



Études et Résultats

N° 711 • décembre 2009

L'état de santé de la population en France en 2008 Suivi des objectifs de la loi de santé publique

L'état de santé de la population en France apparaît globalement bon mesuré à l'aune de l'espérance de vie qui est l'une des plus élevée au monde. En revanche, la mortalité prématurée avant 65 ans demeure plus élevée chez les hommes que dans les autres pays de l'Union européenne (hors nouveaux adhérents d'Europe centrale), et dans une moindre mesure chez les femmes. En outre, des disparités sensibles perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou catégories sociales.

Si les comportements à risque restent beaucoup plus fréquents chez les hommes, les différences entre hommes et femmes tendent à se réduire dans certains milieux sociaux. La consommation d'alcool diminue mais est encore l'une des plus élevée d'Europe, surtout chez les hommes, avec près de 15 % de consommateurs à risque chronique. Le tabagisme reste un problème de santé publique important. Environ 30 % des jeunes de 17 ans, filles et garçons, déclarent fumer quotidiennement. Le développement continu de l'obésité, notamment dans les milieux sociaux défavorisés, appelle des politiques de prévention et de prise en charge ciblées pour obtenir des modifications durables en matière d'alimentation et d'activité physique.

Les déterminants environnementaux sont des enjeux de santé de mieux en mieux perçus dont l'étude et la surveillance sont en plein essor. Les conditions de travail ont un retentissement plus ou moins important sur l'état de santé selon le type d'activité. Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des maladies chroniques et la prévention de la dépendance apparaissent comme des enjeux majeurs au carrefour des champs sanitaires et sociaux.

Sandrine DANET, Brigitte HAURY, Aurélie FOURCADE

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville
Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État
Ministère de la Santé et des Sports

Avec le concours de : l'ADEME, l'AFSSA, l'AFSSAPS, l'Agence de la biomédecine, la CNAMTS, la CCMSA, le CNRS, la DARES, la DGS-EA, la DREES, l'InCa, l'INPES, l'INRETS, l'INSEE, l'INSERM-CépiDc, l'INSERM unité 149, l'InVs, l'IRDES, l'OFDT, l'ONISR, le RSI, l'UFSBD, l'USEN/CNAM.



LA LOI relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a défini pour la première fois des objectifs de santé quantifiés, susceptibles d'être atteints à un horizon quinquennal (encadré 1). Ces 100 objectifs sont assortis d'indicateurs qui font l'objet d'un suivi annuel coordonné par la DREES et mobilisant l'ensemble des institutions productrices de données de santé en France. Déclinés selon les dimensions sociodémographiques et régionales chaque fois que les données sont disponibles, assortis de comparaisons européennes, ces indicateurs dessinent un panorama de l'état de santé en France¹.

1. L'état de santé de la population en France, Rapport annuel, Coll. Études et statistiques, DREES, La Documentation française. Le dernier rapport consultable <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.htm>

Une espérance de vie élevée...

En 2007, l'espérance de vie à la naissance en France reste l'une des plus élevée d'Europe (84,4 ans pour les femmes et 77,5 ans pour les hommes).

En dix ans les hommes ont gagné 3 ans et les femmes 2 ans, surtout grâce à l'allongement de la durée de la vie. L'espérance de vie à 65 ans (2007) atteignait 22,5 ans pour les femmes (soit 1,6 an de plus qu'il y a dix ans), et 18,2 ans pour les hommes (soit 1,9 an de plus qu'en 1997).

En 2007, 526 500 personnes sont décédées. Le taux de mortalité globale (taux brut de 8,3 pour 1000) est l'un des plus faibles d'Europe chez les femmes comme chez les hommes. Les tumeurs

sont depuis 2004 la première cause de mortalité (29,5%), devant les maladies de l'appareil circulatoire (28,4%), les morts violentes (un décès sur 14) et les maladies de l'appareil respiratoire (un décès sur 15). Pour les maladies cardiovasculaires qui occupent le deuxième rang, un décès sur deux correspond à une cardiopathie ischémique ou à une maladie cérébro-vasculaire.

Les évolutions de long terme (sur vingt-cinq ans) montrent une diminution des taux standardisés de décès toutes causes de 35%. La diminution des décès liés aux maladies cardiovasculaires (de l'ordre de 50%) est importante, alors que celle des décès dus aux tumeurs est plus modérée (environ 11%).

