85 ans ou plus.

Ces proportions étaient respectivement de 22,6%, 60,9% et 13,5% pour les femmes. Les taux d'hospitalisation étaient plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans tous les groupes d'âges, en particulier pour les 45-64 ans (avec un taux près de cinq fois supérieur chez les hommes) et les 65-84 ans (avec un taux près de trois fois supérieur).

Entre 1997 et 2006, le taux standardisé d'hospitalisation a diminué de 6,7% pour les hommes et de 3,7% pour les femmes, soit une baisse globale de 6,3% (-3,5% entre 2000 et 2006).

Les disparités régionales des taux standardisés d'hospitalisations ne sont pas superposables à celles observées pour la mortalité. En particulier, le taux d'hospitalisation pour cardiopathie ischémique est très inférieur à la moyenne nationale en Bretagne, où la mortalité est relativement élevée (tableau 6). À l'inverse, ce taux est élevé en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), où la mortalité est faible. La Corse, la Lorraine, la Basse-Normandie, la Réunion (où la mortalité par cardiopathie ischémique est élevée) et le Nord-Pas-de-Calais présentaient en 2006, comme en 2005, des taux d'hospitalisation sensiblement plus élevés que la moyenne nationale (supérieurs de 20%). Venaient ensuite les régions PACA, Alsace, Franche-Comté et Picardie. Pour les femmes, les taux d'hospitalisation étaient également élevés en Bourgogne. À l'inverse, les régions Guadeloupe, Martinique, Guyane, Pays de la Loire et Bretagne présentaient des taux d'hospitalisation faibles (inférieur d'au moins 25% à la moyenne nationale).

Selon les données 2006 de la base HFA-DB de l'OMS⁴, Chypre, Malte, le Portugal, l'Espagne, l'Irlande, la Slovaquie, la Roumanie et la France enregistraient les taux d'hospitalisation pour cardiopathie ischémique les plus faibles de l'Union européenne.

Thromboses veineuses profondes

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre et taux de décès par thrombose veineuse et embolie pulmonaire

Les thromboses veineuses et les embolies pulmonaires peuvent constituer la cause terminale de décès ayant pour origine diverses pathologies. En l'absence d'étude de validation, nous avons choisi de présenter un indicateur uniquement basé sur la cause initiale de décès. En 2006, 5 065 décès avaient une thrombose veineuse ou une embolie pulmonaire pour cause initiale. Le taux de décès standardisé correspondant s'élevait à 4,9 pour 100 000 (5,3 chez les hommes et 4,6 chez les femmes). Les taux de décès augmentent fortement avec l'âge. Les taux standardisés sur l'âge ont fluctué entre 1990 et 2006, le taux observé en 2006 étant inférieur de 10% à celui de 1990. Pour la période 2000-2002, comme en 2006, les régions Nord-Pas-de-Calais, Auvergne, Picardie, Limousin, Alsace, Lorraine et Bourgogne présentaient les taux standardisés les plus élevés. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

synthèse

Le poids des décès cardiovasculaires dans la mortalité totale reste important, mais a diminué progressivement (de 33,2% en 1990 à 28,2% en 2006). Les décès par cardiopathie ischémique représentent une proportion importante des décès cardiovasculaires (26,7% en 2006).

Les taux standardisés de décès par cardiopathie ischémique ont diminué de 40% entre 1990 et 2006. La diminution des décès par cardiopathie ischémique s'inscrit dans une tendance à la baisse plus ancienne, qui a débuté à la fin des années 1970 pour les personnes de moins de 75 ans et au milieu des années 1990 pour les plus âgées. Ces évolutions sont attribuées aux améliorations progressives tant de la prévention primaire, individuelle mais aussi collective, que de la prise en charge des malades lors de la phase aiguë et de la prévention secondaire.

Pour la période 2000-2006, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de 25% chez les hommes comme chez les femmes. La diminution des taux standardisés de personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde est également marquée (-16,4% entre 2002 et 2006), alors que le taux standardisé de l'ensemble des séjours en MCO pour cardiopathie ischémique a peu évolué (-3,5% entre 2000 et 2006). En 2006, 5 065 décès avaient pour cause initiale une thrombose veineuse ou une embolie pulmonaire. Les taux standardisés de décès ont fluctué entre 1990 et 2006, mais le niveau atteint en 2006 était inférieur à celui de 1990.

3. Voir la définition dans l'encadré méthodologique.

4. European Health for All database (HFA-DB) : <http://www.euro.who.int/hfadb>

TABLEAU 3 • Nombre et taux de personnes hospitalisées* pour cardiopathie ischémique en 2006

	Nombre de personnes hospitalisées			Taux brut**			Taux standardisé**		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Cardiopathie ischémique	154 120	67 253	221 373	502,6	205,6	349,3	440,2	131,8	274,8
Syndrome coronaire aigu	74 751	37 452	112 203	243,7	114,5	177,0	211,9	69,1	135,4
Infarctus du myocarde	36 645	18 939	55 584	119,5	57,9	87,7	104,3	32,5	66,0

* Il s'agit d'hospitalisations complètes, après exclusion des hospitalisations de jour (sauf en cas de non-décès) et des GHM de transfert.

** Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI (ATIH) et estimations localisées de population (INSEE).

TABLEAU 4 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée (MCO) pour cardiopathie ischémique selon le sexe

	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation*			Taux standardisé d'hospitalisation*		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
1997	206 600	82 900	289 500	712,5	270,0	485,0	702,1	194,3	431,0
1998	208 000	82 300	290 300	715,0	267,2	484,7	693,3	189,4	423,9
1999	204 600	82 700	287 300	700,8	267,4	477,9	671,4	187,2	412,9
2000	211 400	85 000	296 400	720,1	272,8	489,9	681,7	189,5	418,4
2001	215 500	87 300	302 800	728,9	278,4	496,9	681,7	192,0	419,6
2002	219 200	89 300	308 500	736,4	282,4	502,5	679,3	191,4	417,9
2003	222 500	90 700	313 200	742,6	284,7	506,6	676,6	190,8	416,5
2004	223 500	92 300	315 800	741,3	287,4	507,2	667,3	191,2	411,9
2005	221 800	91 100	312 900	730,5	281,4	498,8	650,4	185,3	400,7
2006	226 700	93 200	319 900	741,6	285,7	506,3	654,9	187,1	403,7

TABLEAU 5 • Hospitalisations en soins de courte durée (MCO) pour cardiopathie ischémique selon l'âge en 2006

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de séjours MCO			
Moins de 25 ans	200	100	300
25 à 44 ans	11 600	2 600	14 200
45 à 64 ans	93 700	21 100	114 800
Moins de 65 ans	105 500	23 800	129 300
65 à 84 ans	112 500	56 800	169 300
85 ans ou plus	8 700	12 600	21 300
65 ans ou plus	121 200	69 400	190 600
Total tous âges	226 700	93 200	319 900
Taux brut d'hospitalisation*			
Moins de 25 ans	2,0	1,0	1,5
25 à 44 ans	135,5	30,3	82,4
45 à 64 ans	1 219,7	262,8	730,8
Moins de 65 ans	400,1	89,9	244,6
65 à 84 ans	2 905,0	1 081,5	1 855,7
85 ans ou plus	2 544,9	1 450,3	1 761,0
65 ans ou plus	2 875,6	1 133,8	1 844,6
Total tous âges	741,6	285,7	506,3

* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI (ATIH) et estimations localisées de population (INSEE).

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI, DHOS, ATIH, exploitations DREES (séjours) et InVS (personnes) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

construction des indicateurs • Codes CIM 10 : ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM-10 I20 à I25 en diagnostic principal pour les cardiopathies ischémiques, I20.0 et I21 à I23 pour les syndromes coronaires aigus, et I21 à I23 pour les infarctus du myocarde. Les unités de compte sont les séjours pour les tableaux 4 à 6 et les patients pour le tableau 3 (patient ayant eu au moins une « hospitalisation complète » : les séjours avec GHM de transferts, les séjours et les hospitalisations de durée inférieure à un jour non terminées par un décès ont été exclus). La population

utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

LIMITES ET BIAIS • Séjours : il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante, passant de 94 % en 1998 à près de 100 % en 2006. Pour les personnes concernées par une hospitalisation complète pour cardiopathie ischémique, le calcul a été effectué sur la base non redressée

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES (séjours) et InVS (pour les personnes).

TABLEAU 6 • Hospitalisations en soins de courte durée (MCO) pour cardiopathie ischémique selon la région de résidence en 2006

Régions de résidence	Nombre de séjours en MCO	Taux brut d'hospitalisation*	Taux standardisé d'hospitalisation*
Île-de-France	47 300	410,4	393,9
Champagne-Ardenne	6 400	475,4	375,1
Picardie	9 900	524,5	443,8
Haute-Normandie	8 300	457,1	374,4
Centre	14 400	569,3	413,7
Basse-Normandie	10 300	709,2	505,2
Bourgogne	10 100	620,0	432,6
Nord-Pas-de-Calais	21 800	543,3	485,5
Lorraine	15 100	646,0	515,2
Alsace	9 700	535,1	458,0
Franche-Comté	6 600	571,2	448,4
Pays de la Loire	12 900	373,0	285,3
Bretagne	12 500	402,9	291,6
Poitou-Charentes	9 400	543,9	364,3
Aquitaine	17 700	568,1	400,6
Midi-Pyrénées	14 800	533,6	383,7
Limousin	4 300	591,2	367,9
Rhône-Alpes	26 300	436,7	355,5
Auvergne	8 300	620,3	437,6
Languedoc-Roussillon	14 900	587,1	419,7
PACA	32 100	666,6	480,0
Corse	2 400	817,0	576,5
Guadeloupe	600	152,7	152,4
Martinique	700	185,6	172,6
Guyane	300	132,6	274,6
La Réunion	2 800	361,8	486,7
France entière	319 900	506,3	403,7

* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France entière.

Sources : Base nationale PMSI (ATIH) et estimations localisées de population (INSEE).

Hypercholestérolémie

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **réduire de 5 % à un horizon quinquennal la cholestérolémie moyenne (cholestérol LDL) dans la population adulte, dans le cadre d'une prévention globale du risque cardiovasculaire.**

Au moment de la définition de l'objectif, le taux moyen de cholestérol LDL dans le sang était estimé à 1,53 g/l chez les hommes de 35 à 64 ans.

La loi de santé publique et le Programme national nutrition santé (PNNS) ont fixé cet objectif en population générale adulte afin de contribuer à la réduction du risque cardiovasculaire : l'hypercholestérolémie LDL est en effet l'un des facteurs de risque cardiovasculaire majeurs. Cette prévention « populationnelle » est complémentaire d'une approche individualisée, qui consiste à détecter et traiter les hypercholestérolémies, par régimes voire par médicaments, pour abaisser la concentration sérique du cholestérol LDL. On parle d'hypercholestérolémie LDL quand le taux de cholestérol LDL dépasse 1,6 g/l. Mais les objectifs thérapeutiques varient en fonction du niveau de risque cardiovasculaire global¹ : plus le risque cardiovasculaire est élevé, plus le cholestérol LDL doit être abaissé. Des objectifs thérapeutiques précis ont donc été définis en fonction de l'existence de pathologies cardiovasculaires, de diabète ainsi que du nombre de facteurs de risque vasculaire associés (âge, tabac, hypertension artérielle, cholestérol HDL faible et antécédents familiaux de maladie coronaire précoce).

traitement médicamenteux par hypolipémiant (tableau 3). 30,1 % avaient soit un traitement hypolipémiant, soit un taux élevé de cholestérol LDL dans le sang. Cette proportion augmentait fortement avec l'âge (de 35,2 % entre 35 et 64 ans à 55,2 % entre 65 et 74 ans) et était un peu plus élevée dans la population masculine (33,1 % contre 27,3 %).

Les enquêtes Monica et Mona Lisa ont permis de préciser les évolutions survenues au cours d'une période récente. Ainsi, en 2006-2007, 36,5 % des personnes âgées de 35 à 64 ans étaient en hypercholestérolémie LDL ou sous traitement hypolipémiant contre 42,3 % en 1996-1997.

Proportion d'adultes ayant eu une prescription d'hypolipémiant dans l'année

À partir de l'échantillon des bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie, on estime que 15,5 % d'adultes (18 ans ou plus, y compris les 75 ans ou plus) ont bénéficié d'un remboursement d'hypolipémiant en 2007. Ce pourcentage est estimé à 14,6 % pour les bénéficiaires du régime social des indépendants (RSI) et à 22 % pour ceux du régime social agricole. Ces chiffres, qui étaient respectivement de 15,1 %, 17,3 % et 21,5 % en 2005, ont peu évolué entre 2005 et 2007, hormis pour le RSI qui a connu une baisse significative de 15,6 %.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS ET REGISTRE DES CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES DE LA HAUTE-GARONNE.

1. AFSSAPS, 2005, « Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique », Recommandations de bonne pratique, mars.

synthèse

L'Étude nationale nutrition santé (ENNS) a permis d'estimer à 1,28 g/l la valeur moyenne du cholestérol LDL dans la population métropolitaine âgée de 18 à 74 ans en 2006-2007, cette valeur étant maximale dans la classe des 35-64 ans (1,35 g/l).

Les enquêtes transversales réalisées par les trois registres des cardiopathies ischémiques permettent d'estimer à 6 % la diminution de la valeur moyenne du cholestérol LDL survenue en dix ans, entre 1996-1997 et 2006-2007.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Valeur moyenne du cholestérol LDL en population adulte

L'Étude nationale nutrition santé (ENNS) réalisée en 2006-2007 a permis d'estimer les valeurs moyennes du cholestérol total et du cholestérol LDL dans la population adulte (âgée de 18 à 74 ans) suivant ou non un traitement, résidant en France métropolitaine.

Pour l'ensemble de la population étudiée, la valeur moyenne du cholestérol total s'élevait à 2,08 g/l et celle du cholestérol LDL à 1,28 g/l. Le taux de cholestérol LDL était quasiment identique pour les hommes et les femmes (tableau 1). Le taux de cholestérol LDL était un peu plus faible entre 18 et 35 ans (1,09 g/l tous sexes confondus), mais il augmentait ensuite pour atteindre 1,35 g/l entre 35 et 64 ans. À partir de 65 ans, l'évolution avec l'âge de la cholestérolémie moyenne diffère selon le sexe : la cholestérolémie LDL moyenne diminuait de manière significative chez les hommes (de 1,38 g/l pour les 35-64 ans à 1,24 g/l pour les 65-74 ans), mais pas chez les femmes (respectivement 1,32 g/l et 1,36 g/l).

Les enquêtes transversales réalisées par les trois registres des cardiopathies ischémiques permettent de préciser les évolutions survenues entre 1996-1997 (Étude Monica) et 2006-2007 (Étude Mona Lisa) dans la population des

35-64 ans : en dix ans, le cholestérol total a diminué de 3,5 % et le cholestérol LDL, de 6 % (tableau 2). La baisse était plus sensible parmi les personnes âgées de 55 à 64 ans (-6,7 % chez les hommes et -5,2 % chez les femmes pour le cholestérol total et respectivement -10,8 % et -8,4 % pour le cholestérol LDL).

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Hypercholestérolémie (cholestérol LDL élevé)

Selon les recommandations de l'AFSSAPS, le cholestérol LDL est considéré comme élevé lorsqu'il est supérieur à 1,6 g/l. Toutefois, les objectifs thérapeutiques varient très fortement en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire, et *a fortiori* de la présence d'atteintes vasculaires (infarctus du myocarde, infarctus cérébral, etc.). En l'absence de facteurs de risque, l'objectif thérapeutique est de 2,20 g/l, contre 1,90 g/l s'il y en a un, 1,60 g/l s'il y en a deux et 1 g/l en prévention secondaire : en conséquence, toutes les valeurs considérées comme élevées ne relèvent pas d'une thérapeutique médicamenteuse et le traitement de première intention est souvent diététique.

Selon l'ENNS, 18,9 % des personnes âgées de 18 à 74 ans avaient un taux de cholestérol LDL supérieur à 1,6 g/l et 12,2 % suivaient un

TABEAU 1 • Valeurs moyennes de la cholestérolémie dans la population adulte (18-74 ans)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cholestérol total (g/l)	2,06	2,11	2,08
18-34 ans	1,78	1,87	1,83
35-64 ans	2,18	2,18	2,18
65-74 ans	2,01	2,25	2,14
Cholestérol LDL (g/l)	1,27	1,28	1,28
18-34 ans	1,07	1,10	1,09
35-64 ans	1,38	1,32	1,35
65-74 ans	1,24	1,36	1,31

Champ : France métropolitaine, population générale adulte (18-74 ans).

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Le cholestérol a été mesuré chez les personnes à jeun depuis au moins 12 heures. Les résultats sont exprimés en g/l. L'hypercholestérolémie LDL a été définie pour des valeurs supérieures à 1,60 g/l (4,1 mmol/l).

LIMITES ET BIAIS • Les DOM et TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institution.

RÉFÉRENCES • Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN), 2007, « Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) », Rapport, Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Institut de veille sanitaire (InVS) et Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS, Université de Paris 13, CNAM).

TABEAU 2 • Évolution de la cholestérolémie moyenne des 35-64 ans entre 1996-1997 et 2006-2007

	1996-1997		2006-2007	
	Moyenne	IC à 95%	Moyenne	IC à 95%
Cholestérol total (g/l)	2,28	2,27-2,29	2,20	2,19-2,21
Hommes	2,30	2,29-2,31	2,22	2,21-2,23
Femmes	2,26	2,25-2,27	2,18	2,18-2,20
Cholestérol LDL (g/l)	1,49	1,48-1,50	1,40	1,39-1,41
Hommes	1,53	1,52-1,54	1,44	1,43-1,45
Femmes	1,44	1,43-1,45	1,36	1,35-1,37

Champ : Communauté urbaine de Lille et départements de la Haute-Garonne (31) et du Bas-Rhin (67); population adulte (35-64 ans).

Sources : Études Monica 1996-1997 et Mona Lisa 2006-2007.

CHAMP • Personnes âgées de 35-64 ans domiciliés dans la communauté urbaine de Lille et les départements du Bas-Rhin et de la Haute-Garonne.

SOURCES • Études Monica (1996-1997) et Mona Lisa (2006-2007).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Le cholestérol total (ainsi que le cholestérol HDL et les triglycérides) a été mesuré chez les personnes à jeun depuis au moins 10 heures. Le cholestérol LDL a été calculé selon la formule de Friedwald. Les résultats sont exprimés en g/l.

LIMITES ET BIAIS • Ils sont liés à la couverture géographique : deux départements et la communauté urbaine de Lille.

RÉFÉRENCES •
- Marques-Vidal P., Ruidavets J.-B., Amouyel P., Ducimetière P., Arveiler D., Montaye M., Haas B., Bingham A., Ferrières J., 2004, « Change in cardiovascular risk factors in France, 1985-1997 », *European Journal of Epidemiology*, 19:25-32.
- Ferrières J., Bongard V., Dallongeville J., Arveiler D., Cottel D., Haas B., Wagner A., Amouyel P., Ruidavets J.-B., 2009, « Trends in plasma lipids, lipoproteins and dyslipidaemias in French adults, 1996-2007 », *Archives of Cardiovascular Diseases*, 102:293-301.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Registres des cardiopathies ischémiques de la Haute-Garonne, Lille et Bas-Rhin.

TABEAU 3 • Cholestérol LDL élevé et traitements par hypolipémiant (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cholestérol LDL supérieur à 1,60 g/l	20,1	17,7	18,9
18-34 ans	4,0	7,6	5,8
35-64 ans	27,4	20,9	24,0
65-74 ans	17,7	22,1	20,1
Traitement par hypolipémiant	14,1	10,4	12,2
18-34 ans	0,2	0,0	0,1
35-64 ans	16,3	9,6	12,9
65-74 ans	37,2	35,9	36,5
Cholestérol LDL supérieur à 1,60 g/l ou traitement par hypolipémiant	33,1	27,3	30,1
18-34 ans	4,2	7,6	5,9
35-64 ans	41,6	29,2	35,2
65-74 ans	53,6	56,5	55,2

Champ : France métropolitaine, population générale adulte (18-74 ans).

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

Hypertension artérielle (1)

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **réduire de 2 à 3 mm Hg la moyenne de la pression artérielle systolique de la population française à un horizon quinquennal**. Cet objectif est formulé en termes de pression artérielle (PA) moyenne. Il s'inscrit dans une perspective de prévention primaire du risque cardiovasculaire. Il existe en effet une relation positive et continue entre les niveaux de pression artérielle systolique et aussi diastolique et la morbidité cardiovasculaire. Plusieurs objectifs de la loi, également inclus dans le Programme national nutrition santé (PNNS), sont susceptibles de contribuer à la diminution de la PA moyenne en population générale, particulièrement les objectifs relatifs à la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité (objectifs 5 et 12), des consommations de sel (objectif 11) et d'alcool (objectif 1), et à l'augmentation de l'activité physique (objectif 9). L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardiovasculaire majeur et fréquent. L'HTA est définie par une élévation persistante de la pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg ou de la pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg. Cette définition reflète une appréciation raisonnée, à un moment donné, des niveaux pour lesquels la prise en charge est jugée souhaitable, ces seuils étant d'ailleurs abaissés en fonction du niveau de risque cardiovasculaire global des patients (en cas de diabète ou de risque vasculaire élevé). Compte tenu de l'importance de ce facteur de risque, des indicateurs sur la prévalence, le traitement et le contrôle de l'HTA ont été intégrés.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Pression artérielle systolique et pression artérielle diastolique moyennes en population générale

L'étude nationale nutrition santé (ENNS), réalisée en 2006-2007, est la première étude représentative de la population adulte (18-74 ans) résidant en France métropolitaine et qui comprend des données sur la pression artérielle – la tension artérielle est mesurée trois fois au cours d'une visite.

Dans l'étude ENNS, la pression artérielle systolique (PAS) moyenne était de 123,6 mm Hg et la pression diastolique moyenne (PAD), de 77,8 mm Hg (tableau 1). La PAS était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (128,7 mm Hg contre 118,5 mm Hg) et elle augmentait de façon continue avec l'âge, pour les deux sexes. La PAD était également plus élevée chez les hommes (79,3 mm Hg contre 76,2 mm Hg). En revanche, la PAD n'augmentait plus après 45 ans chez les hommes et faiblement chez les femmes.

L'étude Mona Lisa, également réalisée en 2006-2007, est représentative de la population de 35 à 74 ans résidant dans la communauté urbaine de Lille, dans le Bas-Rhin et la Haute-Garonne. Les PAS et PAD moyennes s'élevaient respectivement à 136,7 mm Hg et

83,2 mm Hg chez les hommes et à 127,9 mm Hg et 78,6 mm Hg chez les femmes, après standardisation sur la structure d'âge des populations sources (tableau 2). Cette étude a montré des disparités géographiques : les pressions artérielles moyennes sont plus élevées à Lille et à Strasbourg qu'à Toulouse. L'étude Mona Lisa a aussi permis d'observer les évolutions survenues en dix ans chez les personnes de 35-64 ans, par comparaison avec l'étude Monica, réalisée en 1996-1997 avec une méthodologie similaire auprès d'échantillons représentatifs de ces mêmes populations de cette tranche d'âge : chez les hommes, les PAS et PAD moyennes sont passées de 134,7 mm Hg et 84,7 mm Hg en 1996 à 134,6 mm Hg et 83,2 mm Hg en 2006 ; chez les femmes, elles sont passées de 127,8 mm Hg et 79,4 mm Hg en 1996 à 124,3 mm Hg et 77,9 mm Hg en 2006. Les PAS et PAD moyennes ont diminué, de manière sensible chez les femmes.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Prévalence de l'hypertension artérielle

Selon l'étude ENNS, une personne est considérée comme ayant une hypertension artérielle quand sa PAS ou sa PAD est élevée, ou encore quand elle prend un médicament agissant sur la pression artérielle. Dans les condi-

tions de l'enquête (une visite, au cours de laquelle la tension artérielle est mesurée trois fois), 31 % de la population étudiée (18-74 ans) sont atteints d'hypertension artérielle (tableau 3). La prévalence de l'hypertension artérielle augmentait de manière prononcée avec l'âge, passant de 10 % chez les 18-44 ans à 67,3 % chez les 65-74 ans. Elle était significativement plus élevée pour les hommes que pour les femmes (respectivement 34,1 % et 27,8 %).

82 % des hypertendus connus étaient traités. Cette proportion augmentait avec l'âge (de 56,8 % chez les 18-44 ans à 93,3 % chez les 65-74 ans). Elle était plus élevée pour les femmes que pour les hommes (86,6 % contre 77,4 %), la différence étant particulièrement marquée avant 55 ans. Parmi les hypertendus traités, la moitié (50,9 %) avaient une pression artérielle suffisamment abaissée, c'est-à-dire inférieure à 140/90 mm Hg. Le contrôle de l'hypertension diminuait avec l'âge et était significativement plus fréquent pour les femmes que pour les hommes.

Avec la même définition de l'hypertension artérielle, l'étude Mona Lisa (35-74 ans) montre également que la prévalence de l'hypertension artérielle est plus élevée chez les hommes (tableau 4) : elle atteint 47,2 % contre 34,9 % pour les femmes (45,2 % et 35,4 % dans l'étude ENNS pour la même classe d'âge).

TABEAU 1 • Pressions artérielles systolique et diastolique moyennes chez les 18-74 ans (en mm Hg)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Pression artérielle systolique moyenne	128,7	118,5	123,6
18-34 ans	118,2	107,7	113,1
35-44 ans	124,3	112,4	118,4
45-54 ans	131,9	119,7	125,9
55-64 ans	136,5	126,2	131,4
65-74 ans	142,5	135,9	139,0
Pression artérielle diastolique moyenne	79,3	76,2	77,8
18-34 ans	70,2	70,3	70,2
35-44 ans	79,6	75,0	77,3
45-54 ans	83,6	78,6	81,1
55-64 ans	84,9	79,3	82,2
65-74 ans	82,7	80,6	81,6

Champ : France métropolitaine, population générale adulte (18-74 ans).

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

CHAMP • France métropolitaine (hors Corse), population âgée de 18 à 74 ans résidant en ménage ordinaire.

SOURCES • Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Pressions artérielles moyennes : moyennes des deux dernières mesures ; hypertension artérielle : PAS \geq 140 mm Hg ou PAD \geq 90 mm Hg ou prise de médicament à action anti-hypertensive. Le contrôle thérapeutique de l'HTA a été défini pour une PAS < 140 mm Hg et une PAD < 90 mm Hg. Données pondérées et redressées.

LIMITES ET BIAIS • Les DOM-TOM ne sont pas représentés. La population d'étude est la population résidant en domicile ordinaire, excluant de ce fait les populations en institution. Trois mesures de la pression artérielle en une seule occasion. En clinique, le diagnostic d'hypertension artérielle implique l'observation de mesures élevées en plusieurs occasions. Probable surestimation de la prévalence de l'hypertension artérielle.

RÉFÉRENCE • Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), 2007, *Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*, Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, décembre.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Institut de veille sanitaire (InVS) et Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (InVS, Université de Paris 13, CNAM).

TABEAU 2 • Pressions artérielles systolique et diastolique moyennes chez les 35-74 ans (en mm Hg)

	Hommes	Femmes
Pression artérielle systolique moyenne*	136,7	127,9
35-44 ans	128,0	115,7
45-54 ans	135,5	126,5
55-64 ans	142,6	133,8
65-74 ans	150,0	145,6
Pression artérielle diastolique moyenne *	83,2	78,6
35-44 ans	80,3	74,3
45-54 ans	84,3	79,7
55-64 ans	85,7	80,8
65-74 ans	83,8	81,6

* Prise en compte de la structure d'âge de la population.

Champ : Communauté urbaine de Lille et départements de la Haute-Garonne (31) et du Bas-Rhin (67) ; population adulte (35-74 ans).

Sources : Étude Mona Lisa 2006-2007.

CHAMP • Personnes âgées de 35-74 ans et domiciliées dans la communauté urbaine de Lille et les départements du Bas-Rhin (67) et de la Haute-Garonne (31).

SOURCES • Étude Mona Lisa, 2006-2007.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'hypertension artérielle a été définie sur la base de chiffres de pression artérielle systolique (\geq 140 mm Hg) ou de chiffres de pression artérielle diastolique (\geq 90 mm Hg) ou d'un régime ou d'un traitement médicamenteux à visée anti-hypertensive.

LIMITES ET BIAIS • Couverture géographique : deux départements et la communauté urbaine de Lille. Probable surestimation de la prévalence de l'hypertension artérielle.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • Registres des cardiopathies ischémiques du Bas-Rhin, de la Haute-Garonne et de la communauté urbaine de Lille.

Hypertension artérielle (2)

54 % des hommes et 65 % des femmes connaissaient leur hypertension artérielle. En moyenne, 80 % des personnes hypertendues connues étaient traitées, la proportion augmentant avec l'âge pour les hommes et les femmes. Parmi les personnes traitées, 24 % des hommes et 38,5 % des femmes avaient une pression artérielle contrôlée.

L'analyse de l'évolution sur dix ans chez les 35-64 ans montre que la prévalence de l'hy-

pertension artérielle a diminué de 7,5 % chez les hommes (passant de 45,1 % en 1996 à 41,7 % en 2006), et de 18,5 % chez les femmes (passant de 34,1 % en 1996 à 27,7 % en 2006). Elle révèle également que les sujets hypertendus traités étaient mieux contrôlés en 2006 que dix ans auparavant. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS ET REGISTRE DES CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES DU BAS-RHIN.

synthèse

L'enquête ENNS (2006-2007) a permis d'estimer la pression systolique à 123,6 mm Hg et la pression artérielle diastolique à 77,8 mm Hg dans la population adulte âgée de 18 à 74 ans. Ces valeurs moyennes étaient un peu plus élevées dans l'étude Mona Lisa, réalisée à la même période, du fait essentiellement de la structure d'âge différente de la population étudiée (35-74 ans) : les valeurs moyennes des pressions artérielles systolique et diastolique s'élevaient à 136,7 et 83,2 mm Hg chez les hommes et à 127,9 et 78,6 mm Hg chez les femmes de cette classe d'âge. Lorsque l'on compare les chiffres de pression artérielle obtenus dix ans plus tôt avec une étude de méthodologie identique, on note une diminution des valeurs moyennes de la PAS et de la PAD surtout sensible chez les femmes.

Dans cette situation d'enquête, la prévalence de l'hypertension artérielle était égale à 31 % entre 18 et 74 ans (ENNS) et à 41 % entre 35 et 74 ans (Mona Lisa). Entre 18 et 74 ans (ENNS), la moitié des hypertendus étaient traités par médicament à action anti-hypertensive, soit 82 % des hypertendus connus. Parmi les hypertendus traités, seulement 50,9 % des 18-75 ans avait un contrôle tensionnel conforme aux recommandations professionnelles. Dans l'étude Mona Lisa, la proportion de sujets hypertendus traités et contrôlés par le traitement s'élevait à 23,5 % chez les hommes et 38,5 % chez les femmes. Ces deux enquêtes récentes témoignent d'une détection et d'un contrôle de l'HTA qui demeurent insuffisants.

TABLEAU 3 • Prévalence de l'hypertension artérielle chez les 18-74 ans (en %)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Hypertension artérielle	34,1	27,8	31,0
18-44 ans	10,5	8,8	9,6
45-54 ans	42,6	31,4	37,0
55-64 ans	62,4	43,7	53,1
65-74 ans	69,9	65,0	67,3
Dont hypertension artérielle traitée*	77,4	86,6	82,0
18-44 ans	44,0	65,0	56,8
45-54 ans	60,3	78,4	69,1
55-64 ans	85,5	91,5	88,1
65-74 ans	91,4	94,9	93,3
Dont hypertension artérielle contrôlée**	41,8	58,5	50,9
18-44 ans	***	***	***
45-54 ans	46,8	64,0	57,0
55-64 ans	43,5	59,4	51,0
65-74 ans	33,9	49,6	42,5

* Parmi les hypertendus connus.

** Parmi les hypertendus traités.

*** Effectifs insuffisants.

Champ : France métropolitaine, population générale adulte (18-74 ans).

Sources : Étude nationale nutrition santé (ENNS), 2006-2007.

