

Études et Résultats

drees



N° 747 • janvier 2011

L'état de santé de la population en France

Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010

Au regard du niveau des indicateurs de l'état de santé recueillis en 2009-2010, la situation de la population vivant en France reste globalement favorable. Cependant, des disparités sociales importantes sont notées pour de nombreux indicateurs de santé et ce, dès le plus jeune âge. Chez les adultes, les inégalités se maintiennent au cours de leur vie, témoignant d'un effet de long terme des conditions de vie associées aux catégories professionnelles sur la santé. On peut toutefois souligner l'intérêt de certains dispositifs, incitatifs ou réglementaires, pour la réduction des inégalités de santé.

La mortalité prématurée (avant 65 ans) reste élevée en France et souligne la nécessité de renforcer les politiques de santé publique axées sur la réduction des comportements à risque, en particulier la consommation de tabac et d'alcool, en tenant compte des contextes sociaux de consommation. L'obésité, qui continue de progresser chez les adultes, reste également un problème préoccupant.

Chez les adolescents, la notion de santé est proche de celle de bien-être. Les questions liées à la sexualité et à la contraception demeurent prégnantes : ainsi le nombre d'IVG a continué d'augmenter chez les mineures ces dernières années, malgré le recours croissant à la contraception.

Chez les enfants, on observe des évolutions favorables pour les objectifs spécifiques les concernant, malgré des disparités sociales persistantes sur lesquelles il convient de se focaliser. On note en particulier une baisse de l'obésité et une amélioration de l'état de santé bucco-dentaire chez les plus jeunes.

Sandrine DANET, Nicolas COCAGNE, Aurélie FOURCADE

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État

Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

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 (DGS-DREES, 2005). Ces 100 objectifs ont été assortis d'indicateurs qui font l'objet d'un suivi annuel coordonné par la DREES (encadré 1), mobilisant l'ensemble des institutions productrices de données de santé en France. La nécessité de suivre dans le temps ces indicateurs a conduit à privilégier le choix de sources pérennes, hormis pour des objectifs très spécifiques faisant appel à des enquêtes et bases de données *ad hoc*. Déclinés selon les dimensions sociodémographiques et régionales chaque fois que les données sont disponibles (encadré 2), assortis de comparaisons européennes, ces indicateurs dessinent un panorama de l'état de santé en France (DREES, 2010). Le suivi 2009-2010 a permis d'alimenter le travail d'évaluation de l'atteinte des 100 objectifs mené par le Haut conseil de la santé publique (HCSP, 2009) en fournissant les éléments d'évolution temporelle des indicateurs.

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

Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon. Les situations sont très différenciées entre les hommes et les femmes. Particulièrement élevée pour les femmes en France, 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 d'espérance de vie et les femmes 2 ans. Toutefois, si les femmes ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes, elles vivent aussi plus longtemps avec des incapacités.

En 2008, l'espérance de vie à 65 ans est la plus élevée d'Europe, tant pour les femmes que pour les hommes. En 2009, elle s'élève à 22,6 ans chez les femmes, soit 1,4 an de plus qu'en 2000, et à 18,4 ans chez les hommes, soit 1,7 an de plus qu'en 2000. Pour les hommes, le décalage entre l'espérance de vie après 65 ans et l'espé-

rance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés.

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

Le poids relatif des différentes pathologies diffère selon l'âge : les maladies infectieuses et allergiques prédominent dans l'enfance, tandis que les pathologies ostéo-articulaires et les troubles psychiques sont plus prégnants en milieu de vie et les maladies cardiovasculaires chez les personnes plus âgées. 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

Au regard des sept objectifs annexés à la loi de santé publique qui concernent plus particulièrement les enfants, les évolutions sont plutôt favorables. Les fréquences de surpoids et d'obésité se sont stabilisées chez les enfants et ont même légèrement reculé chez les plus jeunes (5-6 ans). Selon les enquêtes de santé scolaire, 3,1 % des enfants de 5-6 ans (carte 1) et 3,7 % des 10-11 ans sont obèses (Guignon, 2010; Guignon *et al.*, 2008). De même, l'état de santé bucco-dentaire s'améliore globalement. Ces évolutions très favorables résultent probablement de nombreux facteurs dont l'analyse fine reste à faire (habitudes alimentaires, progrès de l'hygiène bucco-dentaire, effet préventif des fluorures, etc.). Cependant, si cette amélioration d'ensemble concerne toutes les catégories socioprofessionnelles, les inégalités entre catégories sociales restent marquées.