ENCADRÉ 1

Les indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe des objectifs pluriannuels de santé publique portant sur l'état de santé de la population. Ainsi, 100 objectifs figurent dans le rapport annexé à la loi. Au cours de l'année 2004, un groupe de travail a défini de façon précise et opérationnelle des indicateurs de suivi de ces objectifs. Copiloté par la DGS et la DREES, il a réuni les principaux producteurs de données dans les champs sanitaires et sociaux, ainsi que des représentants des principaux utilisateurs de données en santé (Haut Comité de Santé publique, directions du ministère, DRASS et acteurs régionaux, représentants des usagers). Des experts ont également été consultés en fonction des thèmes abordés. Un rapport détaillé a été produit en juillet 2005¹. Il constitue une référence tant par sa méthodologie que par les informations qu'il met à disposition : contexte de définition de l'objectif, analyse des sources de données disponibles pour son suivi, pertinence et reproductibilité des indicateurs envisageables, limites et biais des données, modalités de calcul des indicateurs retenus...

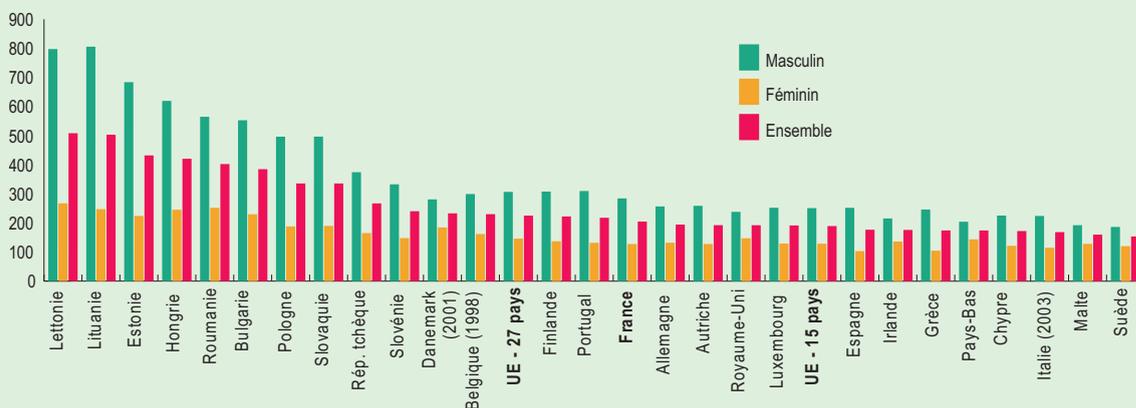
Le recueil chiffré et commenté des indicateurs est coordonné depuis 2006 par la DREES qui publie chaque année un rapport sur l'état de santé de la population en France². Chaque objectif, qui a pu être chiffré, est présenté sous la forme d'une fiche, illustrée de tableaux, cartes et graphiques, qui porte notamment sur l'évolution des indicateurs de suivi, leurs éventuelles disparités sociodémographiques et territoriales (selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale, la région de résidence), la position de la France en Europe pour le problème de santé publique identifié par cet objectif. Des indicateurs transversaux permettent un cadrage général (démographique, social...), ainsi qu'une appréciation globale de la santé en France, avec toujours une mise en perspective européenne. Ce travail, assorti d'une synthèse, constitue une première étape de la mission d'évaluation de la loi dévolue au Haut conseil de la santé publique.

1. Consulter le rapport http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_indicateurs_drees.pdf

2. Le dernier rapport <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.htm>

GRAPHIQUE 1

Mortalité prématurée dans l'Union européenne en 2005 (taux standardisés* pour 100 000 habitants)



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

Champ • Europe 27 pays.

Sources • Eurostat/INSERM CépiDc.

... mais un niveau de mortalité prématurée préoccupant

La situation apparaît toutefois beaucoup moins favorable en matière de mortalité prématurée² (graphique 1) et de mortalité prématurée « évitable »³ par une réduction des comportements à risque (alcool, tabac, conduites dangereuses, etc.). Pour cette dernière, même si les taux de décès ont diminué globalement de 28% entre 1990 et 2005, plus nettement chez les hommes (-30%) que chez les femmes (-17%), la situation de la France en Europe reste très défavorable. En 2005, parmi les 27 pays européens, la France enregistre chez les hommes le taux de mortalité « évitable » le plus élevé (16^e rang) après les nouveaux adhérents d'Europe centrale, les Pays Baltes et la Belgique, devant l'Autriche et le Portugal : son taux de décès évitable est presque deux fois plus élevé que celui du Royaume-Uni. Les femmes ont un plus faible risque de mortalité prématurée que les hommes (à âge égal, les taux de décès sont 2,2 fois supérieurs chez les hommes) mais la situation des femmes résidant en France est à cet égard mauvaise en comparaison du reste de l'Europe. Comme pour les hommes, la mortalité évitable est au-dessus de la moyenne européenne (12^e rang). On estime qu'environ un tiers des décès survenant avant l'âge de 65 ans (un quart chez les femmes) pourraient être évités par une réduction des comportements à risque.