TABLEAU 4 • Prévalence de l'hypertension artérielle chez les 35-74 ans (en %)

	Hommes	Femmes
Hypertension artérielle	47,2*	34,9*
35-44 ans	23,8	8,6
45-54 ans	45,8	32,0
55-64 ans	63,0	49,5
65-74 ans	79,6	71,1
Dont hypertension artérielle traitée**	76,5*	84,1*
35-44 ans	50,9	53,9
45-54 ans	62,4	80,0
55-64 ans	81,9	85,6
65-74 ans	92,9	90,5
Dont hypertension artérielle traitée et contrôlée***	23,6*	38,4*
35-44 ans	28,6	71,4
45-54 ans	24,1	47,8
55-64 ans	26,7	40,4
65-74 ans	19,9	28,4

* Prise en compte de la structure d'âge de la population source.

** Parmi les hypertendus connus.

*** Parmi les hypertendus traités.

Champ : Communauté urbaine de Lille et départements de la Haute-Garonne (31) et du Bas-Rhin (67); population adulte (35-74 ans).

Sources : Étude Mona Lisa 2006-2007.

Accidents vasculaires cérébraux (1)

La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif de **réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC) à un horizon quinquennal.**

Les AVC représentent la première cause de handicap moteur de l'adulte, la deuxième cause de démence, la troisième cause de mortalité et l'une des causes d'hospitalisation en urgence qui mobilisent le plus de ressources. Leur fréquence et leur gravité pourraient être réduites par des traitements qui ont démontré leur efficacité.

Les taux d'incidence proviennent du seul registre existant à ce jour en France, celui de la ville de Dijon. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet d'approcher le nombre et le taux national des AVC incidents ou récurrents. Cependant, ces données ont été conçues dans une perspective avant tout économique et devront être validées. En outre, elles ne prennent pas en compte les AVC non hospitalisés, en particulier ceux pour lesquels le décès est immédiat.

ment élevés dans les départements d'outre-mer (DOM), à la Réunion (+74,2% par rapport au taux français moyen pour la période 2004-2006), en Guyane (+54,7%), en Martinique (+33,0%) et, dans une moindre mesure, en Guadeloupe (+18,3%). En métropole, les régions Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Corse et Bretagne présentaient des taux d'hospitalisation pour AVC élevés, dépassant de plus de 10% le taux moyen observé en France (tableau 4).

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux

Entre 2000 et 2004, le taux d'incidence standardisé des AVC des personnes domiciliées à Dijon était de 99,1 pour 100 000 (taux standardisé sur la population européenne ne comptabilisant que les premiers AVC dans la vie)¹. Ce taux était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 124,5 et 80,1 pour 100 000) et s'élevait à 99,7 pour 100 000 pour les personnes âgées de 85 ans ou plus.

Ce taux, qui était de 97,9 pour 100 000 entre 1985 et 1989, n'a pas évolué depuis 20 ans, malgré les progrès de la prévention, du fait probablement de l'amélioration des moyens diagnostiques (CT-scanner, IRM). Toutefois, les évolutions diffèrent selon le type d'AVC : le taux d'incidence des AVC d'origine cardio-embolique a diminué au cours des 20 dernières années, alors que celui des infarctus cérébraux lacunaires a augmenté. Par ailleurs, l'âge moyen de survenue du premier AVC a augmenté de 5 ans pour les hommes et de 8 ans pour les femmes.

■ INDICATEUR APPROCHÉ

Nombre et taux d'hospitalisation en MCO pour accident vasculaire cérébral

En 2006, 144 944 personnes domiciliées en France ont eu une hospitalisation complète² pour maladie cérébrovasculaire, y compris les accidents ischémiques transitoires (AIT)³. Pour 92 263 d'entre elles, le PMSI indiquait un diagnostic principal d'AVC, et uniquement un diag-

nostic d'AIT pour 27 727 personnes (cas incidents ou récidives). Les taux standardisés correspondants s'élevaient respectivement à 156,5, 97,5 et 29,8 pour 100 000 (tableau 1).

Au total, les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ont enregistré 99 165 hospitalisations complètes comportant un diagnostic principal d'AVC en 2006, soit un taux brut d'hospitalisation de 156,5 pour 100 000 et un taux standardisé sur la population européenne de 105,7 pour 100 000 (tableau 2). En outre, 30 160 hospitalisations complètes pour AIT ont été recensées dans le PMSI.

Le taux d'hospitalisation pour AVC s'élevait à 4,6 pour 100 000 avant 25 ans, augmentant ensuite avec l'âge pour atteindre 1 643,1 après 84 ans (tableau 3). Le taux d'hospitalisation standardisé sur l'âge était plus élevé chez les hommes (131,8 pour 100 000 contre 84,0 chez les femmes). Pour les hommes, 31,4% des séjours pour AVC sont survenus avant 65 ans, 55,7% entre 65 et 84 ans et 12,9% après 84 ans. Chez les femmes, on observe moins d'AVC avant 65 ans, mais plus d'AVC tardifs : la distribution correspondante était de 18,3% avant 65 ans, 52,7% entre 65 et 84 ans et 29,1% après 84 ans. Le nombre global de séjours pour AVC était quasiment équivalent pour les deux sexes (49 421 séjours masculins et 49 744 séjours féminins).

Entre 2000 et 2006, le nombre total d'hospitalisations complètes pour AVC a augmenté de 4,2%, le taux brut est resté quasiment stable, mais le taux standardisé a baissé de 7,1% (tableau 2).

Il existe des disparités régionales. Les taux d'hospitalisation pour AVC étaient particulière-

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Décès par maladie cérébrovasculaire

Bien qu'elle ait diminué de façon significative, la létalité des AVC reste importante : à Dijon, la létalité globale à 28 jours était de 10% pour la période 2000-2004, contre 17,8% entre 1985 et 1989. C'est essentiellement la survie à 28 jours des personnes âgées de moins de 75 ans qui s'est améliorée au cours des 20 dernières années. La létalité varie selon l'âge et le type d'AVC : elle est plus élevée chez les personnes âgées et pour les accidents hémorragiques.

Les données recueillies sur les certificats de décès montrent que le nombre de décès par maladie cérébrovasculaire (cause initiale) s'élevait à 32 652 en 2006 en France métropolitaine (tableau 5), ce qui représente 22,4% des décès par maladie de l'appareil circulatoire et 6,3% de l'ensemble des décès. Ces décès étaient plus nombreux chez les personnes âgées de 65-84 ans que chez celles de 85 ans ou plus (15 891 contre 13 849 en 2006). Toutefois, les taux de

1. Benatru I., Rouaud O., Durier J. *et al.*, 2006, « Stable stroke incidence rates but improved case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004 », *Stroke*, 37 : 1674-1679.

Bejot Y., Durier J., Binquet. *et al.*, 2007, « Évaluation des taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon, France, 1985-2004 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 17, mai, p. 140-143. « Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21 st century », *The European Registers of stroke (EROS) investigators*, *Stroke*, 2009 ; 40 : 1557-1562.

2. L'hospitalisation complète a été définie comme suit : au moins une nuit d'hospitalisation sauf en cas de décès et exclusion des GHM de transferts, facteurs de doubles comptes.

3. Codes CIM10 I60 à I69 (« maladies cérébrovasculaires ») ou G45 (« AIT »). À noter que dans les CIM10, contrairement à la CIM9, les AIT (G45) ont été placés dans le chapitre des maladies du système nerveux (G).

TABLEAU 1 • Nombre et taux de personnes hospitalisées* pour maladie cérébrovasculaire, AIT et AVC en 2006

	Nombre de personnes hospitalisées			Taux brut**			Taux standardisé**		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Maladie cérébrovasculaire	74 919	70 025	144 944	244,3	214,0	228,7	199,8	121,6	156,5
Accident ischémique transitoire (AIT), sans AVC	13 573	14 154	27 727	44,2	43,3	43,7	36,1	24,9	29,8
Accidents vasculaires cérébraux	45 684	46 579	92 263	149,0	142,4	145,6	121,2	77,9	97,5

* Hospitalisations complètes, hors séances, hospitalisations de jour, sauf cas de décès et GHM de transfert. ** Taux pour 100 000 habitants.

Champ : Population domiciliée en France entière. Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimations localisées de population (INSEE).

TABLEAU 2 • Nombre et taux d'hospitalisations complètes en soins de courte durée (MCO) pour AVC entre 2000 et 2006

	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation*			Taux standardisé d'hospitalisation*		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
2000	47 929	47 217	95 146	162,7	151,0	156,7	144,5	89,2	113,8
2001	47 779	47 772	95 551	161,1	151,6	156,2	141,3	88,5	112,1
2002	47 969	48 018	95 987	160,7	151,3	155,8	139,2	88,1	110,9
2003	47 680	48 128	95 808	158,6	150,5	154,4	135,5	86,8	108,7
2004	47 584	47 425	95 009	157,3	147,1	152,0	132,7	83,9	105,8
2005	48 828	48 369	97 197	160,3	148,9	154,4	133,1	83,9	106,1
2006	49 421	49 744	99 165	161,2	152,1	156,5	131,8	84,0	105,7

* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : Population domiciliée en France entière. Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimations localisées de population.

TABLEAU 3 • Hospitalisations complètes en soins de courte durée (MCO) pour AVC selon le sexe et l'âge en 2006

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre d'hospitalisations en MCO			
Moins de 25 ans	479	440	919
25-44 ans	2 388	2 243	4 631
45-64 ans	12 639	6 401	19 040
Moins de 65 ans	15 506	9 084	24 590
65-84 ans	27 517	26 208	53 725
85 ans ou plus	6 398	14 452	20 850
65 ans ou plus	33 915	40 660	74 575
Total tous âges	49 421	49 744	99 165
Taux brut d'hospitalisation pour 100 000 habitants			
Moins de 25 ans	4,7	4,5	4,6
25-44 ans	28,1	25,8	26,9
45-64 ans	162,9	78,9	120,0
Moins de 65 ans	58,7	34,2	46,4
65-84 ans	711,3	501,5	590,8
85 ans ou plus	1 761,1	1 595,8	1 643,1
65 ans ou plus	801,5	663,2	719,7
Total tous âges	161,2	152,1	156,5

Champ : Population domiciliée en France entière.

Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimations localisées de population (INSEE).

CHAMP • France entière : population domiciliée en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer (DOM).

SOURCES • Base nationale PMSI non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 I60 à I69 ou G45 (sauf G454) en diagnostic principal pour les maladies cérébrovasculaires ; G45 (sauf G454) pour les accidents ischémiques transitoires ; I60 à I64 et G46 (avec diagnostic associé en I60 à I64) pour les AVC. Les unités de compte sont les patients pour le tableau 1 et les hospitalisations complètes pour les trois suivants : les séjours avec GHM de transferts, les séances et les hospitalisations de durée inférieure à 1 jour non terminées par un décès ont été exclus en tant que facteurs de doubles comptes des AVC hospitalisés. La population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

LIMITES ET BIAIS • Le taux d'exhaustivité de la base PMSI, évalué en journées par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE), est en augmentation constante passant de 94% en 1998 à 99% en 2006. AVC hospitalisés : il est probable qu'il y ait des doubles comptes en cas de réhospitalisations pour un même événement.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.

TABLEAU 4 • Hospitalisations complètes en soins de courte durée (MCO) pour AVC selon la région de résidence en 2006

Régions de résidence	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation*	Taux standardisé d'hospitalisation*
Île-de-France	13 326	116,0	100,1
Champagne-Ardenne	2 095	156,4	104,2
Picardie	3 046	161,0	122,7
Haute-Normandie	2 737	151,3	109,0
Centre	4 299	171,1	106,5
Basse-Normandie	2 448	168,3	105,3
Bourgogne	3 059	188,0	109,5
Nord - Pas-de-Calais	6 376	158,7	125,4
Lorraine	3 753	160,8	113,2
Alsace	2 569	142,0	107,3
Franche-Comté	1 963	170,9	116,0
Pays de la Loire	4 865	141,7	92,3
Bretagne	6 014	195,2	120,2
Poitou-Charentes	2 915	169,7	94,5
Aquitaine	5 532	178,2	102,9
Midi-Pyrénées	5 189	188,0	110,4
Limousin	1 515	207,7	104,5
Rhône-Alpes	8 421	140,5	99,8
Auvergne	2 443	183,2	105,9
Languedoc-Roussillon	4 439	176,4	105,2
PACA	7 197	150,2	88,6
Corse	551	189,1	135,0
Guadeloupe	540	135,1	125,4
Martinique	665	167,6	141,0
Guyane	165	81,3	164,0
Réunion	1 069	137,5	184,6
France entière	97 190	154,3	106,0

* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : Population domiciliée en France entière. Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (DHOS, ATIH, exploitation InVS) et estimations localisées de population (INSEE).

Accidents vasculaires cérébraux (2)

décès étaient très élevés après 84 ans : 1 100,6 pour 100 000 personnes de 85 ans ou plus contre 180,0 pour les 65-84 ans.

Les taux standardisés de décès (à structure d'âge identique) étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes (34,6 décès pour 100 000 contre 25,5 pour 100 000). Les taux par tranche d'âge étaient en effet plus élevés dans la population masculine (21,5 contre 10,8 pour 100 000 chez les 45-64 ans, 207,6 contre 159,3 pour 100 000 chez les 65-84 ans et 1 117,5 contre 1 093,8 pour 100 000 après 84 ans en 2006). Toutefois, compte tenu de leur poids démographique après 65 ans, 57,8% du nombre de décès par maladie cérébrovasculaire concernaient des femmes.

Entre 1990 et 2006, le nombre de décès par maladie cérébrovasculaire a fortement diminué : il est passé de 48 528 en 1990 à 32 652 en 2006 (-33%). À structure d'âge constant, les taux standardisés ont diminué de 47% (graphique 1), de 42% chez les moins de 65 ans et de 48% chez les plus âgés. Cette baisse était équivalente pour les hommes et les femmes. La diminution des taux standardisés est restée marquée entre 2000 et 2006 (-24%).

Les disparités régionales sont importantes. Pour la période 2003-2005, la mortalité par maladie cérébrovasculaire était très élevée dans tous les départements d'outre-mer et particulièrement en Guyane et à la Réunion, où les taux standardisés étaient plus de deux fois supérieurs à ceux du taux national. En France métropolitaine, le Nord-Pas-de-Calais est la région où les taux standardisés de mortalité tous âges étaient les plus élevés en 2006, dépassant de plus de 20% le taux moyen de France métropolitaine. Dans les régions Lorraine, Bretagne et Haute-Normandie, les taux dépassaient de plus de 10% le taux moyen de France métropolitaine (tableau 6). Les taux standardisés ont baissé dans toutes les régions entre 2000-2002 et 2006 sauf pour les moins de 65 ans en Champagne-Ardenne, Bourgogne et Auvergne. Chez les moins de 65 ans, les taux standardisés étaient supérieurs de plus de 10% sur les deux périodes considérées (2000-2002 et 2006) dans le Nord-Pas-de-Calais (+51% en 2006), en Picardie (+33%) et en Haute-Normandie (+15%).

Avec un taux de décès standardisé de 29,5 pour 100 000 en 2006, la France demeure le pays où la mortalité par maladie cérébrovasculaire,

laire, telle que déclarée sur les certificats de décès, est la plus faible de l'Union européenne.

Fréquence et sévérité des séquelles fonctionnelles et des incapacités dans les suites d'un accident vasculaire cérébral

À l'heure actuelle, seules les données du registre de Dijon permettent d'estimer la fréquence du handicap fonctionnel après AVC.

Le score de Rankin modifié permet d'approcher la fréquence et la gravité du handicap moteur induit par les AVC. Les données de ce registre montrent que 37% des personnes ayant eu un AVC entre 2000 et 2004 ne présentaient plus aucun symptôme un mois après l'événement; 21% des patients présentaient un handicap léger ou modéré et 42% étaient

incapables de marcher sans assistance, cette proportion ayant toutefois diminué au cours des 20 dernières années. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INVS ET REGISTRE DES AVC DE DIJON.

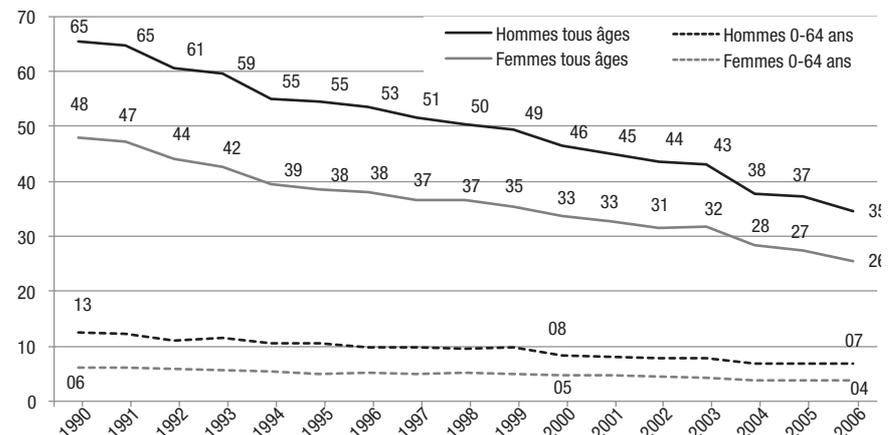
Note • En 2008, il n'existait pas de données nationales validées sur les séquelles des AVC. Les nouveaux cas d'affections de longue durée (ALD) pour AVC invalidant (ALD n° 1) avaient été envisagés, mais n'ont pas été retenus comme indicateur valide des accidents vasculaires avec séquelles du fait d'un risque élevé de sous-estimation lorsqu'il existe déjà une pathologie cardiovasculaire reconnue en ALD. Notons toutefois qu'en 2006, un peu plus de 39 000 personnes ont été prises en charge au titre de l'ALD n° 1 par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie (près de 36 000 en 2000) et qu'à cette période, le nombre total de personnes en ALD n° 1 s'élevait à 267 161.

synthèse

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont une cause majeure de mortalité et de handicap. En 2006, ils ont été à l'origine de 99 165 hospitalisations complètes en MCO et ont été la cause initiale de 32 652 décès, soit 6,3% de l'ensemble des décès et 22,4% des décès par maladies de l'appareil circulatoire. Les données recueillies par le registre des AVC de Dijon montrent que les taux standardisés d'incidence dans la vie n'ont pas diminué entre 1985 et 2004. Cette évolution peut au moins en partie s'expliquer par une plus grande sensibilité des moyens diagnostiques et, pour les dernières années, par l'élargissement de la définition des AVC.

La PMSI-MCO montre toutefois une diminution des taux standardisés d'hospitalisations pour AVC entre 2000 et 2006 (-7,1%), mais ne permet pas de différencier les évolutions respectives des AVC incidents et des récidives. La base de données sur les causes médicales de décès montre une diminution continue (et ancienne) des taux standardisés de décès pour maladies cérébrovasculaires (-47% entre 1990 et 2006 et -24% entre 2000 et 2006). Les disparités géographiques sont importantes. Les taux de décès par maladie cérébrovasculaire sont particulièrement élevés dans les départements d'outre-mer, notamment à la Réunion et en Guyane, mais aussi dans les régions Nord - Pas-de-Calais, Bretagne, Lorraine et Haute-Normandie.

GRAPHIQUE 1 • Évolution des taux de décès par maladies cérébrovasculaires entre 1990 et 2005



Champ : France métropolitaine.
Sources : INSERM-CépiDc.

TABLEAU 5 • Nombre et taux* de décès par maladie cérébrovasculaire selon le sexe et l'âge entre 1990 et 2006

	Année	Nombre de décès	Taux de décès*	Variation 1990-2006**	Variation 2000-2006***
0-64 ans					
Hommes	1990	2 845	12,5		
	2000	1 978	8,3		
	2006	1 869	7,0	-44%	-16%
Femmes	1990	1 457	6,1		
	2000	1 121	4,5		
	2006	1 043	3,8	-38%	-17%
65 ans ou plus					
Hommes	1990	16 873	494,2		
	2000	13 962	354,7		
	2006	11 903	258,4	-48%	-27%
Femmes	1990	27 353	387,0		
	2000	21 343	268,0		
	2006	17 837	201,6	-48%	-25%
Tous âges					
Hommes	1990	19 718	65,5		
	2000	15 940	46,4		
	2006	13 772	34,6	-47%	-25%
Femmes	1990	28 810	48,0		
	2000	22 464	33,5		
	2006	18 880	25,5	-47%	-24%
Total	1990	48 528	55,4		
	2000	38 404	39,0		
	2006	32 652	29,5	-47%	-24%

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés sur âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

** Variation 1990-2006 : (taux 2006 - taux 1990) x 100/taux 1990.

*** Variation 2000-2006 : (taux 2006 - taux 2000) x 100/taux 2000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges, maladies cérébrovasculaires.

SOURCES • INSERM-CépiDc (Eurostat pour les comparaisons européennes).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976). Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-9 430 à 438 jusqu'en 1999 et CIM-10 I60 à I69 à partir de 2000.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation probable des maladies cérébrovasculaires en tant que cause initiale de décès.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

TABLEAU 6 • Décès par maladie cérébrovasculaire selon la région de résidence

Régions de résidence	Années 2000-2002						Année 2006					
	Nombre de décès (moyenne annuelle)		Taux standardisé*		Écart à la moyenne**		Nombre de décès		Taux standardisé*		Écart à la moyenne**	
	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans
Île-de-France	4 434	479	30,2	5,3	-20%	-15%	3 658	450	22,9	4,6	-22%	-12%
Champagne-Ardenne	821	74	38,0	6,7	0%	8%	758	79	32,2	6,7	10%	28%
Picardie	1 094	116	41,4	7,7	9%	23%	907	118	31,1	7,0	6%	33%
Haute-Normandie	1 090	113	40,8	7,8	8%	25%	977	96	32,5	6,0	11%	15%
Centre	1 726	137	36,7	6,6	-3%	6%	1 499	112	28,9	4,9	-1%	-6%
Basse-Normandie	880	65	34,9	5,5	-8%	-12%	815	63	28,5	4,9	-3%	-7%
Bourgogne	1 214	84	36,9	6,1	-2%	-3%	1 097	98	31,5	6,5	7%	24%
Nord - Pas-de-Calais	2 463	273	46,4	9,0	23%	43%	2 295	263	39,0	7,9	33%	51%
Lorraine	1 556	125	44,5	6,5	18%	3%	1 376	113	34,8	5,4	18%	4%
Alsace	1 155	87	47,7	6,2	26%	-2%	886	75	31,6	4,7	8%	-10%
Franche-Comté	698	55	37,8	5,8	0%	-7%	591	54	28,2	5,2	-4%	-1%
Pays de la Loire	2 138	164	37,6	6,1	-1%	-2%	1 878	154	29,2	5,1	-1%	-2%
Bretagne	2 410	160	45,0	6,5	19%	5%	2 103	152	34,4	5,5	17%	6%
Poitou-Charentes	1 340	88	37,6	6,1	-1%	-2%	1 138	83	28,9	5,2	-2%	-1%
Aquitaine	2 341	156	39,0	6,2	3%	-1%	2 068	169	30,8	5,9	5%	12%
Midi-Pyrénées	2 037	109	37,2	4,9	-2%	-21%	1 758	113	29,4	4,4	0%	-15%
Limousin	710	51	40,7	8,1	7%	29%	610	39	31,9	5,4	9%	3%
Rhône-Alpes	3 150	256	34,9	5,4	-8%	-14%	2 743	200	26,5	3,7	-10%	-29%
Auvergne	1 021	65	37,5	5,6	-1%	-11%	888	99	31,2	7,9	6%	51%
Languedoc-Roussillon	1 777	128	37,7	6,3	0%	1%	1 593	133	29,7	5,6	1%	6%
PACA	3 239	235	35,9	5,9	-5%	-6%	2 727	193	26,7	4,3	-9%	-17%
Corse	215	12	40,4	5,0	7%	-20%	190	13	31,5	4,8	7%	-9%
Hors métropole	116	45					97	43				
France métropolitaine	37 625	3 077	37,9	6,3	0%	0%	32 652	2 912	29,3	5,2	0%	0%

* Taux de décès pour 100 000 standardisés sur l'âge selon population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

** Écart par rapport à la moyenne métropolitaine (en % de variation) : (taux régional - taux France métropolitaine) / taux France métropolitaine.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

Insuffisance cardiaque (1)

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.**

L'insuffisance cardiaque chronique est un syndrome hétérogène qui peut compliquer différentes pathologies cardiovasculaires (cardiopathies ischémiques, valvulaires, cardiomyopathies, hypertension artérielle, etc.). Elle évolue en dents de scie avec des phases de décompensation aiguë qui représentent une cause fréquente d'hospitalisations des personnes âgées. Une part importante des ré-hospitalisations pour décompensation cardiaque pourrait être évitée par une prise en charge multifactorielle adaptée à la pathologie. À noter que des épisodes de décompensation cardiaque aiguë peuvent également compliquer des pathologies non cardiaques telles qu'une embolie pulmonaire, une infection pulmonaire, une anémie sévère, etc.

Les indicateurs de surveillance épidémiologique de l'insuffisance cardiaque sont peu nombreux en France, alors que cette pathologie est fréquente et de mauvais pronostic. L'étude Epical, réalisée en Lorraine en 1994, a répertorié les nouveaux patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque sévère : elle établit un taux de 225 cas par million d'habitants et par an pour ces formes graves (935 par million d'habitants après 70 ans). Plus récemment, l'étude Efica, menée en 2001 auprès de 60 services de soins intensifs et de réanimation, a observé le devenir des patients hospitalisés dans ces services pour insuffisance cardiaque aiguë sévère : la mortalité à un an de ces patients nécessitant des soins intensifs était très élevée (46,5 %). En comparaison, le taux de mortalité à un an (premières hospitalisations pour insuffisance cardiaque) était de 24 % dans une étude réalisée dans le département de la Somme. L'étude européenne Euro Heart Failure Survey, menée dans un vaste éventail de services, a observé un taux de réadmission à 12 semaines d'environ 20 %.

La fiabilité du codage de l'insuffisance cardiaque dans les bases de données médico-administratives (PMSI, certificats de décès) doit être expertisée. En effet, sur les certificats de décès comme dans le PMSI, il peut y avoir codage de la pathologie à l'origine de l'insuffisance cardiaque, ou encore des causes immédiates de la décompensation aiguë, plutôt que de l'insuffisance cardiaque. En conséquence, il est très probable que les données issues de ces bases sous-estiment la fréquence de ce syndrome.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre et taux de décès ayant pour cause initiale une insuffisance cardiaque

En 2006, le nombre de décès pour lesquels l'insuffisance cardiaque était notifiée sur les certificats de décès comme cause initiale s'élevait à 21 011, soit un taux brut de 34,2 pour 100 000 et un taux standardisé sur l'âge de 17,6 pour 100 000 (tableau 1).

La quasi-totalité des décès (96,3 %) concernait des personnes âgées de 65 ans ou plus : 34,8 % étaient survenus entre 65 et 84 ans et 61,5 % à partir de 85 ans. Le taux de décès augmente ainsi très fortement avec l'âge, passant de 4,5 pour 100 000 entre 45 et 64 ans, à 82,8 pour 100 000 entre 65 et 84 ans et 1 026,4 pour 100 000 chez les 85 ans ou plus.

Les taux standardisés sur l'âge étaient plus élevés (+38 %) dans la population masculine (21,0 pour 100 000 contre 15,2 pour 100 000 chez les femmes). Avant 85 ans, les décès mas-

culins prédominaient, tant en termes de taux que de nombre de décès, mais après 85 ans, le taux de décès féminins était proche du taux masculin. En conséquence, le nombre global de décès par insuffisance cardiaque était plus élevé dans la population féminine (12 614 décès féminins contre 8 397 décès masculins).

Malgré le vieillissement de la population française, le nombre de décès pour lesquels la cause initiale notifiée est l'insuffisance cardiaque a diminué de 23 % entre 1990 et 2006, cette réduction étant plus marquée lorsque l'on considère les taux standardisés sur l'âge (-40 %). Pour la période 2000-2006, le taux standardisé a diminué de 20 %, cette évolution étant relativement homogène pour les hommes et les femmes (tableau 1 et graphique 1).

Les taux standardisés de mortalité ont diminué dans toutes les régions (tableau 2). Toutefois, il existe des disparités régionales marquées : en 2006, comme pour la période 2000-2002, les taux standardisés de mortalité

tous âges en Aquitaine étaient majorés d'au moins 20 % par rapport au taux moyen de la France métropolitaine. On observe également des taux supérieurs d'au moins 10 % pour ces deux périodes dans les régions Nord - Pas-de-Calais, Picardie, Languedoc-Roussillon, Lorraine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Nombre et taux d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque

En 2006, les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ont enregistré 187 200 séjours pour lesquels l'insuffisance cardiaque était le diagnostic principal notifié, soit un taux brut d'hospitalisation de 296,3 séjours pour 100 000 habitants et un taux standardisé sur l'âge de 182,2 pour 100 000 (tableau 3).

Près de neuf séjours sur dix concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus, 81 % chez les hommes et 92 % chez les femmes. Près de 30 % des séjours concernaient des personnes

Maladie cardiovasculaires • Insuffisance cardiaque

TABLEAU 1 • Nombre et taux* de décès pour insuffisance cardiaque selon le sexe et l'âge entre 1990 et 2006

	Année	Nombre de décès	Taux de décès*	Variation 1990-2006**	Variation 2000-2006***
0-64 ans					
Hommes	1990	889	3,9		
	2000	599	2,5		
	2006	560	2,1	-46 %	-18 %
Femmes	1990	316	1,3		
	2000	221	0,9		
	2006	227	0,8	-38 %	-9 %
65 ans ou plus					
Hommes	1990	9 480	281,5		
	2000	8 655	221,8		
	2006	7 837	174,1	-38 %	-22 %
Femmes	1990	16 577	222,2		
	2000	14 424	165,0		
	2006	12 387	131,8	-41 %	-20 %
Tous âges					
Hommes	1990	10 369	34,4		
	2000	9 254	26,7		
	2006	8 397	21,0	-39 %	-21 %
Femmes	1990	16 893	25,6		
	2000	14 645	19,0		
	2006	12 614	15,2	-41 %	-20 %
Total	1990	27 262	29,3		
	2000	23 899	22,1		
	2006	21 011	17,6	-40 %	-20 %

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

** Variation 1990-2006: (Taux 2006 - Taux 1990) x 100 / Taux 1990.

*** Variation 2000-2006: (Taux 2006 - Taux 2000) x 100 / Taux 2000.

Champ: France métropolitaine.

Sources: INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, population tous âges.

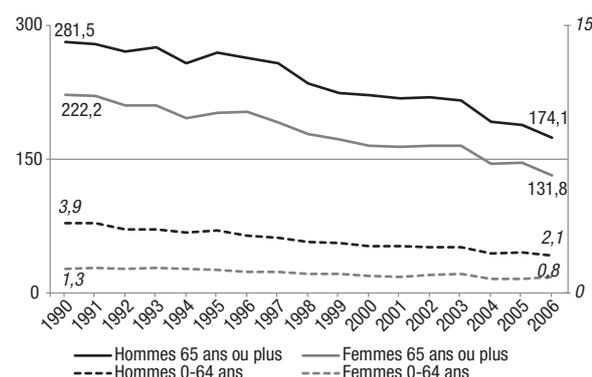
SOURCES • INSERM-CépiDc.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976). Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM-9 428 jusqu'en 1999 et CIM-10 I50 à partir de 2000. Périodicité triennale pour les indicateurs régionaux.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation de l'insuffisance cardiaque en tant que cause initiale de décès lors de pathologie cardiaque préexistante (en particulier en cas de cardiopathie ischémique chronique).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • INSERM-CépiDc.

GRAPHIQUE 1 • Évolution des taux* de décès par insuffisance cardiaque selon le sexe de 1990 à 2006



* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

Champ: France métropolitaine.

Sources: INSERM-CépiDc.