L'objectif d'une couverture vaccinale d'au moins 95 % est déjà atteint pour certaines maladies (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche) mais pas pour d'autres, en particulier la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et l'hépatite B pour les nourrissons, dont la couverture vaccinale est nettement insuffisante.

L'intoxication par le plomb, ou saturnisme, provoque des troubles qui peuvent être irréversibles, notamment des

atteintes du système nerveux. Les populations exposées sont surtout celles dont l'habitat est dégradé : c'est donc une pathologie très liée au contexte socio-économique. Le jeune enfant est particulièrement sensible à la toxicité du plomb. L'enquête de prévalence réalisée par l'InVS en 2008-2009 a permis de constater que l'objectif fixé par la loi de santé publique a été largement atteint : 0,1 % des enfants de 1 à 6 ans seraient atteints de saturnisme, une prévalence divisée par 20 depuis l'enquête menée en 1995-1996. La prévalence a aussi été réduite dans les groupes à risque.

En revanche, les taux d'hospitalisation pour asthme chez les enfants les plus jeunes ont augmenté entre 2002 et 2007 (+10 % chez les garçons et +15 % chez les filles). Environ 9 % des enfants seraient asthmatiques en France. Le contrôle et le traitement de l'asthme paraissent insuffisants : l'asthme ne serait pas contrôlé pour plus d'un tiers des adolescents asthmatiques en classe de 3^e.

Enfin, les accidents de la vie courante des enfants de moins de 15 ans sont une des principales causes de décès à ces âges. Globalement, le taux de mortalité a diminué de 27 % entre 2000 et 2006, mais les évolutions varient selon le type d'accident : les taux de décès par noyade et par suffocation ont décliné de plus de 30 % entre 2000 et 2006. Cette diminution a coïncidé avec le lancement de campagnes d'information et d'éducation sur les risques domestiques.

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 proche de la notion de bien-être.

Leurs modes de vie se caractérisent cependant parfois par l'adoption de comportements à risque. En 2008, 29 % 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 consommations de tabac des filles et des garçons sont

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 Direction générale de la santé (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, directions régionales de l'action sanitaire et sociale 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 (DGS-DREES, 2005). 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, etc.

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 France (DREES, 2010). 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, etc.), ainsi qu'une appréciation globale de la santé en France, avec toujours une mise en perspective européenne. Ce travail, assorti d'une synthèse, a constitué la première étape de la mission d'évaluation de la loi dévolue au Haut conseil de la santé publique.