Surmortalité des hommes, moins bonne santé perçue des femmes

Près de 70% des personnes de 15 ans ou plus se déclarent en bonne ou très bonne santé, alors que plus d'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. La perception d'une bonne, *a fortiori* « très bonne », santé diminue avec l'âge et devient minoritaire chez les personnes de 65 ans ou plus. La part de la population déclarant avoir une maladie ou un problème de santé chronique passe de 14% chez les 15-24 ans à 73% chez les 85 ans ou plus. Excepté pour les maladies et problèmes oculaires, le poids relatif des pathologies diffère selon l'âge : pathologies infectieuses de

l'appareil respiratoire et maladies de la peau avant 25 ans, pathologies ostéo-articulaires et maladies de l'appareil circulatoire entre 25 et 64 ans, auxquelles s'ajoutent les maladies endocriniennes et métaboliques et de l'appareil digestif à partir de 65 ans.

Les situations sont très différenciées entre les hommes et les femmes. Les écarts d'espérance de vie en défaveur des hommes sont importants, même s'ils tendent à se réduire. À 65 ans, l'espérance de vie des femmes reste plus longue que celle des hommes (22,5 ans contre 18,2 en 2007) mais elles passent aussi plus de temps avec des incapacités au cours de cette période de leur vie : d'après l'enquête Santé de l'INSEE de 2002-2003, les années de vie avec des limitations fonctionnelles représentent 68% de l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes (60% chez les hommes) et les restrictions pour les activités de soins personnels représentent 20% chez les femmes de l'espérance de vie à 65 ans (13% chez les hommes).

Hommes et femmes ont un rapport à la santé et une représentation de la « bonne santé » différents. À âge égal, les hommes, se sentent en meilleure santé, déclarent moins de maladies, moins de limitations fonctionnelles et ont moins recours aux soins que les femmes. Ils ont aussi une plus grande propension que les femmes à estimer que leur santé est « très bonne » : 27,9% versus 22,8% (graphique 2).

Des problèmes de santé liés à la position sociale et au niveau d'éducation

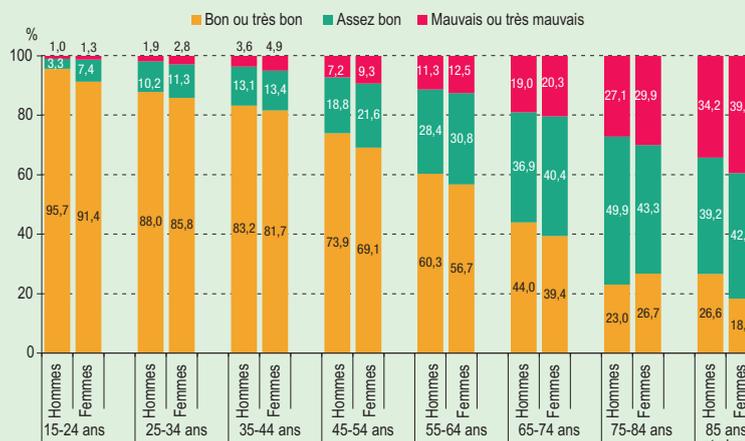
La plupart des indicateurs font apparaître des disparités selon la catégorie professionnelle et le niveau d'études. Ces disparités tiennent à des différences tant en matière d'exposition aux risques que d'environnement ou de comportements socioculturels.

En matière d'accès aux soins, les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation précaire. Des obstacles financiers persistent toutefois, concentrés notamment sur les soins dont les dépenses restant à charge des ménages sont les plus importantes (soins dentaires, lunettes et soins de spécialistes). En 2006, selon l'enquête Santé protection sociale de l'Irdes, 10% 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. Plus fréquent chez les femmes (11,6%), que chez les hommes (9,1%), ce renoncement est maximal entre 30 et 59 ans, puis diminue avec l'âge. Toutes choses égales par ailleurs, ce sont les ménages d'employés et d'ouvriers,

2. L'ensemble des décès survenant avant l'âge de 65 ans constitue la mortalité « prématurée ».

3. Les causes de décès « évitables » comprennent les cancers des voies aéro-digestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida.

GRAPHIQUE 2
Santé perçue selon le sexe et l'âge



* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé 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 – 2006.

les chômeurs et les personnes sans couverture maladie complémentaire qui déclarent le plus souvent renoncer à des soins. Cette propension diminue de manière importante au-dessus de 1 900 euros de revenu mensuels pour un ménage.

Des besoins de santé différenciés selon les territoires

En fonction des données disponibles, on constate pour des problèmes de santé des différences territoriales sen-

sibles en matière de mortalité comme de morbidité. Pour la mortalité prématurée et « évitable », par exemple, il existe un gradient nord-sud, particulièrement marqué pour les hommes, les régions du sud de la France ayant une situation plus favorable (carte 1). De même, des taux de décès par maladies cérébro-vasculaires particulièrement élevés sont observés dans les départements d'outre-mer (spécialement à la Réunion et en Guyane), ainsi qu'une prévalence du diabète au moins deux

fois plus élevée que la moyenne nationale. Ces disparités témoignent de besoins de santé différenciés. La déclinaison des indicateurs à un niveau régional, possible à partir des données issues des grands systèmes d'information exhaustifs sur l'ensemble du territoire (encadrés 2 et 3), permet d'alimenter la réflexion des acteurs régionaux.