TABLEAU 2 • Nombre et taux* de décès par insuffisance cardiaque dans les régions

Régions de résidence	Années 2000-2002						Année 2006					
	Nombre de décès (moyenne annuelle)		Taux standardisé*		Écart à la moyenne**		Nombre de décès		Taux standardisé*		Écart à la moyenne**	
	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans	Total	< 65 ans
Île-de-France	2 367	111	14,8	1,3	-33%	-26%	2 012	87	11,5	0,9	-35%	-38%
Champagne-Ardenne	538	19	22,8	1,7	4%	-1%	502	23	19,6	2,0	12%	38%
Picardie	702	38	25,4	2,6	16%	53%	669	33	22,1	2,0	26%	39%
Haute-Normandie	585	26	20,4	1,8	-7%	5%	559	25	17,6	1,6	0%	10%
Centre	1 056	27	19,8	1,3	-10%	-22%	1 006	47	18,0	2,0	2%	43%
Basse-Normandie	622	19	23,2	1,6	6%	-6%	591	21	19,2	1,7	9%	16%
Bourgogne	775	28	21,6	2,0	-1%	18%	698	24	17,9	1,6	2%	10%
Nord - Pas-de-Calais	1 461	85	26,5	2,9	21%	66%	1 242	57	20,0	1,7	14%	22%
Lorraine	901	39	24,8	2,1	13%	21%	780	40	19,5	2,0	11%	38%
Alsace	505	23	20,1	1,6	-8%	-8%	404	18	14,5	1,2	-17%	-19%
Franche-Comté	471	16	23,6	1,7	7%	-3%	421	17	18,9	1,6	8%	12%
Pays de la Loire	1 313	34	21,0	1,3	-4%	-25%	1 199	32	17,3	1,1	-1%	-25%
Bretagne	1 197	38	21,1	1,5	-4%	-10%	1 106	35	17,0	1,3	-3%	-10%
Poitou-Charentes	909	25	23,0	1,7	5%	0%	866	31	20,1	1,9	14%	33%
Aquitaine	1 778	48	26,9	1,9	23%	10%	1 543	65	21,5	2,3	22%	59%
Midi-Pyrénées	1 393	27	23,1	1,2	5%	-27%	1 207	25	18,3	1,0	4%	-29%
Limousin	499	10	24,5	1,6	11%	-8%	412	8	19,0	1,1	8%	-23%
Rhône-Alpes	2 028	62	20,7	1,3	-6%	-22%	1 729	48	15,7	0,9	-11%	-37%
Auvergne	644	23	22,2	2,0	1%	19%	584	26	18,8	2,0	7%	42%
Languedoc-Roussillon	1 334	30	25,9	1,5	18%	-14%	1 184	34	20,4	1,4	16%	1%
PACA	2 356	87	24,0	2,2	10%	28%	2 144	80	19,4	1,8	10%	24%
Corse	160	6	28,8	2,4	31%	39%	116	2	17,0	0,7	-3%	-53%
Hors métropole	42	11					37	9				
France métropolitaine	23 636	832	21,9	1,7	0%	0%	21 011	787	17,6	1,4	0%	0%

* Taux de décès pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

** Ecart par rapport à la moyenne métropolitaine (en % de variation): (taux régional - taux France métropolitaine) / taux France métropolitaine.

Champ: France métropolitaine.

Sources: INSERM-CépiDc.

Insuffisance cardiaque (2)

de plus de 84 ans : un séjour pour insuffisance cardiaque sur cinq chez les hommes et deux sur cinq chez les femmes. Le taux d'hospitalisation dans cette tranche d'âge a atteint 4,2% pour les femmes et 5,7% pour les hommes en 2006. Les séjours masculins étaient un peu plus nombreux (52%) et les taux d'hospitalisation masculins étaient plus élevés dans tous les groupes d'âges (tableau 4).

Entre 1997 et 2006, le nombre de séjours et le taux brut d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque ont augmenté de respectivement 29,2% et 22,1%, en lien essentiellement avec le vieillissement de la population. Le taux standardisé d'hospitalisation pour ce motif, qui était resté relativement stable entre 1998 et 2004, a légèrement augmenté depuis 2005.

Comme pour la mortalité, les disparités régionales sont marquées (tableau 5). À la Réunion et dans les régions Basse-Normandie, Picardie et Nord-Pas-de-Calais, les taux standardisés d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque étaient en 2006 sensiblement plus élevés que ceux de la moyenne nationale (supérieurs de plus de 20%). À l'inverse, le Languedoc-Roussillon et la Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui ont pourtant des taux standardisés de mortalité relativement élevés, présentaient les taux standardisés d'hospitalisation les plus faibles (respectivement -18% et -20% par rapport à la moyenne nationale).

Par ailleurs, 140 655 personnes ont eu une ou plusieurs hospitalisations complètes¹ en soins de courte durée avec un diagnostic principal d'insuffisance cardiaque (tableau 6). Ces personnes ont été hospitalisées en moyenne 1,2 fois. Parmi elles, 17,4% ont eu plusieurs séjours pour ce motif cette même année (4,8% au moins 3 séjours), soit une progression de 11,5% par rapport à 2002. Au cours de cette même période, le taux standardisé sur l'âge de personnes hospitalisées a baissé de 1,8%

(131,8 pour 100 000 personnes en 2006 contre 134,2 pour 100 000 en 2002), alors que le taux standardisé de personnes ré-hospitalisées a progressé de 9,5%. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

1. Exclusion des séances, des hospitalisations de jour (sauf en cas de décès) et des GHM de transfert.

synthèse

L'examen des données des bases médico-administratives relatives à l'insuffisance cardiaque montre que le nombre de décès pour lesquels l'insuffisance cardiaque était notifiée en cause initiale sur les certificats de décès a diminué de 12% par rapport à 2000 et de 23% par rapport à 1990. Pour les taux standardisés sur l'âge, les réductions étaient respectivement de 20% et 40%.

En 2006, l'insuffisance cardiaque a motivé 187 000 séjours hospitaliers en MCO. Le nombre de séjours pour insuffisance cardiaque a augmenté de 17% entre 2000 et 2006 et le taux standardisé correspondant, de 2,6%. Toutefois le taux standardisé de personnes ayant eu au moins une hospitalisation complète pour insuffisance cardiaque a légèrement diminué entre 2002 et 2006 (-1,8%).

La proportion de personnes ré-hospitalisées en cours d'année a augmenté : 17,4% des personnes hospitalisées pour insuffisance cardiaque ont eu plusieurs hospitalisations complètes pour ce même motif, contre 15,6% en 2002.

L'insuffisance cardiaque concerne essentiellement les personnes âgées de 65 ans ou plus : en 2006, près de neuf séjours sur dix et la quasi-totalité des décès par insuffisance cardiaque (96,3%) concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus.

On relève des disparités régionales. Les taux standardisés de décès (tous âges) étaient particulièrement élevés en Aquitaine. Concernant les séjours hospitaliers en MCO, on note que la Réunion et les régions Basse-Normandie, Picardie et Nord-Pas-de-Calais ont enregistré des taux standardisés d'hospitalisation très supérieurs à la moyenne nationale.

TABLEAU 3 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon le sexe

	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation*			Taux standardisé d'hospitalisation*		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
1997	74 600	70 300	144 900	257,3	229,0	242,7	233,0	120,7	167,9
1998	80 300	74 300	154 600	276,1	241,0	258,0	246,8	126,3	177,2
1999	81 300	75 300	156 600	278,5	243,4	260,5	244,5	126,4	176,1
2000	84 000	76 200	160 200	286,2	244,5	264,7	248,5	125,6	177,6
2001	84 400	77 700	162 100	285,5	247,5	265,9	243,5	126,0	175,8
2002	86 800	79 500	166 300	291,7	251,2	270,8	244,9	126,9	177,0
2003	85 700	79 300	165 000	286,2	248,7	266,9	237,6	124,6	172,7
2004	88 900	82 200	171 100	294,8	256,2	274,9	241,0	127,5	175,5
2005	94 300	87 600	181 900	310,3	270,8	289,9	249,9	132,1	181,7
2006	97 400	89 800	187 200	318,5	275,4	296,3	250,9	131,2	182,2

* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France entière ; tous séjours.

Sources : Base nationale PMSI (ATH) et estimations localisées de population (INSEE).

TABLEAU 4 • Hospitalisations en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque selon l'âge en 2006

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de séjours MCO			
<i>Moins de 25 ans</i>	500	400	900
<i>25 à 44 ans</i>	1 900	1 000	2 900
<i>45 à 64 ans</i>	16 000	5 700	21 700
Moins de 65 ans	18 400	7 100	25 500
<i>65 à 84 ans</i>	59 400	46 400	105 800
<i>85 ans ou plus</i>	19 500	36 400	55 900
65 ans ou plus	78 900	82 800	161 700
Total tous âges	97 300	89 900	187 200
Taux brut d'hospitalisation*			
<i>Moins de 25 ans</i>	5,3	4,1	4,7
<i>25 à 44 ans</i>	22,2	11,3	16,7
<i>45 à 64 ans</i>	208,4	71,0	138,2
Moins de 65 ans	70,0	26,7	48,3
<i>65 à 84 ans</i>	1 534,7	882,5	1 159,3
<i>85 ans ou plus</i>	5 667,2	4 198,1	4 615,1
65 ans ou plus	1 871,8	1 352,8	1 564,5
Total tous âges	318,5	275,4	296,3

* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France entière, tous séjours.

Sources : Base nationale PMSI (ATIH) et estimations localisées de population (INSEE).

CHAMP • France entière.

SOURCES • Bases nationales PMSI (DHOS, ATIH, exploitations DREES (séjours) et InVS (personnes) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant un code CIM10 I50 en diagnostic principal. Les unités de compte sont des séjours pour les tableaux 3 à 5 et les patients pour le tableau 6 (patients ayant eu au moins une hospitalisation complète, après exclusion des séjours, des GHM de transfert et des hospitalisations de jour sauf en cas de décès). La population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

LIMITES ET BIAIS • Les données ont été redressées pour le calcul des séjours pour prendre en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé ; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante, passant de 94 % en 1998 à près de 100 % en 2006. Comme pour les décès, il est probable qu'il y ait une sous-estimation des hospitalisations pour insuffisance cardiaque dans le PMSI en particulier lorsque la pathologie à l'origine de l'insuffisance cardiaque est codée en diagnostic principal.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • DREES (pour les séjours) et InVS (pour les personnes).

TABLEAU 5 • Hospitalisations en soins de courte durée (MCO) pour insuffisance cardiaque selon la région de résidence en 2006

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Taux brut d'hospitalisation*	Taux standardisé d'hospitalisation*
Île-de-France	25 900	224,4	180,7
Champagne-Ardenne	3 800	287,6	175,0
Picardie	6 800	361,6	245,7
Haute-Normandie	5 200	287,3	188,3
Centre	8 300	330,6	176,0
Basse-Normandie	6 900	472,2	270,6
Bourgogne	6 400	392,9	203,2
Nord - Pas-de-Calais	12 800	318,4	235,1
Lorraine	7 500	320,4	202,4
Alsace	5 100	278,5	193,8
Franche-Comté	3 800	326,5	202,7
Pays de la Loire	10 300	297,4	170,3
Bretagne	10 200	331,3	172,6
Poitou-Charentes	6 400	368,9	174,4
Aquitaine	11 100	355,9	179,9
Midi-Pyrénées	9 100	327,5	162,8
Limousin	3 000	417,4	172,8
Rhône-Alpes	15 100	250,4	159,3
Auvergne	4 400	332,2	165,6
Languedoc-Roussillon	7 000	277,7	149,8
PACA	13 500	279,4	145,0
Corse	1 000	352,2	186,0
Guadeloupe	700	179,2	156,6
Martinique	800	191,8	154,9
Guyane	200	83,5	177,1
La Réunion	1 900	242,7	329,0
France entière	187 200	296,3	182,2

* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France entière, tous séjours.

Sources : Base nationale PMSI (ATIH) et estimations localisées de population (INSEE).

TABLEAU 6 • Personnes hospitalisées en soins de courte durée MCO pour insuffisance cardiaque

	Nombre de personnes hospitalisées MCO			Taux brut de personnes hospitalisées*			Taux standardisé de personnes hospitalisées*		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
2002									
Au moins une hospitalisation complète	65 400	63 192	128 592	219,0	199,1	208,7	182,4	99,1	134,2
Plusieurs	11 047	9 054	20 101	37,0	28,5	32,6	30,7	14,4	21,2
2003									
Au moins une hospitalisation complète	65 798	64 073	129 871	218,9	200,3	209,3	180,3	98,9	133,3
Plusieurs	10 559	9 052	19 611	35,1	28,3	31,6	28,9	14,0	20,3
2004									
Au moins une hospitalisation complète	65 812	64 460	130 272	217,5	200,0	208,5	175,4	97,2	130,1
Plusieurs	11 951	10 096	22 047	39,5	31,3	35,3	31,8	15,3	22,2
2005									
Au moins une hospitalisation complète	69 704	68 547	138 251	228,8	211,0	219,6	180,1	99,9	133,6
Plusieurs	12 799	10 937	23 736	42,0	33,7	37,7	32,9	16,1	23,1
2006									
Au moins une hospitalisation complète	70 860	69 795	140 655	231,1	213,3	221,9	177,7	98,2	131,8
Plusieurs	13 150	11 366	24 516	42,9	34,7	38,7	33,0	16,1	23,2

* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France entière. Sources : Base nationale PMSI (ATIH) et estimations localisées de population (INSEE).

Asthme (1)

La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif de **réduire à un horizon quinquennal la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation, de 20 %**.

L'indicateur principal concerne les hospitalisations pour asthme. Ces données sont issues du PMSI, qui enregistre des données administratives et médicales pour l'ensemble des séjours dans les établissements hospitaliers de France.

Les tendances des hospitalisations pour asthme entre 1998 et 2007 ont été analysées par classe d'âge. Les crises d'asthme ayant pu être codées en insuffisance respiratoire aiguë, les séjours pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme ont également été analysés.

La mortalité par asthme, choisie comme indicateur complémentaire, porte une attention particulière sur les enfants et adultes jeunes (âgés de moins de 45 ans). La mise en place de la CIM10 et du codage automatique des causes de décès en 2000 entraîne une discontinuité dans les évolutions de la mortalité par asthme. Deux périodes sont distinguées : de 1990 à 1999 et de 2000 à 2006.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre et taux d'hospitalisation pour asthme

En France métropolitaine, le nombre de séjours hospitaliers pour asthme (hors séances) a diminué, passant de 62 614 en 1998 à 51 680 en 2007. Les hospitalisations des enfants de moins de 15 ans représentent 51,2% des séjours pour asthme et concernent principalement des garçons. Après l'âge de 15 ans, les hospitalisations pour asthme sont plus fréquentes chez les femmes (graphique 1).

Quelle que soit l'année étudiée, les enfants de moins de 10 ans sont ceux qui sont le plus hospitalisés pour asthme (tableau 1). Ainsi, chez l'enfant, les taux d'hospitalisation pour asthme diminuent de façon très importante avec l'âge, passant de 50 pour 10 000 chez les moins de 2 ans à 17 pour 10 000 chez les 5-9 ans. Les adultes de 20-34 ans sont les moins hospitalisés pour asthme.

Les taux annuels standardisés d'hospitalisation pour asthme ont diminué de 10,8 pour 10 000 en 1998 à 8,4 pour 10 000 en 2007 (-2,7% par an en moyenne). Cette diminution des taux s'observe aussi chez les enfants âgés de 10 ans ou plus et chez les adultes. En revanche, aucune diminution statistiquement significative n'est observée chez les moins de 10 ans et les taux ont même augmenté chez les plus jeunes.

En 2006, chez l'enfant comme chez l'adulte, les taux les plus élevés s'observaient plutôt dans le nord de la France et les taux les plus bas dans l'est et le centre. Les taux d'hospita-

lisation pour asthme ont également diminué aux États-Unis entre 1995-1996 et 2001-2002 (de -7% à -16% selon le sexe et l'ethnie) et au Canada entre 1988 et 1998.

Taux d'hospitalisation pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme

Les taux annuels standardisés d'hospitalisation pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme ont augmenté entre 1998 et 2007, passant de 0,97 à 1,18 pour 10 000 (+2,3% par an en moyenne) [tableau 2]. Chez les enfants, notamment chez les moins de 10 ans, les taux d'hospitalisation ont fortement augmenté. Cette hausse pourrait être en partie liée à un transfert de codage d'un code d'asthme vers un code d'insuffisance respiratoire aiguë.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Proportion d'enfants hospitalisés pour asthme dans les 12 mois parmi les élèves asthmatiques de grande section de maternelle, de CM2 et de 3^e

Dans les enquêtes de santé en milieu scolaire, l'asthme actuel a été défini par la survenue, dans les 12 derniers mois, de sifflements chez les enfants ayant déjà eu une crise d'asthme dans la vie ou la prise d'un traitement pour asthme. La prévalence de l'asthme (asthme actuel) est estimée à 8,7% en classe de CM2 (année 2004-2005) et 8,6% en classe de troisième (2003-2004). La prévalence de l'asthme actuel est plus élevée chez les garçons (9,9%) que chez les filles (7,4%) en classe de CM2 et

similaire pour les garçons et les filles en classe de troisième. Des différences sont également observées selon la zone géographique : les prévalences sont plus élevées dans les DOM (12,2% en CM2 et 11,4% en troisième) qu'en métropole (8,5% en CM2 et en troisième). En revanche, on n'observe pas de différences selon l'appartenance ou non à une ZEP.

Au total, 4,4% des adolescents asthmatiques (asthme actuel) de classe de troisième ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année écoulée (% non estimé en CM2). La part des asthmes non contrôlés (au moins quatre crises, un réveil par semaine en moyenne ou une crise grave dans l'année écoulée) est de 36,1% chez les élèves de troisième souffrant d'asthme (asthme actuel) et de 37,9% en CM2.

Mortalité par asthme

De 1990 à 1999, les taux annuels de mortalité par asthme standardisés sur l'âge ont diminué chez les hommes, passant de 3,0 à 2,5 pour 100 000, soit une baisse moyenne de 2,4% par an. Chez les femmes, ils sont restés stables, passant de 2,4 à 2,2 pour 100 000, soit une baisse moyenne de 0,3% par an (graphique 2). Entre 2000 et 2006, en moyenne 1 270 décès par asthme ont été enregistrés : les taux de mortalité par asthme ont diminué pour les hommes (de 2,0 à 1,0 pour 100 000, soit -11,4% par an) et les femmes (de 1,8 à 1,0 pour 100 000, soit -7,1% par an).

La France occupait en 2006 une position moyenne par rapport aux autres pays européens : le taux standardisé de mortalité par

TABLEAU 1 • Évolution des taux d'hospitalisation** pour asthme selon la classe d'âge

Âge	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Variation annuelle Moyenne en %
0-1 an	53,6	46,6	46,0	47,3	49,0	51,3	61,1	59,9	64,4	62,0	+3,6**
2-4 ans	43,5	39,2	39,8	43,9	41,0	37,9	42,9	44,8	50,0	43,2	+1,3**
5-9 ans	18,0	17,4	18,0	18,0	16,1	14,4	15,7	16,9	19,7	17,6	-0,1
10-14 ans	11,8	11,4	11,4	10,6	9,2	7,8	8,1	8,3	9,3	9,3	-3,8**
15-19 ans	6,7	6,8	6,8	5,8	4,9	4,4	3,9	4,4	4,7	4,6	-5,8**
20-34 ans	5,6	5,5	5,4	4,6	4,0	3,7	3,4	3,6	3,7	3,8	-5,8**
35-49 ans	6,0	5,8	5,5	4,8	4,3	3,8	3,6	3,9	3,9	3,8	-5,8**
50-64 ans	7,4	6,8	6,4	5,3	5,3	4,6	4,3	4,4	4,4	4,0	-6,7**
65 ans ou plus	11,7	10,4	10,1	8,2	8,0	7,3	6,5	6,9	6,4	6,1	-7,1**
Total	10,8	10,0	9,9	9,1	8,6	7,9	8,1	8,4	8,9	8,4	-2,7**

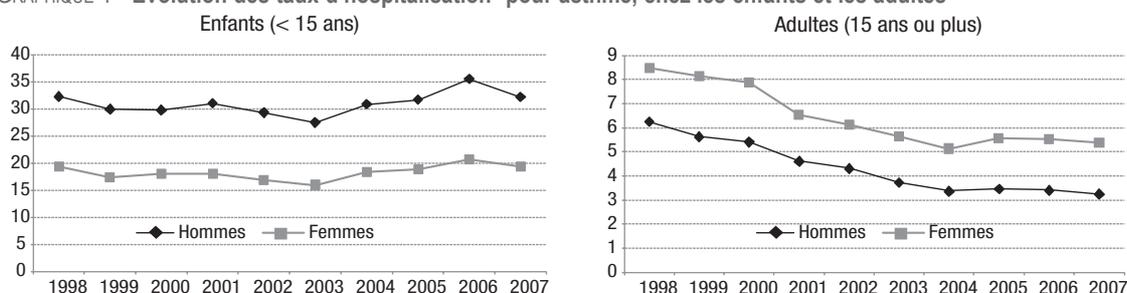
* Taux annuels standardisés pour 10 000 habitants.

** p < 0,05

Champ : France métropolitaine.

Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (ATIH).

GRAPHIQUE 1 • Évolution des taux d'hospitalisation* pour asthme, chez les enfants et les adultes



* Taux annuels standardisés pour 10 000 habitants.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (ATIH).

CHAMP • France entière.**SOURCES** • Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire (DREES et ministère de l'Éducation nationale) : enquêtes 2003-2004 (troisième) et 2004-2005 (CM2).**CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • Les indicateurs « asthme actuel » et « asthme non contrôlé » ont été construits à partir de questions, sur l'asthme et les symptômes évocateurs d'asthme, extraites du questionnaire standardisé de l'enquête ISAAC, complétées par une question sur la prise de traitement contre les crises de sifflements ou d'asthme au cours des 12 derniers mois. Les élèves de troisième étaient interrogés plus en détail sur les recours aux soins non programmés pour asthme au cours

des 12 derniers mois et sur les traitements anti-asthmiques pris au cours de la semaine précédant l'enquête. Données redressées sur la population scolaire de l'année correspondante.

LIMITES • Données déclarées.**BIAS SOURCES** Absence de participation de l'académie de Toulouse en 2003-2004. Absence de participation de la Guyane en 2004-2005.**RÉFÉRENCE** •— Delmas M.-C., Guignon N., Leynaert B. *et al.*, « Prévalence de l'asthme chez l'enfant en France », *Archives de pédiatrie 2009*; 16 : 1261-1269.**ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR** • DREES.

Asthme (2)

asthme en France s'élevait à 1,1 pour 100 000, pour un taux moyen de 1,1 pour 100 000 pour l'Europe des 27 (données Eurostat).

Chez les enfants et adultes jeunes (moins de 45 ans), la mortalité par asthme était faible (en moyenne 84 décès par an entre 2000 et 2006). Les taux standardisés sur l'âge ont diminué entre 1990 et 1999, passant de 0,43 à 0,31 pour 100 000 (-3,3% par an) et entre 2000 et 2006, passant de 0,30 à 0,16 pour 100 000 (-11,3% par an). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

synthèse

Les taux annuels d'hospitalisation pour asthme ont globalement diminué entre 1998 et 2007, de près de 3% par an. L'analyse par classe d'âge permet de nuancer ces résultats. Entre 2002 et 2007, les taux ont diminué chez les enfants âgés de 15 ans ou plus et chez les adultes (-24% chez les hommes et -12% chez les femmes), alors qu'ils ont augmenté chez les enfants les plus jeunes (10% chez les garçons et 15% chez les filles). Des transferts de codage vers un code d'insuffisance respiratoire aiguë, notamment chez l'enfant, et vers des codes d'autres pathologies pulmonaires chroniques obstructives (bronchite chronique, BPCO) chez les plus âgés ne peuvent être exclus.

La prévalence de l'asthme est estimée à près de 9% chez les enfants en France. Le contrôle et le traitement de l'asthme paraissent insuffisants avec plus d'un tiers des enfants dont l'asthme serait non contrôlé.

La mortalité par asthme a diminué entre 1990 et 1999 et entre 2000 et 2006. Cette diminution concerne également les plus jeunes (enfants et adultes de moins de 45 ans).

TABLEAU 2 • Évolution des taux d'hospitalisation* pour insuffisance respiratoire aiguë associée à un asthme, selon la classe d'âge

Âge	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Variation annuelle moyenne en %
0-1 an	1,18	2,52	3,95	3,86	3,60	5,26	6,45	7,97	7,84	7,46	+16,6 %**
2-4 ans	1,04	1,91	2,97	3,17	2,73	3,36	3,70	4,25	4,62	3,95	+11,0 %**
5-9 ans	0,48	0,83	1,28	1,17	1,09	1,01	1,23	1,57	1,63	1,34	+8,2 %**
10-14 ans	0,32	0,52	0,75	0,67	0,57	0,58	0,54	0,68	0,60	0,60	+2,5 %**
15-19 ans	0,25	0,26	0,33	0,32	0,35	0,27	0,31	0,36	0,29	0,30	+1,4 %
20-34 ans	0,21	0,28	0,30	0,25	0,32	0,39	0,33	0,37	0,32	0,27	+2,9 %**
35-49 ans	0,41	0,47	0,53	0,53	0,53	0,54	0,56	0,57	0,53	0,46	+1,5 %**
50-64 ans	1,04	1,06	1,10	1,04	1,07	1,09	1,04	1,13	0,94	0,84	-1,6 %**
65 ans ou plus	3,20	3,27	3,48	2,97	3,10	2,97	2,93	3,32	2,77	2,51	-2,1 %**
Total	0,97	1,11	1,29	1,18	1,18	1,24	1,27	1,46	1,32	1,18	+2,3 %**

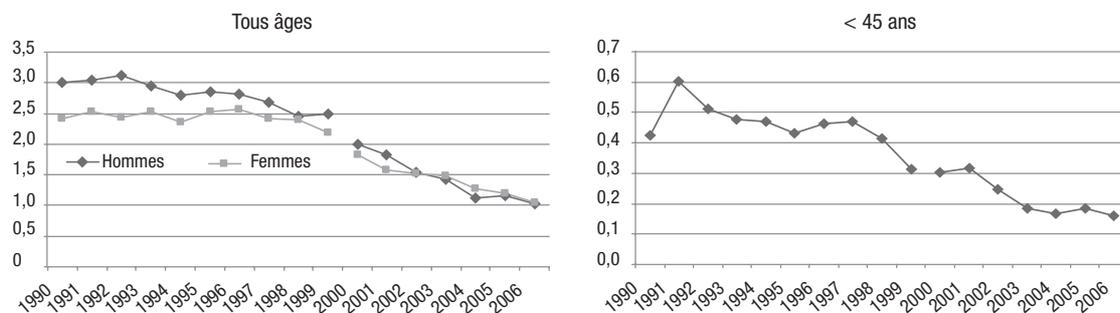
* Taux annuels standardisés sur l'âge et le sexe pour 10 000 habitants.

** p < 0,05.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Base nationale PMSI-MCO non redressée (ATIH).

GRAPHIQUE 2 • Taux annuels standardisés* de mortalité par asthme



* Taux annuels standardisés pour 100 000 habitants.

Champ : France métropolitaine.

Source : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine.**SOURCES** • Statistiques démographiques (INSEE) ; fichiers de résumés de sortie anonymes issus du PMSI (ATIH) ; causes médicales des décès (INSERM-CépiDc).**CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR** • **Hospitalisations** : Sélection des séjours ayant un code d'asthme (CIM10 : J45-J46) en diagnostic principal pour les indicateurs concernant l'asthme ; sélection des séjours ayant un code d'insuffisance respiratoire aiguë en diagnostic principal (CIM10 : J960) et un code d'asthme en diagnostic associé pour les indicateurs concernant l'insuffisance respiratoire aiguë. Taux annuels standardisés sur l'âge et le sexe, par classe d'âge (population de référence : population France 2006).**Mortalité** : Décès ayant un code d'asthme en cause initiale (CIM9 493 de 1990 à 1999, CIM10 J45-J46 de 2000 à 2006). Taux annuels standardisés sur l'âge, par sexe et classe d'âge (population de référence : population européenne d'Eurostat, IARC 1976).**LIMITES ET BIAIS** • **Hospitalisations** : Les hospitalisations pour crise d'asthme ne peuvent pas être étudiées spécifiquement, les donnéesconcernent les hospitalisations en urgence et les hospitalisations programmées. Les données du PMSI ne prennent pas en compte les passages dans les services d'urgences qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation. **Mortalité** : Étude des décès où l'asthme a été certifié en tant que cause initiale du décès. Mise en place en 2000 de la CIM10 et du codage automatique des causes de décès, responsable d'une discontinuité dans les tendances au cours du temps.**RÉFÉRENCES** •

- InVS, 2007, *Hospitalisations pour asthme en France métropolitaine (1998-2002). Évaluation à partir des données du PMSI*, janvier.
- Getahun D., Demissie K., Rhoads G.G., 2005, «Recent trends in asthma hospitalization and mortality in the United States», *Journal of Asthma*, 42 : 373-8.
- Delmas M.-C., Zeghnoun A., Jouglu E., 2004, «Mortalité par asthme en France métropolitaine, 1980-1999», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 47.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • InVS, Inserm-CépiDc.

Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) comprennent la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite ulcéro-hémorragique (RCH) qui sont considérées comme des « maladies rares ». À ce titre, elles figurent dans la base de données Orphanet sur les maladies rares et les médicaments orphelins.

Le registre Epimad, qui couvre quatre départements du nord-ouest de la France (près de 10% de la population), montre que l'incidence de la MC au cours de la période 1988-2005 était de 6,3 cas pour 100 000 personnes-années. Elle a augmenté significativement, passant de 5,2 en 1988-1990 à 7,0 en 1997-1999 pour se stabiliser à 6,6 en 2003-2005. L'incidence de la MC a cependant continué d'augmenter chez les 10-19 ans. Pour la RCH, l'incidence globale, de 4,1 pour 100 000 personnes-années sur la période 1988-2005, est restée stable au cours du temps¹.

Les premiers symptômes sont relativement précoces et apparaissent habituellement entre 20 et 30 ans. Ces maladies affectent la qualité de vie des personnes atteintes sur les plans physique, psychique et social. Toutefois, les progrès thérapeutiques, médicaux et chirurgicaux ont permis d'améliorer la qualité de vie de ces patients. La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **réduire le retentissement des MICI sur la qualité de vie des personnes atteintes, notamment les plus sévèrement atteintes**. Dans l'attente d'une enquête spécifique mesurant la qualité de vie des personnes atteintes de MICI, deux indicateurs complémentaires approchant les complications médicales et chirurgicales de ces maladies ont été proposés.

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Nombre de personnes bénéficiant d'une ALD 24

D'après les caisses d'assurance maladie (CNAMTS, MSA et RSI), 108 000 personnes bénéficiaient, au 31 décembre 2007, d'une reconnaissance d'affection de longue durée (ALD) pour RCH et MC évolutives (ALD 24). En 2007, 11 000 ALD ont été attribuées pour l'une ou l'autre de ces maladies.

Nombre de patients hospitalisés et, le cas échéant, durée totale moyenne de séjour

En 2007, 46 900 personnes ont été hospitalisées dans une unité de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) pour le traitement d'une MICI (tableau 1). Les femmes représentaient 57 % des personnes hospitalisées en 2007 pour MC et 48 % de celles hospitalisées pour RCH. 20 % des patients hospitalisés pour MC avaient moins de 25 ans et 9 %, 65 ans ou plus, ces proportions étant respectivement de 9 % et 20,5 % pour la RCH.

La durée moyenne d'hospitalisation dans l'année, calculée en équivalents journée, c'est-à-dire en comptant une journée pour les hospitalisations inférieures à 24 heures, était de 3,7 jours pour la RCH et de 6,5 jours pour la MC en 2007 (tableau 2). En outre, 89 % des patients hospitalisés pour une RCH et 63 % de ceux

hospitalisés pour MC ne sont venus qu'une seule fois dans l'année (tableau 3). Dans ce cas, 72 % des hospitalisations pour RCH et 62 % des hospitalisations pour MC ont duré moins de 24 heures. Ces hospitalisations de très courte durée ont généralement été motivées par la réalisation d'endoscopies (98 % des cas pour la RCH et 91 % pour la MC).

En quatre ans (2003-2007), le nombre de patients hospitalisés a connu une augmentation substantielle (+22 %), en lien avec celle observée pour la prévalence des personnes reconnues en ALD 24 par les caisses d'assurance maladie (+28 % entre le 31 décembre 2003 et le 31 décembre 2007).