ENCADRÉ 2

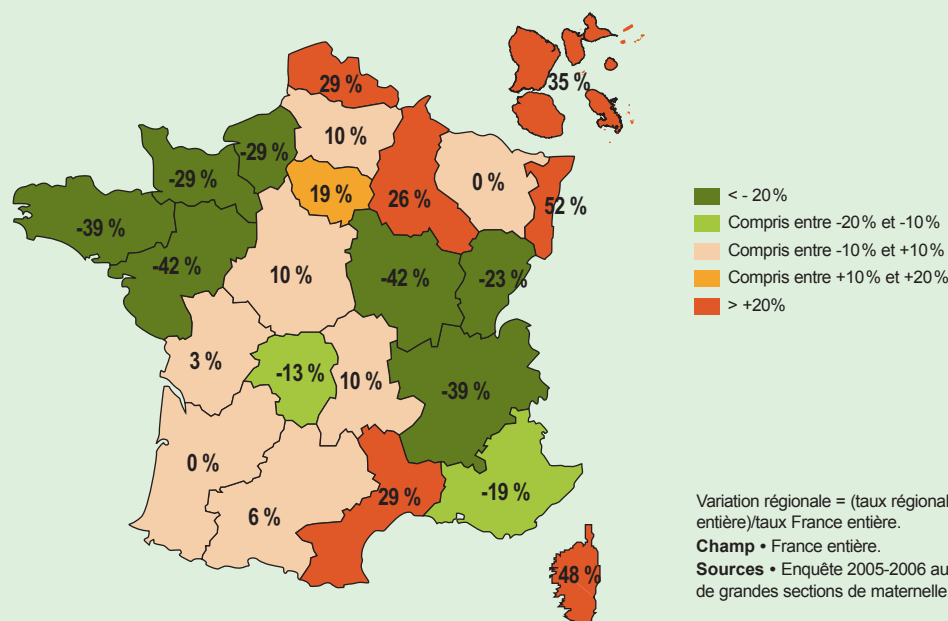
Déclinaison régionale des indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la politique de santé publique

Au cours des travaux de définition des indicateurs de suivi des 100 objectifs de la loi relative à la politique de santé publique, 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 en effet important de décliner, chaque fois que cela est possible, les indicateurs de suivi à des niveaux territoriaux fins.

Pour de tels indicateurs, la comparaison des données standardisées (pour tenir compte de la structure d'âge des différents groupes composant une population) 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 et ont été pris en compte dans la mesure du possible pour la construction des indicateurs. Les données de déclinaison régionale des indicateurs de suivi de la loi de santé publique sont disponibles sur le site de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) : <http://fnors.org>.

CARTE 1

Écarts régionaux des prévalences de l'obésité chez les enfants de 5 à 6 ans en 2005-2006



désormais peu différenciées. L'usage quotidien de tabac pour les filles de 17 ans est passé de 40 % à 28 % entre 2000 et 2008, et celui des garçons de 42 % à 30 %. Les hausses des prix ont sans doute contribué à cette diminution, dans la mesure où les capacités financières des jeunes sont souvent limitées. L'usage régulier d'alcool (≥ 10 usages dans le mois) à 17 ans est quant à lui 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 (-47 % pour les filles et -36 % pour les garçons). Par ailleurs, 42 % des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté le cannabis et 7 % en consomment régulièrement (Legleye *et al.*, 2009).

Si les jeunes se considèrent globalement bien informés des risques pour leur santé, ils se sentent peu informés de tout ce qui a trait à l'équilibre alimentaire, malgré les nombreuses campagnes d'information menées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). La prévalence de l'obésité chez les 18-24 ans continue d'augmenter : elle a doublé entre 1997 et 2009 selon l'enquête Obépi.

D'autres enjeux concernent les questions liées à une sexualité non ou mal protégée qui conduit, entre autres, à une hausse du nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) chez les mineures. Favoriser l'autonomie et l'accès aux soins des jeunes 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.

Améliorer la prise en charge de la contraception, des grossesses et des accouchements est encore possible

Avec plus de 800 000 naissances annuelles depuis 2004, la France fait partie des pays industrialisés dans lesquels la fécondité est particulièrement soutenue. L'âge à la maternité s'établit aujourd'hui à 29,9 ans en moyenne et 22 % des naissances concernent des

femmes âgées de 35 ans ou plus, contre 16 % dix ans auparavant. Avec l'augmentation continue de l'âge à la maternité et les mutations économiques et sociales de la société française, il faut rester vigilant quant à l'émergence ou au développement de nouveaux problèmes de santé pour les femmes : le nombre de grossesses à risque et les difficultés à concevoir risquent de s'accroître. En France, le taux de mortalité maternelle tend à diminuer depuis la fin des années 1990 et s'établit à 7 pour 100 000 naissances en 2005-2006. La part des décès maternels évitables, soit près d'une trentaine de décès par an, notamment par la prise en charge adaptée des hémorragies du post-partum, est estimée à 44 % pour la période 2002-2006.