Ces disparités, sociales, territoriales, par sexe, suggèrent que pour certains groupes de population et certaines pathologies, des gains sont possibles en matière d'état de santé, grâce à une action sur ses déterminants.

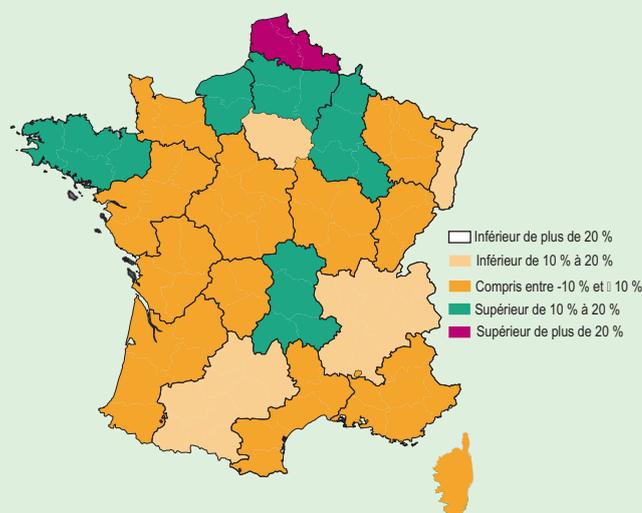
Une consommation d'alcool en diminution mais encore importante surtout chez les hommes

La consommation excessive 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 France fait toujours partie des pays de l'Union européenne les plus consommateurs d'alcool. Si les quantités d'alcool consommées sur le territoire français ont baissé d'un peu plus de 10 % entre 1999 et 2007 (graphique 3), ce fléchissement prolonge une tendance plus ancienne et provient essentiellement de la diminution de la consommation de vin. La consommation moyenne annuelle d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus s'est cependant stabilisée entre 2005 et 2007 à 12,8 litres. Environ un tiers des personnes de 18 ans ou plus ont une consommation d'alcool considérée à risque : risque d'alcoolisation excessive ponctuelle pour les trois quarts d'entre elles (ce sont plutôt des hommes de 18 à 44 ans) et risque d'alcoolisation excessive chronique pour un quart (là encore plutôt des hommes, plus âgés, après 44 ans). Chez les hommes, les agriculteurs sont les moins concernés par le risque d'alcoolisation excessive ponctuel, alors que les autres catégories sont touchées dans des proportions équivalentes ; concernant le risque d'alcoolisation excessive chronique, ce sont les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés les plus expo-

CARTE 1

Taux standardisés de mortalité prématurée des hommes en 2005 (en % de variation par rapport au taux en France métropolitaine)



Champ • France métropolitaine.
Sources • INSERM CépiDc.

ENCADRÉ 2

Déclinaison régionale des indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique

Au cours des travaux de définition des indicateurs de suivi des 100 objectifs de la loi relative à la politique de santé publique (cf. encadré 1), une attention particulière a été portée à la déclinaison régionale de ces indicateurs. Les objectifs de santé nationaux concernant tous les niveaux de territoire, il est important en effet de développer, chaque fois que possible, la déclinaison des indicateurs de suivi à des niveaux territoriaux fins.

Pour de tels indicateurs, la comparaison des données standardisées¹ permet de mettre en évidence des différences entre régions, donne des éléments d'interprétation d'une moyenne nationale à la lumière des disparités territoriales et favorise la dynamique des systèmes d'information régionaux.

Ainsi, les recueils de données régionaux originaux (enquêtes, registres, etc.) pouvant permettre de mesurer les objectifs de la loi ont été recensés par les DRASS, la FNORS et les URCAM et ont été pris en compte dans la mesure du possible pour la construction des indicateurs².

De même, les sources exhaustives (cf. encadré 3) ont été préférées, à pertinence de définition d'indicateurs égale, aux sources nationales fondées sur des échantillonnages de population dont la représentativité au niveau régional ne peut être assurée pour des raisons de coûts.

1. Cette standardisation vise à tenir compte du sexe et de la structure d'âge des différents groupes composant une population.

2. Les données de déclinaison régionale des indicateurs de suivi de la loi de santé publique sont disponibles sur le site de la FNORS (<http://www.fnors.org/Score/accueil.htm>)

sés. Les femmes ont globalement une consommation trois fois plus faible que celle des hommes. Cependant, l'élévation du niveau de diplôme et de la catégorie sociale atténue les contrastes en termes de consommation entre les hommes et les femmes. Parmi les femmes, c'est chez les cadres que la proportion de consommatrices à risque ponctuel est la plus élevée. Les femmes cadres présentent également le risque d'alcoolisation chronique le plus élevé.