Interventions chirurgicales mutilantes

En 2007, la réalisation d'un acte de stomie² ou de résection du rectum, du côlon ou de l'intestin grêle a concerné 0,9 % des patients hospitalisés. Cependant, une stomie (diagnostic de présence, de surveillance ou de complication de stomie ou

acte de stomie ou de fermeture de stomie) a été mentionnée pour 2,4 % des patients. Cette mention a été plus fréquente en cas de MC, où la proportion de patients concernés a atteint 3,1 % (4,1 % pour les 65 ans ou plus). Pour l'ensemble des patients « avec stomie », la durée moyenne d'hospitalisation dans l'année a atteint près de 26 jours (tableau 2). En outre, 67 % d'entre eux ont effectué au moins deux séjours en MCO dans l'année (73 % pour les patients hospitalisés pour MC et 53 % de ceux hospitalisés pour RCH). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

1. Registre Epimad, « Recherche épidémiologique sur les MICI, données chiffrées 1988-2005 », *Le concours médical*, tome 131 (n° 17) 5 novembre 2009, p. 670-671.

2. La stomie est une opération chirurgicale réalisant une communication artificielle pour aboucher un organe creux à la peau. La colostomie fait déboucher le gros intestin (côlon) à la peau du ventre en cas d'occlusions situées plus bas sur le côlon ou de résection du rectum emportant l'anus et son sphincter.

synthèse

En 2007, environ 46 900 personnes ont été hospitalisées pour le traitement d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Plus de la moitié d'entre elles (52,7 %) étaient des femmes. Leur durée moyenne d'hospitalisation dans l'année a été de cinq jours. En outre, 75 % des patients ne sont venus qu'une seule fois dans l'année (51 % en hospitalisation de moins de 24 heures et 24 % en hospitalisation complète).

En quatre ans (2003-2007), le nombre de patients hospitalisés a connu une augmentation substantielle (+22 %), en lien avec celle observée pour la prévalence des personnes reconnues en ALD 24 par les caisses d'assurance maladie (+28 % entre le 31 décembre 2003 et le 31 décembre 2007).

TABLEAU 1 • Patients hospitalisés en 2007 en soins de courte durée MCO pour MICI

	Maladie de Crohn			Rectocolite hémorragique			Total MICI		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de patients hospitalisés									
Moins de 25 ans	2300	2700	5000	900	1100	2000	3200	3800	7000
25-44 ans	4400	6600	11000	3600	3700	7300	8000	10300	18300
45-64 ans	2900	3500	6400	4800	3500	8300	7700	7000	14700
25-64 ans	7300	10100	17400	8400	7200	15600	15700	17300	33000
65 ans ou plus	1000	1300	2300	2300	2300	4600	3300	3600	6900
Total tous âges	10600	14100	24700	11600	10600	22200	22200	24700	46900
Proportion de patients « avec stomie »									
Moins de 25 ans	2,9	2,0	2,4	1,4	1,2	1,3	2,5	1,8	2,1
25-44 ans	3,0	3,2	3,1	1,9	1,3	1,6	2,5	2,5	2,5
45-64 ans	4,0	2,9	3,4	1,7	1,1	1,5	2,6	2,0	2,3
25-64 ans	3,4	3,1	3,2	1,8	1,2	1,5	2,5	2,3	2,4
65 ans ou plus	4,7	3,7	4,1	1,7	1,1	1,4	2,6	2,0	2,3
Total tous âges	3,4	2,9	3,1	1,8	1,2	1,5	2,5	2,2	2,4
Nombre de personnes en ALD 24 au 31 décembre 2007 (CNAMTS + RSI + MSA)									108117

Champ : France entière.
Sources : Base nationale PMSI-MCO et ALD.

TABLEAU 2 • Durée moyenne d'hospitalisation* en 2007 en soins de courte durée MCO pour MICI (en jours)

	Maladie de Crohn			Rectocolite hémorragique			Total MICI		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Ensemble des patients hospitalisés									
Moins de 25 ans	7,3	6,7	7,0	4,5	4,4	4,4	6,5	6,1	6,2
25-44 ans	6,3	5,9	6,1	3,1	3,0	3,0	4,8	4,9	4,8
45-64 ans	6,2	5,7	5,9	3,0	2,9	3,0	4,2	4,2	4,2
25-64 ans	6,2	5,8	6,0	3,1	2,9	3,0	4,5	4,6	4,6
65 ans ou plus	8,8	9,6	9,3	5,0	6,3	5,7	6,2	7,5	6,9
Total tous âges	6,7	6,4	6,5	3,6	3,8	3,7	5,1	5,3	5,2
Dont patients « avec stomie »									
Moins de 25 ans	29,3	24,5	27,1	29,5	23,1	26,3	29,3	24,2	27,0
25-44 ans	26,6	26,6	26,6	25,6	30,5	27,7	26,2	27,3	26,8
45-64 ans	25,4	20,2	23,0	19,6	24,9	21,3	23,0	21,5	22,4
25-64 ans	26,0	24,5	25,2	22,3	28,0	24,4	24,6	25,3	24,9
65 ans ou plus	29,3	31,6	30,4	19,2	30,0	23,5	24,7	31,0	27,6
Total tous âges	27,1	25,3	26,1	22,2	27,9	24,4	25,3	25,9	25,6

* La durée moyenne d'hospitalisation est calculée en «équivalents journée», c'est-à-dire en comptant la durée de séjour pour les hospitalisations complètes et une journée pour les hospitalisations de moins de 24 heures.
Champ : France entière.
Sources : Base nationale PMSI-MCO.

TABLEAU 3 • Répartition des patients hospitalisés en 2007 en soins de courte durée MCO pour MICI selon la nature de l'hospitalisation (en %)

	Maladie de Crohn		Rectocolite hémorragique		Total MICI	
	Au moins un séjour dans l'année en hospitalisation complète	Uniquement des séjours en hospitalisation < 24 heures	Au moins un séjour dans l'année en hospitalisation complète	Uniquement des séjours en hospitalisation < 24 heures	Au moins un séjour dans l'année en hospitalisation complète	Uniquement des séjours en hospitalisation < 24 heures
Ensemble des patients hospitalisés						
Moins de 25 ans	49,8(23,2)	50,2(32,9)	40,1(27,5)	59,9(54,8)	47,0(24,4)	53,0(39,2)
25-44 ans	42,0(18,9)	58,0(39,8)	24,0(16,1)	76,0(70,8)	34,8(17,8)	65,2(52,2)
45-64 ans	43,3(25,0)	56,7(45,3)	25,6(19,6)	74,4(70,7)	33,2(21,9)	66,8(59,7)
25-64 ans	42,4(21,2)	57,6(41,8)	24,8(18,0)	75,2(70,7)	34,1(19,6)	65,9(55,5)
65 ans ou plus	66,0(46,3)	34,0(28,4)	52,8(46,2)	47,2(45,2)	57,2(46,2)	42,8(39,6)
Total tous âges	46,1(23,9)	53,9(38,7)	31,9(24,6)	68,1(64,1)	39,4(24,2)	60,6(50,8)
Dont patients « avec stomie »						
Moins de 25 ans	86,8(12,4)	13,2(4,1)	92,3(15,4)	7,7(7,7)	87,8(12,9)	12,2(4,8)
25-44 ans	86,9(15,4)	13,1(4,4)	93,1(24,1)	6,9(5,2)	88,5(17,6)	11,5(4,6)
45-64 ans	86,5(28,4)	13,5(5,1)	87,8(39,8)	12,2(11,4)	87,0(32,5)	13,0(7,4)
25-64 ans	86,8(20,4)	13,2(4,7)	90,4(32,2)	9,6(8,4)	87,8(23,9)	12,2(5,8)
65 ans ou plus	95,7(45,7)	4,3(3,2)	92,3(70,8)	7,7(7,7)	94,3(56,0)	5,7(5,0)
Total tous âges	87,9(22,2)	12,1(4,4)	90,9(38,5)	9,1(8,2)	88,8(27,1)	11,2(5,5)

CHAMP • France entière.

SOURCES • Base nationale PMSIMCO (DHOS, ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR •

Ont été retenus les séjours comportant les codes CIM 10 K50 ou K51 en diagnostic principal, relié ou associé; lorsque ces codes n'apparaissent qu'en diagnostic associé, les séjours n'ont été gardés que si l'affection principale traitée était une maladie de l'appareil digestif (sauf hernies) ou l'hospitalisation motivée par la réalisation d'une endoscopie sous anesthésie en ambulatoire; un patient a été considéré comme « ayant une stomie » si un code diagnostic de présence, de surveillance ou de complication de stomie ou un acte chirurgical de stomie ou de fermeture de stomie a été mentionné dans au moins un de ses séjours pour traitement de MICI; en plus des 46900 patients hospitalisés en 2007 pour MICI, on a repéré 7600 patients avec une MICI mentionnée en diagnostic associé mais hospitalisés, en 2007, uniquement pour une autre pathologie; un peu moins de 2% d'entre eux étaient codés comme « ayant une stomie ».

LIMITES ET BIAS • Les unités de compte sont des patients; il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé; ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) est proche de 100% en 2007.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Lecture : En 2007, 49,8% des patients hospitalisés pour le traitement d'une maladie de Crohn âgés de moins de 25 ans ont eu au moins une hospitalisation dans l'année effectuée en hospitalisation complète et (23,2% des patients hospitalisés pour le traitement d'une maladie de Crohn, âgés de moins de 25 ans ont eu une seule hospitalisation en 2007 et celle-ci s'est effectuée en hospitalisation complète).

Champ : France entière.
Sources : Base nationale PMSI-MCO.

Incontinence urinaire

Selon l'ANAES, l'incontinence urinaire se définit comme « toute perte involontaire d'urine dont se plaint le patient »¹. Le retentissement de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie des femmes varie selon l'intensité du trouble. L'objectif retenu par la loi de santé publique de 2004 est de **réduire chez les femmes la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire**.

Les stratégies de prévention comprennent l'accès à une rééducation périnéale à la suite de l'accouchement, ainsi qu'au dépistage des troubles de la statique pelvienne et à la rééducation sphinctérienne au moment de la ménopause.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de femmes déclarant l'existence de perte involontaire d'urine

En 2008, 12,7% des femmes de plus de 16 ans ayant participé à l'enquête Santé protection sociale (ESPS) déclaraient des pertes involontaires d'urine. Cette prévalence est considérable puisque cette affection figure parmi l'un des dix troubles de santé les plus souvent déclarés par les femmes. La prévalence augmente de manière très importante avec l'âge, passant de 8% chez les femmes de 25-44 ans à presque 14% chez celles de 45-64 ans, plus de 21% chez les femmes de 65-84 ans et pratiquement 38% chez les femmes âgées de 85 ans et plus (graphique 1).

Les prévalences de l'incontinence urinaire déclarées dans les enquêtes ESPS 2008 et 2006, menées selon la même méthodologie, sont très proches. Contrairement à 2004, l'existence d'une incontinence urinaire a été relevée dans l'enquête 2006 et 2008 par l'intermédiaire d'une question spécifiquement posée aux femmes de 16 ans et plus. Cette modification de la collecte améliore l'estimation de la prévalence. La modification du recueil de l'indicateur ne permet donc pas de comparer les données de 2006 et 2008 avec celles de 2004, publiés dans les éditions antérieures du rapport.

La prévalence de ce trouble de santé, fréquemment mal vécu et donc souvent caché, est probablement sous-estimée. Le fait que le champ de l'enquête ne concerne pas les personnes âgées en institution contribue également à cette sous-estimation.

Comme le relèvent les enquêtes ESPS 2008 et 2006, tous les travaux nationaux et internationaux traitant de cette affection montrent que la prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge. En revanche, dans la plupart des études, la prévalence est supérieure à celle de l'enquête ESPS². Ainsi en est-il des résultats d'une enquête, réalisée en 2007 par l'INSERM à la demande de l'InVS, auprès de 2183

femmes consultant en médecine générale³ et âgées d'au moins 18 ans, à l'exclusion des femmes enceintes ou ayant accouché depuis moins de trois mois⁴. Dans cet échantillon, la prévalence de l'incontinence urinaire s'élevait à 26,8% ; 17,4% des femmes déclaraient une incontinence d'effort⁵, 6,8% une incontinence d'impériosité⁶ et 1,5% une incontinence mixte⁷). La prévalence de l'incontinence urinaire augmentait significativement avec l'âge, la parité (nombre d'accouchements) et l'indice de la masse corporelle. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • IRDES.

1. Service des recommandations professionnelles, 2003. « Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale ». Recommandations, ANAES.

2. Hunskaar S., Lose G., Sykes D., 2004, « The prevalence of urinary incontinence in women in four european countries », *British Journal of Urology*, 93[3], p. 324-330.

3. Sur 1 239 médecins du réseau Sentinelles, 241 ont renvoyé un questionnaire exploitable. 496 femmes ayant déclaré des fuites urinaires ont été incluses dans l'enquête par questionnaire.

4. INSERM unité 707, 2008, « Évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale en France métropolitaine », *Rapport*, juin-juillet 2007.

5. Incontinence urinaire d'effort (IUE) : survient à l'occasion d'une élévation de la pression abdominale non précédée d'une sensation de besoin d'uriner.

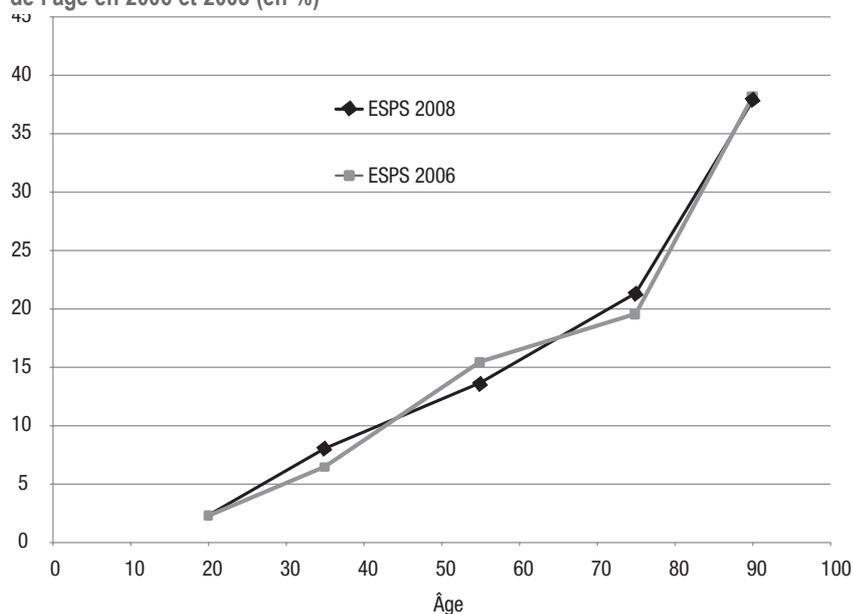
6. Incontinence urinaire par impériosité (IU) : appelée aussi d'urgence ou par hyperactivité vésicale, elle est caractérisée par une miction incontrôlée précédée d'un besoin urgent d'uriner.

7. Incontinence urinaire mixte (IUM) : associe chez une même personne les deux formes précédentes.

synthèse

En 2008, 12,7% des femmes de plus de 16 ans ayant répondu à l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES déclaraient des pertes involontaires d'urines. Cette prévalence augmente fortement avec l'âge, dépassant 21% après 65 ans. Ces chiffres, pratiquement similaires à ceux recueillis en 2006 selon la même méthodologie, sont probablement sous-estimés en raison du caractère déclaratif de l'indicateur et du champ de l'enquête ; ils sont donc à interpréter avec prudence. Ainsi, dans l'enquête réalisée par l'INSERM en 2007 auprès de femmes consultant en médecine générale, la prévalence était estimée à 26,6%.

GRAPHIQUE 1 • Prévalence des pertes involontaires d'urines déclarées en fonction de l'âge en 2006 et 2008 (en %)



Champ : France métropolitaine.
Sources : Enquête SPS, IRDES, 2006-2008.

CHAMP • Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 16 ans et est assuré de l'un des trois régimes de Sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM).

SOURCES • Enquête Santé protection sociale (ESPS) 2008 de l'IRDES.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de Sécurité sociale. Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1998. L'état de santé et ses déterminants sont relevés par autoquestionnaire.

LIMITE ET BIAIS • Contrairement à 2004, l'existence d'une incontinence urinaire a été relevée dans l'enquête 2006 et 2008 par l'intermédiaire d'une question spécifiquement posée aux femmes de 16 ans et plus. Cette modification de la collecte améliore l'estimation de la prévalence. Cependant, il convient de souligner que cet indicateur repose sur des données déclarées et non sur une évaluation clinique de cette pathologie. La modification du recueil de l'indicateur rend donc non comparable les données de 2006 et 2008 avec celles de 2004.

RÉFÉRENCE • Voir la rubrique Enquête ESPS sur le site de l'IRDES (<http://www.irdes.fr>).

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale

La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif à un horizon quinquennal de **stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale**, estimée à 112 cas par million d'habitants avant l'instauration du réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN).

La mise en place d'un traitement de suppléance (dialyse ou greffe rénale préemptive, réalisée avant dialyse) est un événement de santé qui permet d'identifier facilement les nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale traitée (IRTT). Il existe peu de contre-indications à la dialyse et son accès n'est pas limité. Aussi, l'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée (IRTT) peut raisonnablement être utilisée pour mesurer l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Les variations d'incidence ne reflètent toutefois pas forcément l'efficacité de mesures de prévention en amont du stade terminal. Elles peuvent également être liées à des variations géographiques ou temporelles liées à l'accès aux soins ainsi qu'à l'évolution des pratiques au fil du temps.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe préemptive

La connaissance de l'incidence de l'IRTT se précise au fur et à mesure de l'extension du réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN). En 2008, 8033 nouveaux malades (20 régions) ont entamé un premier traitement de suppléance (dialyse ou greffe préemptive). Parmi les nouveaux malades de 2008, 62 % étaient des hommes, 37 % avaient plus de 75 ans ; en outre, 85 % (6 779) débutaient leur traitement de suppléance en hémodialyse, 11,5 % (914) en dialyse péritonéale et 3 % (255) bénéficiaient d'une greffe préemptive (dont 59 à partir d'un donneur vivant).

Les taux d'incidence bruts moyens ont varié de 128,2 cas par million d'habitants (pmh) en 2002 (4 régions) à 122,8 en 2003 (7 régions), 135,6 en 2004 (9 régions), 139 en 2005 (13 régions), 137 en 2006 (16 régions), 139 en 2007 (18 régions) et 146 en 2008 (20 régions). Les taux standardisés sur l'âge et le sexe ont suivi la même évolution. Il faut cependant interpréter avec prudence les variations d'incidence observées entre 2002 et 2008 et ne pas généraliser ces observations à l'ensemble du territoire car des variations pourraient être liées à la prise en compte de nouvelles régions se situant aux extrêmes, comme la Bretagne en 2003 ou le Nord - Pas-de-Calais en 2004. En 2006, l'introduction de l'Île-de-France n'a cependant pas modifié de façon sensible les résultats. Dans les neuf régions où les données ont pu être recueillies pendant cinq années consécutives, l'incidence standardisée est res-

tée stable entre 2004 et 2008 (graphique 1). Cette stabilité résulte toutefois de deux tendances : une baisse de l'incidence chez les personnes âgées de moins de 65 ans et une augmentation chez les plus de 75 ans, et plus particulièrement chez les plus de 85 ans.

Chez les personnes âgées de moins de 75 ans, on assiste peut-être aux effets bénéfiques des traitements, qui permettent de ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique. Chez les personnes de plus de 75 ans, l'augmentation pourrait être liée au vieillissement de la population, à l'amélioration de la prise en charge des pathologies cardiovasculaires (diminution des risques compétitifs), à un accès plus aisé aux traitements de suppléance ou au décalage vers les âges plus élevés du début de l'insuffisance rénale terminale. L'incidence de l'IRTT augmente donc avec l'âge : elle est de 8 cas par million d'habitants chez les 0-19 ans, de 638 chez les plus de 75 ans. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (de 1,0 à 1,9 fois selon les régions). Les causes les plus fréquentes d'IRTT sont les néphropathies hypertensives et

les néphropathies diabétiques, qui représentent à elles deux 68 nouveaux cas annuels par million d'habitants.

Des variations importantes existent d'une région métropolitaine à l'autre. Le Nord - Pas-de-Calais enregistre l'incidence standardisée la plus élevée (200 cas pmh) et le Poitou-Charentes, la plus faible (105 cas pmh) (tableau 1). Les taux d'incidence standardisés varient également selon les pays, à l'échelle européenne. En 2007, la France (18 régions) a un taux d'incidence standardisé sur la population européenne de 134 cas par million d'habitants. L'Islande, la Finlande et la Roumanie enregistrent les taux les plus faibles (respectivement 83,6 cas pmh, 79,7 et 75,8) et la Belgique francophone et la Grèce, les taux les plus élevés (respectivement 178,2 pmh et 163,5).

Nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19* (avec notion d'insuffisance rénale chronique)

Les données d'admission en affection de longue durée (ALD) 19* ne permettent pas actuellement d'estimer correctement l'incidence de l'IRCT (voir encadré méthodologique). Des études plus fines sont nécessaires sur les pratiques de codage (biais d'information) et sur l'exhaustivité par rapport à l'ensemble des causes d'insuffisance rénale chronique (diabète, hypertension artérielle mais aussi uropathies ou polykystose). On observe cependant que le nombre d'admission en ALD 19* a plus que doublé entre 2000 et 2007 (tableau 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • AGENCE DE LA BIOMÉDECINE.

synthèse

Dans les régions contribuant au réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN), le taux d'incidence annuel moyen de l'insuffisance rénale terminale traitée standardisé sur l'âge et le sexe est passé de 128,2 cas par million d'habitants en 2002 (4 régions) à 122,8 en 2003 (7 régions), 132,2 en 2004 (9 régions), 139 en 2005 (13 régions), 137 en 2006 (16 régions), 139 en 2007 (18 régions) et 146 en 2008 (20 régions). Dans les neuf régions où les données ont été recueillies pendant cinq années consécutives (2004-2008), l'incidence standardisée ne varie pas de manière significative. Ces résultats suggèrent une stabilisation de l'incidence, comme cela est constaté dans d'autres pays européens. Cette tendance qui reste à confirmer avec l'extension de la couverture du registre sur le territoire national et plus de recul temporel, apparaît cependant de plus en plus crédible.

TABLEAU 1 • Incidence* de l'IRTT dans les régions du registre REIN en 2008

	Nombre de nouveaux cas	Taux brut	Taux standardisé	IC à 95%	Indice comparatif d'incidence	IC à 95%
Alsace	281	152	161	[142-180]	1,10	[0,97-1,23]
Auvergne	191	143	121	[104-138]	0,82	[0,71-0,95]
Basse-Normandie	173	119	111	[94-128]	0,76	[0,65-0,88]
Bourgogne	218	133	117	[101-132]	0,79	[0,70-0,91]
Bretagne	359	115	108	[97-119]	0,73	[0,66-0,81]
Centre	387	153	140	[126-154]	0,95	[0,86-1,05]
Champagne-Ardenne	164	123	122	[103-140]	0,83	[0,71-0,96]
Corse	47	167	144	[103-185]	0,98	[0,73-1,30]
Haute-Normandie	277	152	159	[140-177]	1,08	[0,96-1,21]
Île-de-France	1 587	137	159	[151-167]	1,08	[1,03-1,14]
Réunion	213	261	422	[362-482]	2,87	[2,49-3,31]
Languedoc-Roussillon	441	169	151	[137-165]	1,03	[0,94-1,13]
Limousin	107	147	119	[96-142]	0,81	[0,67-0,98]
Lorraine	400	171	171	[155-188]	1,17	[1,06-1,29]
Midi-Pyrénées	391	139	122	[110-135]	0,83	[0,75-0,92]
Nord - Pas-de-Calais	715	176	200	[185-215]	1,36	[1,26-1,46]
Picardie	296	156	166	[147-184]	1,13	[1,00-1,26]
Poitou-Charentes	210	121	105	[91-120]	0,72	[0,63-0,82]
PACA	792	163	147	[136-157]	1,00	[0,93-1,07]
Rhône-Alpes	784	128	132	[123-142]	0,90	[0,84-0,97]
Total 20 régions	8 033	146	147	[144-150]	1,00	

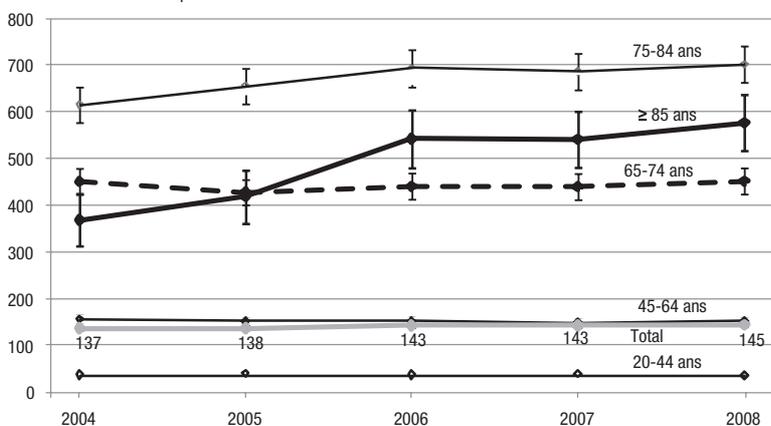
* L'indice comparatif d'incidence est le rapport des taux d'incidence de chaque région après standardisation directe sur le taux d'incidence globale.

Champ: France métropolitaine; 20 régions en 2008.

Sources: Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe.

GRAPHIQUE 1 • Évolution de l'incidence standardisée de l'IRTT entre 2004 et 2008 dans neuf régions*

Nombre de nouveaux cas pmh



* Il s'agit des neuf régions contribuant aux registres du REIN, dans lesquelles les données ont pu être recueillies sur les cinq années consécutives. Les taux sont standardisés sur la population française au 30 juin 2008.

Champ: France métropolitaine; 20 régions en 2008.

Sources: Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe.

TABLEAU 2 • Évolution du nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 avec notion d'insuffisance rénale chronique

	Nombre de nouveaux patients en ALD 19
2000	4 901
2001	5 807
2002	6 648
2003	7 978
2004	9 017
2005	9 677
2006	10 667
2007	11 771

Champ: France entière.

Sources: Données CNAMTS, RSI et MSA.

CHAMP • France métropolitaine. Patients en insuffisance rénale terminale traitée, tous âges. La couverture géographique du réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) s'étend progressivement: 4 régions exhaustives en 2002, 7 en 2003, 9 en 2004, 13 en 2005, 16 en 2006, 18 en 2007 et 20 en 2008.

SOURCES • Les données d'incidence de l'IRTT viennent du registre du REIN pour la dialyse et du système d'information du prélèvement et de la greffe pour les greffes rénales préemptives.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Numérateur: nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe préemptive. Dénominateur: population couverte par le registre dont sont issus les cas (statistiques démographiques de l'INSEE). Les taux d'incidence ont été standardisés sur l'âge et le sexe, selon la méthode de la standardisation directe en prenant comme référence la population française métropolitaine au 31 juin 2008. L'indice comparatif d'incidence est le rapport des taux d'incidence de chaque région après standardisation directe sur le taux d'incidence globale. La région a une incidence significativement inférieure (ou supérieure) à l'incidence globale lorsque l'intervalle de confiance de l'indice comparatif ne contient pas la valeur 1. Pour comparer les taux d'incidence au cours du temps, ceux-ci ont été standardisés sur la distribution par âge et sexe de la population française au 31 décembre 2008.

LIMITES ET BIAIS • L'extension progressive du registre impose de s'intéresser dans un premier temps aux variations des taux standardisés. La comparaison dans le temps doit tenir compte du fait que les régions considérées ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre.

RÉFÉRENCES •

- www.agence-biomedecine.fr/ pour les données annuelles du REIN entre 2002 et 2008.
- www.era-edta.org/ pour les données européennes.

CHAMP • France entière. Patients en ALD 19 avec notion d'insuffisance rénale chronique (code CIM10 N18).

SOURCES • Données MSA, RSI et CNAMTS.

LIMITES ET BIAIS • Biais potentiellement très important, non quantifié à ce jour. L'ALD 19 a pour libellé «Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif». Les malades relevant de cette ALD ne présentent donc pas tous une insuffisance rénale chronique. L'introduction du code CIM 10 N18 correspondant au libellé «Insuffisance rénale chronique» (IRC), et sous réserve des pratiques de codage (plutôt dans le sens d'une sous-déclaration), est censé permettre de mieux identifier la population des IRC. Mais un volume non quantifié de malades diabétiques ou hypertendus, déjà en ALD 8 ou 12 avant le passage en IRC, ne sont pas forcément reclassés; or ces catégories de malades sont susceptibles de déterminer des variations importantes des taux.

Insuffisance rénale chronique et qualité de vie (1)

L'objectif préconisé par la loi de santé publique de 2004 est de **réduire le retentissement de l'insuffisance rénale chronique sur la qualité de vie des personnes atteintes, en particulier celles qui sont sous dialyse.**

Les contraintes associées au traitement de l'insuffisance rénale terminale par la dialyse sont particulièrement lourdes et retentissent sur la qualité de vie des patients. Les bénéfices apportés par la greffe sont probablement considérables mais les personnes transplantées restent soumises à des traitements ayant des effets secondaires importants. C'est pourquoi le champ de l'indicateur principal, initialement ciblé sur les personnes atteintes d'insuffisance rénale terminale sous dialyse, a été élargi aux transplantés avec greffon fonctionnel. Une étude spécifique sur la qualité de vie a été réalisée en 2005 chez les dialysés (étude QVREIN) puis en 2007 chez les porteurs d'un greffon rénal (étude QVGreffe), en utilisant le registre du réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) comme base d'échantillonnage.

Deux indicateurs complémentaires, le temps d'accès moyen au centre de dialyse et la durée médiane d'attente avant la greffe, permettent d'approcher indirectement la qualité de vie des personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Score de qualité de vie des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale sous dialyse ou transplantées avec greffon fonctionnel

SF36

Le SF36 est un questionnaire validé permettant de mesurer l'état de santé (santé perçue ou ressentie) des individus de leur propre point de vue et son retentissement sur leur vie quotidienne (voir encadré méthodologique). Il est considéré comme un outil de mesure de la qualité de vie (liée à la santé). Le SF36 explore huit dimensions, qui peuvent être résumées en deux scores : le score résumé physique et le score résumé psychique. Plus le score est élevé (proche de 100), meilleure est la qualité de vie.

Les comparaisons des personnes greffées (étude QVGreffe) et dialysées (étude QVREIN) à la population générale (enquête décennale Santé 2002-2003) par sexe et groupe d'âge montrent que les scores obtenus au SF36 sont toujours inférieurs chez les patients dialysés, en particulier dans les dimensions à composante physique. Les scores des personnes greffées sont inférieurs à ceux de la population générale mais plus proches de celle-ci que ceux des personnes dialysées. Les différences tendent à diminuer avec l'âge et les valeurs tendent même à rejoindre celles de la population générale pour les personnes les plus âgées. Alors que respectivement 30 % et 20 %

des dialysés ont une qualité de vie « très altérée » (voir encadré méthodologique) pour les scores résumés physique et mental, c'est le cas pour 7 % et 8 % des greffés rénaux. De même, 76 % des dialysés ont au moins un score inférieur au seuil qui définit une qualité de vie « très altérée » pour l'une des huit dimensions du SF36, contre 45 % pour les greffés.

Les femmes dialysées déclarent une moins bonne qualité de vie que les hommes dans presque toutes les dimensions du SF36, à l'exception des limitations dues à l'état mental et physique et de la vie et des relations avec les autres. Les scores diminuent fortement avec l'âge, en particulier dans les dimensions à composante physique (fonctionnement physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques et santé générale), chez les hommes comme chez les femmes (graphiques 1 et 2).