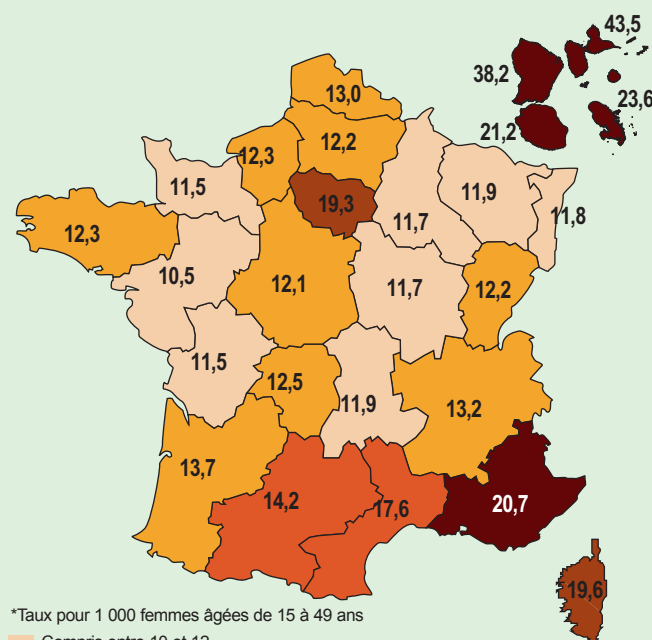
L'usage de moyens contraceptifs mérite d'être observé en parallèle avec l'évolution du recours à l'IVG. 5 % des femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d'enfant, n'utilisent aucune méthode contraceptive. Depuis leur autorisation en 1975, le nombre d'IVG varie peu. Le taux d'IVG,

proche de 15 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2007, mais avec des disparités régionales importantes (carte 2), se situe parmi les plus élevés d'Europe occidentale : plus de 210 000 femmes sont concernées chaque année et en moyenne une femme sur deux a recours à une IVG au cours de sa vie.

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. Pourtant, le recours croissant à la contraception et le développement de la contraception d'urgence n'ont pas fait chuter le nombre d'IVG. Les échecs de contraception demeurent fréquents et s'expliquent en partie par le manque d'informations ou de connaissances, surtout 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

CARTE 2

Taux d'IVG* selon la région en 2007



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

- Compris entre 10 et 12
- Compris entre 12 et 14
- Compris entre 14 et 18
- Compris entre 18 et 20
- Compris entre 20 et 48

Champ • France entière.

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

contraception aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes (Bajos, 2010).

L'enquête auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG réalisée par la DREES en 2007 (Vilain *et al.*, 2010) 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 femme de moins de 25 ans. Parmi les femmes ayant recours à l'IVG, les femmes étrangères, les femmes célibataires et celles sans activité professionnelle sont surreprésentées. Les deux tiers des femmes qui ont avorté utilisaient un moyen contraceptif.

Les conditions et les modalités de réalisation de l'IVG ont beaucoup évolué au cours des années 2000 : la moitié des IVG sont désormais médicalement. 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 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 avant 65 ans concerne en majorité des hommes...

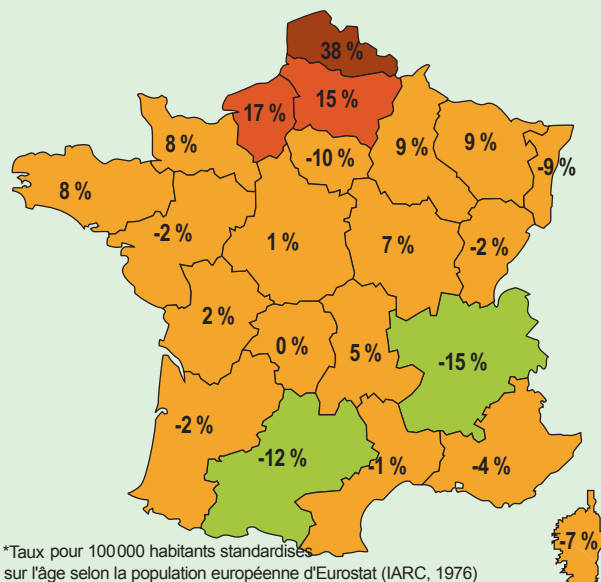
La situation de la France apparaît beaucoup moins favorable en matière de mortalité prématurée que dans les pays européens comparables. Les décès avant 65 ans représentent 20% de l'ensemble des décès et 70%