Tabagisme : toujours un problème de santé publique

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 pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures. En 2005, 29 300 décès par tumeurs du larynx, trachée, bronches et poumon ont été recensés en France. Le développement du tabagisme féminin au cours

des quarante dernières années se traduit actuellement par un accroissement du taux de décès par cancer 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 %), mais les décès par cancer du poumon restent majoritairement masculins (80 % des décès concernent des hommes). Le tabac est également à l'origine de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardiovasculaires (maladies coronariennes, athérosclérose, artérites, etc.) dont l'impact est considérable, notamment pour la qualité de vie des personnes.

En 2006, 23 % des femmes et 33 % des hommes de 15 à 74 ans déclarent fumer habituellement. Les écarts de consommation entre hommes et femmes sont plus marqués dans les milieux populaires. Le pourcentage de fumeurs quotidiens décroît globalement depuis quelques années, mais présente une relative stabilité chez les femmes depuis les années 1980. À l'adolescence, les habitudes de consommation des filles et des garçons sont désormais peu différenciées. L'usage quotidien du tabac a diminué, passant de 40 à 32 % chez les filles de 17 ans entre 2000 et 2005, et de 42 % à 34 % chez les garçons. Les hausses des prix ont sans doute contribué à cette réduction de la consommation.

Le tabagisme passif a été par ailleurs 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. Le décret est entré en vigueur le 1^{er} février 2007 pour les milieux professionnels, scolaires et sanitaires et la réglementation s'est généralisée à l'ensemble des lieux à usage collectif et aux établissements publics le 1^{er} janvier 2008. L'application effective du décret a radicalement modifié la situation dans les lieux publics.

Alimentation, activité physique : les comportements peuvent évoluer

L'excès de poids et la sédentarité, souvent associés, sont des facteurs de risque importants de maladies

ENCADRÉ 3

Principales sources de données utilisées

Le suivi des objectifs de la loi relative à la santé publique est un travail partenarial de grande ampleur qui mobilise toutes les grandes sources de données sur la santé et sur les caractéristiques de la population. La nécessité de suivre dans le temps ces indicateurs a fait privilégier le choix de sources pérennes dont la périodicité est variable (annuelle à décennale). Hormis pour des objectifs très spécifiques faisant appel à des enquêtes et bases de données *ad hoc*, les principales sources exploitées sont :

- d'une part des sources exhaustives qui permettent la déclinaison des indicateurs à tous les niveaux du territoire : données de mortalité (INSERM-CépiDc), Système de déclaration obligatoire (DO) de problèmes de santé à l'InVS, Bases de données médico-administratives comme les données de remboursement et celles sur les affections de longue durée (ALD) de l'assurance maladie, le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI), des mesures environnementales (eau, polluants atmosphériques, etc.), les données de registres (pas toujours généralisés sur l'ensemble du territoire national) ;
- d'autre part les grandes enquêtes déclaratives nationales en population générale : enquêtes santé protection sociale (ESPS) de l'IRDES, enquête décennale sur la santé de l'INSEE/DREES, Baromètres santé de l'INPES, enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD), enquête nationale périnatale (DGS/DREES/PMI/INSERM), enquêtes en milieu scolaire (DREES, ministère de l'Éducation nationale), enquêtes Surveillance médicale des risques professionnels (SUMER) et enquêtes Conditions de travail du ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité. Par ailleurs, la réflexion s'organise au niveau européen pour permettre une comparaison de certains indicateurs. Ainsi, des modules communs de questions sur l'état de santé déclaré, les déterminants de santé, le recours aux soins devront à terme être intégrés aux enquêtes nationales de tous les pays de l'Union européenne. Une étape importante a été franchie par l'adoption de ces modules lors de la réunion annuelle du groupe de travail d'Eurostat sur les statistiques de santé publique en novembre 2006.

GRAPHIQUE 3

Consommation d'alcool en France de 1990 à 2007



Champ • France entière, population âgée de 15 ans ou plus.
Sources • 1990-1999 : IDA ; 2000-2007 : IDA et INSEE.

chroniques, diabète et maladies cardiovasculaires.

La prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité⁴) augmente partout dans le monde occidental. D'après l'enquête nationale nutrition santé (ENNS), l'obésité, mesurée par des données de poids et de taille, concerne actuellement 17% des hommes et des femmes; le surpoids touche 40% des hommes et près d'un quart des femmes. La surcharge pondérale concerne de 14 à 20% d'enfants; 4% seraient obèses. Les chiffres diffèrent peu entre garçons et filles. Chez les adultes comme chez les enfants, les prévalences de surcharge pondérale varient de façon importante selon le milieu social touchant plus particulièrement les milieux les plus modestes. Si les évolutions très récentes montrent un infléchissement des augmentations de prévalence d'obésité, les inégalités entre catégories sociales semblent s'accroître particulièrement chez les femmes et les enfants.