Les facteurs associés à de meilleurs scores de qualité de vie chez les dialysés, en particulier sur les dimensions du SF36 explorant le bien-être physique, sont l'absence de comorbidités notamment cardiovasculaires et un taux d'albuminémie supérieur à 35 g/l. L'absence de handicaps (en particulier ceux classiquement décrits comme complications du diabète : cécité, amputation des membres inférieurs) est également associée à de meilleurs scores de qualité de vie. L'ancienneté de la maladie rénale en phase terminale joue un rôle important sur la qualité de vie dans sa composante

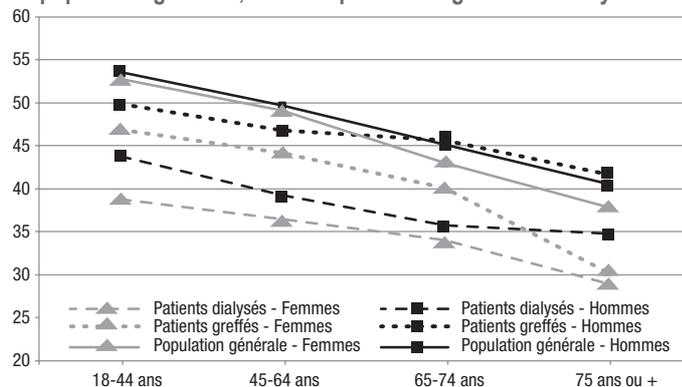
mentale : les patients dialysés depuis un an ou moins ont de meilleurs scores que ceux qui sont en dialyse depuis plus de six ans. Par ailleurs, les patients en autodialyse (dialyse médicalisée ou à domicile) déclarent une meilleure qualité de vie que les patients dialysés en centre lourd ou ambulatoire, même si ces différences ne sont pas significatives (sauf pour la dimension « vitalité »).

Chez les personnes greffées, les facteurs associés à de meilleurs scores de qualité de vie, en particulier sur les dimensions du SF36 explorant le bien-être physique, sont les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, niveau d'études, évolution de la situation familiale, situation professionnelle), l'ancienneté de la greffe, l'existence et la durée de la dialyse avant la greffe (plus cette durée a été longue plus le niveau de qualité de vie est faible), l'absence de comorbidités et en particulier le diabète, le surpoids et les événements de santé intercurrents et enfin l'absence d'effets secondaires des traitements immunosuppresseurs.

KDQoL

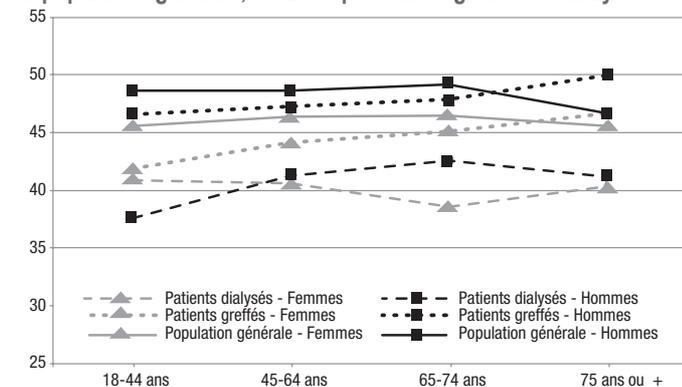
Le KDQoL est un outil destiné à mesurer spécifiquement les répercussions de la maladie rénale et de son traitement sur la vie quotidienne des malades (voir encadré méthodologique). Comme pour le SF36, les femmes ont de moins bons scores que les hommes, sauf pour la dimension « effets de la maladie rénale » (tableau 1). En revanche, les scores ne varient pas avec l'âge, sauf pour la dimension

GRAPHIQUE 1 • SF36 - Score résumé physique selon l'âge et le sexe en population générale, chez les personnes greffées et dialysées



Champ : Patients en insuffisance rénale chronique terminale traités par dialyse, transplantés avec greffon fonctionnel et population générale. **Sources :** Étude QVREIN, volet dialyse, 2005; étude QVGrefe, volet greffe, 2007; enquête décennale Santé, INSEE, 2002-2003.

GRAPHIQUE 2 • SF36 - Score résumé mental selon l'âge et le sexe en population générale, chez les personnes greffées et dialysées



Champ : Patients en insuffisance rénale chronique terminale traités par dialyse, transplantés avec greffon fonctionnel et population générale. **Sources :** Étude QVREIN, volet dialyse, 2005; étude QVGrefe, volet greffe, 2007; enquête décennale Santé, INSEE, 2002-2003.

CHAMP • 832 patients de 67 ans en moyenne en insuffisance rénale chronique terminale traitée par dialyse depuis au moins un an dans huit des régions participant au système REIN (Auvergne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes).

SOURCES • Données de l'étude QVREIN « Surveillance de la qualité de vie des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique terminale », volet dialyse 2005. Données de qualité de vie de l'enquête décennale Santé et soins médicaux, INSEE 2002-2003.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Le SF36 est un questionnaire validé permettant de mesurer du point de vue des individus eux-mêmes, leur état de santé (santé perçue ou ressentie) et son retentissement dans leur vie quotidienne. Il est considéré comme un outil de mesure de la qualité de vie (liée à la santé). Le SF36 explore huit dimensions selon deux axes : physique (fonctionnement physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, santé générale) et mental (santé mentale, limitations dues à l'état mental, vie et relations avec les autres, vitalité). Les scores calculés pour chaque dimension correspondent à la moyenne des items renseignés multipliée par le nombre total d'items dans la dimension considérée. Un score est calculé si tous les items qui constituent une dimension sont présents ou si moins de la moitié de ces mêmes items sont absents. Les scores sont normalisés tels que 0 = pire qualité de vie et 100 = meilleure qualité de vie. Des variations de 5 points de ces scores sont considérées comme cliniquement significatives. Il est possible de calculer un score résumé physique et un score résumé mental par combinaison linéaire de toutes les dimensions du SF36 et standardisés de telle sorte que la moyenne attendue vaut 50 et l'écart type vaut 10 (valeurs calculées à partir des scores observés en population générale américaine). Pour chaque dimension du SF36, la qualité de vie d'une personne est définie ici comme « très altérée » si le score observé chez cette personne est inférieur au seuil calculé à partir des données observées en population générale (seuil = moyenne moins 2 fois l'écart type). Le KDQoL permet de mesurer l'impact spécifique de la maladie rénale et de la dialyse en terme de symptômes (dimension « symptômes et problèmes de santé » : crampes, douleurs, démangeaisons, fatigue, etc.), de contraintes dans la vie quotidienne (dimension « effets de la maladie rénale » : restrictions alimentaires, de mobilité, dépendance vis-à-vis du système de soins, etc.), ainsi que les répercussions psychologiques de la maladie (dimension « fardeau de la maladie rénale » : vie trop compliquée, sentiment d'être un poids pour la famille, etc.). Les scores sont calculés et normalisés comme ceux du SF36.

LIMITES ET BIAIS • Échantillon prévalent. Capacité à remplir le questionnaire de qualité de vie. Les différences observées dans les régions (caractéristiques des patients, pratiques, politiques de santé mises en place, etc.) rendent difficiles la généralisation des résultats.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • Épidémiologie et évaluation cliniques, CEC CIE6 INSERM, CHU de Nancy. Partenaires : Agence de la biomédecine, Institut national de veille sanitaire.

TABEAU 1 • KDQoL - Qualité de vie* des insuffisants rénaux chroniques traités par dialyse, par sexe et par classe d'âge

Dimensions du KDQoL	Femmes				Hommes			
	18-44 ans (n = 35)	45-64 ans (n = 84)	65-74 ans (n = 101)	75 ans et + (n = 116)	18-44 ans (n = 43)	45-64 ans (n = 150)	65-74 ans (n = 130)	75 ans et + (n = 170)
Symptômes/problèmes	66,5	65,5	66,6	66,8	73,0	70,8	69,2	69,2
Effets de la maladie rénale	52,6	48,8	54,4	55,4	53,4	51,5	55,9	57,4
Fardeau de la maladie rénale	37,9	33,0	32,6	31,9	36,2	37,4	38,3	37,7

* Les nombres indiqués dans le tableau correspondent à des moyennes.

Champ : Voir encadré méthodologique.

Sources : Étude QVREIN, volet dialyse 2005-2006.

TABEAU 2 • ReTransQoL - Qualité de vie* des insuffisants rénaux chroniques transplantés avec greffon fonctionnel, par sexe et par classe d'âge

Dimensions du ReTransQoL	Femmes				Hommes			
	18-44 ans (n = 90)	45-64 ans (n = 219)	65-74 ans (n = 82)	75 ans ou + (n = 14)	18-44 ans (n = 140)	45-64 ans (n = 374)	65-74 ans (n = 116)	75 ans ou + (n = 26)
Qualité de vie physique	64,1	60,3	59,0	52,3	67,7	65,0	65,3	67,2
Qualité de vie mentale	68,8	67,9	69,3	70,7	75,1	74,6	77,1	77,0
Qualité des soins	71,6	73,6	72,7	75,7	74,1	75,8	79,0	80,2
Traitement	67,2	68,2	71,4	67,4	71,9	71,2	73,5	76,1
Peur de la perte du greffon	52,6	55,0	56,6	68,0	59,0	60,1	61,7	65,8

* Les nombres indiqués dans le tableau correspondent à des moyennes.

Champ : Voir encadré méthodologique.

Sources : Étude QVGrefe, volet greffe 2007.

CHAMP • 1061 patients de 55,2 ans en moyenne en insuffisance rénale chronique terminale transplantés depuis au moins un an en **primo greffe** dans huit des régions participant au système REIN (Auvergne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes).

SOURCES • Données de l'étude QVGrefe « Surveillance de la qualité de vie des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique terminale », volet greffe, 2007.

Données de qualité de vie de l'enquête décennale Santé et soins médicaux, INSEE 2002-2003.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • SF36 : voir encadré méthodologique ci-dessus. Le ReTransQoL permet de mesurer l'impact spécifique de la vie avec un greffon rénal en termes de symptômes, de douleurs, de répercussions mentales et sociales de la transplantation, de la qualité des soins reçus, de la peur de la perte du greffon (en particulier crainte d'un éventuel retour en dialyse) et des traitements. Les scores sont calculés et normalisés comme ceux du SF36.

LIMITES ET BIAIS • Échantillon prévalent. Capacité à remplir le questionnaire de qualité de vie. Taux de retour variable selon les régions.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • Épidémiologie et évaluation cliniques, CEC CIE6 INSERM, CHU de Nancy. Service de santé publique et information médicale, hôpital de la Conception, CHU de Marseille. **PARTENAIRES :** Agence de la biomédecine, Institut national de veille sanitaire.

Insuffisance rénale chronique et qualité de vie (2)

«effets de la maladie rénale», ce qui tend à indiquer que les contraintes de ces traitements sont perçues de la même façon à tous les âges. Les répercussions mesurées par la dimension «fardeau de la maladie rénale» sont particulièrement lourdes, les scores moyens ne dépassant jamais 40 points. Les facteurs associés à une meilleure qualité de vie sont similaires à ceux mesurés à partir du SF36 : l'absence de comorbidités cardiovasculaires, l'absence de handicaps, une mise en dialyse récente ; les modes de dialyse favorisant l'autonomie des patients sont associés à de meilleurs scores.

ReTransQol

Le questionnaire ReTransQol est un outil spécifique de la transplantation rénale. Il explore cinq dimensions (qualité de vie physique, mentale, qualité des soins, peur de la perte du greffon et impact des traitements) à partir de 49 items. Comme pour le SF36, les femmes ont de moins bons scores que les hommes. Ces scores varient beaucoup moins avec l'âge, voire s'améliorent, en particulier chez les hommes, semblant indiquer une meilleure adaptation aux contraintes du traitement chez les personnes les plus âgées (tableau 2). Les facteurs associés à une meilleure qualité de vie sont sensiblement identiques à ceux observés avec le questionnaire générique. Les problèmes d'observance du traitement et de ses effets secondaires sont particulièrement marqués.

■ INDICATEURS APPROCHÉS

Temps d'accès moyen au centre de dialyse

D'après les données de 2008 du registre REIN, dans les 21 régions où le temps de transport moyen au centre de dialyse était connu, un trajet pour l'hémodialyse durait en moyenne 24 minutes. Pour 7,7% des patients, la durée de trajet était supérieure à 45 minutes. Les malades en autodialyse étaient ceux qui avaient la durée moyenne de trajet la plus faible (tableau 3). Entre 1% des malades (Nord - Pas-de-Calais) et 24% (Limousin) avaient un trajet supérieur à 45 minutes. Les comparaisons régionales sont cependant difficiles à

interpréter car les taux d'enregistrement sont très variables d'une région à l'autre et doivent tenir compte de l'état clinique des patients. Les données d'évolution indiquent que la durée de trajet simple pour les personnes en hémodialyse a en moyenne légèrement diminué, passant de 25,5 minutes en 2004 à 24,7 minutes en 2008 (tableau 4).

Durée médiane d'attente avant greffe

Parmi les 16168 patients ayant débuté une dialyse dans 16 régions entre 2002 et 2008, 2,7% (430 patients) étaient inscrits sur la liste nationale d'attente au moment de la mise en route de la dialyse («inscription préemptive»). Au 31 décembre 2008, 16,5% avaient été inscrits au moins une fois sur la liste nationale d'attente, dans un délai médian de 7,1 mois (recul médian sur l'ensemble de la cohorte : 11,9 mois). Pour l'ensemble de la cohorte, la probabilité d'avoir été inscrit sur la liste d'attente était de 15,2% à 1 an et de 27,1% à 4 ans. La probabilité d'être inscrit est fortement liée à l'âge (tableau 5). Après 15 mois, les patients de moins de 60 ans avaient 50% de chance d'être inscrits sur la liste nationale d'attente. Cette probabilité était égale à 25% pour ceux qui avaient un diabète associé, notamment parce que l'importance des comor-

bidités cardiovasculaires associées au diabète rend la greffe rénale plus «à risque».

Pour les patients inscrits sur la liste d'attente depuis le 1^{er} janvier 2002, la durée médiane d'attente avant greffe était de 18,2 mois. La durée médiane d'attente avant greffe varie avec le groupe sanguin et la présence d'anticorps anti-HLA¹ (tableau 6).

Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale, la durée d'attente avant greffe s'est allongée, passant de 13,4 mois pour la cohorte des malades inscrits entre 1993 et 1995 à 18,2 mois pour la cohorte 2002-2007. Le constat de disparités d'accès à la greffe, la possibilité d'optimiser la qualité de l'appariement en âge et en HLA entre donneur et receveur, ainsi que la nécessité de mieux gérer les difficultés d'accès à la greffe des malades immunisés ont conduit l'Agence de la biomédecine à promouvoir une modernisation de l'ensemble du système de répartition des greffons. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES-AGENCE DE LA BIOMÉDECINE.

1. *Human leucocytes antigens*: antigènes (ou marqueurs) des leucocytes humains.

synthèse

La qualité de vie des patients dialysés apparaît très altérée par rapport à celle de la population générale, et de façon plus marquée dans les dimensions à composante physique. La qualité de vie des patients greffés apparaît nettement meilleure que celle des patients dialysés. Chez les dialysés, l'absence de comorbidités cardiovasculaires, l'absence de handicaps, une mise en dialyse récente, les modes de dialyse favorisant l'autonomie des patients et une albuminémie supérieure à 35 g/l sont des facteurs associés à meilleurs scores de qualité de vie. Chez les patients greffés, la tolérance des traitements immunosuppresseurs a un impact important sur la qualité de vie. Les études sur la qualité de vie des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale sont récentes et les données fragmentaires. Il n'est actuellement pas possible d'examiner des évolutions temporelles. En 2008, dans les régions pour lesquelles on dispose de données, la durée du trajet pour les malades se rendant en hémodialyse est en moyenne de 25 minutes. Pour 7,7% des patients, la durée de trajet est supérieure à 45 minutes. Après un an de dialyse, 15,2% des patients sont inscrits sur la liste nationale d'attente pour une greffe rénale (27,1% à quatre ans), avec de fortes variations selon l'âge et la présence ou non de comorbidités associées. Malgré une augmentation importante de l'activité de prélèvement et de greffe rénale, la durée d'attente avant greffe a augmenté de manière significative : celle-ci est passée de 13,4 mois pour les patients inscrits entre 1993 et 1995 à 18,2 mois pour la cohorte 2002-2007.

TABLEAU 3 • Durée du trajet des malades en hémodialyse selon la modalité de traitement

	Durée du trajet simple en minutes						% de malades ayant un trajet > 45 min.
	Effectif	Moyenne	Écart type	Médiane	Min	Max	
Centre-lourd	9 841	25,5	16,1	20	1	120	8,8
Unité-dialyse-médicalisée	1 556	24,6	16,4	20	1	100	9,4
Autodialyse	4 102	20,6	13,7	15	1	120	4,5
Entraînement	195	24,9	15,7	20	5	120	5,6

Champ : France métropolitaine. Malades en hémodialyse au 31 décembre 2008 (hors domicile).

Sources : Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe.

TABLEAU 4 • Évolution de la durée du trajet simple pour les patients en hémodialyse entre 2004 et 2008 (en minutes)

	Effectif	Moyenne	Ecart type	Médiane	Minimum	Maximum
2004	4 325	25,5	17,5	20	1	150
2005	5 768	24,6	16,7	20	1	120
2006	6 496	24,6	16,4	20	1	180
2007	7 047	24,4	16,2	20	2	184
2008	5 583	24,7	16,8	20	2	120

Champ : France métropolitaine. Malades en hémodialyse au 31 décembre 2008 (hors domicile).

Sources : Registres du REIN (9 régions qui contribuent au registre depuis 2004) et système d'information du prélèvement et de la greffe.

TABLEAU 5 • Accès à la liste nationale d'attente d'une greffe de rein, selon l'âge

Âge	Effectif	Inscription à 12 mois (%)	[IC à 95%]	Inscription à 24 mois (%)	[IC à 95%]	Médiane d'attente (mois)	[IC à 95%]
0-17	111	74,3	[65,5-83,1]	85,2	[77,5-93,0]	6,4	[5,3-7,9]
18-39	941	59,7	[56,3-63,1]	75,5	[72,2-78,7]	8,6	[7,6-9,5]
40-59	3 238	38,2	[36,4-40,1]	52,5	[50,4-54,5]	21,0	[18,4-23,3]
60-69	3 003	12,2	[10,9-13,5]	18,1	[16,4-19,8]	Non observé	
Plus de 70	8 875	0,4	[0,3-0,6]	0,9	[0,6-1,2]	Non observé	

Champ : France métropolitaine dans les 16 régions utilisant l'application DIADEM. Malades ayant démarré un traitement de suppléance entre 2002 et 2008.

Sources : Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe.

TABLEAU 6 • Durées d'attente avant greffe par groupe sanguin et taux d'anticorps anti-HLA

	Effectif	1 ^{er} quantile, 25 des inscrits séjournent en liste d'attente moins de (mois [IC à 95%])	Médiane, 50% des inscrits séjournent en liste d'attente moins de (mois [IC à 95%])	3 ^e quantile, 75 des inscrits séjournent en liste d'attente moins de (mois [IC à 95%])
Globale	17 067	6,3 [6,1-6,5]	18,2 [17,6-18,6]	40,5 [39,3-41,7]
Groupe sanguin				
A	7 029	4,2 [3,9-4,4]	11,4 [10,9-12,0]	26,2 [25,3-27,3]
AB	700	3,5 [3,0-4,0]	9,9 [8,5-11,0]	23,9 [19,4-28,0]
B	2 054	13,4 [11,6-15,4]	35,6 [33,1-38,7]	64,6 [59,8-NO]
O	7 284	9,3 [9,0-9,8]	24,8 [23,9-26,0]	49,4 [47,3-50,9]
Taux d'anticorps anti-HLA				
< 5%	13 512	6,0 [5,8-6,2]	16,6 [16,2-17,2]	37,2 [36,0-38,4]
6%-79	1 924	14,5 [13,2-16,3]	33,3 [31,2-35,6]	55,9 [53,4-62,7]
≥ 80	694	9,2 [7,5-10,9]	25,1 [22,8-28,4]	60,2 [45,9-NO]
Manquant	937	2,8 [2,4-3,3]	9,2 [8,0-10,4]	26,6 [23,0-29,8]

NO : non observable.

Champ : France métropolitaine (encadré méthodologique). Malades inscrits à partir du 1^{er} janvier 2002 sur la liste d'attente de greffe du rein.

Sources : Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe ; Agence de la biomédecine, 2007.

CHAMP • France métropolitaine, population de patients en insuffisance rénale terminale traitée, tous âges. La couverture géographique du réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) s'étend progressivement : 4 régions exhaustives en 2002, 7 en 2003, 9 en 2004, 13 en 2005, 16 en 2006 et 18 en 2007.

SOURCES • Registre du REIN pour la dialyse et système d'information du prélèvement et de la greffe pour les inscriptions sur la liste nationale d'attente et les greffes rénales.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • La durée médiane d'attente avant inscription sur la liste nationale d'attente est mesurée pour les malades démarrant un traitement de suppléance (patients « incidents ») en utilisant la méthode de Kaplan Meier avec censure au décès. La durée médiane d'attente avant greffe est mesurée pour les malades inscrits en liste d'attente à partir d'une date donnée (inscrits « incidents ») en utilisant la méthode de Kaplan Meier avec censure des sorties de liste d'attente pour un motif autre que la greffe.

LIMITES ET BIAIS • La représentativité des données dans les régions participantes au registre REIN est discutée et la généralisation des résultats France entière doit être prudente.

RÉFÉRENCE •

– www.agence-biomedecine.fr/ pour les données annuelles du REIN entre 2002 et 2007.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DES INDICATEURS • Épidémiologie et évaluation cliniques, CEC CIE6 INSERM, CHU de Nancy. Service de santé publique et information médicale, hôpital de la Conception, CHU de Marseille. PARTENAIRES : Agence de la biomédecine.

Ostéoporose

En France, 25 % des femmes de 65 ans ou plus et 50 % des femmes de 80 ans ou plus seraient atteintes d'ostéoporose. On ne dispose pas d'estimation en population masculine.

La loi de santé publique de 2004 a préconisé de **réduire de 10 %** à un horizon quinquennal **l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur**, qui représentent la complication principale de l'ostéoporose. Au moment de la définition de l'objectif, cette incidence se situait à 67,9 pour 10 000 chez les femmes de 65 ans ou plus et 26,1 pour 10 000 chez les hommes de 65 ans ou plus.

L'ostéoporose est une maladie « silencieuse », qui ne se manifeste pas en tant que telle et dont le diagnostic est souvent fait lors de la survenue de fractures. Ces fractures constituent la plus grave conséquence de l'ostéoporose et sont une source majeure de handicaps et d'incapacités, surtout chez les personnes âgées. Près de 90 % des femmes et 70 % des hommes qui présentent une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) sont âgés de 70 ans ou plus. Le risque de mortalité après une FESF est augmenté de 15 % à 20 %, en particulier chez les personnes âgées¹. L'impact de la FESF sur la mortalité est non seulement lié à l'acte chirurgical et ses complications, mais aussi à la coexistence de maladies associées chez les personnes âgées. Une part importante de ces fractures est évitable, ce qui justifie les actions de prévention à tous les âges de la vie. Ces mesures ont fait l'objet de recommandations en 2006 par la Haute autorité de santé². Chez les personnes âgées, la prévention des fractures repose également sur la prévention des chutes.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de séjours pour fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de 65 ans ou plus

En 2007, les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ont enregistré, pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, 76 600 séjours motivés par une fracture du col du fémur (tableau 1).

Ces séjours ont concerné 72 000 patients (tableau 2). Le nombre de séjours est proche du nombre de patients. En effet, 94 % d'entre eux n'ont effectué qu'un seul séjour hospitalier pour fracture du col du fémur dans l'année et 5,7 % ont été hospitalisés deux fois. Dans huit cas sur dix, les patients hospitalisés étaient des femmes, plus nombreuses dans la population générale avec l'avancée en âge et, à âge égal, plus fréquemment atteintes d'ostéoporose que les hommes. Elles ont totalisé les deux tiers des séjours effectués par les 65-74 ans, 76 % de ceux des 75-84 ans et 81 % de ceux des 85 ans ou plus.

Les taux bruts d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus ont atteint 96 séjours pour 10 000 femmes et 41 pour 10 000 hommes en 2007. Quant aux taux bruts d'incidence, ils s'élevaient à respectivement 90,6 et 38,5 fractures du col du fémur pour 10 000,

valeurs sensiblement plus élevées que celles citées dans l'objectif. Dans tous les groupes d'âge, ces taux étaient près de deux fois plus importants pour les femmes. Les taux standardisés d'hospitalisation ont décliné d'en moyenne 1,3 % par an entre 1997 et 2007 pour les hommes et 1,9 % pour les femmes.

Les variations régionales des taux standardisés d'hospitalisation ont été relativement faibles. Pour 21 régions, l'écart par rapport au taux national était inférieur à 14 %. Les taux des départements français d'Amérique étaient quant à eux très inférieurs au taux national : -58 % en Martinique et en Guadeloupe et -43 % en Guyane pour les deux sexes (tableau 3). À l'opposé, le taux relevé en Corse était sensiblement supérieur (+21 %). Les régions Martinique et Guadeloupe ont été les moins touchées par la fracture de l'extrémité supérieure du fémur, qu'il s'agisse des femmes

ou des hommes, tandis que la Corse a enregistré le taux de recours le plus élevé pour les femmes (+28 % par rapport à la moyenne féminine) et l'Alsace pour les hommes (+27 % par rapport à la moyenne masculine). Cet indicateur n'est pas disponible dans les bases internationales. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

1. Kanis J.-A., Brazier J.-E., Stevenson M., Calvert N.-W., Lloyd Jones M., 2002, « Treatment of established osteoporosis: a systematic review and cost-utility analysis », *Health Technol Assess*, 6(29).

2. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/osteoporose_synthese.pdf

synthèse

Les fractures du col du fémur ont motivé près de 77 000 séjours hospitaliers en soins de courte durée MCO en 2007 pour les personnes âgées de 65 ans ou plus. Ces séjours ont concerné des femmes dans près de huit cas sur dix.

Les taux standardisés d'hospitalisation ont décliné d'en moyenne 1,3 % par an entre 1997 et 2007 pour les hommes et 1,9 % pour les femmes. Globalement, la baisse est de 12 % sur les cinq dernières années.

En 2007, la Martinique et la Guadeloupe ont enregistré des taux standardisés d'hospitalisation très inférieurs à la moyenne nationale. À l'opposé, ces taux étaient nettement supérieurs en Corse pour les femmes et en Alsace pour les hommes.

TABLEAU 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon le sexe

	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation*			Taux standardisé d'hospitalisation*		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
1997	15 400	58 400	73 800	42,0	106,8	80,8	41,8	79,9	66,7
1998	15 200	58 400	73 600	40,5	105,3	79,2	40,3	78,5	65,2
1999	15 700	59 300	75 000	41,3	105,5	79,6	40,8	78,7	65,4
2000	15 500	59 200	74 700	40,1	103,8	78,0	39,6	77,1	63,9
2001	16 100	60 400	76 500	41,0	104,5	78,8	40,1	77,3	64,3
2002	16 300	59 900	76 200	40,6	102,5	77,4	39,9	75,5	63,1
2003	16 100	58 700	74 800	39,8	99,2	75,0	39,0	73,2	61,4
2004	15 900	58 200	74 100	38,8	97,4	73,5	37,8	71,7	59,9
2005	16 600	58 800	75 400	39,6	97,1	73,7	38,6	70,9	59,7
2006	16 900	58 700	75 600	40,1	96,0	73,2	37,4	67,8	57,1
2007	17 400	59 200	76 600	41,0	96,3	73,7	36,9	65,7	55,4

* Taux pour 10 000 habitants.
Champ : Personnes âgées de 65 ans ou plus. France entière.
Sources : Base nationale PMSI-MCO et estimations localisées de population.

TABLEAU 2 • Hospitalisations en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon l'âge en 2007

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de séjours			
65-74 ans	3 000	6 100	9 100
75-84 ans	7 500	23 900	31 400
85 ans ou plus	6 900	29 200	36 100
Total 65 ans ou plus	17 400	59 200	76 600
Taux bruts d'hospitalisation*			
65-74 ans	13,0	22,0	17,9
75-84 ans	48,7	98,1	78,9
85 ans ou plus	179,1	309,8	272,1
Total 65 ans ou plus	41,0	96,3	73,7
Nombre de patients			
65-74 ans	2 800	5 700	8 500
75-84 ans	7 100	22 400	29 500
85 ans ou plus	6 500	27 500	34 000
Total 65 ans ou plus	16 400	55 600	72 000
Taux bruts d'incidence* ayant entraîné une hospitalisation			
65-74 ans	12,1	20,7	16,8
75-84 ans	45,8	92,1	74,1
85 ans ou plus	168,8	291,6	256,2
Total 65 ans ou plus	38,5	90,6	69,3
Taux standardisés d'incidence* ayant entraîné une hospitalisation			
Total 65 ans ou plus	34,6	61,8	52,1

* Taux pour 10 000 habitants.
Champ : Personnes âgées de 65 ans ou plus. France entière.
Sources : Base nationale PMSI-MCO et estimations localisées de population.

TABLEAU 3 • Hospitalisations en soins de courte durée MCO pour fracture du col du fémur selon la région de résidence en 2007

Régions de résidence	Nombre de séjours	Taux brut d'hospitalisation*	Taux standardisé d'hospitalisation*
Île-de-France	10 400	72,3	55,1
Champagne-Ardenne	1 600	70,8	53,8
Picardie	2 050	73,2	56,8
Haute-Normandie	1 800	63,3	47,9
Centre	3 300	71,1	51,4
Basse-Normandie	1 700	64,0	47,8
Bourgogne	2 450	76,2	54,6
Nord - Pas-de-Calais	4 050	70,1	55,5
Lorraine	2 700	70,2	57,4
Alsace	2 100	76,3	62,5
Franche-Comté	1 400	72,6	55,9
Pays de la Loire	4 150	70,4	52,3
Bretagne	4 100	71,4	54,8
Poitou-Charentes	2 750	78,0	55,7
Aquitaine	4 900	80,9	57,7
Midi-Pyrénées	4 300	81,3	58,7
Limousin	1 200	74,2	50,5
Rhône-Alpes	7 200	75,9	57,5
Auvergne	2 100	77,0	56,0
Languedoc-Roussillon	3 800	77,9	57,9
PACA	7 400	79,9	58,7
Corse	510	86,1	67,0
Guadeloupe	150	29,4	23,3
Martinique	160	28,6	23,2
Guyane	30	35,7	31,7
Réunion	300	47,6	46,6
France entière	76 600	73,7	55,4

* Taux pour 10 000 habitants.
Champ : Personnes âgées de 65 ans ou plus. France entière.
Sources : Base nationale PMSI-MCO et estimations localisées de population.

CHAMP • France entière.

SOURCES • Base nationale PMSI-MCO (DHOS, ATH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers et estimations localisées de population (INSEE).

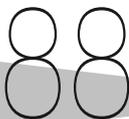
CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus les séjours comportant un des codes CIM10 S720 à S722 en diagnostic principal et les séjours comportant un acte de mise en place de prothèse céphalique ou d'ostéosynthèse de l'extrémité supérieure du fémur, même s'ils ne mentionnaient pas de diagnostic de fracture du col du fémur; un décompte des patients concernés a toutefois été réalisé pour 2007 et les taux d'incidence ayant entraîné une hospitalisation reposent alors sur l'hypothèse qu'en cas de séjours multiples dans l'année, ils concernent tous une seule fracture du col du fémur; la population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

LIMITES ET BIAIS • Il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé. Ce taux d'exhaustivité, évalué en journées par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE), est en augmentation constante, passant de 94% en 1998 à près de 100% en 2007.

RÉFÉRENCE •

— Oberlin P., Mouquet M-C., 2010, « Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? » *Études et Résultats*, DREES, n°723.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.



Drépanocytose (1)

La drépanocytose est une maladie génétique de l'hémoglobine transmise sur le mode récessif autosomique, très fréquente dans les populations d'origine (même lointaine) africaine subsaharienne. Sa prévalence a augmenté en France depuis le milieu du xx^e siècle, du fait des mouvements de population. Elle se caractérise par la présence d'une hémoglobine anormale HbS à la place de l'hémoglobine A. Elle est dite majeure quand les sujets sont homozygotes SS ou hétérozygotes composites Sb, SC, etc. Les hétérozygotes AS sont considérés comme porteurs sains du trait drépanocytaire et n'ont qu'exceptionnellement des manifestations cliniques. À l'échelle de la France, la drépanocytose est une maladie rare et les patients résident essentiellement en Île-de-France et dans les DOM.

En France, le dépistage néonatal de la drépanocytose s'est mis en place progressivement, dans les DOM depuis 1985 et dans les groupes à risque en métropole depuis 1995. Avec le plan gouvernemental Maladies rares, des centres de référence ont été labellisés (en 2004 pour la France métropolitaine, en 2007 pour les Antilles), des recommandations pour la pratique clinique ont été publiées en 2005 et la DGS a mis à la disposition des patients une carte de soins et d'informations en 2005.