concernent des hommes (carte 3). Un tiers sont associés à des causes de décès « évitables par des actions de prévention primaire ». Entre 2000 et 2006, les accidents de la circulation, le sida et les causes de décès liées à l'alcool ont fortement diminué. Le suicide reste une cause de mortalité préoccupante. Au sein de l'Europe, la France se situe dans le groupe des pays à forte fréquence du suicide (carte 4), avec près de 10 500 décès par suicide en 2006. 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), mais cette diminution ne concerne pas toutes les classes d'âge. Ainsi le taux de suicide des 45-54 ans a augmenté, de façon modérée pour les femmes (+2,2% entre 2000 et 2006) et plus soutenue pour les hommes (+8%).

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

CARTE 3

Écarts régionaux des taux standardisés* de mortalité prématurée en 2006



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

- Compris entre -20% et -10%
- Compris entre -10% et +10%
- Compris entre +10% et +20%
- > +20%

Variation régionale (à partir des taux standardisés) = (taux régional – taux France métropolitaine)/taux France métropolitaine.

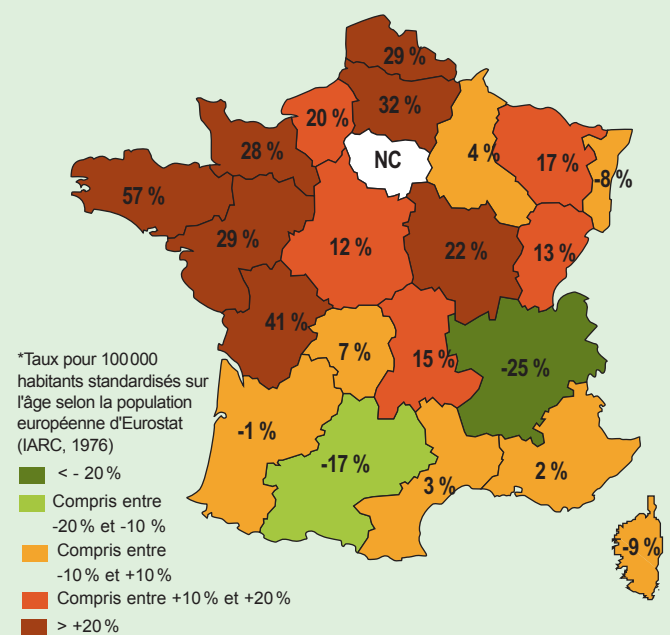
Le sexe-ratio est de 2,21 hommes pour une femme pour la France métropolitaine.

Champ • France métropolitaine.

Sources • INSERM-CépiDc.

CARTE 4

Écarts régionaux des taux standardisés* de décès par suicide en 2006



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

- < -20%
- Compris entre -20% et -10%
- Compris entre -10% et +10%
- Compris entre +10% et +20%
- > +20%

Variation régionale (à partir des taux standardisés) = (taux régional – taux France métropolitaine)/taux France métropolitaine.

Le sexe-ratio est de 2,95 hommes pour une femme pour la France métropolitaine.

NC : 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.

Sources • INSERM-CépiDc.