Outre la quantité des apports caloriques, la qualité des aliments a 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 et diabète, notamment).

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 programme national nutrition santé (PNNS). Si ces fréquences varient relativement peu selon le sexe, elles varient très fortement selon l'âge (les jeunes étant souvent de faibles consommateurs de fruits et légumes), le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle. Les données de consommations apparentes (achats) de fruits par personne ont cependant augmenté entre 2000 et 2006.

En outre en 2005, entre un cinquième et un tiers des adultes ne pratiquaient pas d'activité physique dite de niveau modéré.

Le programme national nutrition santé de septembre 2006 a relancé à

partir de ces constats un ensemble de mesures susceptibles d'améliorer ces indicateurs.

Environnement, un enjeu de santé publique majeur

En 2000, on estimait à 32 000 le nombre de décès annuels en métropole attribuables à une exposition de long terme à la pollution atmosphérique urbaine dont plus de la moitié seraient causés par la pollution automobile. En termes de morbidité, 60 000 à 190 000 crises d'asthme ainsi que 110 000 bronchites sont également attribuées chaque année à ce facteur. De nombreuses études épidémiologiques ont montré que même des niveaux relativement faibles de pollution ont des effets à court terme sur la santé⁵. Si les expositions professionnelles sont d'intensité bien supérieure aux niveaux d'exposition en population générale, certains facteurs du fait du grand nombre de personnes exposées conduisent 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...

Retentissement des conditions de travail sur la santé

L'espérance de vie à 35 ans progresse de façon plus ou moins rapide selon la catégorie sociale. Si dans les années 1990, les ouvriers vivaient moins longtemps que les cadres et professions intellectuelles supérieures, les différences sociales de mortalité étaient plus modérées chez les femmes que chez les hommes. En effet, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépassait de 3 ans celle des ouvrières, contre un écart de 7 ans entre les hommes cadres et les ouvriers. Entre 1976 et 1999, les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles se sont accentués chez les hommes, alors qu'ils restaient stables chez les femmes⁶.

Même s'ils sont loin de couvrir le champ très large de la santé au travail, quatre objectifs de la loi relative

à la politique de santé publique, permettent de suivre dans le temps les répercussions sur la santé de certaines conditions de travail : les accidents routiers mortels liés au travail, les contraintes articulaires, les nuisances sonores, et les expositions à des produits cancérigènes.

Une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques

Le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires concernent avec les maladies psychiques les trois quarts des personnes en affection de longue durée (ALD) en 2006. Le nombre de patients en ALD s'accroît régulièrement.

Au cours des dernières décennies, les progrès de la médecine, tant en termes de prévention, de traitements que de prises en charge ont entraîné une diminution de l'incidence et de la gravité des maladies infectieuses et une augmentation du nombre et de la durée de vie des malades souffrant de maladies chroniques. Ainsi, même si nombre de problèmes infectieux (tuberculose, infections sexuellement transmissibles, etc.), ainsi que les risques liés aux soins, constituent toujours des priorités de santé publique, de nouvelles problématiques liées aux maladies chroniques (atteintes sensorielles, douleur, qualité de vie, limitations fonctionnelles, etc.) sont apparues de plus en plus importantes. Or, les outils d'observation statistiques permettant d'apprécier le retentissement de ces maladies sur la qualité de vie sont souvent insuffisants et doivent être développés pour permettre de compléter le suivi des objectifs de santé publique.

Cancers : amélioration de la survie

Les cancers constituent un problème majeur de santé publique chez les adultes. Les tumeurs sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population : près d'un tiers de l'ensemble des décès et quatre décès prématurés sur dix. Les cancers sont aussi la deuxième cause de reconnaissance d'affection de longue durée après les maladies cardiovasculaires et l'une des causes les plus fréquentes d'hos-

4. La surcharge pondérale est définie comme un indice de masse corporelle (IMC = poids en Kg/taille² en m²) supérieur ou égal à 25, le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 et 30 et l'obésité à un IMC supérieur ou égal à 30.

5. Kunzli Nino *et al.*, « Public-Health Impact of Outdoor and Traffic-Related Air Pollution : a European Assessment », *Lancet*, 356 : 795-801, 2000.

6. 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.

pitalisation après 45 ans. En France, la survie relative⁷ dépasse 50 % à cinq ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer mais avec des disparités considérables suivant les différents cancers. Sensiblement plus élevée pour les femmes (63 %) que pour les hommes (44 %), la survie relative diminue avec l'âge en raison de la plus grande fragilité des sujets âgés, des stades de diagnostic plus évolués, de thérapeutiques utilisées moins agressives ou moins efficaces, mais aussi de la nature des tumeurs. À l'exception de quelques cancers, notamment celui du poumon, on observe une amélioration de la survie due aux progrès thérapeutiques, mais aussi à une amélioration du diagnostic et du dépistage précoce.