Ces mesures visent principalement à développer la prévention des infections et la prise en charge des crises vaso-occlusives¹ qui font la gravité de la maladie, pour améliorer la qualité et l'espérance de vie des personnes atteintes.

L'objectif de la loi de santé publique de 2004 vise à **réduire la mortalité et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de drépanocytose à un horizon quinquennal.**

L'étude des décès devrait permettre de mesurer l'impact global de la prise en charge, notamment chez les jeunes enfants qui ont pu bénéficier de l'ensemble de ces mesures nouvelles. Par le nombre de jours d'hospitalisation, on tente d'approcher la qualité de vie. Les données du dépistage néonatal permettent d'étudier l'incidence à la naissance.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Distribution de l'âge au décès des personnes atteintes de drépanocytose

Entre 1981 et 2005, 711 décès liés à la drépanocytose sont survenus en France, dont 418 cas (58,8%) pour lesquels la drépanocytose est rapportée en cause initiale (tableau 1). Le nombre de décès annuels est faible (il est passé de 14 en 1981 à 56 en 2005) mais augmente en partie du fait des décès en causes associées. Globalement, il n'y a pas de différences entre les sexes.

Sur cette période de 25 ans (1981-2005), 5,2% des décès (37) sont survenus chez des enfants de moins d'un an, 12,4% (88) entre 1 et 4 ans et 7,5% (53) entre 5 et 9 ans, soit 178 décès dont 127 en cause initiale. Un quart des décès ont donc eu lieu avant l'âge de 10 ans.

Cependant, l'âge moyen au décès recule régulièrement, passant de 22 ans entre 1981 et 1985 à 31 ans entre 2001 et 2005 lorsque la drépanocytose est codée en cause initiale et de 29 à 43 ans lorsqu'elle est codée en cause associée (tableau 1).

Au cours de cette dernière période, les décès par drépanocytose avant un an représentent 2,5% des décès, ceux survenus entre 1 et 4 ans 6,9% et ceux des 5-9 ans 4,5%, soit moitié moins sur ces tranches d'âge que pour les périodes antérieures (graphique 1).

La plupart des décès ont lieu dans les départements d'outre-mer (DOM) et en Île-de-France (respectivement 45,5% et 30,4%), mais le nombre de décès enregistrés dans les autres départements augmente régulièrement (graphique 2).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Nombre annuel moyen de jours d'hospitalisation et estimation de la prévalence des syndromes drépanocytaires majeurs

Entre 2004 et 2006, années pour lesquelles un chaînage des séjours d'un même patient est possible, 53 746 séjours de personnes atteintes de drépanocytose ont été enregistrés en France métropolitaine et dans les DOM. 44,4% des séjours ont un code drépanocytose en diagnostic principal, 25,8% en diagnostic relié et 29,8% en diagnostic associé. Sur l'ensemble, une hospitalisation dure en moyenne 2,6 jours.

Pour les 37 735 séjours où la drépanocytose était codée en diagnostic principal ou en

définition La drépanocytose est une maladie autosomique récessive liée à une mutation ponctuelle qui entraîne une diminution de la capacité des globules rouges à se déformer pour s'adapter au passage dans des réseaux capillaires de diamètre inférieur au sien. La gravité de la maladie est liée à l'augmentation de la vulnérabilité aux infections (notamment pneu-

mocoques et salmonelles), aux accidents vaso-occlusifs aigus qui peuvent être particulièrement douloureux, aux atteintes vasculaires évolutives (rétinopathie, artériopathie cérébrale, etc.) et aux séquelles des nécroses antérieures, mais aussi à des complications psychopathologiques liées notamment au caractère paroxystique et menaçant des épisodes aigus.

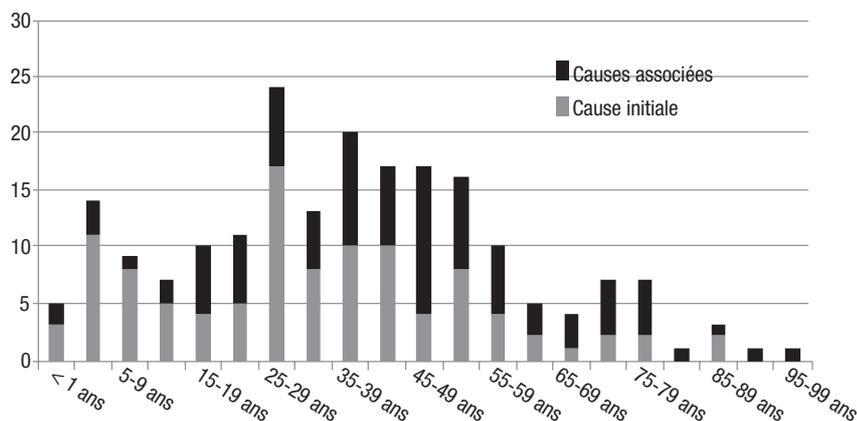
1. Obstruction des vaisseaux sanguins.

TABLEAU 1 • Évolution du nombre et de l'âge moyen au décès entre 1981 et 2005

	Drépanocytose en cause initiale de décès				Drépanocytose en cause associée de décès			
	Nombre de décès	Âge au décès			Nombre de décès	Âge au décès		
		moyenne	écart-type	médiane		moyenne	écart-type	médiane
1981-1985	43	22	23	17	28	29	24	21
1986-1990	82	20	20	16	43	28	23	24
1991-1995	105	26	20	24	57	29	21	27
1996-2000	82	27	20	24	69	35	22	34
2001-2005	106	31	21	29,5	96	43	22	44

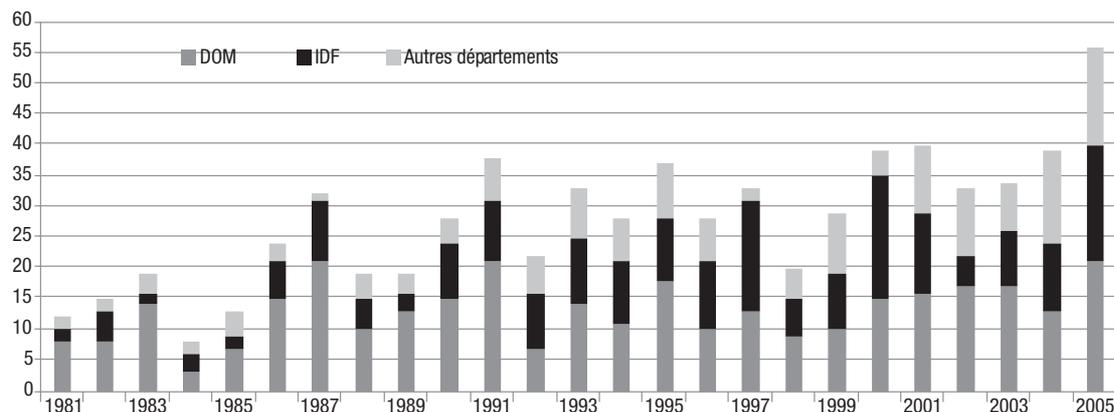
Champ : France métropolitaine et DOM.
Sources : INSERM-CepiDc.

GRAPHIQUE 1 • Nombre de décès par drépanocytose entre 2001 et 2005 selon la classe d'âge



Champ : France métropolitaine et DOM.
Sources : INSERM-CepiDc.

GRAPHIQUE 2 • Nombre de décès par drépanocytose selon la région de résidence entre 1981 et 2005



Champ : France métropolitaine et DOM.
Sources : INSERM-CepiDc.

CHAMP • France.

SOURCES • Fichiers de Résumés de sortie anonymes issus du Programme de médicalisation des systèmes d'information (ATIH). Causes médicales des décès (INSERM-CepiDc), Association française de dépistage des handicaps de l'enfant (AFDPHE).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Mortalité : Les décès par drépanocytose ont été définis par la présence d'un des codes de la drépanocytose en cause initiale et les décès liés à la drépanocytose par leur présence en cause initiale ou associée (causes multiples) (CIM9 282.5 et 282.6 de 1981 à 1999, CIM10 D57, D57.0, D57.1, D57.2, D57.3 et D57.8 de 2000 à 2005). On ne peut pas calculer la létalité car on ne connaît pas le dénominateur.

Hospitalisations : Sélection des séjours ayant un code drépanocytose (CIM10) en diagnostic principal, relié ou associé.

LIMITES ET BIAIS • Mortalité : Le codage CIM-9 est basé sur le phénotype (drépanocytose latente ou manifeste), ce que l'on peut plus ou moins assimiler à « drépanocytose majeure ou non ». Le codage CIM10 est plus proche du génotype en précisant pour certains codes le type d'hémoglobine, mais présente des codes ambigus (D57.1). Les hémoglobinoses composites Sb sont codées avec les drépanocytoses à partir de 2006. Avant, elles sont codées avec les thalassémies. L'analyse des décès en fonction du type de drépanocytose est donc limitée par ces ambiguïtés de la CIM10.

Les décès dans les DOM sont enregistrés à partir de 1981, sans exhaustivité jusqu'en 1998 car il n'y avait pas d'appariement effectué avec les fichiers d'état-civil de l'INSEE jusqu'à cette date.

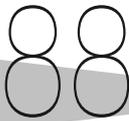
Hospitalisations : Les ambiguïtés du codage CIM10 ne permettent pas d'être certain du type de drépanocytose dont les patients sont atteints. On peut cependant penser que ceux qui sont hospitalisés à plusieurs reprises avec la drépanocytose codée en DA ou en DR ont un syndrome drépanocytaire majeur.

Dépistages néonataux : Le dépistage est systématique dans les DOM, ciblé en métropole. Il ne permet pas de connaître le nombre de sujets diagnostiqués ultérieurement (enfants ayant échappé au dépistage et immigrants).

RÉFÉRENCES •

- Bardakdjian-Michau J., 2008, «Le dépistage néonatal de la drépanocytose en France», *Archives de pédiatrie*, 15 : 738-740.
- Girot R., Bégue P., 2004, «La drépanocytose chez l'enfant en 2004», *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n° 3, 491-506, séance du 30 mars 2004.
- Kremp O., Paty A.-C., Suzan F., Aouba A., Pavillon G., Jouglu E., Bloch J., 2008, «Mortalité liée à la drépanocytose en France de 0 à 18 ans», *Archives de pédiatrie*, 15 : 629-632.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • InVS.



Drépanocytose (2)

diagnostic relié, 46,9% duraient 24 heures ou moins et 9% plus de 2 semaines. Ceux de plus de 24 heures duraient en moyenne 4,9 jours.

La moitié des hospitalisations ont lieu en Île-de-France, un quart dans les DOM, le reste dans les autres départements français de métropole.

De 2004 à 2006, 13 423 patients ont été hospitalisés, dont 7 111 ont été réadmis au moins une fois au cours de ces trois années, soit 46 175 séjours. Pour 7 241 patients, la drépanocytose est codée en diagnostic principal ou relié. Par ailleurs, au 31 décembre 2006, 7 271 personnes étaient inscrites en ALD pour drépanocytose dans les bases de l'assurance maladie (CNAMTS et RSI). On peut donc vraisemblablement évaluer la population des drépanocytaires majeurs à 7 000 patients au moins.

Les hommes sont majoritairement hospitalisés à des âges jeunes et les femmes à des âges adultes. Les patients hospitalisés ont en moyenne 24 ans : 17,5% des hospitalisations concernent des enfants de moins de 5 ans et 9,7% des enfants de 5 à 9 ans (graphique 3).

Entre 2004 à 2006, 975 enfants (7,3%) avaient moins d'un an au moment de leur première hospitalisation.

Les personnes sont hospitalisées en moyenne trois fois dans l'année, soit au total 8,8 jours d'hospitalisation par an. Elles sont hospitalisées en moyenne 4,3 fois sur deux années, pour une durée moyenne totale de 11,7 jours sur les deux ans.

Dépistages néonataux

Depuis le début du dépistage néonatal (depuis 1985 dans les DOM et depuis 1995 dans les groupes à risque en métropole), 2 241 syndromes drépanocytaires majeurs ont été dépistés en métropole et 1 244 dans les DOM. Le nombre annuel de dépistage néonatal augmente régulièrement. En 2006, 285 syndromes drépanocytaires majeurs ont été dépistés en métropole et 90 dans les DOM (tableau 2). ●

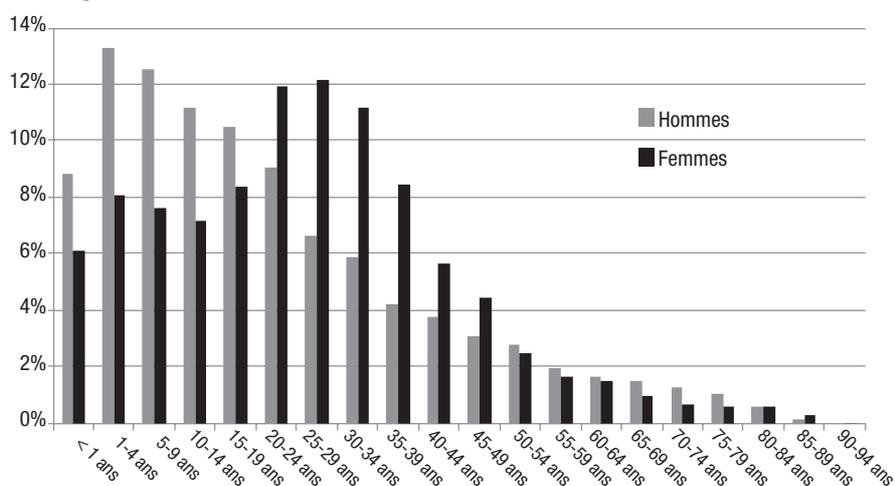
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

synthèse

Actuellement, le nombre de syndromes drépanocytaires majeurs dépistés à la naissance est supérieur à 300 par an. On peut estimer que le nombre de patients atteints de syndrome drépanocytairaire majeur est supérieur à 7 000 en France. Le nombre de décès liés à la drépanocytose est de 35 par an depuis 10 ans. Près de la moitié surviennent dans les DOM et un tiers en Île-de-France. La part des décès chez les moins de 5 ans a chuté de moitié en 25 ans et l'âge moyen au décès est passé de 22 ans à 31 ans lorsque la drépanocytose est codée en cause initiale et de 29 à 43 ans lorsqu'elle est codée en cause associée.

Une hospitalisation dure en moyenne 3,3 jours et les patients sont hospitalisés trois fois par an, soit une durée d'hospitalisation totale par patient et par an de 8,8 jours. La moitié des séjours ont lieu en Île-de-France, un quart dans les DOM.

GRAPHIQUE 3 • Patients hospitalisés pour drépanocytose entre 2004 et 2006 selon l'âge et le sexe



Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : ATIH.

TABLEAU 2 • Dépistage néonatal des syndromes drépanocytaires majeurs (SDM)

	Métropole			DOM			Total
	SS ou Sbthal	SC	SDM autre	SS ou Sbthal	SC	SDM autre	
2003	190	52	0	48	23	2	315
2004	178	43	0	49	28	0	298
2005	225	50	2	56	25	0	358
2006	230	55	0	57	33	0	375

Champ : France métropolitaine et DOM.

Sources : AFDPHE.

Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans

L'objectif de la loi de santé publique de 2004 est de **réduire de 30 % l'indice CAO¹ mixte moyen à l'âge de 6 ans (valeur cible : 1,2), ainsi que l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (valeur cible : 1,4) à un horizon quinquennal**. Les valeurs de départ étaient celles estimées en 1998 pour ces deux indicateurs : 1,7 pour le CAO mixte moyen à 6 ans et 1,94 pour le CAO moyen à 12 ans.

L'indice CAO est l'indicateur permettant de suivre l'évolution de la santé buccodentaire le plus couramment utilisé au niveau international. L'indice CAO moyen correspond à la moyenne du nombre total de dents cariées (C), absentes pour cause de carie (A) et obturées définitivement (O) d'une population donnée, rapportée au nombre de personnes examinées. L'indice CAO mixte moyen est établi en tenant compte des dents temporaires et permanentes de l'enfant.

L'objectif a été quantifié par comparaison avec les données disponibles dans d'autres pays d'Europe, en particulier les pays du Nord, dont les indices CAO sont à l'âge de 12 ans très proches de 1. Les âges de 6 et 12 ans ont été choisis car ils sont marqués par deux étapes importantes de la poussée dentaire : 6 ans est l'âge moyen d'éruption de la première molaire permanente ; 12 ans est l'âge moyen de l'éruption de la 2^e molaire permanente et c'est aussi l'âge auquel les dents définitives sont en place, à l'exception des dents de sagesse.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Distribution des indices CAO mixte pour les enfants de 6 ans et CAO pour les enfants de 12 ans

Depuis 1998, l'état de santé bucco-dentaire des enfants continue à s'améliorer de façon significative (tableau 1) : à l'âge de 12 ans, l'indice CAO ou indice carieux, représentant le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées, est passé de 4,20 en 1987 à 1,94 en 1998 et 1,23 en 2006. La proportion d'enfants de 12 ans totalement indemnes de carie (CAO de 0), qui était de 12 % en 1987 et de 40 % en 1998, a atteint 56 % en 2006. À l'âge de 6 ans, l'indice carieux est passé de 3,73 en 1987 à 1,38 en 2006 et le taux d'enfants totalement indemnes de carie était estimé à 63 %.

Le recul de la prévalence de la carie s'inscrit dans une tendance générale observée dans de nombreux pays développés. Cette évolution résulte probablement de nombreux facteurs

dont l'analyse fine reste à faire (progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires, etc.).

Malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restent marquées en 2006. À 12 ans, 6 % des enfants non indemnes cumulaient 50 % des dents atteintes et 20 % cumulaient 72 % des dents atteintes. Par ailleurs, les enfants d'agriculteurs (CAO moyen de 1,42), d'ouvriers (CAO moyen de 1,55), d'inactifs (CAO moyen de 1,60), de même que les enfants scolarisés en ZEP (CAO moyen de 1,49) ou en zone rurale (CAO moyen de 1,59) étaient plus significativement atteints (tableau 2). Globalement, si l'état dentaire des enfants s'améliore, celui des enfants les plus atteints a plus de mal à progresser : en 1998, un enfant de 12 ans à traiter (33 % des enfants) avait en moyenne besoin de soigner 2,3 dents permanentes ; en 2006, la moyenne est encore de 2,1 dents (23,1 % des enfants).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédent et suivant leurs 6 ans

La mesure phare du plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009 est l'instauration d'un examen de prévention à 6 et à 12 ans, pris en charge à 100 % sans avance de frais, de même que les soins dispensés pendant les six mois suivant l'examen (art. L2132-2-1 du Code de la santé publique). L'application de cette disposition s'est faite progressivement depuis 2006 par voie conventionnelle.

D'après les données de la CNAMTS, la proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédant et suivant leurs 6 ans est passée de 52,8 % pour la période 2003-2005 à 55,5 % pour la période 2005-2007 (tableau 3). Pour le RSI, ce taux est passé de 47,9 % pour 2004-2006 à 52,7 % pour 2006-2008. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

En 2006, l'indice CAO mixte moyen était estimé à 1,38 chez les enfants de 6 ans et à 1,23 chez les enfants de 12 ans. Ces évolutions très favorables résultent probablement de nombreux facteurs dont l'analyse fine reste à faire (progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, habitudes alimentaires, etc.).

Malgré cette amélioration d'ensemble qui concerne toutes les catégories socio-professionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restaient marquées en 2006. Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale étaient significativement plus atteints. Par ailleurs, si l'état dentaire des enfants s'améliore, celui des enfants les plus atteints a plus de mal à progresser.

1. L'indice CAO = C (nombre de dents cariées) + A (nombre de dents absentes pour cause de carie) + O (nombre de dents obturées définitivement dans la bouche de la personne examinée).

TABLEAU 1 • Évolution de l'indice carieux (CAO) et de la proportion d'enfants indemnes de caries

		1987	1998	2006
Indice CAO moyen	mixte à 6 ans	3,73	-	1,38
	à 12 ans	4,2	1,94	1,23
% d'enfants indemnes de caries	à 6 ans (coCAO = 0)	30 %	-	63,4 %
	à 12 ans (CAO = 0)	12 %	40 %	56,0 %

Champ : France métropolitaine.

Sources : UFSBD – DGS.

TABLEAU 2 • Évolution de l'indice carieux chez les enfants de 12 ans selon la PCS des parents, la zone géographique et le secteur éducatif

	Indice CAO		CAO = 0* (%)	
	1998	2006	1998	2006
Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS)				
Agriculteurs	2,4	1,42	33,3	45
Commerçants	1,87	1,15	38,2	55,7
Cadres supérieurs	1,46	0,9	47,2	67
Professions intermédiaires	1,71	1,21	43,2	56,9
Employés	1,86	0,97	42,9	60,7
Ouvriers	2,32	1,55	31,6	50,3
Autres**	2,43	1,6	29,7	42,5
Zone géographique				
Zones rurales	2,12	1,59	36,1	48,1
Petites agglomérations***	2,16	1,16	35,2	58,1
Grandes agglomérations***	1,82	1,21	41,2	56,2
Secteur				
Hors ZEP	-	1,18	-	57,3
ZEP	-	1,49	-	48,5
Total	1,94	1,23	39,2	55,9

* Proportion d'enfants « totalement indemnes » de caries.

** Chômeurs n'ayant jamais travaillé et inactifs (autres que retraités).

*** Petites agglomérations : < 20 000 habitants ; grandes agglomérations : > 20 000 habitants.

Champ : France métropolitaine.

Sources : UFSBD – DGS.

TABLEAU 3 • Proportion d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédant ou suivant leurs 6 ans*

	CNAMTS	RSI
2003-2005	52,8 %	-
2004-2006	54,9 %	47,9 %
2005-2007	55,5 %	54,9 %
2006-2008	-	52,7 %

* Données de la MSA non disponibles.

Champ : France entière.

Sources : Données de l'assurance maladie.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Enquêtes effectuées en 1987, 1998 et 2006 par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) à la demande de la direction générale de la santé (DGS). Ces enquêtes, réalisées à partir des fichiers de l'Éducation nationale sur des échantillons représentatifs nationaux, décrivent la prévalence de la carie dentaire chez les enfants de 6 et 12 ans ainsi que la répartition de cette pathologie selon le sexe, la catégorie socioprofessionnelle des parents et le type d'établissement scolaire fréquenté (public ou privé, ZEP ou non-ZEP, rural ou urbain). L'enquête de 1998 n'a porté que sur les enfants de 12 ans.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indice CAO moyen est le nombre moyen de dents cariées (C), absentes (A), ou obturées (O) par enfant. L'indice CAO est la somme des trois composantes C, A et O qui ont été recueillies de façon distincte par un chirurgien-dentiste. À 12 ans, on ne prend en compte que les dents permanentes pour mesurer le CAO. À 6 ans, on utilise l'indice CAO mixte (ou coCAO) qui, outre les dents permanentes, prend aussi en compte les dents temporaires (« dents de lait »). Le pourcentage d'enfants indemnes de toute carie correspond au pourcentage d'enfants dont le CAO est égal à zéro.

LIMITES ET BIAIS • Les enfants des DOM-TOM ne sont pas représentés dans les échantillons étudiés. Par ailleurs, les enfants accueillis dans les établissements spécialisés (instituts médico-éducatifs ou IME, établissements pour polyhandicapés) étaient également, par construction, absents des échantillons étudiés. Les quelques différences de structure des échantillons entre 1987, 1998 et 2006 pourraient expliquer une petite partie des différences de résultats mesurés en 2006.

RÉFÉRENCE •

— Patrick Hescot, Edith Roland, 2006, *La santé dentaire en France, enfants de 6 ans et 12 ans*, UFSBD.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD).

CHAMP • France entière, enfants âgés de 6 ans, ayant droit des assurés sociaux au régime général de l'assurance maladie ou au régime social des indépendants (RSI).

SOURCES • CNAMTS, RSI (OCAP1).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'indicateur a été construit à partir de la liquidation des codes suivants : Code Spécialité Médicale Professionnel de Santé Exécutant = stomatologie (code 18) ou chirurgie dentaire (Spécialiste ODF) (code 36) ou chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (code 45) OU Code nature d'activité pour les non-médecins Exécutants = chirurgie dentaire (code 19). Le numérateur correspond au nombre d'enfants ayant consulté au moins une fois un chirurgien dentiste au cours de l'année précédant ou suivant leurs 6 ans. Pour une année n, les périodes d'interrogation des bases concernent donc les années (n-1 à n+1). Le dénominateur est le nombre d'ayants droit ayant eu 6 ans l'année n pour les bénéficiaires assurés sociaux du régime général ou du régime social des indépendants (801 427 pour la période 2005-2007 et 743 889 pour la période 2004-2006).

LIMITES • Absence de données de la Mutualité sociale agricole (MSA) ; les données de consultation hospitalière ne sont pas prises en compte.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • Assurance maladie.

Suicides

L'objectif préconisé par la loi de santé publique de 2004 est de **réduire de 20 % le nombre des suicides** à un horizon quinquennal.

Cet indicateur est construit à partir de l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'INSERM.

Un certain nombre de suicides ne sont toutefois pas connus à partir de cette statistique nationale des décès : c'est le cas des personnes ayant fait l'objet d'un examen médico-légal, dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'INSERM ou de celles dont l'origine de la mort violente est restée indéterminée. Cette sous-évaluation a été précédemment estimée à 20 % pour les données nationales et un travail est en cours pour réactualiser ce chiffre à partir notamment de l'analyse des causes concurrentes de décès par suicide (morts violentes, accidents, etc.).

L'indicateur complémentaire que constitue l'incidence des tentatives de suicides (ou des récidives) n'a pas été retenu à cause du manque de données existantes et des difficultés de définition et de mesure.

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre et taux de décès par suicide en population générale

En 2006, 10 423 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine (tableau 1). Si l'on fait l'hypothèse d'une sous-estimation de 20 %, on compterait après correction 12 500 décès.

Le nombre de décès est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 593 et 2 830 en 2006), de même que les taux de décès standardisés sur l'âge (respectivement 23,6 et 8,0 décès pour 100 000 habitants, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes¹).

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge. En 2006, il s'élevait à 6,7 décès pour 100 000 habitants entre 15 et 24 ans et 33,7 après 74 ans (taux bruts, hommes et femmes confondus). En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 15 % du total des décès et constitue la seconde cause de décès après les accidents de la circulation ; à partir de 65 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès.

Globalement, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps (-10 % chez les hommes entre 2000 et 2006 et -6 % chez les femmes) (tableau 1 et graphique 1). La diminution est plus importante pour les plus âgés et pour les plus jeunes. Toutefois, les taux de décès par suicide augmentent chez les 45-54 ans, de façon modérée pour les femmes

(+2,2 % entre 2000 et 2006), mais plus marquée pour les hommes (+8 %).

Les taux de décès par suicide varient fortement selon les régions (tableau 2). En Bretagne, les taux dépassaient plus de 50 % le taux moyen de la France métropolitaine. Viennent ensuite les régions Poitou-Charentes, Picardie, Pays de la Loire, Nord - Pas-de-Calais, Basse-Normandie, Bourgogne, avec des taux supérieurs de plus de 20 % au taux moyen de France métropolitaine. Les régions Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées enregistraient les plus bas taux de décès par suicide (inférieurs de plus de 10 % au taux moyen de France métropolitaine). Entre 2000-2002 (période de référence) et 2006, les taux de décès par suicide ont eu tendance à diminuer quelle que soit la région considérée. Les seules régions où le suicide a augmenté sont la Lorraine, l'Alsace, les régions Poitou-Charentes et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et la Corse.

En 2006, les modes de suicide les plus fréquents étaient les pendaisons (46 %), les prises de médicaments (16 %), les armes à feu (15 %) et les sauts d'un lieu élevé (8 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 52 % des suicides et les armes à feu de 20 %. Pour les femmes, la pendaison (29 %) et la prise de médicaments (31 %) sont les modes les plus utilisés, avec une fréquence équivalente. Les modes de décès varient selon les régions : la pendaison est plus fréquente dans le nord de la France et l'utilisation d'armes à feu dans le Sud.

Pour l'ensemble des pays de l'Union euro-

péenne, le taux standardisé de décès par suicide s'élevait à 10,3 pour 100 000 habitants en 2006. La France se situait parmi les pays européens ayant un taux de suicide élevé², après la Finlande, la Belgique et la plupart des pays de l'Est (graphique 2). Les comparaisons internationales doivent cependant être interprétées avec prudence, du fait d'éventuelles différences en termes de qualité et d'exhaustivité des déclarations. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • INSERM-CÉPIDC.

1. Taux standardisés sur l'âge selon la population européenne d'Eurostat (IARC, 1976).

2. Voir note sur la sous-déclaration en bas du tableau 2.

synthèse

Entre 2000 et 2006, le nombre de suicides a décliné de 4 %. Les taux de décès par suicide sont nettement 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. Ils ont eu tendance à diminuer entre 1990 et 2006. Au sein de l'Europe, la France reste dans le groupe des pays à fréquence élevée de suicide.

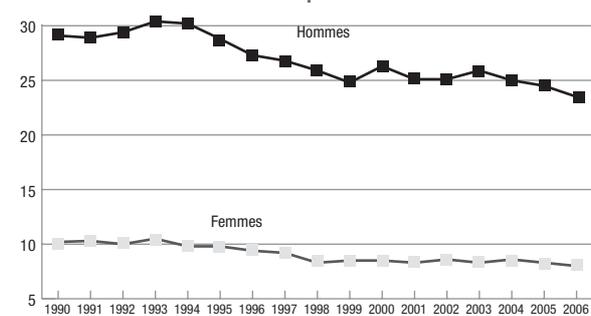
TABLEAU 1 • Nombre et taux de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âge

	Année	Nombre de décès	Taux de décès*	Variation 1990-2006**	Variation 2000-2006***
15-24 ans					
Hommes	1990	607	14,1		
	2000	471	12,1		
	2006	398	10,0	-29%	-17%
Femmes	1990	184	4,4		
	2000	137	3,6		
	2006	124	3,2	-27%	-12%
25-74 ans					
Hommes	1990	6 116	37,5		
	2000	6 143	35,1		
	2006	5 901	32,4	-14%	-8%
Femmes	1990	2 375	14,0		
	2000	2 237	12,2		
	2006	2 247	11,9	-15%	-3%
Plus de 74 ans					
Hommes	1990	1 441	105,9		
	2000	1 326	86,6		
	2006	1 272	68,1	-36%	-21%
Femmes	1990	661	25,6		
	2000	492	17,7		
	2006	451	13,9	-46%	-22%
Tous âges					
Hommes	1990	8 178	29,1		
	2000	7 975	26,3		
	2006	7 593	23,6	-19%	-10%
Femmes	1990	3 225	10,2		
	2000	2 874	8,5		
	2006	2 830	8,0	-21%	-6%
Total	1990	11 403	19,0		
	2000	10 849	16,8		
	2006	10 423	15,4	-19%	-8%

* Taux de décès pour 100 000 et taux standardisés selon population Eurostat pour les décès tous âges.** (Taux 2006 - Taux 1990) x 100/Taux 1990. *** (Taux 2006 - Taux 2000) x 100/Taux 2000.

Champ : France métropolitaine. Sources : INSERM-CépiDc.

GRAPHIQUE 1 • Taux de décès par suicide selon le sexe*



* Taux de décès pour 100 000, standardisés par âge (selon population d'Eurostat).

Champ : France métropolitaine. Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, population âgée de 15 ans ou plus.

SOURCES • INSERM-CépiDc.

MODE DE CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne d'Eurostat (ARC 1976). Pour les suicides, ont été retenus les décès comportant en cause initiale un des codes CIM9-E950-E959 jusqu'en 1999 et CIM10 X60-X84 et Y87.0 à partir de 2000.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des effectifs de suicides d'environ 20%.