été tuées à la suite d'un accident de la route en France métropolitaine et 170 dans les départements d'outre-mer¹. En sept ans, le taux de mortalité à 30 jours a chuté de 50%. Les jeunes de 15-24 ans, en particulier les hommes, restent les plus exposés. La moto est le mode de déplacement le plus dangereux. La part de blessés graves, c'est-à-dire hospitalisés 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%). Enfin, on estime que 1,4% des victimes corporelles d'accidents de la route décèdent dans les 6 jours qui suivent leur accident et autant gardent des séquelles graves un an après leur accident.

... mais l'avantage des femmes en matière de santé s'érode

Bien que la mortalité prématurée reste principalement masculine, on observe des évolutions défavorables chez les femmes. Ainsi, les décès par tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ont augmenté de 50% chez les femmes de moins de 65 ans depuis 2000, en lien direct avec le développement du tabagisme féminin depuis des décennies, alors qu'ils diminuent faiblement chez les hommes (-9%).

En 2008, 22% des femmes et 30% des hommes de 18-74 ans déclarent fumer habituellement. La prévalence du tabagisme (quotidien et occasionnel) a globalement diminué depuis quelques années, mais reste stable chez les femmes depuis les années 1980.

Environ un tiers des Français âgés de 18 ans ou plus déclarent une consommation d'alcool considérée à risque. Ce risque concerne trois fois plus les hommes que les femmes. La prévalence des consommations excessives d'alcool dans l'année est passée de 29% en 2002 à 32% en 2008. Cette évolution est 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%). Toutefois, les différences de comportements entre hommes et femmes sont moins marquées dans les milieux favorisés, suggérant que la prévention, si elle a à gagner à prendre le sexe en considération, doit accorder une atten-

tion importante aux contextes sociaux de consommation.

Du fait du vieillissement de la population, la prise en charge des problèmes de santé chronique devient un enjeu de santé publique majeur

Les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète représentent, avec les maladies psychiques, plus des trois quarts des personnes en affection longue durée (ALD). 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 pour éviter l'alourdissement consécutif des coûts de prise en charge.

Le suivi des maladies chroniques tel qu'il est prévu dans la loi porte à la fois sur la description quantitative de ces pathologies (incidence et prévalence), leur prise en charge (qualité du suivi) et leurs répercussions (restrictions d'activité, altération de leur qualité de vie, dépendance).

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

Le traitement et la prévention de certaines de ces maladies ont bénéficié de mesures, de programmes ou de plans ciblés sur des pathologies spécifiques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, insuffisance rénale chronique, maladie d'Alzheimer, maladies rares, etc.). La qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques est considérée de façon spéci-

fique par le plan Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, qui est l'un des cinq plans stratégiques de la loi de santé publique de 2004. Cette dernière a également identifié des objectifs pour des troubles propres aux personnes âgées : les atteintes sensorielles (non spécifiques mais dont la prévalence augmente fortement avec le grand âge), l'ostéoporose et les chutes.

La prévalence du surpoids et de l'obésité continue de progresser chez les adultes

L'excès de poids est associé à un risque important de maladies chroniques. L'obésité, mesurée par des données déclaratives de poids et de taille, concerne en 2009 13,9% des hommes de 18 ans ou plus et 15,1% des femmes (enquête Obépi). Le surpoids touche deux hommes sur cinq et une femme sur quatre. La prévalence de l'obésité continue de croître, notamment chez les femmes, mais à un rythme moins soutenu, tandis que les disparités sociales semblent s'accroître.

La qualité des aliments et l'exercice physique ont des répercussions sur la santé des individus. Une consommation suffisante de fruits et légumes et des apports modérés en sel sont associés à une diminution de certaines maladies chroniques. En 2006-2007, un tiers des adultes consommaient moins de 3,5 portions de fruits et de légumes par jour et 60% en consommaient moins de 5 par jour. La faible consommation de fruits et légumes semble diminuer depuis le début des années 2000, chez les hommes comme chez les femmes. Si ces consommations diffèrent relativement peu selon le sexe, elles varient très fortement selon l'âge – les plus jeunes étant très fréquemment de petits consommateurs de fruits et légumes –, le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle.