Diabète : un suivi encore insuffisant

Le diabète est une maladie métabolique chronique fréquente au traitement complexe. Il constitue un important problème de santé publique en raison de l'augmentation de sa prévalence (liée aux comportements alimentaires et à la sédentarité), de ses conséquences handicapantes, mais aussi parce qu'il est à l'origine d'autres états pathologiques.

En 2005, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline est estimée à 3,8 % en France, soit 2,4 millions de personnes. 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.

La surveillance des personnes diabétiques conformément 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.

Insuffisance rénale chronique terminale : une qualité de vie altérée

Le diabète et l'hypertension artérielle représentent les principales causes d'insuffisance rénale chronique terminale. Le taux d'incidence annuel moyen de l'insuffisance rénale

terminale traitée, standardisé sur l'âge et le sexe, est estimé à 139 par million d'habitants en 2007. D'après les données des régions contribuant au réseau épidémiologique et d'information en néphrologie (REIN), pour lesquelles un suivi entre 2003 et 2007 a été possible, l'incidence est stable à l'instar de ce qui est observé dans d'autres pays européens. Cette tendance, qui apparaît d'ores et déjà très crédible, reste à confirmer dans les années à venir avec une couverture nationale plus large du registre. Pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale, la dialyse est particulièrement contraignante. Leur qualité de vie approchée via des questionnaires de santé perçue apparaît ainsi 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.

Certains facteurs de risque cardiovasculaires orientés à la baisse

Les maladies de l'appareil circulatoire, en particulier les maladies cérébrovasculaires, constituent une cause importante de mortalité et de handicap. Les séquelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC) représenteraient la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte et la deuxième cause de démence. Leur réduction, en termes de fréquence et de sévérité, constitue un des objectifs de la loi de santé publique. En 2005, les AVC représentent 6,4 % de l'ensemble des décès (en cause initiale) et ils ont motivé près de 103 500 séjours hospitaliers.

L'hypertension artérielle (HTA) et l'hypercholestérolémie sont deux facteurs de risque cardiovasculaire majeurs et fréquents qui représentent une part conséquente des motifs de consultation après 45 ans, pour les hommes comme pour les femmes. L'année 2008 est la première 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. Une diminution des valeurs moyennes de la pression artérielle a été constatée

ces dix dernières années, surtout chez les femmes, mais il s'avère que la détection et le contrôle de l'HTA demeurent insuffisants, en particulier pour les hommes. Pour le cholestérol, les données des registres de cardiopathies ischémiques montrent une baisse sensible du niveau de cholestérol LDL dans la population en dix ans (-6 %).

Asthme : hospitalisations et mortalité en baisse

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. Entre 1998 et 2005, on observe globalement une diminution des taux annuels d'hospitalisation pour asthme. Ils sont toutefois restés stables chez le jeune enfant. Chez les adultes, leur réduction est d'autant plus forte que les sujets sont âgés. La mortalité par asthme chez l'adulte aussi bien que chez les plus jeunes a également diminué entre 1990 et 2005.

Maladies psychiques : une prévention à développer

Les maladies psychiques à l'origine d'altérations notables de la qualité de vie à la fois pour le malade et pour son entourage recouvrent un continuum d'états pathologiques allant de troubles relativement mineurs ou 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).

Première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle, elles ont une répercussion économique considérable, tant par leur poids au sein du système de soins que par leurs conséquences sur le travail et la vie sociale. Si le développement de ces maladies est dans la plupart des cas la résultante de facteurs combinés, des mesures de prévention efficaces sont possibles : actions favorisant le bon développement de l'enfant, dépistage et prise en charge précoce des troubles, accès aux soins de santé

⁷ Rapport du taux de survie observé pour chaque localisation parmi les personnes atteintes au taux de survie estimé dans la population générale d'âge et de sexe identique.

mentale des personnes en situation de précarité ou d'exclusion, soutien aux familles, prévention en milieu de travail, etc. Les acteurs sollicités sont des professionnels à la fois 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 leur prévalence : de l'ordre de 9% pour les troubles anxieux caractérisés, de 6% pour les épisodes dépressifs majeurs et de 7,5%, soit 370 000 malades, pour les démences sévères après 75 ans. Ce sont les hommes, les plus jeunes (18 à 24 ans), les ouvriers et les étudiants qui recourent moins aux soins que le reste de la population pour des troubles similaires.