RÉFÉRENCES •

- Jougla E., Péquignot F., Chappert J.-L., Rossolin F., Le Toulec A., Pavillon G., 2002, «La qualité des données de mortalité sur le suicide», *Revue épidémiologique en santé publique*; 50(1) : 49-62.
- Jougla E., Péquignot F., Le Toulec A., Bovet M., Mellah M., 2003, «Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide», *Actualité et dossier en santé publique*, 45; décembre : 31-34.
- Aouba A., Péquignot F., Le Toulec A., Jougla E., 2007, «Les causes médicales de décès en France et leurs évolutions récentes, 1980-2004», *Le Concours Médical*, 31-32 : 1085-1094.
- Péquignot F., Aouba A., Jougla E., à paraître, «Mortalité par suicide. Tendances et disparités», in Paugam S., Mesure S., *Perdre la raison de vivre. Comprendre le suicide*, PUF, coll. «Le lien social», Paris.
- Aouba A., Péquignot F., Le Toulec A., Jougla E., 2008, «Fréquence et caractéristiques de la mortalité par suicide en France métropolitaine», *Canal Psy*, 11 : 4-12.
- Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jougla E., 2009, «La mortalité par suicide en France en 2006», *Études et Résultats*, DREES, n° 702, septembre.

TABLEAU 2 • Taux de décès par suicide selon la région

Région	Taux standardisé*	Écarts à la moyenne**	Variations entre 2000-2002 et 2006***
Île-de-France ¹	-	-	-
Champagne-Ardenne	15,9	4%	-15%
Picardie	20,2	32%	-3%
Haute-Normandie	18,4	20%	-9%
Centre	17,1	12%	-14%
Basse-Normandie	19,6	28%	-10%
Bourgogne	18,7	22%	-7%
Nord - Pas-de-Calais	19,7	29%	-7%
Lorraine	17,9	17%	27%
Alsace	14,0	-8%	16%
Franche-Comté	17,2	13%	-14%
Pays de la Loire	19,8	29%	-6%
Bretagne	24,1	57%	-10%
Poitou-Charentes	21,5	41%	8%
Aquitaine	15,2	-1%	-8%
Midi-Pyrénées	12,7	-17%	0%
Limousin	16,3	7%	-21%
Rhône-Alpes	11,4	-25%	-23%
Auvergne	17,5	15%	-12%
Languedoc-Roussillon	15,8	3%	-7%
PACA	15,6	2%	5%
Corse	14,0	-9%	4%
France métropolitaine	15,3	0%	-7%

* Taux de décès pour 100 000, standardisés par âge (selon population Eurostat).

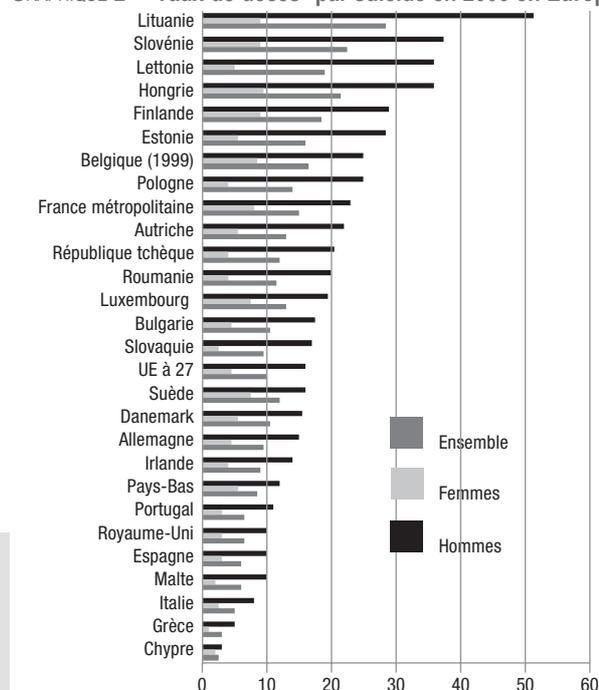
** Écart par rapport à la moyenne de la France métropolitaine = (taux régional - taux France métropolitaine) / taux France métropolitaine - à partir des taux standardisés.

*** Variation temporelle = (taux standardisé 2006 - taux standardisé moyen 2000-2002) / (taux standardisé moyen 2000-2002).

1. Taux non disponibles du fait d'une sous-déclaration importante liée à l'absence de transmission de l'institut médico-légal de Paris.

Champ : France métropolitaine, tous âges, deux sexes. Sources : INSERM-CépiDc.

GRAPHIQUE 2 • Taux de décès* par suicide en 2006 en Europe



* Taux de décès pour 100 000 standardisés par âge (selon population d'Eurostat).

Champ : 27 pays de l'Union européenne. Sources : Eurostat.

Accidents de la vie courante chez les enfants et les adolescents

L'objectif préconisé par la loi de santé publique de 2004 est de **réduire de 50 % la mortalité par accidents de la vie courante (AcVC) des enfants de moins de 14 ans** à un horizon quinquennal.

Les AcVC regroupent les accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs, à l'exclusion des accidents de la circulation. Les décès sont présentés selon l'âge (moins d'un an, 1-4 ans, 5-14 ans) et par sexe. On distingue les chutes, les suffocations, les noyades, les intoxications, les accidents par le feu et les autres accidents. Les données de mortalité sont fournies à partir de 2000, première année d'utilisation en France de la 10^e version de la Classification internationale des maladies (CIM 10).

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité par AcVC chez les enfants de moins de 15 ans

En 2006, 266 enfants de moins de 15 ans sont décédés d'un accident de la vie courante en France métropolitaine, soit un taux de 2,4 décès pour 100 000. Parmi ces enfants, on comptait 178 garçons et 88 filles (tableau 1). On a ainsi observé une surmortalité masculine, avec un sex-ratio de 2,0. Les enfants de moins d'un an étaient ceux qui présentaient le taux de décès par AcVC le plus élevé : il était de 6,5 décès pour 100 000 enfants (51 décès en 2006), alors que celui des 1-4 ans était de 3,8 (116 décès) et celui des 5-14 ans, de 1,3 (99 décès).

Les disparités régionales étaient globalement non significatives en 2004-2006 (tableau 2). Les régions Limousin, Corse, Franche-Comté, Centre et Midi-Pyrénées ont enregistré les taux de mortalité par AcVC les plus élevés (au moins 3 décès pour 100 000 enfants). Les régions Basse-Normandie, Bourgogne, Rhône-Alpes et Haute-Normandie comptaient les plus bas taux

de mortalité par AcVC (moins de 2 décès pour 100 000 enfants).

Les taux de mortalité par AcVC chez les enfants de moins de 15 ans ont diminué de façon importante entre 2000 et 2006 (-27%). Cette diminution a été plus importante chez les filles (-43%) que chez les garçons (-17%). Elle a été de -31% chez les moins d'un an, de -24% chez les 1-4 ans et de -29% chez les 5-14 ans (tableau 1).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Taux de mortalité par type d'AcVC chez les enfants de moins de 15 ans

En 2006, la noyade était la première cause de mortalité par AcVC des enfants de moins de 15 ans : 80 enfants sont décédés par noyade, ce qui représente un taux de 0,7 décès pour 100 000 enfants (tableau 3). Viennent ensuite les suffocations (49 décès), les accidents par le feu (38 décès), les chutes (31 décès), les intoxications (15 décès), les autres accidents de cause connue (15 décès). Les autres acci-

dents de cause non précisée représentent 38 décès. Les causes de décès (noyade, suffocation, chute, etc.) diffèrent selon l'âge : en particulier, les suffocations sont plus fréquentes chez les moins d'un an (25 décès) et les noyades chez les moins de 5 ans (50 décès).

L'évolution entre 2000 et 2006 du nombre de décès par type d'AcVC montre que le nombre de noyades a varié entre 122 (en 2003) et 70 (en 2005). Globalement, les taux de mortalité par noyade ont décliné de 5,7% par an sur 2000-2006. De même, le nombre de suffocations a varié entre 71 (en 2003) et 49 (en 2006). Globalement, les taux de mortalité par suffocation ont diminué de 5,2% par an au cours de la période 2000-2006. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS

synthèse

Globalement, le taux de mortalité par AcVC chez les enfants de moins de 15 ans a diminué de 27% entre 2000 et 2006 en France métropolitaine. Cette baisse a été deux fois plus forte chez les filles (-43%) que chez les garçons (-17%). Elle a été plus marquée chez les moins d'un an (-31%) et les 5-14 ans (-29%) que chez les 1-4 ans (-24%). Les évolutions des taux de décès par noyade et par suffocation ont décliné de plus de 5% par an au cours de la période 2000-2006.

TABLEAU 1 • Nombre et taux* de décès par AcVC des enfants de moins de 15 ans entre 2000 et 2006

	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Variation 2000-2006
	Nombre	Taux*	En %												
Hommes	209	3,7	253	4,4	206	3,6	213	3,7	176	3,1	167	2,9	178	3,1	-17
< 1 an	42	10,9	39	9,9	28	7,2	41	10,5	29	7,4	34	8,7	27	6,7	-38
1-4 ans	81	5,5	109	7,3	97	6,4	100	6,4	90	5,7	66	4,2	80	5,2	-6
5-14 ans	86	2,3	105	2,8	81	2,1	72	1,9	57	1,5	67	1,8	71	1,9	-19
Femmes	149	2,8	133	2,5	102	1,9	115	2,1	104	1,9	94	1,7	88	1,6	-43
< 1 an	30	8,2	24	6,4	29	7,8	27	7,3	26	7,0	16	4,3	24	6,3	-23
1-4 ans	65	4,6	65	4,6	43	3,0	57	3,8	43	2,9	52	3,5	36	2,4	-47
5-14 ans	54	1,5	44	1,2	30	0,8	31	0,9	35	1,0	26	0,7	28	0,8	-49
Ensemble	358	3,2	386	3,5	308	2,8	328	2,9	280	2,5	261	2,3	266	2,4	-27
< 1 an	72	9,6	63	8,2	57	7,5	68	9,0	55	7,2	50	6,5	51	6,5	-31
1-4 ans	146	5,1	174	6,0	140	4,7	157	5,2	133	4,3	118	3,8	116	3,8	-24
5-14 ans	140	1,9	149	2,0	111	1,5	103	1,4	92	1,2	93	1,3	99	1,3	-29

* Taux de décès pour 100 000.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

TABLEAU 2 • Nombre et taux* moyens annuels de décès par AcVC des enfants de moins de 15 ans selon la région de résidence en 2004-2006

	Garçons		Filles		Total	
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*
Île-de-France	27	2,3	19	1,7	46	2
Champagne-Ardenne	3,7	2,9	1,7	1,4	5	2,2
Picardie	6,3	3,3	2,3	1,3	9	2,3
Haute-Normandie	4,3	2,4	1,3	0,8	6	1,6
Centre	9	3,9	5	2,3	14	3,1
Basse-Normandie	2,3	1,7	1	0,8	3	1,3
Bourgogne	2,3	1,6	1,7	1,2	4	1,4
Nord-Pas-de-Calais	14,7	3,5	9	2,3	24	2,9
Lorraine	8,3	3,9	2,7	1,3	11	2,6
Alsace	4,7	2,7	3,7	2,3	8	2,5
Franche-Comté	5,3	4,9	2,3	2,3	8	3,6
Pays de la Loire	10,3	3,1	5	1,6	15	2,3
Bretagne	7,7	2,7	4,7	1,7	12	2,2
Poitou-Charente	5	3,4	1,7	1,2	7	2,3
Aquitaine	7	2,6	8	3,2	15	2,9
Midi-Pyrénées	10,3	4,4	4	1,8	14	3,1
Limousin	2,7	4,9	2	3,8	5	4,4
Rhône-Alpes	12,3	2,1	5,7	1	18	1,6
Auvergne	3	2,7	2,3	2,2	5	2,5
Languedoc-Roussillon	9	4,1	3,7	1,7	13	2,9
PACA	14,3	3,4	7,3	1,8	22	2,6
Corse	0,7	2,9	1	4,6	2	3,7
Hors métropole	3,3	-	0,3	-	4	-
France métropolitaine	173,7	3	95,3	1,7	269	2,6

Note : Les différences observées ne sont pas significatives.* Taux de décès pour 100 000.

Champ : France métropolitaine. Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Statistique nationale annuelle et exhaustive des causes de décès, INSERM-CépiDc.

CALCUL DE L'INDICATEUR • Nombre de décès obtenus par sélection des codes correspondant aux accidents de la vie courante, en cause initiale. Taux de mortalité (pour 100 000) = (nombre de décès/population moyenne de l'année en cours) x 100 000.

LIMITES ET BIAIS • Ceux de la certification et du codage des causes de décès.

RÉFÉRENCES •

— Lasbeur L., Thélot B., 2010, « Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 8, mars, p. 65-69.

— Thélot B., Ermanet C., Jouglia E., Pavillon G., 2006, « Classification internationale des maladies : listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatisme en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 42, octobre, p. 323-328.

— Ermanet C., Thélot B., Jouglia E., Pavillon G., 2006, « Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 42, octobre, p. 328-330, InVS.

— <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr> et <http://www.invs.sante.fr>
Dossiers thématiques Accidents de la vie courante.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR •

InVS et INSERM-CépiDc.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF •

InVS.

TABLEAU 3 • Nombre et taux* de décès par AcVC chez les enfants de moins de 15 ans, selon le type d'AcVC entre 2000 et 2006

	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Variation annuelle moyenne 2000-2006 (en %)
	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	Nombre	Taux*	
Chutes	23	0,21	45	0,41	28	0,25	37	0,33	33	0,29	32	0,29	31	0,27	4,6
< 1 an	5	0,65	2	0,26	2	0,26	7	0,92	2	0,26	5	0,65	3	0,38	
1-4 ans	10	0,35	26	0,89	13	0,44	18	0,59	21	0,68	16	0,52	15	0,5	
5-14 ans	8	0,11	17	0,23	13	0,18	12	0,16	10	0,14	11	0,15	13	0,17	
Suffocations	66	0,6	62	0,56	65	0,58	71	0,64	64	0,57	55	0,49	49	0,43	-5,2
< 1 an	43	5,72	34	4,42	30	3,93	40	5,26	33	4,32	21	2,75	25	3,2	
1-4 ans	17	0,59	18	0,62	21	0,7	23	0,76	22	0,72	22	0,72	18	0,59	
5-14 ans	6	0,08	10	0,14	14	0,19	8	0,11	9	0,12	12	0,16	6	0,08	
Intoxications	10	0,09	10	0,09	8	0,07	7	0,06	8	0,07	10	0,09	15	0,13	6,7
< 1 an	1	0,13	1	0,13	0	0	0	0	1	0,13	1	0,13	0	0	
1-4 ans	5	0,17	3	0,1	4	0,13	6	0,2	2	0,07	5	0,16	7	0,23	
5-14 ans	4	0,05	6	0,08	4	0,05	1	0,01	5	0,07	4	0,05	8	0,11	
Noyades	112	1,01	110	0,99	99	0,89	122	1,09	77	0,69	70	0,62	80	0,71	-5,7
< 1 an	7	0,93	7	0,91	11	1,44	10	1,31	11	1,44	11	1,44	11	1,41	
1-4 ans	60	2,09	63	2,16	60	2,01	73	2,41	47	1,53	40	1,3	39	1,29	
5-14 ans	45	0,6	40	0,54	28	0,38	39	0,53	19	0,26	19	0,26	30	0,4	
Feu	47	0,42	51	0,46	31	0,28	28	0,25	38	0,34	35	0,31	38	0,34	-3,6
< 1 an	5	0,66	4	0,52	3	0,39	3	0,39	4	0,52	3	0,39	4	0,51	
1-4 ans	25	0,87	28	0,96	13	0,44	15	0,49	16	0,52	13	0,42	20	0,66	
5-14 ans	17	0,23	19	0,26	15	0,2	10	0,14	18	0,24	19	0,26	14	0,19	
Autres, précisés**	19	0,17	26	0,23	21	0,19	17	0,15	21	0,19	9	0,08	15	0,13	-4
< 1 an	0	0	1	0,13	0	0	1	0,13	1	0,13	0	0	0	0	
1-4 ans	4	0,14	6	0,21	8	0,27	5	0,16	11	0,36	6	0,2	3	0,1	
5-14 ans	15	0,2	19	0,26	13	0,18	11	0,15	9	0,12	3	0,04	12	0,16	
Autres, non précisés	81	0,73	82	0,74	56	0,5	46	0,41	39	0,35	50	0,45	38	0,34	-12,1
< 1 an	11	1,46	14	1,69	11	1,44	7	0,92	3	0,39	9	1,18	8	1,02	
1-4 ans	25	0,83	30	1,03	21	0,71	17	0,56	14	0,46	16	0,52	14	0,46	
5-14 ans	45	0,6	38	0,51	24	0,32	22	0,3	22	0,3	25	0,34	16	0,21	

* Taux de décès pour 100 000.

** Autres précisés : V90-V94 : accidents de transport par eau ; V96 : accidents d'aéronef sans moteur ; V98-V99 : accidents de transport, autres et sans précision ; W53-W64, X20-X29 : morsures et piqûres ; W44, pénétration de corps étranger ; W20-W22, W50-W52 : chocs accidentels ; W23 : compression ; W25-W29, W45 : coupure, perforation ; W35-W38 : accidents provoqués par explosion de récipients sous pression ; W32-W34 : accidents par arme à feu ; W39-W40 : accidents causés par explosifs ; X10-X19 : brûlures ; W85-W87 : accidents causés par le courant électrique ; X50 : efforts excessifs et faux mouvements ; W41 : exposition à un jet à haute pression ; W49 : exposition à des forces mécaniques autres et sans précision ; Y86 : séquelles d'accidents, autres que de transport.

Champ : France métropolitaine. Sources : INSERM-CépiDc.

Traumatismes liés à la violence routière (1)

La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif, à un horizon quinquennal, de **réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation**. En 1970, le taux de mortalité à 30 jours après accident de la route s'élevait à 325,5 décès par million d'habitants en France métropolitaine. Il est passé de 198,2 en 1990 à 136,4 en 2000 mais a de nouveau augmenté en 2001.

Relativement à des pays comparables, la France se caractérisait à cette date par une mortalité liée à la violence routière élevée. Elle se situait au 15^e rang des 27 pays de l'Union européenne: la mortalité à 30 jours (136,4 par million d'habitants) y était deux fois plus élevée qu'en Suède (59,9) ou au Royaume-Uni (66,7).

■ INDICATEUR PRINCIPAL

Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route

En 2008, 4 443 personnes étaient décédées dans les 30 jours suivant un accident de la route en France, dont 168 dans les départements d'outre-mer (DOM). Rapportés à la population, les taux de mortalité à 30 jours par million d'habitants s'élevaient à respectivement 68,8 en métropole et 91,8 dans les DOM. Les hommes étaient trois fois plus nombreux que les femmes et les 15-24 ans étaient les plus touchés (26,4 % de l'ensemble des tués). La moto reste le mode déplacement le plus dangereux: en 2008, 18,6 % des tués étaient morts d'un accident de moto. Parmi eux, 79 % avaient entre 15 et 44 ans et 48 % entre 20 et 34 ans. Ce sont les routes de rase campagne (nationales ou départementales) qui sont les plus dangereuses.

L'année 2008 est la septième année consécutive d'évolution favorable, avec 7,5 % de tués en moins par rapport à 2007 en métropole. En sept ans (2001-2008), le taux de mortalité à 30 jours a diminué de 50 % (graphique 1). En 2008, le nombre de tués a diminué pour toutes les classes d'âge, le plus fortement pour les moins de 14 ans (-23,8 %) et les 15-17 ans (-14,0 %). Il a diminué de 10,0 % pour les 25-44 ans et de 8,3 % pour les 65 ans ou plus. La baisse était plus modérée pour les 45-64 ans (-2,8 %) et les 18-24 ans (-2,3 %).

Il existe des disparités régionales (tableau 1). Pour apprécier ces disparités en tenant compte du trafic et de sa répartition entre les différentes catégories de réseaux, un indicateur d'accidentologie locale (IAL), basé sur le nombre de décès, compare les résultats d'une région à ce qu'ils seraient si cette région avait

les mêmes taux de risque que la France métropolitaine sur ses différents réseaux routiers. Les régions les plus mal classées sont la Corse, la Picardie, la Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), le Centre et le Languedoc-Roussillon. Parmi les meilleurs résultats, on trouve l'Île-de-France et le Nord - Pas-de-Calais, qui ont de fortes caractéristiques urbaines, ainsi que l'Alsace, la Bretagne, la Bourgogne et la Basse-Normandie.

En 2007, la France métropolitaine se plaçait au 8^e rang des 27 pays de l'Union européenne. Elle se situait devant l'Autriche, l'Espagne, l'Italie et la Belgique mais après l'Allemagne, la Suède, le Royaume-Uni, et les Pays-Bas (graphique 2).

■ INDICATEURS COMPLÉMENTAIRES

Taux de mortalité après accident de la route

En 2006, 4 708 décès par accident de la circulation ont été enregistrés, dont 75,5 % étaient survenus chez des hommes. Ces données issues des certificats de décès ne sont pas limitées aux 30 jours suivant la survenue du traumatisme. Elles sont cependant très corrélées aux données issues du fichier national des accidents corporels et confirment les tendances observées dans le temps et dans les groupes à risque pour la mortalité à 30 jours: en 2006, les taux de décès étaient 3,5 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes et étaient plus élevés chez les 15-24 ans (155 pour un million d'habitants) que chez les personnes plus âgées (94 au-delà de 65 ans). Les taux de décès ont fortement diminué entre 1990 et 2006 (-55 % chez les hommes et -62 % chez les femmes). Les disparités régionales ne sont pas comparables, dans la mesure où les données correspondent dans un cas au lieu

d'enregistrement du décès de la victime et dans l'autre à son lieu de domicile. Les régions Bourgogne, Centre, Languedoc-Roussillon et Picardie ont enregistré les taux standardisés de décès les plus élevés.

Taux d'hospitalisation de 6 jours ou plus après accident de la route

Les données de l'ONISR ne comprennent pas le taux spécifique de «blessés graves» mais, d'une part, le nombre de victimes (blessés légers, blessés graves et tués) et, d'autre part, le taux de victimes par rapport à la population. De plus, la définition des «blessés graves» a été modifiée en 2005: le blessé hospitalisé plus de 24 heures a remplacé le blessé grave hospitalisé plus de 6 jours. Le nombre et la part des blessés graves, hospitalisés plus de 6 jours, ne peuvent plus être suivis dans le temps depuis 2005.

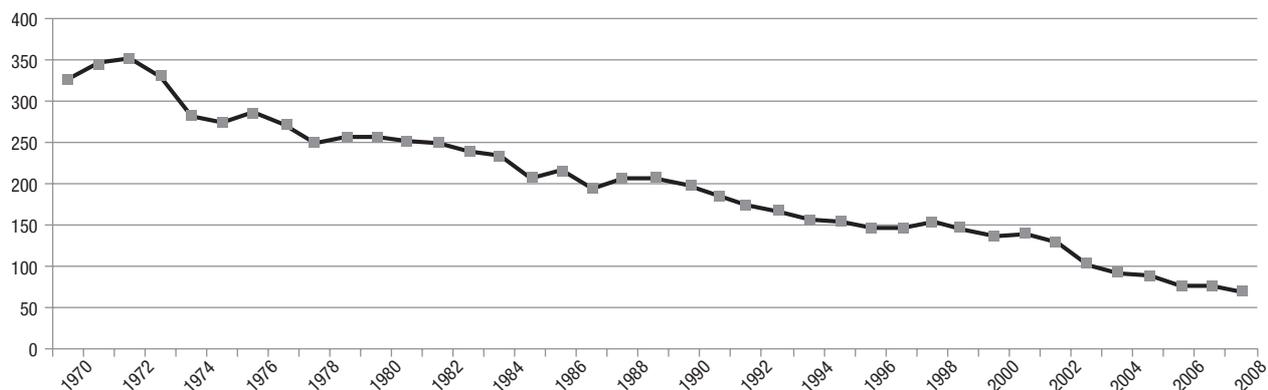
En 2004, sur 85 390 accidents corporels recensés en France métropolitaine, 108 727 blessés ont été dénombrés, dont 17 435 (16 %) ont été hospitalisés pour une durée de 6 jours ou plus. La part de ces blessés graves a diminué, passant de 24 % en 1985 à 22 % en 1995 et 17 % en 2000. Elle était plus élevée chez les personnes âgées de plus de 65 ans et les motocyclistes: respectivement 24 % et 19 % étaient des blessés graves, hospitalisés au moins 6 jours. En 2008, 36 179 blessés hospitalisés plus de 24 heures ont été recensés (soit une baisse de 11 % par rapport à 2005).

Fréquence des traumatismes responsables d'au moins une lésion associée à un pronostic sévère (IIS \geq 3)

Cet indicateur est estimé à partir des données du registre des accidentés de la circulation dans le département du Rhône, qui fonctionne depuis 1995. Le niveau de déficience IIS (*Injury Impairment Scale*) est calculé *a priori* grâce à la codification précise des lésions et permet de prévoir dès le constat du bilan lésionnel le niveau de déficience à un an.

Entre 2002 et 2007, 51 782 personnes blessées dans un accident corporel de la circulation ont été recensées par le registre. Parmi elles, 562 sont décédées et 524 ont survécu avec des lésions pour lesquelles on prévoyait des séquelles majeures (sérieuses à maximales, c'est-à-dire IIS \geq 3). Ces séquelles majeures

GRAPHIQUE 1 • Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route (par million d'habitants)



Champ : France métropolitaine.
Sources : ONISR.

TABLEAU 1 • Évolution de l'indice d'accidentologie locale (IAL)*
30 jours après un accident de la route en région

	Tués par million habitants en 2008	IAL 1995-1999	IAL 2003-2007	IAL 2004-2008
Alsace	53	0,81	0,89	0,83
Aquitaine	78	1,07	1	0,96
Auvergne	56	1,16	1,23	1,16
Basse-Normandie	83	0,88	0,84	0,78
Bourgogne	104	1,08	0,86	0,83
Bretagne	75	0,81	0,78	0,78
Centre	98	1,22	1,27	1,25
Champagne-Ardenne	73	1,03	1,16	1,08
Corse	117	1,36	1,58	1,81
Franche-Comté	95	0,85	1,15	0,98
Haute-Normandie	69	1	0,91	0,91
Île-de-France	32	0,8	0,8	0,84
Languedoc-Roussillon	119	1,21	1,24	1,26
Limousin	95	0,96	1,03	0,98
Lorraine	69	1,1	0,94	0,94
Midi-Pyrénées	90	1,17	1,13	1,14
Nord-Pas-de-Calais	50	0,72	0,85	0,8
Pays de la Loire	69	1,02	1,06	0,99
Picardie	95	1,25	1,29	1,29
Poitou-Charentes	99	1,08	1,14	1,16
PACA	80	1,17	1,27	1,28
Rhône-Alpes	61	0,92	0,82	0,94
Métropole	69	1	1	1
Guadeloupe	139	-	-	-
Martinique	88	-	-	-
Guyane	122	-	-	-
Réunion	65	-	-	-

* IAL : Indicateur d'accidentologie locale basé sur les données de mortalité (voir encadré méthodologique)

Champ : France entière.
Sources : ONISR.

CHAMP • France entière, population tous âges.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Dénominateur : estimations localisées de population (métropole), INSEE, Données au 1^{er} janvier 2004. DOM recensement 1999. Numérateur : nombre de décès et taux de mortalité à 30 jours après accident de la route. En France, jusqu'en 2004, était comptabilisé le nombre de victimes décédées sur le coup ou dans les 6 jours suivant l'accident. Pour obtenir le nombre de victimes à 30 jours, conformément aux dispositions retenues au niveau international, un coefficient multiplicateur a été appliqué. Pour les comparaisons européennes et temporelles entre 1970 et 1994, ce coefficient est égal à 1,09 pour les données jusqu'en 1992 et à 1,057 pour les données de 1993 à 2004. Il a été revu à 1,069 en 2005, date à laquelle la définition internationale a été adoptée. C'est ce coefficient qui a été appliqué pour comparer les données 2004 aux données 2005 en France et pour le calcul des indicateurs d'accidentologie locale (IAL) au niveau régional entre 1995 et 2004. Les taux sont calculés globalement, par tranche d'âge et par région. Le dénominateur correspond à la population sur laquelle est calculé le taux de décès. L'IAL est un indicateur basé sur les données de mortalité. Il permet d'apprécier le risque de décès à 30 jours par rapport à la référence constituée par les données de la métropole en prenant en compte les particularités des réseaux et des trafics au niveau local.

SOURCES • Fichier national des accidents corporels gérés par l'ONISR ; données issues des bulletins d'analyse d'accidents corporels (BAAC) établis par les services de police et de gendarmerie) et INSEE : données démographiques.

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation du nombre de décès à 30 jours.

RÉFÉRENCE •

— www.securiteroutiere.gouv.fr/observatoire.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • ONISR.

Traumatismes liés à la violence routière (2)

touchaient principalement les membres inférieurs (4 cas sur 10) et la tête (4 cas sur 10), moins souvent la colonne vertébrale (1 cas sur 10). Parmi les victimes, 71 % étaient des hommes, majoritairement jeunes : plus de la moitié avaient moins de 30 ans et plus d'un quart avaient moins de 20 ans. Pour la quasi-totalité de ces victimes (98 %), des séquelles graves étaient prévues pour une seule région corporelle. Les membres inférieurs des usagers de deux-roues, motorisés ou non, sont particulièrement exposés. Il s'agit de dégâts des grosses articulations ou d'amputations, qui ont concerné dans près de 4 cas sur 10 des usagers de deux-roues à moteur. Leur gravité est cependant moindre que les séquelles attendues pour la tête ou la colonne vertébrale. Les séquelles à la tête sont aussi nombreuses et les piétons y sont particulièrement exposés. Ces séquelles, les plus lourdes pour l'avenir de la victime, peuvent toucher l'intellect, la mémoire, le comportement, la motricité, la vue, etc. Les séquelles médullaires (tétraplégies ou paraplégies) touchent surtout les usagers de deux-roues à moteur et les automobilistes.

La part des victimes pour lesquelles des séquelles lourdes étaient prévues a augmenté par rapport à la période précédente : elle est passée de 0,7 % pour 1997-2001 à 1,0 % pour 2002-2007. En effectifs, les victimes présentant des séquelles lourdes étaient maintenant presque aussi nombreuses que les tués (ratio de 0,93), ce qui n'était pas le cas dans la période précédente (ratio de 0,60). L'incidence moyenne annuelle des séquelles graves n'a pas diminué, passant de 5,0 pour 100 000 en 1996-2001 à 5,3 en 2002-2007. La tendance

était la même pour les hommes (de 7,7 à 7,8 pour 100 000) et les femmes (de 2,5 à 3,0 pour 100 000). L'absence de diminution de l'incidence globale des séquelles lourdes est due à l'augmentation des atteintes des membres inférieurs (0,45 % de l'ensemble des victimes en 2002-2007 contre 0,18 % en 1996-2001).

La projection de ces résultats sur la France métropolitaine est disponible pour la période 1996-2004. On a pu quantifier l'évolution annuelle du nombre de blessés, toutes gravités confondues (de 554 688 en 1996 à 400 236 en 2004), de blessés hospitalisés 24 heures (de 151 427 à 104 568) et de blessés graves, dont l'ISS est supérieur à 9 (de 66 485 à 49 465). En revanche, il convient de rester prudent sur l'évolution du nombre de blessés avec séquelles graves (IIS ≥ 3), en se limitant à une

estimation annuelle moyenne sur la période (7 479 blessés exposés à de telles séquelles). Ce nombre est tout à fait comparable à celui des décès au cours de la même période : 7 344 tués à six jours en moyenne selon l'ONISR, soit une létalité de 1,4 %. Cependant, cette similitude globale masque de grandes disparités selon les catégories d'usagers : si le ratio des blessés avec séquelles graves par rapport aux tués restait proche de l'unité pour les piétons (0,9), il était de 0,7 pour les automobilistes et à l'inverse de 1,7 pour les usagers de deux-roues à moteur et de 3,3 pour les cyclistes. ●

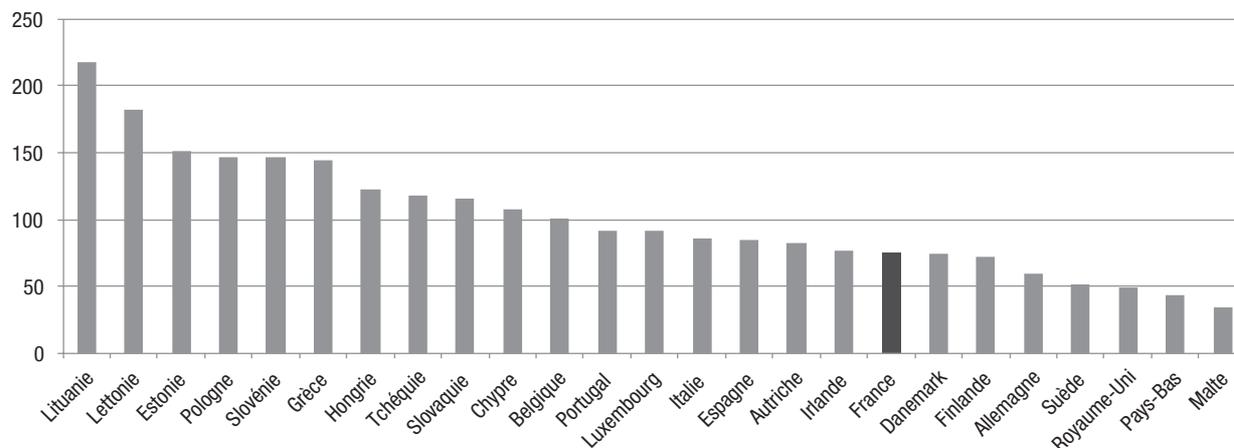
ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE
DE L'OBJECTIF • DREES - UMRESTTE.

synthèse

En 2008, 4 275 personnes étaient décédées 30 jours après un accident de la route en France métropolitaine et 168 dans les DOM, soit une baisse de 21 % pour la période 2004-2008. Le taux de mortalité à 30 jours était ainsi estimé à 68,8 pour un million d'habitants en métropole. C'est la septième année consécutive que le bilan s'améliore. Les 15-24 ans, en particulier chez les hommes, étaient les plus exposés et la moto restait le mode de déplacement le plus dangereux. En matière de comparaison internationale, la France se situait au 8^e rang des pays européens pour le taux de mortalité à 30 jours après accident de la route – elle se plaçait au 15^e rang en 2001.