Diabète : un suivi encore insuffisant

Le diabète est une maladie métabolique chronique fréquente au traitement complexe. Il constitue un important problème de santé publique en raison de l'augmentation de sa préva-

¹ On considère ici les décès survenant dans les 30 jours.

lence 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 2007, 4% des Français présentaient un diabète traité par antidiabétiques oraux ou insuline, soit 2,5 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. Selon les types d'exams de surveillance, de 26% à 80% des personnes diabétiques traitées ont bénéficié des modalités de suivi recommandées.

Certains facteurs de risque cardiovasculaires orientés à la baisse

Les maladies de l'appareil circulatoire, en particulier les maladies cérébrovasculaires, constituent une cause importante de mortalité et de handicap. Les séquelles des accidents vasculaires cérébraux (AVC) représenteraient la première cause de handicap fonctionnel chez l'adulte et la deuxième cause de démence. Réduire leur fréquence et leur sévérité constitue l'un des objectifs de la loi de santé publique. En 2006, les AVC représentent 6,3% de l'ensemble des décès (en cause initiale) et ils ont motivé près de 99 200 séjours hospitaliers.

L'hypertension artérielle (HTA) et l'hypercholestérolémie sont deux facteurs de risque cardiovasculaire majeurs et fréquents qui représentent une part conséquente des motifs de consultation après 45 ans, pour les hommes comme pour les femmes. La prévalence de l'hypertension est estimée à 31% entre 18 et 74 ans. Les valeurs moyennes de la pression artérielle ont diminué ces dix dernières années, surtout chez les femmes, mais la détection et le contrôle de l'HTA demeurent insuffisants, particulièrement pour les hommes. Pour le cholestérol, les données des registres de cardiopathies ischémiques montrent une baisse sensible du niveau de cholestérol LDL dans la population en dix ans (-6%).

Insuffisance rénale chronique terminale : une qualité de vie altérée

Le diabète et l'hypertension artérielle représentent les principales causes d'insuffisance rénale chronique terminale. Le taux d'incidence annuel moyen de l'insuffisance rénale terminale traitée, standardisé sur l'âge et le sexe, est estimé à 146 par million d'habitants en 2008. Sur les cinq dernières années, l'incidence paraît stable, à l'instar de ce qui est observé dans d'autres pays européens. Pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale, la dialyse est particulièrement contraignante. Des questionnaires de santé perçue permettent de mieux cerner leur qualité de vie. Cette dernière apparaît ainsi très altérée par rapport à celle de la population générale, surtout dans les dimensions à composante physique. La qualité de vie des patients greffés apparaît nettement meilleure que celle des patients dialysés.

Cancers : amélioration de la survie

Les tumeurs sont devenues en 2004 la première cause de décès pour l'ensemble de la population : elles sont à l'origine d'un tiers des décès et de quatre décès prématurés sur dix. Les cancers sont aussi la deuxième cause de reconnaissance d'ALD après les maladies cardiovasculaires et l'une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation après 45 ans. En France, la survie relative dépasse 50% à cinq ans pour l'ensemble des patients atteints de cancer mais avec des disparités considérables suivant les cancers. Sensiblement plus élevée pour les femmes (63%) que pour les hommes (44%), la survie relative diminue avec l'âge en raison de la plus grande fragilité des sujets âgés, des stades de diagnostic plus évolués, de thérapeutiques moins agressives ou moins efficaces, mais aussi de la nature des tumeurs. À l'exception de quelques cancers, notamment celui du poumon, on observe une amélioration de la survie due aux progrès thérapeutiques, mais aussi à une amélioration du diagnostic et du dépistage précoce.

Maladies psychiques : une prévention à développer

Les maladies psychiques, à l'origine d'altérations notables de la qualité de vie à la fois pour le malade et pour son entourage, recouvrent un continuum d'états pathologiques allant de troubles relativement mineurs ou passagers (dépression légère, trouble du comportement passager, etc.) à des états chroniques graves (psychose chronique) ou à des troubles aigus sévères avec risques de passage à l'acte (suicide, mise en danger d'autrui).