Un taux global de suicide en baisse... mais en augmentation chez les 45-54 ans

En 2005, plus de 10 700 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine (10 400 en 2006). Les suicides sont au trois-quarts masculins et ont lieu avant 65 ans dans 70% des cas. Ils représentent 7% de la morta-

lité prématurée et sont la deuxième cause de mortalité « évitable » (cf. note 3). Le taux de suicide a baissé de 20% en 25 ans, mais il a diminué trois fois moins vite que l'ensemble des morts violentes. En outre, depuis 2000, il augmente pour les 45-54 ans, en particulier chez les hommes⁸. Les disparités régionales de décès par suicide sont marquées. Les taux sont plus élevés dans le nord de la France et en Bretagne notamment (carte 2).

Un taux de fécondité soutenu

Avec plus de 800 000 naissances par an depuis 2000 (816 500 en 2007), la France fait partie des pays industrialisés pour lesquels la fécondité est particulièrement soutenue. Depuis 2005, elle est, devant l'Irlande, le pays le plus fécond d'Europe.

L'âge à la maternité s'établit aujourd'hui à 29,8 ans et 21% 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, le nombre de grossesses à risque est en augmentation, de plus, les difficultés à conce-

voir risquent de s'accroître, tandis que les grossesses extra-utérines et les décès maternels évitables demeurent encore trop fréquents. Aujourd'hui, les femmes se disent globalement satisfaites de leur suivi de grossesse et du déroulement de leur accouchement, mais des progrès peuvent encore être accomplis en matière de conseil et d'information pour préparer la sortie de la maternité. La précarité et la pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis de grossesse insuffisants voire inexistantes.

Les plans Périnatalité, depuis le premier en 1971, se sont naturellement structurés dans un premier temps autour d'un objectif de baisse de la mortalité périnatale, ce qui a conduit à une amélioration de la situation sanitaire environnant la naissance. En remplaçant la santé de la mère au centre de ses préoccupations, le plan 2005-2007 marque une relative rupture par rapport à ceux qui l'ont précédé et qui tendaient à centrer la notion de « grossesse à risque de complications » sur l'enfant. Le plan vise en particulier à mieux répondre aux différentes attentes des femmes et à permettre à chacune un égal accès à des soins adaptés, tout en assurant une sécurité émotionnelle, médicale et sociale.

Le recours à l'IVG ne baisse pas

En 2007, 213 380 IVG ont été pratiquées en France métropolitaine, dont 49% sont des IVG médicamenteuses. Le taux d'IVG, aujourd'hui proche de 14,7 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, se situe parmi les plus élevés d'Europe occidentale. Les taux de recours se stabilisent après avoir progressé pour les femmes les plus jeunes jusqu'en 2006. Les recours à l'IVG demeurent plus fréquents dans les DOM, dans le sud de la métropole et en Île-de-France⁹. Parmi les facteurs d'échecs de la contraception, le manque d'informations ou de connaissances apparaît surtout marqué chez les très jeunes femmes. La non-reconnaissance sociale de la sexualité des jeunes dans certains groupes sociaux rend également problématique leur inscription dans une démarche contraceptive¹⁰. ■

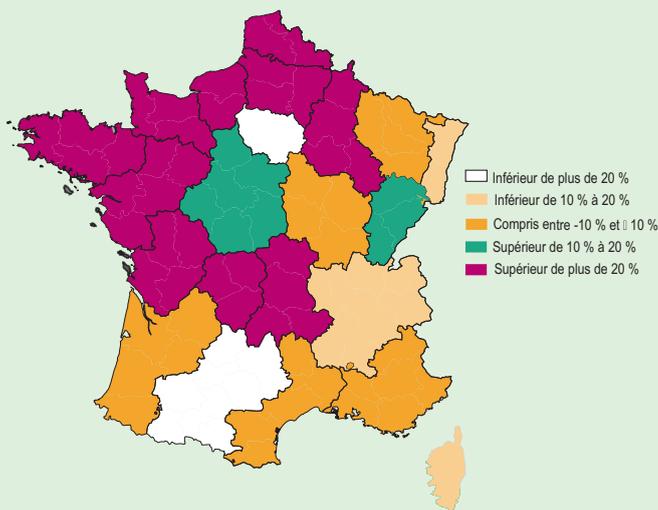
8. Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jougla E., 2009, « La mortalité par suicide en France en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 702, septembre.

9. Vilain A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2007 », *Études et Résultats*, DREES, à paraître.

10. Bajos N., 2009, « Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre », in *La santé des femmes en France*, DREES, Coll. Études et Statistiques, La Documentation française.

CARTE 2

Variations régionales des taux standardisés* de décès par suicide en 2005



* Pour 100 000 habitants. Population de référence France métropolitaine, 1990.

Lecture • En 2005, le taux standardisé des décès par suicide était de plus de 20% supérieur en Bretagne par rapport à la moyenne nationale.

Champ • France métropolitaine.

Sources • INSERM CépiDc.