En 2004, 16 % des blessés étaient hospitalisés pour une durée d'au moins 6 jours. La part des blessés graves était plus élevée pour les personnes âgées de plus de 65 ans (24 %) et les motocyclistes (19 %). Cet indicateur a tendance à diminuer dans le temps mais n'est plus évalué depuis 2005, le « blessé hospitalisé plus de 24 heures » lui ayant été préféré depuis (36 179 blessés hospitalisés plus de 24 heures ont ainsi été recensés en 2008, soit une baisse de 11 % par rapport à 2005). D'après la projection des données du registre des accidents 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.

GRAPHIQUE 2 • Taux de mortalité à 30 jours après accident de la route en Europe en 2007 (par million d'habitants)



Champ : Union européenne (27 pays).
Sources : ONISR.

CHAMP • France entière, population tous âges.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS •

Effectifs, taux bruts et taux standardisés sur la population européenne de décès par accident de la circulation (Eurostat, IARC, 1976). Ont été retenus les décès comportant en cause initiale un accident de la circulation (code CIM 9 jusqu'en 1999 : E810-E819, E826-E829 et CIM 10 à partir de 2000 : V01-V89).

SOURCES • INSERM-CépiDc (Eurostat pour les comparaisons européennes).

LIMITES ET BIAIS • Sous-estimation des accidents de la circulation en tant que cause initiale de décès.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INSERM – CépiDc.

CHAMP • Département du Rhône (et projections nationales), population tous âges.

CONSTRUCTION DES INDICATEURS • Nombre de victimes survivantes porteuses d'au moins une lésion causée par un accident de la route et susceptible de laisser une séquelle lourde un an plus tard (lésions IIS 3 «sérieuse» à IIS 6 «séquelle maximale»).
 Nombre de victimes, survivantes porteuses d'au moins une lésion causée par un accident de la route (sa gravité AIS pouvant varier de 1 à 6), grièvement blessées (ISS ≥ 9 : la somme des carrés des gravités AIS des trois lésions les plus graves est supérieure ou égale à 9).

SOURCES • Registre des accidents de la circulation dans le département du Rhône (INRETS-UMRESTTE : Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport, travail, environnement).

LIMITES ET BIAIS • Le niveau de déficience IIS repose sur la codification précise des lésions, à partir de l'examen médical réalisé à l'admission des victimes. Il représenterait le niveau effectivement atteint à un an chez au moins 80% des victimes atteintes d'une lésion. Il n'a pas été validé à grande échelle. Pour les faibles niveaux (< 3), il est sujet à caution car la récupération dépend de nombreux facteurs autres que la lésion elle-même. En revanche, pour les séquelles graves, la déficience reposant sur une perte de substance ou destruction d'organe, la prévision serait assez fiable et précise.

RÉFÉRENCES •

- Voir la page consacrée à l'ONISR sur le site www.securiteroutiere.gouv.fr
- Chiron M., Gadegbeku B., Ndiaye A., in press, « Conséquences sanitaires des accidents de la route », in ONISR (sous la dir. de), *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2008*, La Documentation française, Paris.
- Amoros E., Martin J.-L., Laumon B., 2008, « Estimation de la morbidité routière, France, 1996-2004 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 19, mai, p. 157-160.

ORGANISMES RESPONSABLES DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • UMRESTTE (UMR T 9405 INRETS-Université Lyon 1-InVS).

Contraception

La loi de santé publique de 2004 a pour objectif d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans de bonnes conditions à toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

Au moment de la prescription d'une contraception, se pose la question de l'adaptation des méthodes contraceptives utilisées aux conditions de vie des femmes. L'ANAES, associée à l'INPES et à l'AFSSAPS, a publié en décembre 2004 des recommandations pour renforcer l'efficacité des méthodes contraceptives en pratique courante¹.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Fréquence et répartition des méthodes contraceptives utilisées et du recours à la contraception d'urgence par les femmes de 15 à 49 ans ayant des relations sexuelles et souhaitant éviter une grossesse

En 2005, selon le Baromètre santé, 21,1% des femmes âgées de 15 à 49 ans sexuellement actives déclaraient ne rien faire (ou pas systématiquement) pour éviter une grossesse. Les principales raisons évoquées sont l'attente ou le désir d'enfant et une stérilité. En revanche, 4,6% des femmes de 15 à 49 ans, concernées par une grossesse non prévue², déclarent ne pas utiliser (ou pas systématiquement) un moyen de contraception.

Parmi les méthodes de contraception, la pilule demeure la plus utilisée : 58,7% des femmes âgées de 18 à 49 ans y recourent en 2005. Les femmes de 20 à 24 ans sont celles qui recourent le plus à la pilule contraceptive. Le stérilet est utilisé essentiellement par les femmes âgées de 35 ans ou plus, tandis que l'usage du préservatif masculin ne concerne que 11,5% des femmes (tableau 1). Son usage dépend avant tout de l'âge, les moins de 20 ans étant celles qui y recourent le plus (20,9%). Quant aux méthodes traditionnelles, moins de 3% des femmes interrogées y recourent, avec une fréquence plus importante aux âges les plus élevés.

En 2005, 15,2% des femmes de 15 à 49 ans déclaraient avoir déjà utilisé la contraception d'urgence au cours de leur vie, alors qu'elles n'étaient que 8,9% en 2000 (tableau 2). 30,3% des plus jeunes, âgées de moins de 20 ans, l'ont déjà utilisée et 19,1% au cours de l'année précédente.

Taux d'incidence des IVG

En 2007, 213 380 femmes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG)

en France métropolitaine, soit 14,7 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans contre 14,1 en 2001. Les taux de recours sont très différenciés selon les générations, allant de 27 ‰ chez les femmes de 20-24 ans à 6 ‰ chez les femmes de 40-44 ans. Les mineures représentaient 5% des femmes ayant eu une IVG en 2001 et 6% en 2005, 2006 et 2007.

Avec un taux moyen de 29 IVG pour 1 000 femmes, la fréquence de recours à l'IVG dans les départements d'outre-mer (DOM) était deux fois plus importante qu'en métropole. Les régions Corse, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont demeurées celles où les IVG étaient les plus fréquentes, avec des recours supérieurs à 19 IVG pour 1 000 femmes³.

Au sein de l'Union européenne (27 pays), la France se situait parmi les pays présentant les taux d'incidence des IVG les plus élevés, juste derrière l'Estonie, la Roumanie, la Bulgarie, la Lettonie, la Hongrie et la Suède, où les taux d'IVG étaient supérieurs à 17 ‰. C'est en Europe de l'Est que les taux étaient les plus élevés, mais ils ont fortement diminué depuis le début des années 2000, tandis qu'ils ont légèrement augmenté dans certains pays d'Europe de l'Ouest, comme l'Espagne et la Belgique.

Délais de prise de rendez-vous d'IVG

En 2007, selon les données de la Statistique annuelle des établissements (SAE), la moitié des IVG ont été réalisées dans un délai de 8 jours entre la date de la demande et la réalisation de l'IVG, un quart d'entre elles avant 6 jours et un autre quart au-delà de 10 jours.

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Vente de contraceptifs utilisés en contraception d'urgence

En 2008, environ 1,2 million de boîtes de médicaments prescrits pour la contraception

d'urgence ont été vendues, soit plus de 7 fois plus qu'en 1999 (tableau 3). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

1. Service des recommandations professionnelles de l'ANAES, 2004, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf).

2. Femmes ayant un partenaire au moment de l'enquête, sexuellement actives dans les douze derniers mois, non stériles, n'attendant ou ne cherchant pas à avoir d'enfants.

3. Vilain A, 2009, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, n° 713, décembre.

synthèse

En 2005, 4,6% des femmes de 15 à 49 ans concernées par une grossesse non prévue n'utilisaient pas ou pas systématiquement de moyen contraceptif. 58,7% de celles qui avaient recours à un moyen contraceptif utilisaient la pilule, 24,2% le stérilet et 11,5% le préservatif masculin. Ces modes de contraception représentaient 94,4% des méthodes employées. L'utilisation de la contraception d'urgence a fortement progressé entre 2000 et 2008, notamment chez les plus jeunes.

14,7 pour 1 000 femmes ont eu recours à une IVG en 2007 contre 14,1 en 2001. Les taux varient selon les régions, les IVG étant plus fréquentes dans les DOM (taux moyen de 29 IVG pour 1 000 femmes) ainsi que dans les régions Corse, Île-de-France, et Provence-Alpes-Côte d'Azur (taux de recours supérieurs à 19 IVG pour 1 000 femmes).

TABLEAU 1 • Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes* âgées de 15 à 49 ans en 2005 (en %)

	Pilule	Stérilet	Préservatif masculin	Méthodes locales ou naturelles	Stérilisation	Implant
15-19 ans	78,1	0,0	20,9	0,2	0,0	0,8
20-24 ans	87,7	1,1	9,6	0,5	0,0	1,1
25-34 ans	67,0	16,9	11,5	2,6	0,2	1,8
35-49 ans	43,3	38,3	10,6	2,8	3,9	1,1
Total	58,7	24,2	11,5	2,3	2,0	1,3

* Parmi les femmes déclarant utiliser, systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives dans les douze derniers mois, non stériles, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant, ayant un partenaire au moment de l'enquête.

Champ : France métropolitaine.

Sources : Baromètre santé 2005.

TABLEAU 2 • Évolution du recours à la contraception d'urgence selon l'âge en 2000 et 2005* (en %)

Proportion de femmes déclarant avoir déjà pris la contraception d'urgence (en %)	2000	2005
15-19 ans	12,2	30,3
20-24 ans	16,0	31,8
25-34 ans	10,0	16,8
35-49 ans	6,3	8,6
Total	8,9	15,2

Champ : France métropolitaine. Femmes âgées de 15 à 49 ans sexuellement actives, c'est-à-dire ayant eu un rapport sexuel dans leur vie.

Sources : Baromètres santé 2000 et 2005.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • Baromètres santé 2000 (n = 4 414) et 2005 (n = 8 089) de l'INPES.

MÉTHODOLOGIE • Enquêtes téléphoniques de type déclaratif, sondage aléatoire.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • INPES.

TABLEAU 3 • Évolution du nombre de boîtes de médicaments prescrits pour la contraception d'urgence entre 1999 et 2008

	Norlevo®	Levonorgestrel	Total
1999	165 719	-	165 719
2000	569 104	-	569 104
2001	623 954	-	623 954
2002	725 753	-	725 753
2003	811 433	-	811 433
2004	918 304	-	918 304
2005	1 033 303	-	1 033 303
2006	1 100 053	-	1 100 053
2007	1 068 031	110 481	1 178 512
2008	883 142	326 081	1 209 223

Champ : France entière.

Sources : GERS.

CHAMP • Officines pharmaceutiques, France entière.

SOURCES • Groupe pour l'élaboration et la réalisation statistique (GERS), groupement d'intérêt économique issu de l'industrie pharmaceutique. Regroupe la majeure partie des laboratoires pharmaceutiques présents en France.

MÉTHODOLOGIE • Collecte des données de ventes directes et indirectes auprès des laboratoires pharmaceutiques adhérents au GERS et de grossistes répartiteurs. Retours de stocks pris en compte.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.

Chutes des personnes âgées

Chez les personnes de 65 ans et plus, les chutes constituent une partie importante (plus de 80%) des accidents de la vie courante (AcVC). Elles surviennent souvent à domicile, mais aussi dans toutes les autres activités de la vie (loisirs, déplacements, etc.). L'objectif de la loi de santé publique de 2004 est de **réduire de 25% le nombre annuel de chutes des personnes de 65 ans et plus à un horizon quinquennal**. L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle. On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs intrinsèques liés à la personne et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement. Peu d'enquêtes permettent actuellement de rendre compte de ces divers facteurs de la vie courante occasionnant les chutes. Les estimations du nombre et de l'incidence des chutes chez les 65 ans et plus ayant entraîné un recours aux urgences ont été calculées à partir des données 2004 de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Elles pourront être actualisées et affinées par âge dans les années ultérieures. Les données déclaratives sur les chutes entre 65 et 75 ans sont issues du Baromètre santé de l'INPES. Les décès par chute chez les personnes de 65 ans et plus proviennent des données de mortalité codées à partir de 2000 selon la 10^e version de la Classification internationale des maladies.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Incidence annuelle des chutes ayant entraîné un recours aux urgences hospitalières chez les personnes âgées de 65 ans et plus

En France, en 2004, on a pu estimer à partir de l'enquête EPAC que 4,5% (intervalle de confiance, IC [4,4-4,7]) des personnes de 65 ans et plus ont été victimes d'une chute accidentelle suivie d'un recours aux urgences hospitalières : 3% des hommes (IC [2,8 - 3,1]) et 5,6% des femmes (IC [5,4 - 5,9]).

Ainsi, entre 430 000 et 470 000 personnes de 65 ans et plus seraient allées aux urgences en 2004 à la suite d'une chute accidentelle (environ 120 000 hommes et 330 000 femmes).

Selon l'enquête EPAC, 34% de ces chutes étaient bénignes, au sens où elles n'ont entraîné aucun traitement ou n'ont pas empêché le retour au domicile après traitement. Une proportion importante (30%) a fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Ces chutes ont donné lieu à une hospitalisation après passage aux urgences dans 37% des cas, plus souvent aux âges élevés : 44% au-delà de 90 ans, contre 27% entre 65 et 69 ans.

Les circonstances des chutes chez les personnes de 65 ans et plus ont été établies à partir des données EPAC cumulées de 2004 et 2005. Elles sont survenues principalement dans la maison ou ses dépendances (78%), ainsi que sur la voie publique (16%) et en maison de retraite (11%). En dehors de la marche (retrouvée dans 69% de ces chutes), les acti-

vités citées au moment de la chute étaient : les activités vitales (besoins personnels, manger, se laver, etc. : 11%), les activités domestiques (8%), les jeux et loisirs (5%) et le bricolage (1%). La diversité des circonstances de chutes accidentelles s'exprime à travers celle des éléments matériels en cause. Plusieurs types d'éléments peuvent intervenir, avec une variété extrême : revêtement de sol, escalier, lit, échelle, escabeau, chaise, table, chien, pantoufles, tabouret, clôture, égouts, etc.

Incidence annuelle des chutes déclarées chez les personnes âgées de 65 ans à 75 ans

Selon le Baromètre santé 2005, près d'une personne âgée de 65 à 75 ans sur quatre (23,8%) a répondu positivement à la question « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de tomber? », plus souvent les femmes (27,6%) que les hommes (19,9%).

■ INDICATEUR COMPLÉMENTAIRE

Taux de mortalité par chute chez les personnes de 65 ans et plus

En 2004, 4 385 personnes de plus de 65 ans sont décédées d'une chute accidentelle (44,2 pour 100 000) parmi lesquelles, 1 853 hommes (45,5 pour 100 000) et 2 532 femmes (43,2 pour 100 000). Ces résultats ont été établis par analyse des seuls décès codés en « chutes » en cause principale. Les femmes décédées d'une chute ont été plus nombreuses que les hommes, du fait de leur plus grand nombre aux âges avancés. Les différences de taux de mortalité standardisés montrent qu'il y a eu en réalité une surmortalité masculine (sex-ratio de 1,5), quasiment à tous les âges au-delà de 65 ans (tableaux 1 et 2). Ces taux restent globalement stables entre 2000 et 2004.

Les taux de mortalité par chute augmentent avec l'âge, les plus élevés étant chez les personnes de 85 ans et plus (tableau 2).

On a observé sur l'ensemble des trois années 2002 à 2004 des disparités régionales globalement significatives ($p < 0,001$), aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le taux de mortalité a été significativement plus élevé en Rhône-Alpes (plus de 25% au-dessus du taux moyen de 36 pour 100 000, $p < 0,001$), autant chez les hommes ($p < 0,001$) que chez les femmes ($p < 0,001$) et significativement plus bas en Île-de-France (plus de 15% au-dessous du taux moyen, $p < 0,01$), retrouvé chez les hommes ($p < 0,001$) mais non significatif chez les femmes. ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

synthèse

Les chutes accidentelles des personnes âgées de 65 ans et plus sont très nombreuses. En France métropolitaine, en 2005, 24% des personnes de 65 à 75 ans déclaraient être tombées au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, en 2004, en France métropolitaine, on estimait à 450 000 le nombre de chutes avec recours aux urgences hospitalières, soit une incidence annuelle de 4,5%. Les données disponibles ne permettent pas d'estimer les évolutions depuis cette date. Toujours en France métropolitaine, il y a eu 4 385 décès à la suite d'une chute en 2004 chez les personnes de 65 ans et plus (excluant les décès à la suite d'une fracture sans autre indication), ce qui correspond à un taux de mortalité standardisé de 36,5 pour 100 000, globalement stable entre 2000 et 2004.

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population • Chutes des personnes âgées

TABLEAU 1 • Nombre et taux de mortalité brut et standardisé* par chute accidentelle des personnes de 65 ans et plus de 2000 à 2004

	2000			2001			2002			2003			2004		
	Nombre	Taux brut	Taux stand.												
Hommes	1 647	42,9	42,3	1 649	42,3	42,0	1 785	45,2	45,2	1 902	47,5	47,4	1 853	45,5	45,5
Femmes	2 585	45,9	32,1	2 504	44,0	31,0	2 533	44,1	31,4	2 860	49,3	35,5	2 532	43,2	31,0
Total	4 232	44,7	36,2	4 153	43,3	35,3	4 318	44,5	36,6	4 762	48,6	40,1	4 385	44,2	36,5

* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

TABLEAU 2 • Nombre et taux de mortalité* par chute accidentelle des personnes de 65 ans et plus, par tranche d'âge et selon le sexe, de 2000 à 2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Nombre	Taux brut								
Hommes										
65-69 ans	178	14,3	163	13,2	161	13,2	162	13,3	181	14,9
70-74 ans	251	23,6	214	19,9	241	22,1	222	20,2	222	20,1
75-79 ans	319	38	306	36,5	322	38,2	367	43,1	335	38,8
80-84 ans	210	60,5	286	68,2	354	72,7	431	79,3	456	77,4
85 ans et plus	689	200,2	680	207,6	707	228,2	720	241,4	659	221,3
Total	1 647	42,9	1 649	42,3	1 785	45,2	1 902	47,5	1 853	45,5
Femmes										
65-69 ans	94	6,4	87	6,1	93	6,6	86	6,2	71	5,1
70-74 ans	164	11,8	160	11,4	134	9,5	192	13,6	163	11,6
75-79 ans	347	27,5	287	22,9	304	24,2	333	26,4	273	21,6
80-84 ans	329	53,7	423	57,9	443	52,4	568	60,2	539	52,6
85 ans et plus	1 651	183	1 547	178,6	1 559	188,7	1 681	211,3	1 486	189,1
Total	2 585	45,9	2 504	44	2 533	44,1	2 860	49,3	2 532	43,2
Ensemble										
65-69 ans	272	10,1	250	9,4	254	9,7	248	9,5	252	9,7
70-74 ans	415	16,9	374	15,1	375	15	414	16,5	385	15,3
75-79 ans	666	31,7	593	28,3	626	29,9	700	33,2	608	28,5
80-84 ans	539	56,1	709	61,7	797	59,9	999	67,2	995	61,6
85 ans et plus	2 340	187,7	2 227	186,6	2 266	199,5	2 401	219,5	2 145	198,0
Total	4 232	44,7	4 153	43,3	4 318	44,5	4 762	48,6	4 385	44,2

* Taux pour 100 000 habitants.

Champ : France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine.

SOURCES • INSERM-CépiDc, Statistique nationale annuelle et exhaustive des causes de décès.

CALCUL DE L'INDICATEUR • Décès selon codes CIM 10 W00-W19, effectifs en cause principale, taux brut de mortalité (pour 100 000) = (nombre de décès/population moyenne de l'année en cours)*100 000, taux standardisés par âge selon la population européenne (IARC, 1976).

LIMITES ET BIAIS • Ceux de la certification et du codage des causes de décès. L'analyse a suivi la CIM10 qui n'inclut pas dans les décès par chute les décès à la suite d'une fracture sans autre indication.

RÉFÉRENCES •

– Causes de décès CépiDc

www.cepidc.vesinet.inserm.fr/

– Thélot B., Ermanel C., Jouglé E., Pavillon G., 2006, « Classification internationale des maladies : listes de référence pour l'analyse des causes de décès par traumatisme en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 42, octobre, p. 323-328, InVS.

– Ermanel C., Thélot B., Jouglé E., Pavillon G., 2006, « Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2002 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 42, octobre, p. 328-330, InVS.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • INSERM-CépiDc.

CHAMP • France métropolitaine, personnes âgées de plus de 65 ans.

SOURCES • InVS, enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC).

CALCUL DE L'INDICATEUR • Nombre et taux d'incidence des chutes : voir rapport EPAC.

LIMITES ET BIAIS • Ceux de l'extension géographique de l'enquête EPAC et de sa représentativité.

RÉFÉRENCES •

– Enquête EPAC (InVS) [www.invs.sante.fr/Dossiers thématiques, Accidents de la vie courante.](http://www.invs.sante.fr/Dossiers_thématiques/Accidents_de_la_vie_courante)

– Thélot B., Ricard C., 2005, *Résultats de l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, années 2002-2003*, InVS.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • InVS (accidents@invs.sante.fr).

CHAMP • Personnes francophones appartenant aux ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de 12 à 75 ans.

SOURCES • Baromètre santé 2005 de l'INPES.

MÉTHODOLOGIE • Enquête téléphonique de type déclarative, utilisant la technique du sondage aléatoire. En 2005, les questionnaires ont été posés aux Français âgés de 18 à 75 ans, abonnés à France Télécom, inscrits sur liste blanche et sur liste rouge. Cet échantillon a été complété par un échantillon de personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe, portant la taille totale de l'échantillon à n = 30 514. Cette enquête interroge les Français sur leurs attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé. Le mode de tirage est dit à deux degrés : un premier tirage au sort est effectué dans une base de numéros téléphoniques afin d'obtenir un ménage. Il est procédé ensuite au tirage au sort d'un individu à l'intérieur même du ménage, individu à qui il est affecté une probabilité de tirage dépendant de la constitution du ménage.

LIMITES ET BIAIS • Ceux des enquêtes déclaratives (biais de mémoire, biais liés à l'âge).

RÉFÉRENCE •

– Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir. de), 2007, *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*, INPES.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION

DE L'INDICATEUR • INPES.

Répertoire des sigles



Répertoire des sigles utilisés

A, a

AASQA, Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air
AcVC, Accident de la vie courante
ADEME, Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
AFSSA, Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD, Affection de longue durée
ALFEDIAM, Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques
ANAES, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (depuis janvier 2005, HAS)
ANPAA, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARH, Agence régionale de l'hospitalisation
ASPPC, Association sucre-produits sucrés communication consommation
ATIH, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC, Accident vasculaire cérébral

B, b

BMR, Bactéries multirésistantes
BPCO, Broncho-pneumopathie chronique obstructive

C, c

CANAM, Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CCLIN, Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CCMSA, Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CDRMG, Centre de documentation et de recherche en médecine générale
CépiDc, Centre d'épidémiologie sur les causes de décès
CFES, Centre français d'éducation pour la santé
CHR, Centre hospitalier régional
CHU, Centre hospitalier universitaire
CIM, Classification internationale des maladies
CIRC, Centre international de recherche contre le cancer
CIRE, Cellule interrégionale d'épidémiologie

CMD, Catégorie majeure de diagnostic
CMU, Couverture maladie universelle
CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNR, Centre national de référence
CNRP, Centre national de référence des pneumocoques
CNRS, Centre national de la recherche scientifique
CO, Monoxyde de carbone
CRAM, Caisse régionale d'assurance-maladie
CRPV, Centre régional de pharmacovigilance
CSST, Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
CTIN, Comité technique des infections nosocomiales

D, d

DARES, Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques
DDASS, Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DEP, Direction de l'évaluation et de la prospective
DESCO, Direction de l'enseignement scolaire
DETA, Diminuer, entourage, trop, alcool
DGAS, Direction générale de l'action sociale
DGS, Direction générale de la santé
DGT, Direction générale du travail
DGNSR, Direction générale de la sûreté nucléaire et de la radioprotection
DHOS, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DI, Densité d'incidence
DMS, Durée moyenne de séjour
DRASS, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DTCP, Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite

E, e

EARSS, European antibiotics resistance surveillance system
EIG, Événement indésirable grave
ENEIS, Enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins
ENNS, Étude nationale nutrition santé

ENTRED, Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
EPAS, Échantillon permanent des assurés sociaux
EPCV, Enquête permanente sur les conditions de vie
EROPP, Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
ESCAPAD, Enquête sur la santé et les comportements lors de la journée d'appel et de préparation à la défense
ESPAD, European School survey Project on Alcohol and other Drugs

F, f

FCU, Frottis cervico-utérin
FESF, Fracture de l'extrémité supérieure du fémur

G, g

GERS, Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique
GEU, Grossesse extra-utérine
GHM, Groupe homogène de malades
GHS, Groupe homogène de séjours

H, h

HAS, Haute autorité de santé (ex. ANAES)
HAD, Hospitalisation à domicile
HCSP, Haut comité de santé publique
HFA-DB, European Health for All Database
HIB, Haemophilus influenza B
HID, Handicaps-incapacités-dépendance (enquête INSEE)
HLA, *Human Leucocytes Antigens*

I, i

IAL, Indicateur d'accidentologie locale
IARC, International Agency for Research on Cancer
IDA, Indicateurs d'alcoolisation
IFEN, Institut français de l'environnement
IGAS, Inspection générale des affaires sociales
IMC, Indice de masse corporelle
INC, Institut national de la consommation
INCA, Institut national du cancer
INED, Institut national d'études démographiques

INPES, Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé

INRETS, Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité

INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques

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

InVS, Institut de veille sanitaire

IOTF, International obesity task force

IPAQ, International physical activity questionnaire

IRCT, Insuffisance rénale chronique terminale

IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IRM, Imagerie par résonance magnétique

IRSN, Institut de radio protection et de sûreté nucléaire

IRTT, Insuffisance rénale terminale traitée

IVG, Interruption volontaire de grossesse

J, j

JH, Journée d'hospitalisation

L, l

LCR, Liquide céphalo-rachidien

M, m

MC, Maladie de Crohn

MCO, Médecine, chirurgie, obstétrique

MEDD, Ministère de l'écologie et du développement durable

MICI, Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

MSA, Mutualité sociale agricole

MST, Maladies sexuellement transmissibles

N, n

NAF, Nomenclature d'activité française

O, o

ObEpi, Obésité épidémiologie

OCDE, Organisation de coopération et de développement économique

OFDT, Observatoire français des drogues et toxicomanies

OMS, Organisation mondiale de la santé

ONERBA, Observatoire national de l'épidémiologie de la résistance bactérienne aux antibiotiques

ONISR, Observatoire national interministériel de sécurité routière

ORP, Observatoires régionaux du pneumocoque

ORS, Observatoire régional de santé

P, p

PASS, Permanence d'accès aux soins de santé

PCM, Panel communautaire des ménages

PCS, Profession ou catégorie sociale

PSDP, Pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline

PMI, Protection maternelle et infantile

PMSI, Programme médicalisé des systèmes d'information

PNNS, Plan national nutrition santé

R, r

RCH, Rectocolite ulcéro-hémorragique

REIN, Réseau épidémiologie et information en néphrologie

RENACHLA, Réseau national des chlamydioses

RENAGO, Réseau national des gonocoques

RMI, Revenu minimum d'insertion

ROR, Rougeole, oreillons, rubéole

RSI, Régime social des indépendants

S, s

SAE, Statistique annuelle des établissements

SAMU, Service d'aide médicale urgente

SARM, *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline

SIDA, Syndrome immunodéficientaire acquis

SISE, Système d'information santé-environnement

SLD, Soins longue durée

SNSPE, Système national de surveillance des plombémies de l'enfant

SPS, Santé protection sociale

SRCV, Statistique sur les ressources et conditions de vie

SROS, Schémas régionaux d'organisation des soins

SSR, Soins de suite et réadaptation

SUMER, Surveillance médicale des risques

SU.VI.MAX, Supplémentation en vitamines et minéraux anti-oxydants

U, u

UFSBD, Union française pour la santé bucco-dentaire

UPATOU, Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

USEN, Unité de surveillance

et d'épidémiologie nutritionnelle

V, v

VHB, Virus de l'hépatite B

VHC, Virus de l'hépatite C

VIH, Virus d'immunodéficience humaine

Z, z

ZEAT, Zone d'étude et d'aménagement du territoire

ZEP, Zone d'éducation prioritaire

Cet ouvrage fournit en 2008 une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France. Il constitue le troisième rapport de suivi des objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, après une première édition en 2006.

Il a vocation à documenter le Haut conseil de la santé publique (HCSP) installé depuis mars 2007 pour préparer l'évaluation de la loi de santé publique du 9 août 2004 qui doit être conduite à l'horizon 2009.

Ce rapport a été préparé, sous la coordination de la DREES, par un ensemble de partenaires, producteurs de données dans le champ de la santé (ADEME, AFSSA, AFSSAPS, Agence de la biomédecine, Assurance maladie, DARES, DGS-EA, DREES, INCa, INPES, INRETS, INSEE, INSERM, InVS, IRDES, OFDT, ONISR, UFSBD, USEN/CNAM). Il fait suite au travail d'un groupe d'experts qui, durant une année, sous l'égide de la DGS et de la DREES, a réuni à la fois ces principaux producteurs de données et des experts de chacun des thèmes retenus par la loi. Ce groupe a défini de façon opérationnelle les indicateurs pertinents et d'ores et déjà disponibles permettant le suivi des objectifs associés à la loi, tout en identifiant et précisant les besoins d'informations complémentaires. Le rapport de définition des indicateurs issu de ce travail a été rendu public en juillet 2005.

Outre une synthèse donnant une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France et la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux, à partir des données disponibles les plus récentes dans les champs couverts, le rapport comprend l'évaluation des indicateurs associés à 72 objectifs spécifiques. Les objectifs de la loi relative à la politique de santé publique qui n'ont pas bénéficié d'une évaluation chiffrée sont ceux pour lesquels les sources de données n'étaient pas disponibles. Il s'agit par exemple de mesure de qualité de vie pour certains états pathologiques, ou d'atteintes de santé dont la mesure est complexe dans des groupes spécifiques.

Les indicateurs produits au niveau national (France entière ou France métropolitaine selon les sources disponibles) ont le plus souvent été déclinés selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le niveau d'études. Ils ont, dans la mesure du possible, été comparés aux indicateurs équivalents mesurés dans les autres pays européens. De même, les disparités territoriales (régionales pour la plupart) ont été examinées lorsque les données le permettaient.



N° de DICOM : 09 096