Première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle, elles ont une répercussion économique considérable, tant par leur poids au sein du système de soins que par leurs conséquences sur le travail et la vie sociale. Si le développement de ces maladies résulte dans la plupart des cas 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 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. Les hommes, les plus jeunes (18 à 24 ans), les ouvriers et les étudiants recourent moins aux soins que le reste de la population pour des troubles similaires.

L'environnement et les conditions de travail peuvent avoir un retentissement important sur l'état de santé

Même s'ils sont loin de couvrir le champ très large de la santé au travail, quatre indicateurs de la loi de santé publique de 2004 permettent de suivre dans le temps la répercussion des conditions de travail sur la santé publique : ces indicateurs concernent les accidents

routiers mortels liés au travail, les contraintes articulaires, le bruit et l'exposition aux agents cancérigènes. De nouvelles enquêtes devraient permettre de quantifier précisément les évolutions ces dernières années.

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

Des disparités sociales et territoriales persistantes

Les inégalités sociales de mortalité sont importantes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 7 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. En outre, plus l'espérance de vie est courte, plus elle est grevée d'incapacités fonctionnelles. Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité perdurent après 60 ans, témoignant d'un effet de long terme de la catégorie socioprofessionnelle et des conditions de vie qui lui sont associées.

À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont liées à la position sociale et au niveau d'études. Ces disparités sont liées à un ensemble de facteurs combinés, qui tiennent à des différences tant en matière d'exposition aux risques que d'environnement ou de comportements socioculturels. Les inégalités commencent dès le plus jeune âge. 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 chez les enfants : en CM2,

on dénombre dix fois plus d'enfants obèses chez les ouvriers que chez les cadres, contre quatre fois plus en 2002 (Guignon *et al.*, 2008). Ces inégalités perdurent chez les adultes. Les évolutions 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 également.

Certains dispositifs comme le dépistage organisé doivent contribuer à réduire les inégalités de santé. La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein en France date de mars 2004. En 2008, dans les enquêtes en population générale, près de 80 % des femmes déclarent avoir réalisé une mammographie récemment (dans les deux ans précédant l'enquête). Cette proportion a augmenté de 14 % entre 2000 et 2008 et les écarts entre les catégories sociales se sont atténués. Ainsi, si le taux de couverture est plus faible dans les classes sociales les moins favorisées, les disparités socio-économiques semblent se réduire progressivement.

Les dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU) et les per-

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

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

■ Pour en savoir plus

- Bajos N., 2010, « Sexualité, contraception, prévention et rapport de genre », in DREES, *La santé des femmes en France*, La Documentation française.
- DGS-DREES, 2005, *Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique* (<http://www.sante-sports.gouv.fr/rapport-indicateurs-de-suivi-de-l-atteinte-des-100-objectifs-du-rapport-annexe-a-la-loi-du-9-aout-2004-relative-a-la-politique-de-sante-publique.html>).
- DREES, 2010, *L'état de santé de la population. Rapport 2009-2010*, La Documentation française, coll. « Bibliothèque des rapports publics » (<http://www.sante-sports.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html>).
- Guignon N., 2010, « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006 », *Études et résultats*, DREES, n° 737, septembre.
- Guignon N., Herbet J.-B., Fonteneau L., Guthmann J.-P., 2008, « La santé des enfants scolarisés en CM2. Premiers résultats », *Études et résultats*, DREES, n° 632.
- Haut conseil de la santé publique (HCSP), 2009, *Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique*, La Documentation française, coll. « Bibliothèque des rapports publics » (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000179/index.shtml>).
- Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C., 2009, « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête Escapad 2008 », *Tendances*, OFDT, n° 66.
- Vilain A., Collet M., Moisy M., 2010, « Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge », in DREES, *L'état de santé de la population en France. Rapport 2009-2010*.